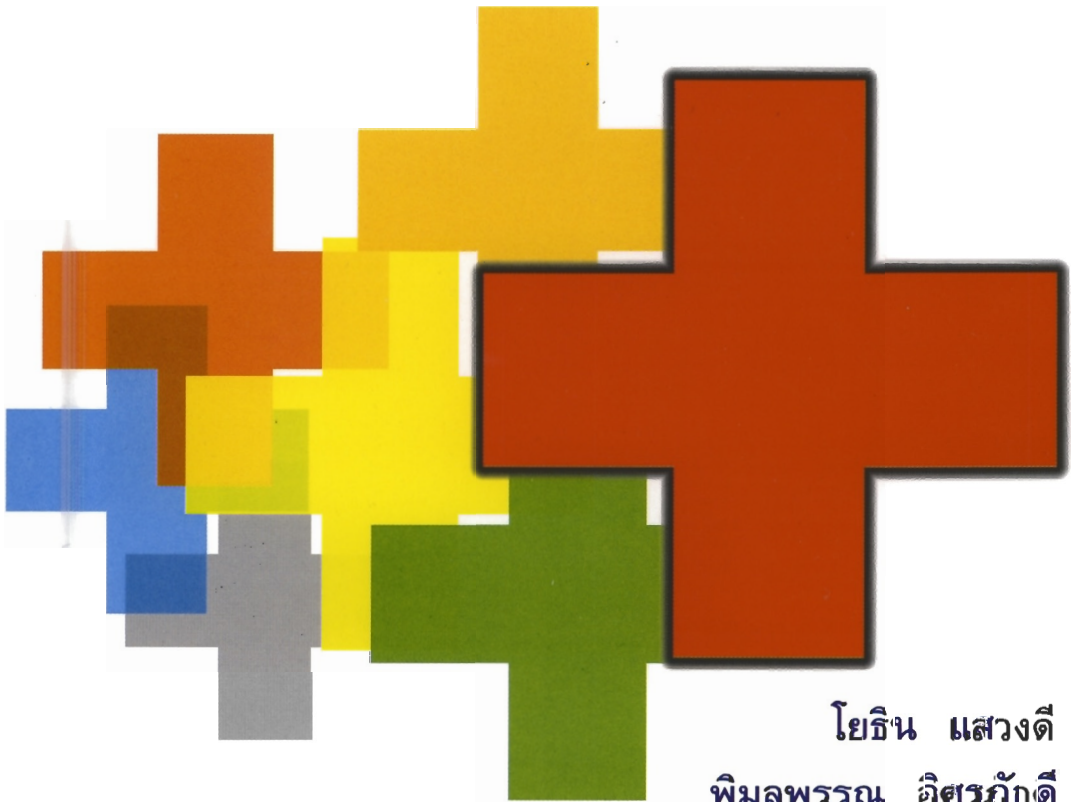


ปัญหาและทุกข์ ของประชาชน เมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข



โยธิน แสงดี
พิมลพรรณ อิศรภักดี
มาลี สันภูวรรณ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดยมูลนิธิ
The William and Flora Hewlett Foundation

ปัญหาและทุกข์ของประชาชน เมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข

โดย



โยธิน แสงวงดี
พิมลพรรณ อิศรภักดี
มาลี สันภูวรรณ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข

- คณะผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โยธิน แสงวงดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิมลพรรณ อิศรภักดี

มาลี สันภูวรรณ

- Cataloging in Publication Data

โยธิน แสงวงดี

ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข/โดย โยธิน แสงวงดี,
พิมลพรรณ อิศรภักดี, มาลี สันภูวรรณ

(มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม เอกสารทางวิชาการ; หมายเลข
244)

ISBN 974-663-467-4

1. สถานบริการสาธารณสุข-ไทย-วิจัย 2. สาธารณสุข-ไทย-วิจัย I. พิมลพรรณ อิศรภักดี
II. มาลี สันภูวรรณ III. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม IV. ชื่อเรื่อง V. ชื่อชุด
RA 440.87.T5 ย842ป 2543

- สงวนลิขสิทธิ์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2543

พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2543

จำนวน 1,000 เล่ม

- จัดพิมพ์โดย: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ (02) 441-0201-4 ต่อ 115, 441-9519

โทรสาร (02) 441-9333

E-mail: directpr@mahidol.ac.th

Homepage URL: <http://www.mahidol.ac.th/mahidol/pr/pr.html>

- เอกสารทางวิชาการหมายเลข 244

ISBN: 974-663-467-4

ปก : สมชาย ทรัพย์ยอดแก้ว

พิมพ์และจัดรูปเล่ม : ประทีป นัยนา

คำนำ

ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข นับว่าเป็นสิ่งที่น่าสนใจอย่างยิ่งที่จะนำมาพิจารณาเพื่อเป็นการหาแนวทางปรับปรุงระบบการให้บริการสาธารณสุขให้ดีขึ้น ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โยธิน แสงวงดี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิมลพรรณ อิศรภักดี และคุณมาลี สันภูวรรณ จึงได้ทำการศึกษาเรื่องนี้โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2541

จุดเด่นของงานวิจัยนี้คือ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งจากผู้ที่ตอบว่าทุกข์และไม่ทุกข์อย่างมีระบบทั้งในภาพกว้างที่เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ และในทางลึกโดยการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะของงานวิจัยในเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยนี้ได้ผ่านการทบทวนจากคณะกรรมการประเมินคุณภาพผลงานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขแล้ว ซึ่งสถาบันฯ หวังไว้เป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ไปสู่การพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป

(รองศาสตราจารย์ ดร. เบญจฯ ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ผลการสำรวจนี้ประสบผลสำเร็จอย่างยิ่ง ด้วยความอนุเคราะห์และร่วมมือในการให้ข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ พยาบาล แพทย์ ตลอดจนผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าสถานีอนามัย และเจ้าของคลินิกแพทย์เอกชนที่เป็นตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ คณะวิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้ทุนสนับสนุนในการสำรวจ และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุไรวรรณ คณิงสุเกษม ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ตลอดจนคณะผู้เชี่ยวชาญในระบบงานสาธารณสุขที่ไม่เปิดเผยนามในทั้ง 2 คณะกรรมการที่เป็นผู้อ่านและประเมินคุณภาพผลงานวิจัยที่กรุณาอ่านทบทวนและให้ความเห็น ตลอดจนข้อเสนอแนะในต้นฉบับที่ 1 และต้นฉบับที่ 2 ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงผลการวิเคราะห์สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผลที่ได้จากการศึกษานี้คณะวิจัยหวังไว้เป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงงานสาธารณสุขต่อไป ขอขอบคุณ คุณประทีป นัยนา คุณวิศรดา ไชววิงวบ ที่ทุ่มเทการจัดพิมพ์และจัดรูปเล่ม และขอขอบคุณ คุณศรีสุมาลย์ ศาสตร์สาระ ที่ช่วยเหลือในการจัดระบบข้อมูลและงานด้านวิชาการ คณะวิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ ศุภกร บัวสาย คุณงามจิตต์ จันสาทรสาธิต และคุณกุลธิดา ศรีวิจิตร ที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

อนึ่ง หากรายงานฉบับนี้ยังมีความบกพร่องและต้องปรับปรุงแก้ไข คณะวิจัยขอน้อมรับนำไปพัฒนาให้ดีขึ้น ด้วยความเคารพอย่างสูง

โยธิน แสงวงดี
พิมลพรรณ อิศรภักดี
มาลี สันภูวรรณ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	จ - ช
สารบัญตาราง	ฅ - ฎ
บทคัดย่อ	ฐ - ด
Abstract	ถ - บ
บทที่ 1	
บทนำ	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	4
นิยามศัพท์ในการวิจัย	11
กรอบและขอบเขตการวิจัย	11
บทที่ 2	
ระเบียบวิธีวิจัยและการเลือกตัวอย่าง	13
ประชากรเป้าหมาย	14
พื้นที่ในการรวบรวมข้อมูล	14
พนักงานสัมภาษณ์และการควบคุมคุณภาพข้อมูล	20
การควบคุมคุณภาพข้อมูล	20
การรวบรวมข้อมูลเพื่อหาแนวทางสร้างแบบสอบถาม และ	21
การทดสอบแบบสอบถาม	
ข้อจำกัดของการศึกษา	25

	หน้า
บทที่ 3	
ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง กับการใช้บริการสาธารณสุข	27
3.1 ลักษณะของผู้ให้สัมภาษณ์สำหรับการสำรวจด้วยแบบสอบถาม	27
3.2 การใช้บริการสถานบริการสุขภาพ	32
3.3 ค่าใช้จ่าย	34
3.4 การเลือกใช้บริการสถานบริการสุขภาพ	39
3.5 ความเจ็บป่วยเมื่อมารับการบริการที่สถานบริการสุขภาพ	45
บทที่ 4	
ความทุกข์และสภาพปัญหาที่ทำให้เกิดทุกข์ เมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข	49
4.1 ทุกข์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนอก	50
4.2 ทุกข์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยใน	66
4.3 ทุกข์ของผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานเอนามัยและคลินิกเอกชน	86
บทที่ 5	
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ของ ผู้รับบริการ	93
5.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำหรับผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์/ มหาราช/มหาวิทยาลัย	94
5.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำหรับผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป	99
5.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำหรับผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน	103
5.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำหรับผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน	108
5.5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดทุกข์สำหรับผู้รับบริการในคลินิก	112
5.6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ทุกข์สำหรับผู้รับบริการสถานเอนามัย	115

5.7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสภาพทุกข์สำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ศูนย์/ มหาวิทยาลัย/ มหาวิทยาลัย	120	
5.8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไป	127	
5.9 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสภาพทุกข์สำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ชุมชน	133	
5.10 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสภาพทุกข์สำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เอกชน	139	
5.11 ข้อสรุปในภาพรวมจากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ ของผู้รับบริการ	144	
5.12 สาเหตุที่ประชาชนนิยมไปใช้บริการ ณ สถานบริการประเภท ศูนย์กลาง หรือสถานบริการขนาดใหญ่ ในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วย เพียงเล็กน้อย	146	
บทที่ 6	แนวทางปรับปรุงโรงพยาบาลในทรรศนะของผู้ป่วย	149
6.1 ความกังวลของผู้ป่วยหากโรงพยาบาลของรัฐได้รับการพัฒนา ให้เหมือนโรงพยาบาลเอกชน	156	
บทที่ 7	บทสรุปและข้อเสนอแนะ	159
7.1 บทสรุป	159	
7.2 ข้อเสนอแนะ	164	
บรรณานุกรม	167	

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่		
1	คุณลักษณะของผู้ป่วยจำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและประเภทสถานบริการสุขภาพ	29
2	การเลือกรักษาพยาบาลของผู้ให้สัมภาษณ์เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย จำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและประเภทของสถานบริการสุขภาพ	32
3	จำนวนครั้งของการมารักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและประเภทของสถานบริการสุขภาพ	34
4	ผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลจำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและประเภทของสถานบริการสุขภาพ	36
5	ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทของสถานบริการสุขภาพ	37
6	ความเหมาะสมของค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามประเภทของสถานบริการสุขภาพ	38
7	สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่อยู่ใกล้บ้านที่สุด จำแนกตามประเภทผู้ป่วยและสถานบริการสุขภาพ	39
8	ร้อยละของผู้รับบริการที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยไม่ได้ข้ามเขตความรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐแห่งอื่นๆ จำแนกตามประเภทของผู้ป่วย และภาค	41
9	เหตุผลที่เลือกรักษาพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ จำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและสถานบริการสุขภาพ	42

ตารางที่

10	เหตุผลที่ไม่ใช้บริการสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน จำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและสถานบริการสุขภาพ	44
11	อาการป่วยเมื่อมารักษาที่สถานบริการ 10 อันดับแรกให้ผู้ให้สัมภาษณ์รายงาน จำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและสถานบริการสุขภาพ	46
12	ความทุกข์ที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพ (ของผู้ป่วยนอก) จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพ	53
13	ความทุกข์ที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพ (ของผู้ป่วยใน) จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพ	68
14	ความทุกข์ที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพ จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพ (คลินิกและสถานเอนามัย)	89
15	ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (โรงพยาบาลศูนย์/มหาราช/มหาวิทยาลัย เฉพาะผู้ป่วยนอก)	95
16	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ (โรงพยาบาลศูนย์/มหาราช/มหาวิทยาลัย เฉพาะผู้ป่วยนอก)	96
17	ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (โรงพยาบาลทั่วไป เฉพาะผู้ป่วยนอก)	99
18	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ (โรงพยาบาลทั่วไป เฉพาะผู้ป่วยนอก)	100
19	ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (โรงพยาบาลชุมชน เฉพาะผู้ป่วยนอก)	104

ตารางที่

20	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ (โรงพยาบาลชุมชน เฉพาะผู้ป่วยนอก)	105
21	ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (โรงพยาบาลเอกชน เฉพาะผู้ป่วยนอก)	108
22	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ (โรงพยาบาลเอกชน เฉพาะผู้ป่วยนอก)	109
23	ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (คลินิก)	112
24	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ (คลินิก เฉพาะผู้ป่วยนอก)	113
25	ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (สถานีนอนามัย)	115
26	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ (สถานีนอนามัย เฉพาะผู้ป่วยนอก)	116
27	ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (โรงพยาบาลศูนย์/มหาราช/มหาวิทยาลัย) (ผู้ป่วยใน)	120
28	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ (โรงพยาบาลศูนย์/มหาราช/มหาวิทยาลัย) (ผู้ป่วยใน)	121
29	ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (โรงพยาบาลทั่วไป) (ผู้ป่วยใน)	127
30	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ (โรงพยาบาลทั่วไป) (ผู้ป่วยใน)	128

ตารางที่

31	ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (โรงพยาบาลชุมชน) (ผู้ป่วยใน)	133
32	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ (โรงพยาบาลชุมชน) (ผู้ป่วยใน)	134
33	ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (โรงพยาบาลเอกชน) (ผู้ป่วยใน)	139
34	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ (โรงพยาบาลเอกชน) (ผู้ป่วยใน)	140
35	โรงพยาบาลในอุดมคติของผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	150
36	โรงพยาบาลในอุดมคติของผู้ป่วยใน จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	151
37	สิ่งที่โรงพยาบาลต้องปรับปรุงมิติพิจารณาจากผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	153
38	สิ่งที่โรงพยาบาลต้องปรับปรุงมิติพิจารณาจากผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	155
39	ความกังวลที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยนอก ถ้าโรงพยาบาลของรัฐได้รับการพัฒนาให้เหมือนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	157
40	ความกังวลที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยใน ถ้าโรงพยาบาลของรัฐได้รับการพัฒนาให้เหมือนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	158

บทคัดย่อ

งานสำรวจข้อมูลเรื่องสภาพปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขฉบับนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและในเชิงคุณภาพผสมผสานกัน เพื่อให้ภาพละเอียดที่ลึกซึ้งถึงสภาพปัญหาที่นำไปสู่ความทุกข์และแนวทางดับทุกข์ ซึ่งได้แก่ ข้อชี้แนะของผู้รับบริการต่อการปรับปรุงสถานบริการสาธารณสุขให้ดีขึ้น การศึกษาได้ทำการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2541 หน่วยในการสังเกตสำหรับการศึกษาคือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน และสถานเอนามัย รวมจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเชิงปริมาณทั้งสิ้น 1,473 ตัวอย่าง นอกจากนี้เป็นตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งจำแนกเป็นการจัดสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยบัตรสุขภาพ ผู้ป่วยสตรีและเด็ก ญาติผู้ป่วย ตลอดจนพยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยนอก และพยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยใน จำนวน 14 กลุ่ม เป็นตัวอย่างในการสัมภาษณ์ระดับลึกเฉพาะกรณี 4 ตัวอย่าง ครอบคลุมคิดเริ่มจากตัวแปรที่เป็นเหตุ (Cause) ที่ทำให้เกิดทุกข์ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้เรียกว่า "สภาพปัญหา" ที่ประกอบด้วยกลุ่มของสภาพปัญหา 8 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มคนที่เป็นผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้อง อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคคลอื่นๆ ในสถานบริการสาธารณสุข 2) กลุ่มสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ไม่ใช่คน ได้แก่ พื้นที่พัก 3) กลุ่มสภาพปัญหาที่เกิดจากอุปสรรคทางการแพทย์ต่างๆ 4) ลักษณะของงานที่ให้บริการ 5) ระบบการบริหารจัดการ 6) บุคลิกภาพและฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของผู้รับบริการ 7) โรคและการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ 8) สิทธิบัตรต่างๆ ของผู้รับบริการ และตัวแปร ที่เป็น "ทุกข์" อันเป็นผลกระทบจากเหตุข้างต้น (Consequence) ซึ่งได้แก่ การเจ็บปวด พิการ ตาย อากาการรุนแรงขึ้น วิตกกังวล หวาดกลัว อารมณ์ไม่ปกติ ซึมเศร้า ของหาย ถูกลักทรัพย์ ถูกหลอกหลวง เอาเปรียบ ฯลฯ ผลการสำรวจข้อมูลพบว่าในกลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกับผู้ป่วยและญาติ มีความสำคัญที่นำไปสู่ความทุกข์และการหาทางดับทุกข์ ดังเช่นในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่สวนใหญ่อธิบายว่าต้องการให้แพทย์ใช้เวลาในการตรวจมากขึ้น

ต้องการให้แพทย์ซักถามถึงอาการเจ็บป่วยก่อนที่จะเขียนใบสั่งยา ต้องการให้แพทย์อธิบายให้มากขึ้นว่าอาการที่เจ็บป่วยคือโรคอะไร ซึ่งความทุกข์ที่เกิดจากสาเหตุนี้ น่าจะมาจากการจัดระบบการให้บริการที่แพทย์เป็นผู้กำหนดเวลาให้กับผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสต่อรอง เพราะแพทย์มีจำกัด นอกจากนั้นก็พบว่า ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการ เช่น ระหว่างแพทย์กับพยาบาล แพทย์กับฝ่ายเภสัชกรรมมีผลนำไปสู่ความทุกข์แก่ผู้ป่วย กิริยาท่าทางของแพทย์ที่ไม่สุภาพ กิริยาท่าทางของพยาบาลหน้าห้องตรวจที่ไม่สุภาพ เป็นตัวแปรที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้รับบริการ ซึ่งปัญหานี้วิเคราะห์ พบว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมยากจน เป็นการถูกเอาเปรียบในด้านคุณภาพการให้บริการที่ดี ที่เกิดจากการแบ่งชั้นทางสังคม ซึ่งพบมากในโรงพยาบาลของรัฐ ที่เป็นสภาพบริการที่จัดให้บริการแบบผูกขาด (Monopoly) กับกลุ่มประชากรที่ยากจน ผู้ป่วยนอกที่เป็นตัวอย่างอธิบายว่าระยะเวลาที่รอแพทย์ยาวนาน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ เพราะบางรายมีอาการปวดที่รุนแรงประสงค์ที่จะได้รับการตรวจในทันที แต่ต้องเข้าคิวรอซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ที่เกิดจากการทรมาน ซึ่งสาเหตุนี้เกิดจากระบบการรับผู้ป่วยที่ไม่อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบ คือ ขั้นตอนการขอตรวจเป็นกรณีพิเศษ หรือขั้นตอนการเข้าตรวจห้องฉุกเฉิน เพราะผู้ป่วยคิดว่าห้องฉุกเฉินสำหรับอุบัติเหตุเท่านั้น ในกลุ่มผู้ป่วยในทุกข์ที่เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ ทุกข์ที่เกิดจากเรียกหาคนช่วยไม่มีเมื่อเจ็บปวด ซึ่งคาดว่าเป็นผลกระทบจากการจัดระบบเวรพยาบาลไม่เพียงพอกับการดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นการมอบหมายงานธุรการ บัญชีให้พยาบาลในห้องพักรักษาผู้ป่วยปฏิบัติ เป็นการเพิ่มภาระงานเกินความจำเป็น ทำให้ไม่สามารถแบ่งเวลาดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ ทุกข์ที่เกิดจากวิธีการรักษาจากผู้ให้บริการที่อยู่ในขณะฝึกฝน ซึ่งเป็นตัวแปรที่อธิบายได้ว่า คุณภาพของฝีมือและความไม่ชำนาญของผู้ให้บริการมีผลไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วย ทุกข์ที่เกิดจากการตรวจพิเศษซ้ำแล้วซ้ำเล่าของแพทย์โดยไม่บอกเหตุผล ซึ่งปัจจัยนี้มีผลต่อความกังวลใจในชนิดของโรคที่เป็น ระยะเวลาในการรักษา และการวิตกในค่าใช้จ่ายที่ต้องเสีย เนื่องจากผู้ป่วยวิตกว่าฝีมือการรักษาของแพทย์ไม่ชำนาญจึงมีการตรวจซ้ำ นอกจากนี้ก็เกรงว่าจะถูกเอาเปรียบและล่อลวงในเรื่องค่ารักษาพยาบาล เพราะผู้ป่วยเป็นผู้เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งประเด็นนี้จะพบมากในกลุ่มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลเอกชน ทุกข์ที่เกิดจากการละเมิดทางกายของผู้ให้บริการ เช่น ทุบตี และจับของสงวน ซึ่งเป็นทุกข์ทางกายและจิตใจที่ได้รับโดยที่ผู้ป่วยไม่กล้ากล่าวโทษร้องเรียนเพราะเกรงว่าจะถูกกลั่นแกล้ง

และไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากผู้ให้บริการมีอำนาจในการรักษาที่เหนือกว่า ฯลฯ ในประเด็นของความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ไม่ใช่คน อันได้แก่พื้นที่ ฯลฯ ผลการสำรวจ พบว่า ในผู้ป่วยนอก ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมแออัด เช่น ที่นั่งรอตรวจไม่เพียงพอ ห้องน้ำไม่สะอาด มีผลนำไปสู่ความทุกข์ให้กับผู้ป่วย เช่นเดียวกับในกรณีของผู้ป่วยในที่พบว่า ห้องพักที่อับทึบ แสงสว่างไม่เพียงพอ เต็มวงชิดติดกันเกินไป ทำให้ไม่สะดวกในการเข้าออกของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการพูดกันเสียงดังของญาติผู้ป่วยรายอื่นๆ ขณะมาเยี่ยมผู้ป่วยมีผลนำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ซึ่งปัจจัยนี้เกิดจากการจัดระบบการเยี่ยมและวินัยในการเยี่ยมของญาติควรจะเคร่งครัดมากขึ้น นอกจากนี้ประเด็นอื่นๆ ได้แก่ ความไม่สะอาดของห้องน้ำ ห้องน้ำคับแคบ ห้องน้ำไม่มีราวจับ ตลอดจนการหวาดกลัวว่าจะถูกรักษาเหมือนเตียงข้างๆ มีผลนำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยในตัวแปรกลุ่มอุปกรณ์ทางการแพทย์ พบว่าผู้ป่วยนอกจะมีความทุกข์เนื่องจากกลัวว่าเครื่องมือจะไม่สะอาด เพราะต้องร่วมกับคนใช้รายอื่นๆ อาทิ ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดความดัน สำหรับผู้ป่วยในพบว่าประมาณร้อยละ 29 มีความทุกข์เนื่องจากกลัวติดเชื้อเพราะต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ร่วมกับคนใช้อื่นจำนวนมาก ในขณะที่มีประมาณร้อยละ 25 ทุกข์เนื่องจากกลัวว่าเครื่องมือจะไม่สะอาด ในกลุ่มตัวแปรด้านค่ารักษาพยาบาล พบว่า ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่างมีความกังวลใจในเรื่องค่ารักษาพยาบาลที่อาจจะแพงกว่าที่คิดไว้ เนื่องจากมีข้อเสนอให้มีการตรวจพิเศษด้วยเครื่องมือสมัยใหม่เสมอ ซึ่งกรณีนี้วิเคราะห์ได้ว่าสิ่งที่โรงพยาบาลจะพยายามหารายได้เพื่อพัฒนาโรงพยาบาล โดยผลกระทบให้ผู้ป่วยจ่ายมากที่สุดมีผลมาสู่สภาพทุกข์ของผู้ป่วยในเชิงเศรษฐกิจ ดังนั้นระบบการให้โรงพยาบาลหาทุนด้วยการตรวจพิเศษ ควรจะมีการอธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงความจำเป็นในการตรวจ มิเช่นนั้นจะเป็นการทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์ เพราะคิดว่าถูกหลอกลวง นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ใช้บัตรสุขภาพ จะมีความทุกข์เนื่องจากความกังวลใจที่ว่าคุณภาพการบริการที่ได้รับจะไม่ได้โดยพิจารณาจากชนิดของยาที่ได้รับว่าอาจจะเป็นยาไม่มีคุณภาพราคาถูก อาจจะทำให้รักษาอาการป่วยไม่หาย ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่จะพบมากในกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ยากจนที่มักจะวิตกว่าจะถูกเอาเปรียบในวิธีการรักษา ในกลุ่มของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่สถานีอนามัยพบว่าส่วนใหญ่จะทุกข์เนื่องจากการจัดระบบเวร เพราะเมื่อไปถึงสถานบริการจะไม่มีเจ้าหน้าที่อยู่ให้บริการทำให้เสียเวลารอคอย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลากลางคืนและวันหยุดไม่มีเจ้าหน้าที่ให้

บริการ ประเด็นต่อมาคือ ยาไม่พอและกังวลว่ายาจะไม่มีคุณภาพ เมื่อพิจารณาถึงทุกข์ที่เกิดกับผู้รับบริการที่คลินิกเอกชนพบว่า มีความทุกข์ที่เกิดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ หน้าห้องตรวจและแพทย์น้อยมาก ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดระบบการให้บริการที่พิจารณาถึงผู้บริโภคเป็นหลัก เน้นธุรกิจและบริการจุดศูนย์กลางของการให้บริการจุดศูนย์กลางของการให้บริการอยู่ที่ผู้บริโภค แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าทุกข์ส่วนใหญ่จะเกิดจากค่ารักษาพยาบาลที่แพง ซึ่งพบคล้ายกันในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ที่ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจะมีความทุกข์ในเรื่องค่ารักษาพยาบาล เพราะไม่มีโอกาสเลือกและต่อรองราคา คุณภาพ วิธีการรักษาและราคา ถูกกำหนดโดยผู้ให้บริการ เมื่อพิจารณาถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยนอกไม่ใช้บริการของสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านที่สุด พบว่า ส่วนใหญ่เคยไปใช้บริการมาก่อนแล้วรักษาไม่หาย และ / หรือถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ส่วนเหตุผลนอกจากนี้ ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีเครื่องมือไม่ทันสมัย ซึ่งประเด็นนี้วิเคราะห์ได้ว่าการเน้นความสามารถเฉพาะทางของแพทย์และการใช้เครื่องมือที่ทันสมัยมีผลต่อการถ่ายเทจำนวน ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลขนาดเล็กไปสู่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีผู้ป่วยแออัด ซึ่งระบบการให้บริการเช่นนี้ ควรได้รับการแก้ไข การรักษาไม่ควรยึดติดอยู่กับเครื่องมือมากเกินไป แต่ควรอยู่กับความชำนาญของแพทย์ อนึ่ง สำหรับสาเหตุที่ผู้ป่วยบางรายที่แพทย์วินิจฉัยว่าเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย แต่ทำไมต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้เกิดความแออัดและทำให้ล่าช้าในการรับบริการ ผู้ป่วยอธิบายว่าเป็นเพราะไม่สามารถแยกได้ว่าอาการป่วยที่เป็น เป็นอาการที่ไม่รุนแรงหรือรุนแรงขนาดไหน เพราะการวิเคราะห์ระดับของความรุนแรงของอาการผู้ป่วยคิดว่าเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการ ในประเด็นของประสิทธิภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลในทรรณะของผู้ป่วยซึ่งในการศึกษา ครั้งนี้วัดจากคุณภาพการให้บริการตามที่ผู้ป่วยอธิบายจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากจะพิจารณาจากด้านบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ระยะเวลาที่อยู่กับแพทย์ในห้องตรวจ ที่อธิบายว่า หากแพทย์ใช้เวลาในการตรวจนานคุณภาพจะดี ซึ่งมีผลมาจากการจัดระบบจำนวนแพทย์ต่อผู้รับบริการที่เน้นคุณภาพของการตรวจมากกว่าปริมาณผู้ป่วยที่ตรวจได้ นั่นคือการจัดระบบการให้บริการที่กำหนดให้บริการที่กำหนดให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ ได้แก่การวินิจฉัยโรคของแพทย์ ระยะเวลาที่รอตรวจ ฯลฯ ประเด็นต่อมาคือ การมีแพทย์ที่ชำนาญเฉพาะทางอยู่ประจำ มีเครื่องมือ

ที่ทันสมัยและมีบริการที่รวดเร็ว เป็นต้น ซึ่งประเด็นนี้วิเคราะห์ได้ว่า ผู้รับบริการยังมีความเข้าใจว่าแพทย์เฉพาะทางและความทันสมัยของเครื่องมือเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงคุณภาพของการให้บริการที่ดี เพราะผู้ป่วยจะคำนึงถึงโอกาสของการหายป่วย และการวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องมือ โดยมีได้ ไตร่ตรองถึงค่ารักษาพยาบาล และความเชี่ยวชาญในการรักษาของแพทย์ จึงนำไปสู่การถูกหลอกลวงจากการให้บริการ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์ในเวลาต่อมา เมื่อพิจารณาถึงแนวทางปรับปรุงการให้บริการ ผู้ป่วยและญาติเสนอว่า ทุกโรงพยาบาลชุมชนควรมีแพทย์เฉพาะทางอยู่ประจำ มีเครื่องมือที่เพียงพอต่อการรักษาผู้ป่วยทุกคน จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเดินทางไกล ซึ่งประเด็นนี้วิเคราะห์ได้ว่าผู้ป่วยยังให้ความสำคัญกับเครื่องมือและความเป็นแพทย์เฉพาะทางต่างๆ ที่แพทย์ทุกคนสามารถที่จะรักษาอาการป่วยต่างๆ ได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือหลากหลายชนิดตามที่ธุรกิจการแพทย์เสนอ อนึ่งต่อทรรคนะที่ว่าหากมีการปรับปรุงโรงพยาบาลของรัฐให้ดีเหมือนโรงพยาบาลเอกชน เช่น ความรวดเร็วในการรพบแพทย์ ซึ่งต้องเพิ่มจำนวนแพทย์และงบประมาณ การต้อนรับที่อบอุ่น สถานที่สะอาด ใต้อ่าง ฯลฯ ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มีความกังวลว่าราคาในการรักษาอาจจะแพง เพราะต้องจ้างจำนวนแพทย์ และบุคลากรเพิ่มเติม ในขณะที่รัฐมีงบประมาณจำกัด จะเป็นการส่งเสริมให้โรงพยาบาลของรัฐจัดหาระบบการให้บริการเพื่อเก็บเงินจากผู้ป่วยมากขึ้น เพราะผู้ป่วยไม่มีโอกาสเลือกวิธีรักษา จึงต้องปฏิบัติตามคำชี้แนะของแพทย์ หากแพทย์ล่อลวงหรือเอาเปรียบในการรักษาเพื่อนำเงินเข้าเป็นรายได้ของโรงพยาบาลหรืออื่นๆ ผู้ป่วยจะไม่สามารถทราบได้ อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยบางคนแสดงทรรคนะว่าหากพิจารณาถึงความทุกข์ในด้านเศรษฐกิจ หรือค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและญาติจะต้องเสียระบบการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐจะดีขึ้นได้ หากระบบประกันสังคมใช้ได้ผล กล่าวคือ ประชากรทุกคนต้องมีการประกันสุขภาพ และทางโรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกชนิดได้อย่างไม่จำกัดจากระบบการประกันนั้นๆ อย่างไรก็ตามก็มีหลายทรรคนะ แย้งว่าความทุกข์มิได้เกิดจากค่าใช้จ่ายเท่านั้น

**Problems and Suffering Experienced by Patients Obtaining
Services at Health Care Facilities**

Yothin Sawangdee

Pimonpan Isarabhakdi

Malee Sanpuwan

Abstract

This study aims to describe problems and suffering that patients have experienced when obtaining services at all levels of health care facilities. Both quantitative and qualitative approaches are employed to collect data during August to October 1998. The total of 1,473 respondents interviewed for this study are both in-and out-patients who were seeking care from university hospitals, regional center hospitals, general hospitals, community hospitals, private hospitals, health centers and private clinics. The qualitative data are obtained from 14 focus group discussions with in-patients, out-patients, patients with health card, female and young children

patients, patients' relatives as well as nurses in health care units. In addition, 4 in-depth interviews with patients and their relatives who have suffered from the treatment were performed.

The problems that are considered as causes of suffering are 1) health personnel, 2) environmental factors, 3) medical equipment, 4) type of service, 5) management system, 6) socio-economic status of patients, 7) illness of patients, and 8) privilege of patients. The consequences of the above problems are called suffering. They are measured from death, worse symptom, pain, anxiety, disability, worrisome, depress, deception, lost of property, etc.

Results of the survey show that factors that related to health personnel that cause suffering are, for example, lack of personnel that result in long waiting time and limited time for meeting with doctors, no communication between health personnel and patients, low skill and experience of health personnel, and bad manner of health care providers. Some of these problems may be due to the fact that providers are the one who set up the regulation such as time for each

patient because of limited number of medical doctors in public health care units. Most patients need prompt attention. They need to know what their illness is and how severe it is. They want doctors to spend time discussing with them before writing prescription. Most of these problems are perceived by patients with low socio-economic status. As for patients with health card, they suspect that they have received worse service and lower quality medicine than patients who pay cash. At the same time, patients who seek care at health centers usually complain about no health worker available. Patients who seek care at health centers usually complain about no health worker available.

The suffering of in-patients at public hospitals interviewed are lack of health personnel when they need help. This problem may due to heavy work load of health personnel. Some nurses have to do administrative work while they are on care duty. Moreover, the unskilled and inexperience medical students make some in patients suffer from pain.

The problems mostly occur to patients who seek care from private hospital are related to medical technology and medical expense. Some special medical treatments cause patients' worrisome. They wonder whether their illness is severe that needs special medical diagnosis equipment. They also worry about long duration of treatment and high cost of treatment. Patients who obtain service at private hospital also question about skill and experience of health care provider at that private hospital. The exception is that patients who go to private clinic, they are confidence about expertise of doctors at private clinics.

Expertise of health care providers and modern medical equipment in big hospitals attract many patients even though their illness is not severe. This is because specialists and modern technology in health care units are considered as good quality of care regardless of expenses. As a result, many patients suffer from high cost of medical treatment.

Most of respondents would like to have health care facilities that are equipped with experienced medical doctors and modern medical equipment. However, they are worried if services in public hospitals are to be improved as good as private hospitals. They are afraid that cost of health care services will be increased.



บทที่ 1

บทนำ

ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันสภาพทางสังคมของไทยได้เปลี่ยนแปลงไปมาก การเปลี่ยนแปลงนี้หลายคนกล่าวว่าเป็นไปตามยุคโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยมดูเหมือนว่าจะมีส่วนเข้ามาครอบงำในด้านจริยธรรมของแพทย์ การดำเนินงานทางด้านการให้บริการสาธารณสุขเน้นไปที่จริยธรรมธุรกิจ แพทย์และผู้ให้บริการมักจะมองคนไข้ว่าเป็นเพียงลูกค้าผู้มารับบริการ ดังนั้นผลของการให้บริการจึงมีทั้งผลที่ผู้ป่วยประทับใจกับผลที่ผู้ป่วยไม่ประทับใจ หากไม่ประทับใจสูงสุดจะนำมาสู่การ "ฟ้องร้อง" หรือ "ร้องเรียน" นั่นคือสิ่งที่แสดงว่าผู้ป่วยเป็น "ทุกข์" จากการรับบริการในครั้งนั้น (พระธรรมปิฎก, 2538 ; นสพ.มติชน, 2542; นสพ.ไทยรัฐ, 2542)

เมื่อพิจารณาถึงความทุกข์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุข แม้ว่า จะมีโครงการวิจัยจำนวนหนึ่งได้ทำการสำรวจผู้ใช้บริการสาธารณสุขมาบ้างแล้ว แต่พบว่า ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่เหตุผลในการเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุข ทรรศนะต่อโรงพยาบาล บางประเภท สถานีอนามัย ฯลฯ และวิเคราะห์ถึงความพึงพอใจในด้านการให้บริการและคุณภาพ ของบริการ (Akin, et al ,1995; Tailor and Mayberry, 1995) แต่การศึกษาเท่าที่ปรากฏ ยังขาดความชัดเจนที่จะแสดงถึงปัญหาหรือ "ทุกข์" ของประชาชนที่เกิดจากการไปรับบริการ ในสถานบริการที่จัดให้โดยภาครัฐและเอกชน ข้อค้นพบที่แสดงไว้โดยประจักษ์ส่วนหนึ่ง คือ ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้สถานบริการแต่ละแห่ง เช่น ความศรัทธาและเชื่อมั่นใน อำนาจบารมีและฝีมือในการรักษาของผู้ให้บริการ อาการของโรค ข่ายสังคม ความต้องการความ สะดวกรวดเร็วและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยและญาติ (วาทีณี บุญชะลิกษ์,

2534; Kanungsukasem, 2534; พระธรรมปิฎก,2538; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2540)

นอกจากนั้นจะมีงานวิจัยอีกส่วนหนึ่งที่เน้นวิเคราะห์ไปที่คุณภาพการให้บริการ โดยพิจารณาถึงความพึงพอใจในการใช้สถานบริการสาธารณสุขที่วิเคราะห์โดยฝ่ายผู้ให้บริการ (Provider's perspective) ที่พิจารณาถึงระยะเวลาในการรอแพทย์ตรวจ ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ การอธิบายผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากแพทย์ แพทย์อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการรักษา แพทย์อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโรค ความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ในการแก้ปัญหาผู้ป่วย กิริยาของแพทย์ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2540) การที่จะวิเคราะห์ถึงเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์และลักษณะของทุกข์ที่เกิดจากการรับบริการจึงมีจำกัด เพราะงานวิจัยที่ผ่านมาไม่มีการติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับประเด็นและปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ และลักษณะของทุกข์ที่เกิดขึ้นจากการรับบริการที่พิจารณาจากฝ่ายผู้บริโภค (Consumer's perspective) (Katz and Shotter,1996) ในทางตรงกันข้ามกลับมีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและของตัวผู้ป่วยเอง (สมพร สันติประสิทธิ์กุล, 2541; เนตรนภา ดิ่งหมาย,2541; Gualdagnoli et al,1995) ทำให้มีงานวิจัยไม่มากนักอธิบายถึงปัญหาและทุกข์ของประชาชนที่เกิดขึ้นจากการไปใช้บริการนั้นๆ (Khongswatt et al,1996)

เมื่อพิจารณาถึงทุกข์และสาเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ หากมองในด้านมิติของผู้ป่วยและญาติจะพบว่าเมื่อไม่พึงพอใจในคุณภาพของบริการสิ่งที่แสดงออก คือ การร้องเรียนหรือกล่าวโทษผู้ให้บริการโดยวิธีต่างๆ เช่น ร้องเรียนผ่านสื่อมวลชน เขียนบัตรสนเท่ห์ หรือเขียนความเห็นใส่ตู้รับความคิดเห็นและฟ้องร้องต่อศาล ประเด็นที่พบมากในการร้องเรียน คือ การปฏิเสธการรักษาพยาบาล เพราะผู้ป่วยมีฐานะทางเศรษฐกิจยากจนและไม่มีญาติ คิดค่ารักษาพยาบาลแพงเกินความจำเป็น รักษาไม่เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การไม่เอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการ แพทย์วินิจฉัยโรคหรืออาการเจ็บป่วยผิดทำให้มีผลข้างเคียงและนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยสาเหตุใหม่เพิ่มเติม แพทย์และพยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ พุดจาไม่สุภาพและมีกิริยาท่าทางไม่เป็นมิตร (นสพ. ช่างสด, 2541; นสพ.

ไทยรัฐ, 2542; นสพ. มติชน, 2542) ซึ่งข้อมูลจากการร้องเรียนผ่านสื่อมวลชนพบว่ามาจากเพียงบางส่วนของ ผู้บริโภคเท่านั้น อย่างไรก็ตามบทความเหล่านี้มีข้อจำกัดค่อนข้างมากที่จะนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ เพราะเป็นเพียงคำร้องหรือบทร้องทุกข์ ขาดการวิเคราะห์ถึงเหตุและผลกระทบอย่างเป็นระบบ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาถึงปัญหาและทุกข์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการรับบริการในสถานบริการสาธารณสุขอย่างชัดเจน โดยคำถามในการวิจัยครั้งนี้คือ ปัญหาและทุกข์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้บริโภคในขณะที่รับบริการมีอะไรบ้างและสาเหตุของปัญหาเกิดขึ้นจากปัจจัยอะไรบ้าง คณะวิจัยคาดว่างานวิจัยฉบับนี้จะให้ข้อค้นพบใหม่ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐในประเด็นต่อไปนี้ (1) การปรับปรุงการบริหารงานภายในโรงพยาบาล (2) การปรับปรุงระบบการประสานงาน และ (3) การปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วย ผลการศึกษาและเนื้อหาในการวิเคราะห์ได้จำแนกออกเป็นประเด็นต่างๆ ที่ปรากฏอยู่ในแต่ละบทของรายงาน วัตถุประสงค์ของการวิจัยวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และระเบียบวิธีวิจัยได้อธิบายไว้ในหัวข้อลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อแสดงลักษณะความทุกข์ ความเดือดร้อนและปัญหาที่เกิดขึ้นกับประชาชนเมื่อมาใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข ณ สถานบริการประเภทต่างๆ
2. เพื่อแสดงสาเหตุที่ประชาชนไม่นิยมไปใช้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ซึ่งไม่ใช่สถานบริการที่มีลักษณะศูนย์กลางหรือสถานบริการขนาดใหญ่ และสาเหตุที่ประชาชนนิยมไปใช้บริการสถานบริการประเภทศูนย์กลางหรือสถานบริการขนาดใหญ่ ในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย
3. เพื่อเสนอแนวทางปรับปรุงการบริหารสถานบริการทั้งแบบงานภายใน และการจัดระบบเครือข่ายโรงพยาบาลที่จะนำไปสู่ความประทับใจของประชาชน โดยที่จะให้ประชาชนมีความทุกข์น้อยที่สุด และมีปัญหาน้อยที่สุด

งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาและวิเคราะห์ถึงการใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า จะเน้นไปที่การพิจารณาถึงปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจเลือกใช้สถานบริการแห่งใดแห่งหนึ่ง เช่น การตัดสินใจเลือกใช้บริการจากพอมด หมอผี หมอพื้นบ้าน หมอเถื่อน หรือไปรับบริการที่สถานบริการของรัฐ อาทิ โรงพยาบาล สถานเอนามัย และสำนักงานผดุงครรภ์ หรือโรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน ซึ่งกรอบแนวความคิดที่นิยมนำมาใช้เป็นหลักในการวิเคราะห์ คือหลักคิดของ Aday และ Anderson ที่เขียนไว้ในปี ค.ศ. 1975 (Aday and Anderson, 1975) ที่อธิบายว่า การใช้บริการสุขภาพในความเป็นจริงแล้วไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางด้านโครงสร้างของสังคมเท่านั้น หากขึ้นอยู่กับอีกหลายปัจจัย ได้แก่ ระบบการให้บริการสาธารณสุข เช่น จำนวนและประเภทของสถานบริการ การกระจายตัวของสถานบริการและที่ตั้ง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะเป็นตัวเอื้ออำนวยความสะดวกให้ประชาชนเข้าถึงและเลือกใช้ นอกจากนี้ประกอบเช่นนี้ Aday และ Anderson ได้อธิบายอีกว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่ตัดสินใจเลือกที่ใดที่หนึ่ง ดังเช่น แม้วาระยะทางจะห่างไกลจากที่พัก แต่ในด้านของความสะดวกสบายที่จะได้รับและมีบริการที่ต้องการ ผู้ป่วยและญาติก็จะไปใช้บริการที่นั่นโดยขอเพียงให้ “ความทุกข์” ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งได้แก่โรคภัยไข้เจ็บ ได้รับการรักษา

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในปัจจุบันจะมีโรงพยาบาลและสถานเอนามัยที่มียา อุปกรณ์ที่ทันสมัย แพทย์ พยาบาล ตลอดจนผู้ให้บริการที่มีความรู้ทางการแพทย์ แต่ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการเลือกแหล่งผู้ให้บริการ คือ ความเชื่อของผู้ป่วยและญาติที่มีต่ออำนาจบารมีของผู้ให้บริการ เช่นมีความเชื่อมั่นในความศักดิ์สิทธิ์ และศรัทธาในความสามารถของผู้ให้บริการอย่างสูง แม้ว่าจะเป็นการรักษาด้วยวิธีเวทมนต์คาถา หรือเชื่อถือสิ่งที่เหนือธรรมชาติ และ / หรือจะเป็นการรักษาด้วยแพทย์และวิธีการสมัยใหม่ หากผู้ป่วยและญาติมั่นใจว่าผู้ให้บริการนั้นสามารถช่วยให้ทุกข์จากการเจ็บป่วยครั้งนี้หมดสิ้นไป เขาก็จะพึงพอใจเลือกไปรักษาที่ผู้ให้บริการเหล่านั้น โดยไม่เลือกว่าผู้นั้นจะเป็นแพทย์หรือสามัญชน (Nath, 1994)

ในการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุข สิ่งให้ผู้ให้บริการตระหนักอยู่เสมอ คือ คุณภาพของการให้บริการที่จะต้องให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงอย่างสะดวก รวดเร็วและได้รับความพึงพอใจ อุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องมือต่างๆ ที่จะใช้ในการให้บริการจะต้องมีการจัดเตรียมไว้ให้พร้อม และสอดคล้องกับปริมาณของอุปสงค์ (Mroz et al, 1999) ทั้งนี้เพราะผู้รับบริการสาธารณสุขที่เป็นผู้เจ็บป่วยจะเลือกไปใช้สถานบริการที่เขาคาดว่าจะสามารถรักษาอาการป่วย และความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งแห่งที่เป็นที่พึงเหล่านี้จะต้องเป็นที่เปรียบพร้อมด้วย ผู้ชำนาญการ รักษาพยาบาลและเป็นที่มียุภัณฑ์หรือเครื่องมือที่สามารถรักษาอาการป่วยได้ ผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังไว้ว่า “ความทุกข์” จะได้รับการบรรเทาจากสถานบริการสาธารณสุขแห่งนั้นๆ (พระธรรมปิฎก, 2538) ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจึงมีความคาดหวังในผลของการรักษาและคุณภาพของการให้บริการ และเมื่อความคาดหวังไม่สามารถตอบสนองได้ตามต้องการ เช่น ไม่ได้รับความสะดวกในด้านการรักษา สถานบริการไม่มีเครื่องมือทางการแพทย์สอดคล้องกับโรคและอาการของโรคที่เป็นคำรักษาพยาบาลแพงเกินไป บุคลากรของสถานบริการพูดจาไม่สุภาพ ผู้ให้บริการไม่สามารถอธิบายให้ ผู้ป่วยได้เข้าใจเกี่ยวกับอาการป่วยได้ ฯลฯ เหตุต่างๆ เหล่านี้จะก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในด้านการใช้บริการของสถานบริการแห่งนั้นๆ (Barnett, 1997 ; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2540) ดังนั้นจากประเด็นนี้ อาจกล่าวได้ว่าการที่ผู้ป่วยจะไปรับบริการทางด้านสาธารณสุข ณ ที่แห่งใด ดูเหมือนว่าจะขึ้นอยู่กับความพึงพอใจที่จะเลือกไปรับบริการ นั่นคือผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกรับบริการที่สถานที่ที่ตนพึงพอใจมากที่สุด (Kwan, 1994) ด้วยเหตุนี้ เป้าหมายสูงสุดของการจัดบริการสาธารณสุขคือ ให้ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจมากที่สุด (Gilson et al, 1994)

ปัจจุบันการให้บริการสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยภาครัฐ และพบว่ามีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ และกำลังบุคลากร (Novacs, 1993) ดังนั้นในมิติของความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการสาธารณสุขในประเทศเหล่านี้ งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า มีเหตุสำคัญมาจากปัจจัยต่างๆ อาทิ 1) ระยะเวลาที่ต้องคอยแพทย์ตรวจนาน 2) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่แพง 3) บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการมารยาทไม่ดี 4) ขั้นตอนของการให้บริการยุ่งยากซับซ้อน 5) สถานบริการไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอกับจำนวน

ผู้ป่วยและอาการของโรคที่เป็น 6) สถานบริการไม่มียารักษาโรค 7) แพทย์ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการของโรค 8) ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยซับซ้อนและล่าช้าทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยมากขึ้น (Bassett et al, 1997 ; De Geyndt, 1995 ; Center for Human Services, 1993) จากความไม่พึงพอใจในด้านต่างๆ ข้างต้น De Geyndt (1995) กล่าวว่ามีส่วนนำไปสู่ “ความทุกข์” แก่ผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เพราะความไม่พึงพอใจในด้านการให้บริการเป็นเหตุที่ทำให้เกิด “ความทุกข์” อย่างหนึ่ง (Rauyajin and Plianbangchang, 1983) และดัชนีที่อาจจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้วัดความทุกข์ของผู้ป่วยที่เกิดจากผลของการรับบริการคือ 1) ความตาย 2) ภาวะการเจ็บป่วย 3) การเจ็บปวดและทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส 4) ร่างกายพิการ 5) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังการรักษา 6) ความไม่พึงพอใจในการรับบริการ (De Geyndt, 1995)

ในด้านการให้บริการ แม้ว่าผู้ให้บริการจะทราบดีว่าคุณภาพที่ดีของการให้บริการจะทำให้ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจมากที่สุด แต่ด้วยข้อจำกัดหลายๆ อย่างต่อไปนี้ 1) จำนวนแพทย์ผู้ให้บริการ 2) จำนวนพยาบาลผู้ให้บริการ 3) ทุนและงบประมาณ 4) อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ 5) ระบบการบริหารจัดการในหน่วยงาน 6) ยานพาหนะ 7) อาคารสถานที่ ฯลฯ มีผลอย่างยิ่งที่นำไปสู่ความไม่พึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วย ดังเช่น การมีจำนวนแพทย์ไม่เพียงพอต่อปริมาณของผู้ป่วยมีผลไปสู่ความไม่พึงพอใจแก่ผู้ป่วยในด้านการให้เวลาในการตรวจแก่ผู้ป่วยน้อยเกินไป ทำให้แพทย์ต้องทำหน้าที่ในการตรวจอย่างรวดเร็ว มีระยะเวลาในการวินิจฉัยโรคสั้น ตลอดจนพูดคุยซักถามอาการป่วยจากผู้ป่วยน้อย หรือทำให้ผู้ป่วยไม่มีเวลาซักถามความรุนแรงของโรคและอาการป่วยจากหมอได้เท่าที่ควร (Bassett et al, 1997 ; Kazmi, 1995) ซึ่งข้อจำกัดเช่นนี้ ก่อให้เกิดการรักษาแบบ “Problem-based” โดยแพทย์ผู้ตรวจรักษาจะเริ่มต้นการแก้ปัญหาจาก “ความทุกข์” ของประชาชนที่เจ็บป่วยก่อน กล่าวคือ “เป็นอย่างไรก็แก้ไขปัญหานั้นไปอย่างนั้น” (ทองจันทร์ หงส์ลดาธรมภ์, 2538; Hunt, 1989) ซึ่งหากแพทย์มีเวลาในการวินิจฉัยโรคนาน ได้พูดคุยกับผู้ป่วยถึงอาการต่างๆ ของโรค จะช่วยให้การรักษาโรคเป็นที่พึงพอใจแก่ผู้ป่วยมากขึ้น (ปิยวรรณ ประคุณคงชัย, 2533 ; Singh et al, 1996)

ในด้านมารยาทของผู้ให้บริการ ผลงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและญาติจะไม่พึงพอใจกับมารยาทของพยาบาลหน้าห้องตรวจ เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา เจ้าหน้าที่ห้องจ่ายเงิน และบุคลากรสาธารณสุขบางฝ่าย โดยผู้ป่วยและญาติจะอธิบายว่า เขาทั้งหลายเหล่านี้มีท่าทางรังเกียจผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน มักจะพูดจาไม่สุภาพ และให้บริการที่ไม่ดี เช่น ไม่อำนวยความสะดวกในด้านการติดต่อและประสานงานต่างๆ ให้ (Singh et al, 1996 ; Mason and Benesch, 1996) นอกจากนี้มีผลงานวิจัยบางเล่มอธิบายว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยและญาติไม่พอใจเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ใกล้บ้าน เพราะว่าสถานบริการแห่งนั้นไม่สามารถที่จะรักษาอาการป่วยของโรคที่เป็นอยู่ให้หายได้ เนื่องจากไม่มีเครื่องมือทางการแพทย์เพียงพอ (กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย, 2539 ; โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป, 2540) และอีกเหตุหนึ่งที่น่าไปสร้างความไม่พึงพอใจอย่างมากของผู้ป่วยที่พบมากในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คือ การที่ต้องรอคิวนาน เพราะมีผู้ป่วยไปรับบริการมาก (Williams and Schutt, 1995) ซึ่งความไม่พึงพอใจจากประเด็นนี้พบมากในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทั้งนี้เพราะประชาชนจะไปรับบริการรักษาพยาบาลกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก แทนที่จะไปรับบริการในสถานบริการที่ใกล้บ้าน ซึ่งอาจจะสะดวกกว่าและอาจจะได้รับเวลาในการตรวจจากแพทย์ยาวนานกว่า ซึ่งผลดีคือแพทย์จะมีเวลาในการวินิจฉัยโรคมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีผู้รับบริการหนาแน่น (Management Sciences for health, 1996)

การให้บริการสาธารณสุขเป็นงานบริการที่เป้าหมายสูงสุด คือไม่เพียงแต่จะหาทางป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค และ/หรือหาทางป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยในหมู่ประชากร แต่งานสำคัญอีกอันหนึ่งคือทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาให้หายป่วย และปลอดภัยจากอาการเจ็บปวด (พระธรรมปิฎก, 2538) อุดมประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยต้องการคือ หลุดพ้นจาก “ความทุกข์” ที่เกิดจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ อย่างไรก็ตามมีผลงานวิจัยหลายเล่มระบุว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะบรรลุอุดมประโยชน์สูงสุดของตน เช่น อาการป่วยได้รับการบำบัดรักษา แต่ก็ยังคงไม่พึงพอใจกับคุณภาพของการให้บริการในบางประการ กล่าวคือ อาจจะไม่พึงพอใจกับการที่สถานบริการสาธารณสุขคิดค่ารักษาพยาบาลแพง และ / หรือ ไม่ได้รับการต้อนรับที่เป็น

มิตรจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้ทำหน้าที่รักษา (Rwebangira, 1994 ; Williams and Schutt, 1995 ; Kazmi, 1995) นอกจากนี้แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับความพึงพอใจในด้านอื่น เช่น การให้บริการของพนักงานต้อนรับ อธิยาศัยไมตรีอันดีของพยาบาลหน้าห้องตรวจ ฯลฯ แต่มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่พึงพอใจกับการที่แพทย์ไม่อธิบายเกี่ยวกับอาการป่วยของโรค และวิธีการรักษาให้ทราบ และไม่พึงพอใจกับการที่แพทย์อธิบายเกี่ยวกับอาการของโรคและโอกาสที่จะหายจากการเจ็บป่วยไม่ชัดเจน (Rwebangira, 1994; Ali and Mahmoud, 1993)

ความไม่พึงพอใจต่อการรับบริการของผู้ป่วยที่นำไปสู่การตำหนิติเตียนและการแสดงเจตจำนงเพื่อให้มีการปรับปรุงการบริการเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ อาทิ ทั้งที่เกิดขึ้นโดยบุคลากรผู้ให้บริการ โดยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการ และโดยระบบของการบริหารจัดการ (Gilson, 1995) ดังเช่น มีผู้ป่วยหลายรายมีความกังวลใจในการให้ยาและเวชภัณฑ์ที่รับจากห้องจ่ายยา เนื่องจากบุคลากรในแผนกนี้ไม่อธิบายถึงอาการใช้และอาการข้างเคียงให้ทราบเป็นผลให้ผู้ป่วยกังวลใจและอาจจะก่อให้เกิดความเครียดและทุกข์ทางจิต (Rendergast et al, 1995) ประเด็นต่อมายาและวิธีการรักษาบางวิธีที่ใช้สำหรับผู้ป่วยบางโรคมีอาการข้างเคียงที่ปรากฏเห็นชัดทางกายภาพ เช่น ผม่วง หากผู้ให้การรักษาหรือพยาบาลไม่ชี้แจงและอธิบายถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย เมื่ออาการข้างเคียงนั้นเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลและกลัวถึงผลข้างเคียงอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นเพิ่มอีก (Kurtz et al, 1995)

สิ่งที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในกังวล ตลอดจนต้องการทราบจากผู้ให้บริการรักษา คือ ชนิดของโรคที่เป็นความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่จะใช้ในการรักษา โอกาสที่จะหายจากภาวะการเจ็บป่วย ประมาณการค่ารักษาพยาบาล วิธีการรักษา ผลการวินิจฉัยของแพทย์จากห้องปฏิบัติการ ตลอดจนโอกาสการแพร่เชื้อของโรค ฯลฯ (Tailor and Mayberry, 1995 ; Bourhis et al, 1989 ; Hunt ; 1989 ; Katz and Shotter, 1996) แต่โอกาสที่จะพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลมีจำกัด เนื่องจากบุคลากรดังกล่าวมีจำนวนจำกัดในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก (Hadad and Fournier, 1995) นอกจากนี้ในบางสถานบริการ สถานที่ไม่สะอาด ห้องคับแคบ อับทึบขาดการถ่ายเทอากาศ และไม่มีที่พักผ่อนหย่อนใจ จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดในห้องที่ทำการรักษานั้นอยู่ตลอดเวลา ซึ่งพบว่ามีผลกระทบทางจิตใจและความเครียดแก่ผู้ป่วย (Katz and Shotter, 1996)

ประเด็นต่อมาคือ การประสานงานกันระหว่างทีมผู้รักษา อาทิ ระหว่างพยาบาล กับแพทย์ และเภสัชกร ตลอดจนเจ้าหน้าที่ต่างๆ ในสถานบริการที่ไม่ราบรื่น มีอุปสรรค เช่น การมอบหมายงานที่ไม่ชัดเจนซ้ำซ้อน จัดส่งผู้ป่วยและข้อมูลของผู้ป่วยไปยังฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ ซึ่งเหตุการณ์ต่างๆ เหล่านี้มีความขัดแย้งกันภายในกลุ่มผู้รักษา และเมื่อมีข้อบกพร่องเกิดขึ้นขาดผู้รับผิดชอบ หรือแก้ไขมีผลไปสู่สภาพทางจิตใจของผู้ป่วยได้เช่นกัน (Lambert, 1996 ; Malone, 1995 ; Ong, 1995)

จากงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามที่บรรยายข้างต้น พิจารณาได้ว่าความทุกข์และสภาพปัญหาที่ทำให้เกิดทุกข์แก่ผู้ป่วยโรค มีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัย ดังนั้นเพื่อให้สามารถ ค้นหาองค์ความรู้ใหม่ที่ยังไม่ปรากฏว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดทุกข์แก่ผู้ป่วย และจำเป็นต้องวิเคราะห์เพิ่มเติมหาข้ออธิบายถึงสภาพปัญหา และทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขที่กระจายอยู่ตามภาคต่างๆ ในประเทศไทยได้ชัดเจนขึ้น งานวิจัยนี้ จึงได้กำหนดกรอบแนวความคิดที่จำลองเป็นกลุ่มปัจจัยที่คาดว่าจะมีส่วนทำให้เกิดความทุกข์ เมื่อมารับบริการเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลตามที่ปรากฏต่อไปนี้

กรอบแนวความคิด

สิ่งที่ทำให้เกิดทุกข์	สภาพของทุกข์
<ul style="list-style-type: none"> □ บุคลากรผู้ให้บริการ □ สิ่งแวดล้อมต่างๆ ในอาคารสถานที่ □ อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ □ ลักษณะของงานที่ให้บริการ □ ระบบการบริหารจัดการ □ บุคลิกภาพและฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของผู้รับบริการ □ โรคและการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ □ สิทธิบัตรต่างๆ ของผู้รับบริการ 	<p>ทุกข์ทางกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> □ การเจ็บปวด □ พิการ □ ตาย □ อาการรุนแรงขึ้น □ ฯลฯ <p>ทุกข์ทางใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> □ วิตกกังวล □ หวาดกลัว □ อารมณ์ไม่ปกติ □ ซึมเศร้า □ ฯลฯ <p>ทุกข์ด้านอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> □ ความเดือดร้อน เช่น ของหาย ถูกลักทรัพย์ □ ถูกหลอกลวง เอาเปรียบ □ ฯลฯ

นิยามศัพท์ในการวิจัย

นิยามศัพท์ ของคำว่า “สภาพปัญหาและทุกข์” ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

1) “สภาพปัญหา” หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่และขอบเขตของสถานบริการสาธารณสุขทั้งที่เกิดขึ้นโดยการกระทำของบุคคล เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขฝ่ายต่างๆ และหรือเกิดขึ้นโดยสภาพแวดล้อม เช่น กลิ่น แสง เสียง ความแออัด หรือ บริเวณรอบตัวของผู้รับบริการที่นำไปสู่ความอึดอัดใจ ความไม่สบายใจ ความหวาดกลัว ความวิตก ความทรมาน ความเสื่อมเสียชื่อเสียง การเจ็บปวดทางกายและใจที่เกิดจากการรับบริการ

2) “ความทุกข์” หมายถึง ความหม่นหมองที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดความหม่นหมองทางกายและใจ เช่น ร่างกายได้รับความเจ็บปวดจากวิธีการรักษาที่ไม่เหมาะสม ฯลฯ จิตใจได้รับการกระทบกระเทือนจากบริการ ก่อให้เกิดความอึดอัด คับอก คับใจ ไม่สบายใจ หวาดกลัว หวั่นวิตกกังวล ร่างกายพิการจากการรักษา วิกฤตจิตเนื่องจากวิตกกังวลจากการรักษา และ/หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นแล้วทำให้ผู้รับบริการอธิบายว่า “เป็นทุกข์” แล้วนำไปสู่ปัญหาและสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้รับบริการ

กรอบและขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะค้นหาเฉพาะสภาพปัญหาและความทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข โดยเน้นการวิเคราะห์ไปที่สภาพปัญหาและทุกข์ที่เกิดขึ้นจากประเด็น ต่อไปนี้

1) สภาพปัญหาและทุกข์ที่เกิดจากการกระทำของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ทำงานในบริเวณและพื้นที่ของสถานบริการสาธารณสุข ทั้งของรัฐและเอกชน

2) สภาพปัญหาและทุกข์ ที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อม ต่างๆ ที่อยู่ภายในและภายนอกของสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้รับบริการไปใช้บริการทั้งของรัฐและเอกชน

3) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุข ณ สถานบริการสาธารณสุข ที่มีต่อร่างกาย และจิตใจของผู้รับบริการ ที่นำไปสู่ “ความทุกข์” ที่เกิดจากการรับบริการ

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัยและการเลือกตัวอย่าง

การวิจัยนี้ รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2541 โดยแบ่งวิธีการรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 วิธี คือ

1. การวิจัยเชิงปริมาณ
2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

เหตุผลสำคัญที่ใช้วิธีการศึกษา 2 ลักษณะข้างต้น เนื่องจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณต้องการที่จะแสดงให้เห็นสภาพปัญหาและทุกข์ที่เกิดขึ้นในลักษณะภาพรวมและตามลักษณะของสถานบริการสาธารณสุข สำหรับการวิเคราะห์เชิงคุณภาพนั้นเพื่อต้องการวิเคราะห์ปัญหาและทุกข์อย่างละเอียดและเพื่อเป็นการอธิบายผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณเพิ่มเติม

วิธีการเลือกตัวอย่างและกำหนดเป้าหมายของผู้ให้ข้อมูลในการรวบรวมข้อมูลแต่ละวิธีมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ก. การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีคำถามปลายปิดและปลายเปิด พนักงานสัมภาษณ์ทำหน้าที่สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแบบสอบถาม ในการศึกษานี้จำแนกออกเป็น 4 ชุด สำหรับรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการสาธารณสุข 4 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยในที่รับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน
2. ผู้ป่วยนอกที่รับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน
3. ผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกแพทย์เอกชน
4. ผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานเอนามัยประจำตำบล

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมายที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ คือผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 15 ปี ถึง 70 ปี ทั้งนี้ได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยใน ในการศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดให้หมายถึงผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 3 คืนขึ้นไป

ผู้ป่วยนอก คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขแล้วกลับบ้าน หลังจากที่ได้พบแพทย์ และไม่ได้พักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

สำหรับการเลือกตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลนั้น คณะผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตผู้บริหารของสถานบริการสาธารณสุข โดยได้รับความร่วมมือในการช่วยประสานงานจากสาธารณสุขจังหวัด จากนั้นคณะผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากผู้มารับบริการสาธารณสุข ตามกำหนดวันที่ได้นัดหมายกับผู้บริหารของสถานบริการสาธารณสุข โดยคณะผู้วิจัยมีอิสระในการเลือกตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล สำหรับผู้ป่วยนอก จะเลือกผู้มารับบริการขณะนั่งรอรับยาหลังจากได้รับการตรวจจากแพทย์ โดยพนักงานสัมภาษณ์จะเข้าไปทาบถามขอสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีอายุ 15 – 70 ปี โดยพยายามเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการให้กระจายไปในทุกๆ แผนกจนครบจำนวนที่กำหนดไว้

ในการเลือกตัวอย่างผู้ป่วยในนั้น คณะผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากหัวหน้าพยาบาลให้ช่วยระบุผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ คือ ต้องพักรักษาตัวอยู่ในสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ ไม่ต่ำกว่า 3 คืน จากนั้นคณะผู้วิจัยจะเลือกเข้าสัมภาษณ์ผู้ป่วยใน โดยให้มีการกระจายไปในทุกแผนกให้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

พื้นที่ในการรวบรวมข้อมูล

1. กรุงเทพมหานคร ในกรุงเทพมหานคร รวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลศิริราช วชิรพยาบาล และคลินิกแพทย์เอกชนอีกจำนวน 5 แห่ง เหตุผลในการเลือกโรงพยาบาลศิริราช และวชิรพยาบาล คือ โรงพยาบาลทั้งสองแห่งเป็นโรงพยาบาลที่มีลักษณะผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ

กระจายทุกระยะ มีสถานที่แออัดเพราะพื้นที่จำกัด ซึ่งคาดว่าจะให้ภาพในการศึกษา สภาพปัญหาและทุกข์ของผู้ป่วยและผู้รับบริการได้ดี

2. โรงพยาบาลในจังหวัดต่างๆ ที่กระจายตามภาคของประเทศไทย

สำหรับเหตุผลที่เลือกรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในต่างจังหวัด เพราะต้องการทราบถึงสภาพปัญหาและความทุกข์ของประชาชนที่เกิดขึ้นจากการรับบริการให้กระจายไปตามจุดต่างๆ ของประเทศ

การเลือกพื้นที่ที่เป็นตัวอย่างในการศึกษานี้ ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะให้เป็นตัวแทนของประเทศ แต่ได้เลือกจังหวัดให้มีการกระจายไปทั้ง 4 ภาค รวมทั้งได้นำระดับของสถานบริการสาธารณสุขมาประกอบด้วย กล่าวคือใน 4 จังหวัดที่เลือกมานั้นจะประกอบด้วยจังหวัดที่มีสถานบริการสาธารณสุขระดับใหญ่ คือ มีโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาราช 2 จังหวัด และจังหวัดที่มีโรงพยาบาลระดับกลางคือโรงพยาบาลทั่วไปอีก 2 จังหวัด ทั้งนี้ผู้วิจัยมิได้นำระดับคุณภาพของการให้บริการชื่อเสียง หรือตัวชี้วัดใดๆ มาพิจารณาเลือกสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นตัวอย่าง หากแต่เลือกจังหวัดตามประเภทหรือระดับของสถานบริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้ในข้อเสนอการทำวิจัยครั้งนี้

เมื่อเลือกจังหวัดที่เป็นตัวอย่างแล้ว คณะผู้วิจัยได้ทำการเลือกตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยและคลินิกเอกชน อีกครั้งหนึ่ง

- โรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้เลือกตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง โดยตั้งเกณฑ์ว่า โรงพยาบาลชุมชนต้องมีขนาดแตกต่างกันออกไป และจะต้องอยู่ห่างจากตัวจังหวัด ตั้งแต่ 40 กิโลเมตรขึ้นไป ทั้งนี้เพื่อให้ได้โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เมือง/จังหวัด เพราะผู้ให้บริการที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลดังกล่าวสามารถเดินทางมาใช้บริการในจังหวัดได้สะดวกอันจะทำให้มองภาพการแสวงหาการรักษาพยาบาลข้ามเขตไม่ถูกต้อง

- สถานีอนามัย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากรายชื่อของสถานีอนามัยที่อยู่ในแต่ละอำเภอที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นตัวอย่าง ทั้งนี้ได้จำนวนสถานีอนามัยที่เป็นตัวอย่างอำเภอละ 3 แห่ง
- คลินิกเอกชน ใช้การสุ่มตัวอย่างจากรายชื่อของคลินิกเอกชนที่จัดพิมพ์โดยกองการประกอบโรคศิลป์ ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกเฉพาะคลินิกที่ไม่ใช่คลินิกเด็ก เพราะเด็กไม่สามารถให้ข้อมูลได้ รวมทั้งการวิจัยนี้ได้กำหนดอายุของผู้ให้ข้อมูลว่าจะต้องเป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 15 - 70 ปี ในแต่ละจังหวัดนั้นได้สุ่มตัวอย่างคลินิก 10 แห่ง แต่ในบางจังหวัดไม่สามารถเก็บข้อมูลได้จากคลินิกทั้ง 10 แห่ง เนื่องจากคลินิกบางแห่งไม่เปิดทำการรักษาในช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล คลินิกบางแห่งมีคนใช้บริการน้อยมาก และบางแห่งปิดกิจการไปแล้วจะรักษาเฉพาะที่เป็นคนไข้ประจำเท่านั้น ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลกระจายไปตามลักษณะของผู้รับบริการทั่วไปจึงต้องทำการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลจากคลินิกที่เป็นตัวอย่างคลินิกอื่นๆ เพิ่มเติม

ตัวอย่างในการศึกษาด้วยวิธีเชิงปริมาณจำนวนทั้งสิ้น 1,473 ตัวอย่าง โดยจำแนกตามโรงพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุขดังนี้

- 1) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร 262 ตัวอย่าง
- 2) โรงพยาบาลมหาราช/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 261 ตัวอย่าง
- 3) โรงพยาบาลชุมชน 258 ตัวอย่าง
- 4) โรงพยาบาลเอกชน 273 ตัวอย่าง
- 5) คลินิกเอกชน 202 ตัวอย่าง
- 6) สถานีอนามัย 217 ตัวอย่าง

การกระจายจำนวนตัวอย่างจำแนกตามประเภทสถานบริการสาธารณสุขประเภทของผู้ป่วยและภาคดังนี้

ก) ภาคเหนือ รวบรวมข้อมูลที่จังหวัดลำปาง มีลักษณะข้อมูลกระจายดังนี้

	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	รวม
1) โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง	16	50	66
2) โรงพยาบาลชุมชน	14	50	64
3) โรงพยาบาลเอกชน	16	53	69
4) คลินิกแพทย์เอกชน	-	39	39
5) สถานีอนามัย	-	55	55
รวม	46	247	293

ข) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวบรวมข้อมูลที่จังหวัดสกลนคร มีลักษณะข้อมูลกระจายดังนี้

	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	รวม
1) โรงพยาบาลสกลนคร	15	50	65
2) โรงพยาบาลชุมชน	15	50	65
3) โรงพยาบาลเอกชน	12	51	63
4) คลินิกแพทย์เอกชน	-	42	42
5) สถานีอนามัย	-	54	54
รวม	42	247	289

ค.) ภาคกลาง รวบรวมข้อมูลที่จังหวัดราชบุรี มีลักษณะข้อมูลกระจายดังนี้

	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	รวม
1) โรงพยาบาลบ้านโป่ง	16	49	65
2) โรงพยาบาลชุมชน	13	47	60
3) โรงพยาบาลเอกชน	16	60	76
4) คลินิกแพทย์เอกชน	-	42	42
5) สถานีอนามัย	-	56	56
รวม	45	254	299

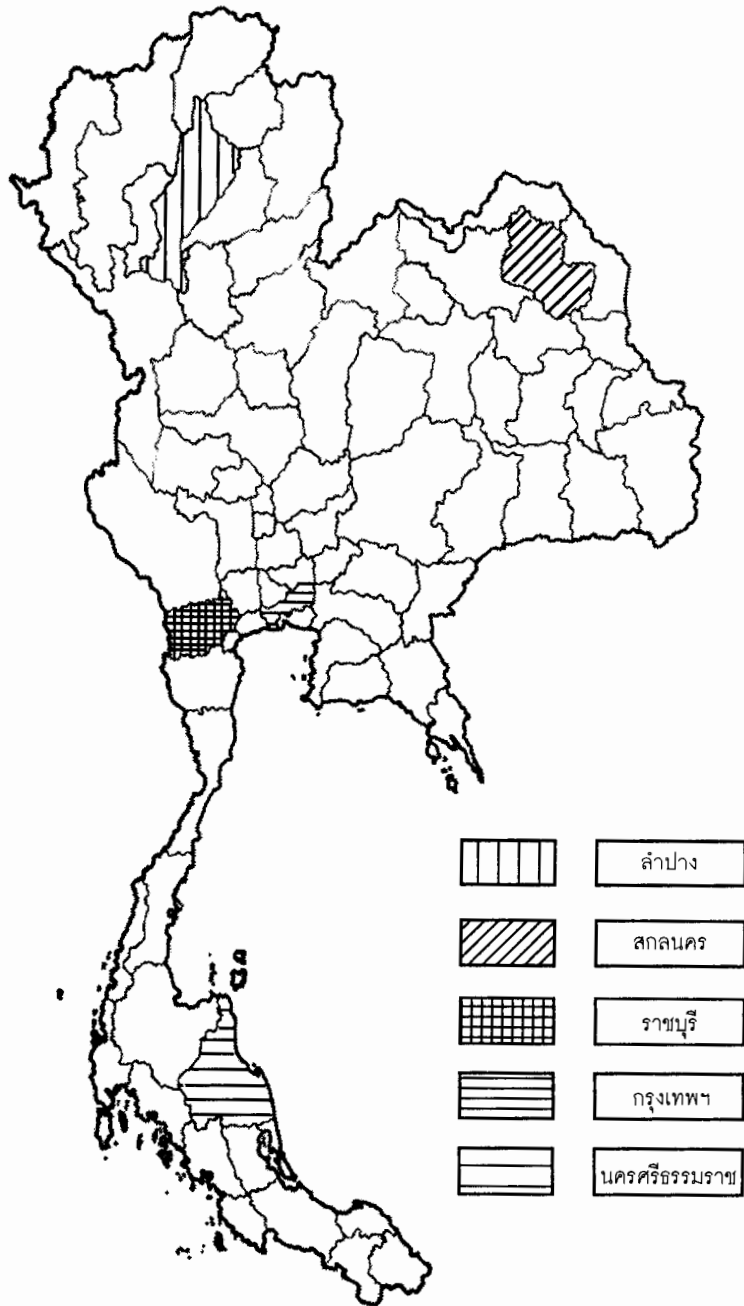
ง) ภาคใต้ รวบรวมข้อมูลที่จังหวัดนครศรีธรรมราช มีลักษณะข้อมูลกระจายดังนี้

	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	รวม
1) โรงพยาบาลมหาธาตุ	15	50	65
2) โรงพยาบาลชุมชน	16	53	69
3) โรงพยาบาลเอกชน	15	50	65
4) คลินิกแพทย์เอกชน	-	40	40
5) สถานีอนามัย	-	52	52
รวม	46	245	291

จ) กรุงเทพมหานคร มีลักษณะข้อมูลกระจายดังนี้

	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	รวม
1) โรงพยาบาลศิริราช	30	101	131
2) วชิรพยาบาล	30	101	131
3) โรงพยาบาลเอกชน	-	-	-
4) คลินิกแพทย์เอกชน	-	39	39
5) สถานีอนามัย	-	-	-
รวม	60	241	301

แผนที่ประเทศไทย แสดงจุดรวบรวมข้อมูล



พนักงานสัมภาษณ์และการควบคุมคุณภาพข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม คณะสำรวจข้อมูลประกอบด้วยบุคคลต่อไปนี้

- 1) หัวหน้าคณะ ผู้ทำหน้าที่ควบคุมงานสนาม
 - 2) พนักงานสัมภาษณ์ ผู้ทำหน้าที่สัมภาษณ์ข้อมูล
 - 3) นักวิจัยหลักผู้ทำหน้าที่ตรวจเยี่ยมและตอบคำถามที่หัวหน้าคณะและพนักงานสัมภาษณ์เข้าใจยังไม่ชัดเจน
- 1) **หัวหน้าคณะในการรวบรวมข้อมูล** คือ นักศึกษาในระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกที่ปัจจุบันทำการศึกษาอยู่ที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มีประสบการณ์ในการเรียนวิชาการระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ และเคยควบคุมงานสนามมาก่อน
 - 2) **พนักงานสัมภาษณ์** ในแต่ละคณะจะประกอบด้วยพนักงานสัมภาษณ์ จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นบุคคลที่สามารถพูดภาษาท้องถิ่นในจังหวัดที่ทำการศึกษา
 - 3) **นักวิจัยหลัก** คือ บุคคลที่ทำหน้าที่วางหลักในการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจะตรวจเยี่ยมและตอบคำถามให้กับหัวหน้าคณะและพนักงานสัมภาษณ์ในกรณีที่มีความเข้าใจในบางกรณีที่ไม่ชัดเจน ซึ่งปฏิบัติในลักษณะกรณีพิเศษ

การควบคุมคุณภาพข้อมูล

การควบคุมคุณภาพข้อมูล วิธีที่ใช้ในการควบคุมคุณภาพข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ มีหัวหน้าคณะสำรวจทำหน้าที่ตรวจคำถาม ให้คำแนะนำ และคอยสอดส่องดูแลการสัมภาษณ์ของพนักงานสัมภาษณ์ข้อมูล ในแต่ละจังหวัดจะมีการฝึกอบรมให้ความรู้ และแนะนำวิธีการสัมภาษณ์ (In-class training) แก่พนักงานสัมภาษณ์ โดยนักวิจัยหลัก และหัวหน้าคณะ จังหวัดละ 1 วัน หลังจากนั้นได้เริ่มรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกวันละ 2 ราย จนกว่าจะมีความเข้าใจในแบบสอบถามอย่างดี จึงให้ขยายจำนวนตัวอย่างมากขึ้น

หน่วยในการสังเกตและหน่วยในการวิเคราะห์ หน่วยในการศึกษาคั้งนี้ คือ สถานบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐและเอกชน ตามที่กำหนดไว้ข้างต้น ส่วนหน่วยในการวิเคราะห์คั้งนี้คือ ระดับบุคคล ซึ่งเป็นผู้รับบริการสาธารณสุขอันได้แก่ ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยไม่เลือกพิจารณาเจาะจงว่าเจ็บป่วยด้วยโรคใดเป็นพิเศษ

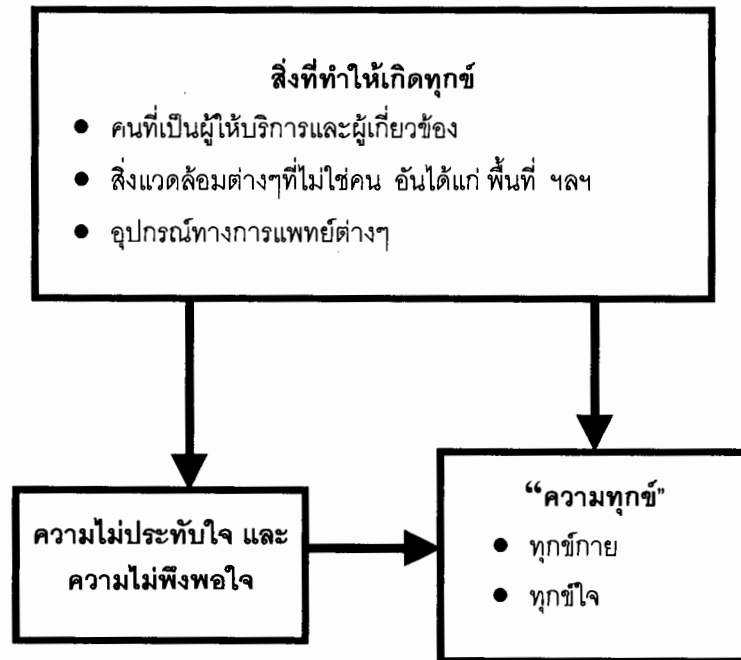
การรวบรวมข้อมูล เพื่อหาแนวทางสร้างแบบสอบถาม

และการทดสอบแบบสอบถาม

จากงานวิจัยและวรรณกรรมที่ได้ทบทวนไว้ในบทที่หนึ่ง จะเห็นว่ามีการศึกษาและเน้นการวิเคราะห์ถึงปัจจัยตลอดจนสภาพปัญหาและทุกข์ของผู้รับบริการไม่มากนัก ดังนั้นจึงเป็นข้อจำกัดของนักวิจัยในการตั้งคำถาม และกำหนดตัวชี้วัดที่สามารถอธิบายถึงสภาพปัญหาและทุกข์ได้ จึงทำการรวบรวมข้อมูลเพื่อหาแนวทางสร้างแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

- 1) ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความประทับใจ/ความพึงพอใจ และไม่พึงใจในการรับบริการสาธารณสุขที่อธิบายถึงเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์แก่ผู้รับบริการ
- 2) สัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interview) กับนักวิชาการที่เคยทำงานวิจัยและ/หรือปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุข ที่มีความรู้ความเข้าใจในสภาพปัญหาและทุกข์ของผู้ป่วย
- 3) จัดสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ตลอดจนญาติผู้ป่วยใน ที่ใช้บริการสาธารณสุขในสถานบริการของรัฐแห่งหนึ่ง
- 4) สัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interview) กับผู้ป่วยนอกที่รับบริการสาธารณสุขของรัฐหลังจากที่ได้รับความรู้และเนื้อหาที่เป็นเหตุ (Cause) และผลกระทบ (Consequence) ที่นำไปสู่การอธิบายถึงสภาพปัญหาและทุกข์ของผู้รับบริการสาธารณสุข จึงนำเนื้อหาข้างต้นมาประยุกต์และสร้างแบบสอบถามที่เป็นจริงทั้ง 4 ชุด

เนื้อหาในแบบสอบถามทั้ง 4 ชุดประยุกต์จากกรอบแนวความคิดของการวิจัยที่จำลองไว้ในบทที่ 1 หลักในการสร้างแบบสอบถามได้พิจารณาตามลักษณะของการเกี่ยวข้องกับ ข้อมูลตามแบบจำลองต่อไปนี้



ข) การรวบรวมข้อมูลแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ เป้าหมายของการรวบรวมข้อมูลส่วนนี้เพื่อที่จะเน้นเจาะลึกถึงสภาพปัญหา และข้อคิดเห็นเพื่ออธิบายความและนำไปประกอบ คำอธิบาย ข้อมูลเชิงปริมาณ วิธีการรวบรวมข้อมูลในเชิงคุณภาพ สำหรับการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ

1) การจัดสนทนากลุ่ม (Group discussion) กลุ่มสนทนาจำแนกตามผู้ใช้บริการ ซึ่งมีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข

ในช่วงเวลาเดียวกัน การจัดกลุ่มสนทนาคำเนินการที่สถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่งที่เลือก ทำการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยในที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม คือผู้ป่วยในที่นอนพักในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 3 คืน โดยที่แพทย์และพยาบาลลงความเห็นว่าจะสามารถนั่งในการสนทนากลุ่มได้ และ การนั่งในวงสนทนาไม่นำไปสู่การทำให้อาการของโรค หรืออาการป่วยกำเริบขึ้นกว่าปกติ และยินดีที่จะเข้าร่วมให้ข้อมูล

ผู้ป่วยนอกที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มคือบุคคลที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และยินดีเข้าร่วมสนทนากลุ่ม เวลาที่จัดสนทนากลุ่มคือ ช่วงที่ผ่านการตรวจจากแพทย์แล้ว โดยพยาบาล จะช่วยเป็นผู้รับยาแทน เหตุผลที่คณะวิจัยใช้วิธีการดังนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา ดังนั้นจึงนำเวลาในช่วงที่รอรับยามาจัดสนทนากลุ่ม แม้ว่าผู้ป่วยที่มาร่วมแสดงความคิดเห็นในครั้งนี้จะไม่ผ่านขั้นตอนการรอรับยา แต่ผู้ป่วยเหล่านี้เคยมีประสบการณ์ ในการมาใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นตัวอย่างแล้ว จึงทำให้ปัญหาที่เกรงว่าผู้ป่วยไม่ทราบถึงขั้นตอนทุกขั้นตอนของการรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกหมดไป

การรวบรวมข้อมูลแบบการจัดสนทนากลุ่ม แบ่งตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลดังนี้

ก) ผู้ป่วยนอก แบ่งเป็นดังนี้

- 1) ผู้ป่วยทั่วไป มีทั้งหมด 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศหญิง 1 กลุ่ม และเพศชาย 1 กลุ่ม โดยจัดที่จังหวัดลำปาง
- 2) ผู้ป่วยบัตรสุขภาพ มีทั้งหมด 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศหญิง 1 กลุ่ม เพศชาย 1 กลุ่ม โดยจัดที่จังหวัดสกลนคร
- 3) กลุ่มสตรีและเด็ก มีทั้งหมด 2 กลุ่ม โดยจัดที่จังหวัดนครศรีธรรมราช

ข) ผู้ป่วยใน แบ่งเป็นดังนี้

- 1) ผู้ป่วยเพศชาย จัดสนทนาที่วชิรพยาบาล
- 2) ผู้ป่วยเพศหญิง จัดสนทนากลุ่มที่วชิรพยาบาล

ค) **ญาติผู้ป่วย** ใช้วิธีเลือกญาติผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นแบบสนทนากลุ่ม ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการเลือกคือ ต้องเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยและใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลที่เลือกศึกษามากที่สุด เหตุผลที่เลือกจัดสนทนากลุ่มกับญาติผู้ป่วย เพราะว่าญาติผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ในการมารับบริการสาธารณสุข ความทุกข์กาย ทุกข์ใจ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะบอกผ่านญาติผู้ป่วยได้ โดยผู้ป่วยจะเล่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองให้ญาติได้รับฟัง ซึ่งข้อคิดเห็นของญาติจะเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความทุกข์ของผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นญาติของผู้ป่วยก็ถือว่าเป็น ผู้รับบริการสาธารณสุขอีกคนหนึ่งเช่นกัน การจัดสนทนากลุ่มกับญาติผู้ป่วย แบ่งเป็นเพศชาย 1 กลุ่ม และกลุ่มเพศหญิง 1 กลุ่ม และจัดที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ง) **บุคลากรของสถานบริการสาธารณสุข** เพื่อช่วยให้การวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณในด้านที่เกี่ยวข้องกับ "ความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากบุคลากรสาธารณสุขและการบริการ" บุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดอีกกลุ่มหนึ่งคือ พยาบาลผู้ทำหน้าที่ในโรงพยาบาล การศึกษาครั้งนี้จึงเลือกรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ โดยการจัดสนทนากลุ่มที่โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยนอก และผู้ที่ดูแลผู้ป่วยใน เหตุผลที่เลือกโรงพยาบาลศิริราชเพราะว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยที่หลากหลายที่คาดว่าจะเป็นตัวแทนที่อธิบายถึงสภาพปัญหาและทุกข์ของผู้ป่วยได้ดี

2) **การสัมภาษณ์ระดับลึกโดยการติดตามเฉพาะกรณี (Case study)** เป็นการรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่เป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก หรือผู้ที่เคยเป็นผู้ป่วยใน หรือเคยเป็นผู้ป่วยนอกที่มีความคับอกคับใจ และ/หรือเป็นทุกข์จากการรับบริการสาธารณสุข ไม่ว่าจะจากการให้บริการของรัฐหรือเอกชน การวิจัยส่วนนี้มุ่งเจาะลึกถึงรายละเอียดสำหรับกรณี ผู้ใช้บริการที่มีลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นซับซ้อนที่ต้องค้นหาสาเหตุของ "ความทุกข์อย่างลึกซึ้ง" โดยการสืบค้นข้อมูลทางเศรษฐกิจสังคม จิตวิทยาและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและ "ความทุกข์ที่เกิดขึ้น" ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับส่วนนี้ได้จากการติดตามข่าวสารต่างๆ ที่ร้องเรียนผ่านทางหนังสือพิมพ์ และ/หรือการสอบถามประชาชนผู้เคยใช้บริการสาธารณสุข (Snowball) ว่ามีใครบ้างที่เคยได้รับความทุกข์จากการรับบริการสาธารณสุข ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 4 คน ซึ่งทุกคนที่ให้สัมภาษณ์ คือผู้ที่ยินดีที่เล่าประสบการณ์ชีวิต ที่นำไปสู่สภาพปัญหาและทุกข์ที่เกิดขึ้นนั้น ๆ

ข้อจำกัดของการศึกษา

1) ข้อจำกัดในการเลือกตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างในการเก็บข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่สามารถใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบได้ แม้ว่าคณะผู้วิจัยจะได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารของสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง แต่การยินยอมให้สัมภาษณ์เป็นสิทธิของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่ยินยอมให้สัมภาษณ์เท่านั้น ทำให้ลักษณะของตัวอย่างที่ได้มีลักษณะค่อนข้างเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งอาจไม่สะท้อนภาพของคนทุกกลุ่ม อย่างไรก็ตามจากการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูลมีอยู่น้อยมาก คือ ไม่เกินร้อยละ 5 ของผู้ที่พนักงานสัมภาษณ์เข้าไปทาบถามขอสัมภาษณ์ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความลำเอียง (bias) ในจุดนี้มีน้อย

2) ข้อจำกัดในด้านเวลาในการสัมภาษณ์

เนื่องจากการสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ป่วยนอกมีเวลาจำกัด ทั้งนี้เพราะคณะผู้วิจัยต้องการให้ผู้ให้บริการผ่านขั้นตอนการให้บริการครบถ้วนก่อนจึงจะทำการสัมภาษณ์ แต่ผู้ป่วยนอกเมื่อได้รับการตรวจและรับยาเรียบร้อยแล้วก็อยากที่จะกลับที่พัก คณะผู้วิจัยจึงเลือกที่จะสัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังรอรับยา ซึ่งนับเป็นช่วงเวลาที่นานพอสมควรที่จะให้พนักงานสัมภาษณ์ได้สอบถามข้อมูลได้เกือบทั้งหมด และพนักงานสัมภาษณ์จะรายงานว่าผู้ให้ข้อมูลจะได้รับยาเรียบร้อยแล้ว จึงสอบถามเพิ่มเติมถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากการรอรับยารวมทั้งการประเมิน การใช้บริการสาธารณสุขในครั้งนี้ ซึ่งนับว่าผู้ให้สัมภาษณ์ได้ผ่านขั้นตอนต่างๆ ครบถ้วนแล้ว จึงจะจบการสัมภาษณ์

3) ข้อจำกัดในด้านสถานที่

การเก็บข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้รับอนุญาตให้ทำในบริเวณสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นตัวอย่าง ซึ่งอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางคนรู้สึกเกรงใจบุคคลากรของสถานบริการนั้นๆ และอาจไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่ต้องการ โดยเฉพาะผู้ป่วยในที่ต้องนอนรักษาพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาลต่อไปอีก คณะผู้วิจัยจึงได้ขอความร่วมมือจากบุคคลากรของสถานบริการสาธารณสุขให้อนุญาตให้พนักงานสัมภาษณ์ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยอย่างเป็นส่วนตัว ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ปัญหาที่เกิดจากการไม่กล้าแสดงความคิดเห็นจึงน่าจะมีอยู่น้อย

4) ข้อจำกัดในด้านลักษณะเฉพาะของสถานบริการสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุขที่เป็นตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชน ต่างมีลักษณะเฉพาะของแต่ละแห่ง ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลบางแห่งมีการปรับปรุงพัฒนาอย่างมากในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา จนได้รับรางวัลเกี่ยวกับการบริการด้านหน้า ผู้บริหารของโรงพยาบาลบางแห่งให้ความสนใจและส่งเสริมในเรื่องการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่อยู่ในระบบประกันสังคมอย่างมาก และแพทย์ของโรงพยาบาลบางแห่ง ก็มีชื่อเสียงมาก ทำให้มีผู้ป่วยที่อยู่นอกเขต รับผิดชอบของโรงพยาบาลยอมเดินทางข้ามเขตบริการมาใช้บริการ แม้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายมากก็ตาม นอกจากนี้ในด้านโรงพยาบาลเอกชนมีโรงพยาบาลบางแห่งซึ่งดำเนินการโดยมูลนิธิและให้การสงเคราะห์ ผู้ป่วยรายได้น้อยบางราย

จากลักษณะเฉพาะตัวของสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นตัวอย่างดังที่ได้กล่าวมาแล้ว อาจทำให้ผลการสำรวจด้วยแบบสัมภาษณ์พบว่าสภาพปัญหาและทุกข์ที่พบมีน้อยกว่าที่คาดไว้ อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า การที่สภาพบริการสาธารณสุขที่เป็นตัวอย่างมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปย่อมแสดงให้เห็นว่าตัวอย่างที่เลือกมานั้นน่าจะมีความหลากหลายเช่นเดียวกับสถานบริการสาธารณสุขที่มีอยู่จริง

บทที่ 3

ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง กับการใช้บริการสาธารณสุข

บทนี้จะอธิบายถึงลักษณะของข้อมูลทั่วไปทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในเชิงปริมาณ พร้อมกับบรรยายถึงการใช้บริการสาธารณสุขในสถานบริการต่างๆ ที่ใช้เป็นหน่วยในการสังเกตของการศึกษาคั้งนี้ อาทิ โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน สถานีนอนามัยและคลินิกเอกชน เหตุที่รวมโรงพยาบาลทุกแห่งที่ขึ้นต่อหน่วยงานของรัฐ เนื่องจากต้องการแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างและไม่แตกต่างในด้านข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกการให้บริการโดยภาครัฐและภาคเอกชน ลักษณะของข้อมูลและการให้บริการ สาธารณสุขได้บรรยายไว้ดังต่อไปนี้

3.1 ลักษณะของผู้ให้สัมภาษณ์สำหรับการสำรวจด้วยแบบ สอบถาม

การศึกษาคั้งนี้ได้สัมภาษณ์ผู้ใช้บริการสถานบริการสุขภาพจำนวน 1,473 ราย โดยจำแนกเป็น ผู้ใช้บริการที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 1,234 ราย และผู้ป่วยในจำนวน 239 ราย กลุ่มผู้ป่วยนอก จำแนกเป็นผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลรัฐ 601 ราย โรงพยาบาลเอกชน 214 ราย สถานีนอนามัย 217 ราย และจากคลินิกเอกชน 202 ราย

สำหรับผู้ป่วยในได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลของรัฐ 180 ราย และของโรงพยาบาลเอกชน 59 ราย คุณลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1

ผู้ให้สัมภาษณ์ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 60.5 และ 39.5 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกผู้ให้สัมภาษณ์ตามประเภทของผู้ป่วยและสถานบริการสาธารณสุข จะพบว่าในทุกกลุ่มของผู้ให้สัมภาษณ์เพศหญิงจะมีมากกว่าเพศชาย ยกเว้นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลของรัฐซึ่งจะมีร้อยละของผู้ป่วยในที่เป็นชายมากกว่าผู้ป่วยในที่เป็นหญิง

สำหรับการกระจายตัวทางด้านอายุของผู้ให้สัมภาษณ์ พบว่า ในกลุ่มผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นผู้สูงอายุ มีสัดส่วนที่น้อยกว่าผู้ให้สัมภาษณ์ในกลุ่มอายุอื่นๆ แต่ในกลุ่มผู้ป่วยในพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงหนึ่งในสี่ ของผู้ป่วยในทั้งหมด

ลักษณะการกระจายตัวตามระดับการศึกษาของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีลักษณะเช่นเดียวกัน กล่าวคือ ผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชนมีการศึกษาโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ใช้บริการที่ใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

เมื่อพิจารณาถึงอาชีพของผู้ใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขของรัฐพบว่ากว่า 1 ใน 3 เป็นผู้มีอาชีพเกษตรกรรม ในขณะที่ผู้ใช้บริการสาธารณสุขของเอกชนเป็นเกษตรกรเพียง 1 ใน 4 และร้อยละของผู้ที่เป็นพนักงานบริษัทเอกชน จะใช้บริการของสถานบริการสาธารณสุขในภาคเอกชนมากกว่าที่จะใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และผู้ใช้บริการสาธารณสุขของรัฐจะมีร้อยละของผู้ที่ทำอาชีพรับจ้างและผู้ใช้แรงงานมากกว่าผู้ใช้บริการจากภาคเอกชน

ในด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือนได้แสดงในรูปของ รายได้ต่ำสุด – สูงสุดและรายได้มัธยฐาน แต่ในการพิจารณานั้นจะพิจารณารายได้มัธยฐานเท่านั้น และพบว่ารายได้มัธยฐานของผู้ใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขของเอกชนแสดงให้เห็นถึงฐานะทางเศรษฐกิจที่สูงกว่า กล่าวคือผู้ใช้บริการของรัฐ คือสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลของรัฐจะมีค่า

มาตรฐานของรายได้ของครอบครัว ต่อเดือนอยู่ที่ 3,000 และ 5,000 บาทตามลำดับ ในขณะที่ผู้ใช้บริการของคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนจะมีรายได้มาตรฐานต่อเดือนที่ 7,000 และ 10,000 บาท

จากลักษณะทั่วไปของข้อมูลและหน่วยของสถานบริการสาธารณสุขที่กลุ่มตัวอย่างไปรับบริการตามที่บรรยายข้างต้น อาจวิเคราะห์ได้ว่ามีความแตกต่างกันในด้านชนชั้นทางสังคมระหว่างผู้รับบริการภาครัฐกับผู้รับบริการภาคเอกชน กล่าวคือ ผู้รับบริการในภาครัฐส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนปลาย ประกอบอาชีพการเกษตรและรับจ้างทั่วไป ซึ่งเป็นผู้ที่มีรายได้น้อย ส่วนผู้รับบริการในภาคเอกชนจะเป็นผู้ที่มีฐานะทางการศึกษา อาชีพ และรายได้สูงกว่า ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าสถานบริการที่จัดให้โดยภาคเอกชน รัฐจะเป็นที่นิยมสำหรับผู้มีรายได้น้อย เพราะด้วยบริการราคาถูก ในขณะที่สถานบริการภาคเอกชนจะเป็นที่นิยมในกลุ่มคนชั้นกลางที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับที่สูงกว่า ซึ่งผลการสำรวจนี้สอดคล้องกับที่ กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย (2539) ศึกษาไว้ในปี พ.ศ. 2539

ตารางที่ 1: คุณลักษณะของผู้ป่วยจำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและประเภทสถานบริการสุขภาพ

คุณลักษณะ	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน	ส.อ.	คลินิก	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน
เพศ						
● ชาย	35.3	46.3	31.3	40.3	56.1	35.6
● หญิง	64.7	53.7	68.7	59.7	43.9	64.4
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(601)	(214)	(217)	(202)	(180)	(59)

ตารางที่ 1: (ต่อ)

คุณลักษณะ	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน	ส.อ.	คลินิก	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน
กลุ่มอายุ						
● 15-29	25.1	33.1	22.6	30.3	20.6	18.6
● 30-44	31.0	32.7	37.3	31.9	25.6	27.1
● 45-59	24.3	20.6	23.5	24.4	28.8	28.9
● 60-70	19.6	13.6	16.6	13.4	25.0	25.4
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(601)	(214)	(217)	(202)	(180)	(59)
การศึกษา						
● ป.1-ป.4	51.0	37.7	59.0	39.9	58.8	42.6
● ป.5-ป.7	13.4	13.5	23.5	11.2	17.5	5.6
● ม.1-ม.3	9.7	17.9	8.0	11.7	12.5	22.2
● ม.4-ม.6/ ปวช.	14.1	14.0	6.5	16.0	8.1	11.1
● ปวส-ปริญญาตรี	11.8	16.9	3.0	21.3	3.1	18.5
● อื่นๆ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(601)	(214)	(217)	(202)	(180)	(59)

ตารางที่ 1: (ต่อ)

คุณลักษณะ	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน	ส.อ.	คลินิก	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน
อาชีพของผู้ให้สัมภาษณ์						
• ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	32.8	24.8	56.9	21.4	38.9	25.4
• ประมง/เลี้ยงสัตว์	1.0	1.4	3.2	0.5	0.6	1.7
• วิชาชีพชั้นสูง	3.2	4.7	0.9	9.5	2.2	8.5
• ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5.5	3.7	2.3	2.0	1.7	5.1
• พนักงานเอกชน	6.5	20.6	0.9	11.9	3.9	10.2
• ค้าขาย	9.0	11.2	4.6	14.4	6.7	8.5
• นักธุรกิจ/เจ้าของกิจการ	0.7	1.4	0.0	3.0	0.0	1.7
• ช่างฝีมือ/กึ่งฝีมือ	3.0	2.8	2.3	3.5	2.2	3.4
• รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	12.1	4.7	11.1	5.5	16.7	6.8
• แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ไม่ได้ทำงาน	19.8	15.9	12.0	13.9	23.3	22.0
• นักเรียน/นักศึกษา	5.8	8.9	3.7	13.9	3.3	6.8
• อื่นๆ	0.7	0.0	1.9	0.5	0.6	0.0
รวม	100	100	100	100	100	100
จำนวน	(601)	(214)	(202)	(217)	(180)	(59)
รายได้ของครอบครัว/เดือน						
รายได้มัธยฐาน	5,000	6,300	3,000	7,000	4,000	10,000
รายได้ต่ำสุด	100	100	160	300	165	85
รายได้สูงสุด	100,000	110,000	50,000	200,000	40,000	50,000

3.2 การใช้บริการสถานบริการสุขภาพ

การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยของผู้ให้สัมภาษณ์ ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ที่มารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนและจากคลินิกประมาณ 1 ใน 3 ยังมีความนิยมที่จะซื้อยาจากร้านขายยาเพื่อมารักษาอาการเจ็บป่วย แต่ผู้ป่วยที่ไปรับบริการรักษาพยาบาลที่สถานีนานมากกว่า 3 ใน 4 เลือกที่จะใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานีนานเมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ผู้ให้สัมภาษณ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐที่เป็นตัวอย่างประมาณร้อยละ 20 จะตอบว่าเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเช่นกัน สำหรับผู้ป่วยที่ใช้บริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน นอกจากจะนิยมซื้อยารับประทานเอง ก็มีจำนวนไม่น้อยที่ไปรับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กๆ น้อยๆ ที่โรงพยาบาลเอกชนและคลินิก ผู้ใช้บริการที่คลินิกเอกชนกว่าร้อยละ 40 นิยมไปรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกเมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่มากนัก

ตารางที่ 2 : การเลือกรักษาพยาบาลของผู้ให้สัมภาษณ์เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย
จำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและประเภทของสถานบริการสุขภาพ

การรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน	ส.อ.	คลินิก	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน
• สถานีนานามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข กทม.	22.1	19.4	77.3	13.4	31.7	10.2
• โรงพยาบาลชุมชน	20.2	9.4	0.5	4.0	14.7	11.9
• โรงพยาบาลจังหวัด	5.3	3.3	0.0	2.5	2.3	1.7
• โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลมหาราช	4.8	1.4	0.9	1.0	2.8	0.0
• โรงพยาบาลเอกชน	0.7	14.6	0.0	0.0	0.6	16.9
• คลินิก	10.3	19.3	1.9	41.5	5.1	28.8

ตารางที่ 2 : (ต่อ)

การรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน	ส.อ.	คลินิก	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน
• ร้านขายยา	30.8	29.3	16.1	35.6	36.1	28.8
• อสม. ผ.ส.ส.	1.3	0.0	1.9	0.0	1.1	0.0
• ไม่ได้รักษาปล่อยให้หายเอง	2.8	1.4	1.4	2.0	4.5	1.7
• อื่นๆ	1.7	1.9	0.0	0.0	1.1	0.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ผู้ให้สัมภาษณ์ที่ใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐที่เป็นผู้ป่วยนอก พบว่าเกือบ 1 ใน 3 ที่มาใช้บริการรักษาพยาบาล ณ สถานบริการสุขภาพที่เป็นตัวอย่างมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไปในรอบปีที่ผ่านมา สำหรับผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลของเอกชน ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ให้สัมภาษณ์มารักษาพยาบาลเป็นครั้งแรกและครั้งที่ 2 สำหรับผู้ป่วยใน ทั้งผู้ป่วยในของสถานบริการของรัฐและเอกชนมีลักษณะของการกระจายจำนวนครั้งของการมารับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการรักษาพยาบาลนั้นๆ คล้ายกัน คือ กว่าครึ่งหนึ่งเป็นการมารับบริการรักษาพยาบาลครั้งแรก มีผู้ป่วยต่ำกว่าร้อยละ 10 ที่เคยมารับการบริการรักษาพยาบาลมากกว่า 5 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 : จำนวนครั้งของการมารักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุข
ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและประเภทของสถาน
บริการสุขภาพ

จำนวนครั้ง	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	ร.พ.รัฐ	ร.พ เอกชน	ส.อ.	คลินิก	ร.พ.รัฐ	ร.พ เอกชน
• ครั้งแรก	22.3	32.4	18.0	38.5	55.7	57.6
• ครั้งที่ 2	18.3	25.4	15.7	21.0	17.6	27.1
• ครั้งที่ 3	14.6	14.1	15.2	11.5	9.1	6.8
• ครั้งที่ 4	8.6	6.1	12.0	6.5	5.7	1.7
• ครั้งที่ 5	6.6	4.2	6.5	6.5	2.3	0.0
• มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป	29.6	17.8	32.6	16.0	9.7	6.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(601)	(214)	(217)	(202)	(280)	(59)

3.3 ค่าใช้จ่าย

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นร้อยละของผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลสำหรับการใช้บริการในครั้งนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์ที่มารับการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัยจะจ่ายเงินเองน้อยที่สุด ในขณะที่ผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกจะต้องจ่ายเงินเองเป็นส่วนใหญ่ สัดส่วนของผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐที่ใช้บัตรประกันสุขภาพ และจ่ายเงินเองมีสัดส่วนเท่าๆ กันคือ ร้อยละ 28 ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ใช้บริการที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน ทั้งคนไข้ในและคนไข้นอกใช้บัตรประกันสังคม ผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐและสถานอนามัยใช้

บัตรสงเคราะห์ร้อยละ 21 และ 27 ตามลำดับ ส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ใช้บริการที่สถานีนอนามัย จะใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ป่วยในที่มาใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐจะมีลักษณะการกระจายตัวของผู้รับผิดชอบเรื่องค่ารักษาพยาบาลคล้ายกับผู้ป่วยนอก แต่สำหรับโรงพยาบาลเอกชนเพียงร้อยละ 60 ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ร้อยละ 25 เบิกได้จากราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ซึ่งในกลุ่มนี้จะต้องจ่ายเองส่วนหนึ่ง นอกจากนี้ร้อยละ 17 ของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนใช้สิทธิจากการทำประกันสุขภาพจากบริษัทประกันภัยและประกันชีวิต

การศึกษาคั้งนี้ได้สอบถามเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรับบริการจากสถานบริการสุขภาพจากผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยในยังไม่ได้สิ้นสุดการรักษาพยาบาล จากตารางที่ 5 จะเห็นได้ว่าผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55) และผู้รับบริการที่สถานีนอนามัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81) ใช้สิทธิบัตรสงเคราะห์ประเภทต่างๆ บัตรประกันสุขภาพและบัตรประกันสังคม ไม่ได้เสียค่าตรวจรักษาใดๆ ในขณะที่เดียวกันผู้ใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพของเอกชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79 ของโรงพยาบาลเอกชน และร้อยละ 92 ของคลินิก) จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาครั้งนี้

ตารางที่ 4 : ผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและประเภทของสถานบริการสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล สำหรับการป่วยในครั้งนี้	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน	ส.อ.	คลินิก	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน
• จ่ายเอง	28.0	73.4	18.7	90.1	31.7	59.3
• สวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	17.0	3.3	4.2	1.0	16.7	25.4
• ประกันสังคม	5.3	15.9	0.9	7.9	1.7	10.2
• บัตรสงเคราะห์ทุกประเภท	20.7	0.0	26.6	0.0	25.0	0.0
• บัตรประกันสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุข	27.8	0.0	48.6	0.0	26.1	0.0
• ประกันสุขภาพจากบริษัท ประกันภัย	1.5	11.2	0.0	1.0	3.9	16.9
จำนวน	(601)	(214)	(217)	(202)	(180)	(59)

หมายเหตุ: ผู้ตอบสามารถเลือกคำตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

สำหรับค่าใช้จ่ายที่เสียไปในการตรวจรักษาครั้งนี้ ในส่วนของโรงพยาบาลของรัฐ อยู่ที่ 4- 7,000 บาท และค่าใช้จ่ายสำหรับสถานีนอนมาย์อยู่ที่ 10 - 300 บาท ค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลของรัฐ คือ 187 บาท และ 40 บาท ที่สถานีนอนมาย์

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสุขภาพของเอกชนมีค่าต่ำสุด-สูงสุดที่ 40 - 38,000 บาท สำหรับโรงพยาบาลเอกชน และ 30 - 2,740 บาท สำหรับโรงพยาบาลเอกชน โดยค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายในการรักษาของโรงพยาบาลเอกชน และคลินิกอยู่ที่ 340 และ 190 บาท ตามลำดับ

ตารางที่ 5 : ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก
จำแนกตามประเภทของสถานบริการสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา ในครั้งนี	ผู้ป่วยนอก			
	ร.พ.รัฐ	ร.พ.เอกชน	ส.อ.	คลินิก
● ฟรี/ รวมการใช้บัตรประกันสังคม	54.7	21.0	80.9	7.9
● 1-100 บาท	13.8	1.9	18.1	15.3
● 101-150 บาท	6.0	7.9	0.5	17.3
● 151-200 บาท	4.4	8.4	0.0	23.3
● 201-300 บาท	5.3	17.8	0.5	14.9
● 301-400 บาท	3.9	11.2	0.0	9.4
● 401-500 บาท	1.7	8.4	0.0	3.0
● 501-1,000 บาท	4.9	13.6	0.0	5.9
● 1,000 บาทขึ้นไป	5.3	9.8	0.0	3.0
รวม	100	100	100	100
จำนวน	601	214	217	202
ค่าใช้จ่ายต่ำสุด	4	40	10	30
ค่าใช้จ่ายสูงสุด	7,000	38,000	300	2,740
ค่ามัธยฐาน	187	340	40	190
จำนวน	266	169	38	186

หมายเหตุ : การคำนวณค่าใช้จ่ายในการมารับบริการรักษาพยาบาลคำนวณจากผู้ที่ไม่เสีย
ค่าใช้จ่ายเท่านั้น

ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของค่ารักษาพยาบาลในการมารับการรักษา
ครั้งนี้ได้แสดงไว้ในตารางที่ 6 โดยส่วนใหญ่ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าค่าใช้จ่ายในครั้งนีเหมาะสม

ยกเว้น ผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 40 เห็นว่าค่าตรวจรักษาที่จ่ายไปในครั้งนี้ ไม่เหมาะสม/แพงเกินไป ในทางตรงกันข้ามผู้บริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลของรัฐ และสถานีนอนมัย ประมาณร้อยละ 7 เห็นว่าค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายไปในครั้งนี้ถูกกว่าที่คิดได้ ในขณะที่สัดส่วนของผู้ใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพเอกชน ร้อยละ 4 เห็นว่าค่าใช้จ่าย ในครั้งนี้ถูกกว่าที่คิดได้

ตารางที่ 6 : ความเหมาะสมของค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามประเภทของสถานบริการสุขภาพ

ความเหมาะสมของค่ารักษา พยาบาลที่จ่ายไป	ผู้ป่วยนอก			
	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน	ส.อ.	คลินิก
● พอดี/เหมาะสม	74.9	56.2	85.4	72.3
● แพงไป	17.1	40.2	7.3	22.3
● ถูกกว่าที่คิด	7.6	3.6	7.3	3.8
● ไม่ทราบ/ไม่มีความคิดเห็น	0.4	0.0	0.0	1.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	601	214	217	202

ในกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาราชและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล 2 แห่งในกรุงเทพมหานครเป็นผู้ที่ตอบว่าโรงพยาบาลที่ตนเป็นผู้ไปรับบริการเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด ในขณะที่ผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ไม่ถึงร้อยละ 15 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยไม่ได้ข้ามเขตความรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐแห่งอื่นๆ แสดงให้เห็นว่ากว่าร้อยละ 80 ของผู้ให้สัมภาษณ์มาใช้บริการที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด/ศูนย์/มหาราช โดยไม่ได้ไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านที่สุด สำหรับผู้ใช้บริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในภาคกลางมีมากกว่าครึ่งหนึ่งที่เป็นผู้อาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลนั้นๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลในภาคกลางที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่นอกอำเภอเมือง และเป็นโรงพยาบาลของรัฐเพียงแห่งเดียวในอำเภอนั้น

ในแผนกผู้ป่วยใน นอกเหนือไปจากโรงพยาบาลในภาคกลางที่เป็นตัวอย่างโรงพยาบาลในจังหวัดภาคเหนือมีร้อยละของผู้ป่วยที่เป็นผู้ที่ไม่ได้ข้ามเขตมากที่สุด ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์ไม่มีผู้ใดที่พักรักษาตัวอยู่ขณะนี้ใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้าน ทั้งนี้เพราะอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเหล่านี้อาศัยอยู่ใกล้กับสถานอนามัย แต่การเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินกว่าความสามารถของสถานอนามัยในการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 8 : ร้อยละของผู้รับบริการที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยไม่ได้ข้ามเขตความรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ แห่งอื่นๆ จำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและภาค

ภาค	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
● กรุงเทพมหานคร	23.8	13.3
● ภาคกลาง	46.9	62.5
● ภาคเหนือ	12.0	18.8
● ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10.0	0.0
● ภาคใต้	16.0	6.7
รวม	100.0	100.0
จำนวน	(37)	(130)

3.4.2 เหตุผลที่เลือกรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขที่เป็น ตัวอย่าง

เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยนอกที่ให้ข้อมูลที่ใช้บริการของรัฐคือโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ให้เหตุผลว่าเลือกใช้บริการสถานบริการสุขภาพ เพราะอยู่ใกล้ที่พักที่ทำงานและสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ สำหรับผู้รับบริการในโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 30 ให้เหตุผลว่ามีแพทย์ที่เชี่ยวชาญและเป็นผู้ป่วยเก่าของสถานบริการสุขภาพนั้นมาก่อน ส่วนผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสุขภาพของเอกชน จะให้เหตุผลที่สำคัญนอกเหนือไปจากการเดินทางสะดวก คือการบริการที่รวดเร็วทันใจ สถานที่สะดวกสบาย รวมทั้งการมีเครื่องมือที่ทันสมัย สำหรับผู้ใช้บริการที่คลินิกเอกชนนั้น จะเคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยรักษาที่คลินิกนั้นมาก่อน นอกจากนี้ยังมีความนิยมศรัทธาในตัวแพทย์ รวมทั้งมีผู้อื่นแนะนำให้มารักษาที่คลินิก (ดูตารางที่ 9)

เมื่อพิจารณาถึงผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 29 เข้ารับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขเพราะว่าถูกส่งตัวโดยระบบส่งต่อ ถัดมาคือเชื่อว่า โรงพยาบาลของรัฐมีเครื่องมือทันสมัย มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเดินทางสะดวก สิ่งที่น่าสังเกตคือมีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากว่าเคยเป็นผู้ป่วยเก่ามาก่อน สำหรับโรงพยาบาลเอกชนการบริการก็รวดเร็วทันใจและสถานที่สะดวกสบาย สำหรับประเด็นเกี่ยวกับมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นเหตุผลที่สำคัญรองลงมา ตารางที่ 9 แสดงร้อยละของเหตุผลข้างต้น

ตารางที่ 9 : เหตุผลที่เลือกรักษาพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ จำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและสถานบริการสุขภาพ

เหตุผลที่เลือกรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขแห่งนี้	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	ร.พ.รัฐ	ร.พ.เอกชน	ส.อ.	คลินิก	ร.พ.รัฐ	ร.พ.เอกชน
• ใกล้ที่พัก/ ใกล้ที่ทำงาน	25.3	2.3	97.7	3.5	17.8	5.1
• เดินทางสะดวก	29.3	24.3	77.4	28.7	21.7	16.9
• เครื่องมือทันสมัย	18.8	23.8	0.5	4.5	26.7	32.2
• มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	30.0	33.6	0.0	35.6	25.6	45.8
• ค่ารักษาไม่แพง	6.0	1.4	7.8	6.9	2.2	0.0
• บริการรวดเร็วทันใจ	5.5	54.2	12.9	30.7	3.9	57.6
• สถานที่สะดวกสบาย	5.0	22.0	9.2	5.0	5.0	49.2
• เคยเป็นผู้ป่วยเก่าในที่นี้	21.3	15.4	13.8	34.7	13.9	16.9
• มีญาติ/ คนรู้จักทำงานที่นี่	3.3	0.0	2.3	0.5	1.7	0.0
• มีคนแนะนำให้มาที่นี่	10.5	10.3	0.5	18.8	13.3	11.9
• เลือกใช้ประกันสังคม/ บัตรสงเคราะห์/ บัตรสุขภาพที่นี้	9.7	15.9	10.6	4.0	4.4	8.5

ตารางที่ 9 : (ต่อ)

เหตุผลที่เลือกรักษาพยาบาลใน สถานบริการสาธารณสุขแห่งนี้	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน	ส.อ.	คลินิก	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน
• เป็นสถานที่ที่มีสัญญาณในการ จ่ายค่ารักษาไว้กับนายจ้าง	1.2	6.5	0.0	0.0	0.6	1.7
• ถูกส่งตัวโดยระบบส่งต่อ	9.7	0.5	0.0	0.0	28.9	1.7
• มาฉุกเฉิน/อุบัติเหตุ/ไม่รู้สีกตัว	0.3	1.4	0.0	0.0	1.7	1.7
• นิยมศรัทธาแพทย์ที่นี่	4.3	10.3	4.1	20.3	2.2	15.3
• ให้ยาและการรักษาที่ดี	4.7	4.7	0.5	8.9	2.8	8.5
• มีอาการหนัก/ อาการมาก	1.3	0.0	0.0	0.5	1.1	0.0
• บริการดี/ ตรวจละเอียด/ มาตรฐานการรักษาดี	2.3	3.3	2.3	5.4	3.3	11.9
• รักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น	0.3	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0
• มีอาการไม่มาก	0.2	0.0	0.9	1.0	0.6	0.0
จำนวน	(601)	(214)	(217)	(202)	(180)	(59)

หมายเหตุ: ผู้ตอบสามารถเลือกคำตอบได้มากกว่า 1

ตารางที่ 10 แสดงเหตุผลของการไม่เลือกใช้สถานบริการสุขภาพจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่อยู่ใกล้บ้านที่สุด ของผู้มารับบริการที่สถานบริการสุขภาพที่เป็นตัวอย่าง เหตุผลสำคัญที่ผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของรัฐไม่ใช้บริการสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน คือ คิดว่าสถานบริการสาธารณสุขนั้นไม่มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เครื่องมือไม่ทันสมัยพอ เคยไปรับบริการมาแล้วแต่ไม่หายจึงเปลี่ยนที่รักษาใหม่ รวมทั้งบางรายมาด้วยระบบส่งต่อ ส่วนผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนและคลินิก นอกจากให้คำตอบส่วนใหญ่ เช่นเดียวกับผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลรัฐ ยกเว้นในเรื่องของการมารับบริการด้วย

ระบบส่งต่อ ยังมีเรื่องของการไม่ใช้บริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งอยู่ใกล้บ้านเพราะบริการล่าช้าไม่ทันใจ

สำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าร้อยละ 42 มาด้วยระบบส่งต่อ และเห็นว่า สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านไม่มีแพทย์เฉพาะทางรวมทั้งเครื่องมือไม่ทันสมัย ส่วนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชน พบว่าจะคำนึงถึงเรื่องของความไม่สะดวกสบายของสถานที่ และการบริการที่ล่าช้าของสถานบริการสุขภาพของรัฐจึงได้เลือกที่จะมารับบริการสถานบริการสาธารณสุขของเอกชน

ตารางที่ 10 : เหตุผลที่ไม่ใช้บริการสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน จำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและสถานบริการสุขภาพ

เหตุผลที่ไม่ใช้บริการสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	ร.พ.รัฐ	ร.พ.เอกชน	ส.อ.*	คลินิก	ร.พ.รัฐ	ร.พ.เอกชน
● เดินทางไม่สะดวก	5.8	7.2	n.a.	15.2	4.8	0.0
● เครื่องมือไม่ทันสมัย	25.6	22.5	n.a.	4.5	38.8	25.0
● ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง	29.7	21.5	n.a.	25.8	32.0	17.9
● ค่ารักษาพยาบาลแพง	1.1	0.0	n.a.	0.0	0.7	0.0
● บริการล่าช้าไม่ทันใจ	4.3	34.4	n.a.	39.4	0.7	35.7
● สถานที่ไม่สะดวกสบาย	2.0	11.0	n.a.	2.0	4.1	30.4
● ไม่เคยใช้บริการมาก่อน	15.7	10.0	n.a.	10.6	5.4	5.4
● ไม่มีคนรู้จักทำงานที่นั่น	0.4	1.0	n.a.	0.0	0.0	0.0
● คนรู้จักไม่แนะนำ และได้ชื่อว่า เป็น "โรงพยาบาลฆ่าสัตว์"	0.0	1.4	n.a.	0.0	0.0	3.6
● ไม่มีประกันสังคม	4.3	15.8	n.a.	1.5	0.0	7.1
● ไม่มีสัญญากับนายจ้าง	2.0	5.7	n.a.	0.0	0.0	1.8
● ไม่นิยม/ ศรัทธาแพทย์ที่นั่น	1.8	4.3	n.a.	3.5	0.7	7.1

ตารางที่ 10 : (ต่อ)

เหตุผลที่ไม่ใช้บริการสถานบริการ ที่อยู่ใกล้บ้าน	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน	ส.อ.*	คลินิก	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน
• เคยไปรับบริการแต่ไม่หาย	25.2	20.6	n.a.	20.7	15.6	23.2
• ไม่สามารถรักษาได้ต้องส่งต่อ	14.4	2.9	n.a.	3.0	41.5	5.4
• รักษาไม่ดี/ ยาไม่ดี	8.5	3.3	n.a.	4.5	8.2	1.8
• แพทย์/ เจ้าหน้าที่ประจำมีน้อย	2.0	1.0	n.a.	0.5	0.0	0.0
• บริการไม่ดี/ พุดไม่เพราะ/ ไม่เอาใจใส่	1.3	1.9	n.a.	4.0	0.0	10.7
• จุกเงิน / ไกลจากที่เกิดเหตุ	0.2	1.9	n.a.	0.5	3.4	3.6
• ไม่สะดวกเนื่องจากต้องทำงาน	0.4	1.4	n.a.	8.1	0.7	0.0
จำนวน	(445)	(209)	(5)	(198)	(147)	(56)

หมายเหตุ : ผู้ตอบสามารถเลือกคำตอบได้มากกว่า 1

* จำนวนตัวอย่างที่ตอบคำถามมีจำนวนน้อยกว่า 10 ราย

3.5 ความเจ็บป่วยเมื่อมารับการบริการที่สถานบริการสุขภาพ

อาการเจ็บป่วยอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้ใช้บริการใช้เป็นเหตุผลในการเลือกสถานบริการสุขภาพในการสำรวจครั้งนี้ได้สอบถามถึงอาการเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นตัวอย่างโดยการถามถึงอาการเจ็บป่วยเมื่อมารับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ทั้งนี้จะเป็นความคิดของผู้ให้สัมภาษณ์เอง ตารางที่ 11 แสดงให้เห็นอาการเจ็บป่วยใน 10 อันดับแรกของผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสุขภาพแต่ละประเภท ยกเว้นผู้ให้สัมภาษณ์แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนที่แสดงไว้เพียง 5 อันดับแรกเนื่องจากจำนวนตัวอย่างมีน้อย

ผลจากการสำรวจแสดงให้เห็นว่าอาการไข้/ไข้หวัด/ปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ เป็นอาการที่ผู้ให้สัมภาษณ์ที่ใช้บริการที่สถานอนามัยและคลินิกตอบมากที่สุด รองลงมา คืออาการปวดท้อง และอาการที่สำคัญอีกอาการหนึ่งของผู้ใช้บริการที่สถานอนามัยคือ การมีบาดแผล ในขณะที่ผู้ใช้บริการที่คลินิกเจ็บป่วยด้วยอาการตาอักเสบ/ตาแดง และเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ใช้บริการคลินิกเอกชนจำนวนไม่น้อยที่มาเพราะอาการปวดตามร่างกาย ไม่ว่าจะปวดเมื่อย ปวดเข่า ปวดหลังหรือปวดขา สัดส่วนของผู้ใช้บริการ ในกลุ่มนี้รวมกันแล้วมีถึงร้อยละ 17

สำหรับผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของรัฐที่สำคัญคือ อาการไข้/ไข้หวัด/ปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ และปวดท้อง นอกจากนี้ยังมีที่สำคัญคือ เบาหวาน โรคหัวใจ และตาอักเสบ/ตาแดง ส่วนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนนั้น อาการไข้/ไข้หวัด ปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ ยังคงเป็นอาการสำคัญของผู้ใช้บริการอยู่ แต่ที่มีสัดส่วนในลำดับรองลงมา คือ เรื่องของโรคกระเพาะอาหาร อุบัติเหตุ และบาดแผล และที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือมีผู้ใช้บริการถึงร้อยละ 6 ที่มาโรงพยาบาลเอกชนเพียงเพื่อมาตรวจร่างกายทั่วไป

ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลของรัฐ ประมาณร้อยละ 11 มาด้วยอาการปวดท้อง และอาการที่สำคัญรองลงมาคืออาการอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 10) ไข้/ไข้หวัด (ร้อยละ 7) ในขณะที่ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนเกือบร้อยละ 20 มาด้วยอาการไข้/ไข้หวัด และอีกร้อยละ 10 มาเพราะประสบอุบัติเหตุ

ตารางที่ 11: อาการป่วยเมื่อมารับรักษาที่สถานบริการ 10 อันดับแรกที่ผู้ให้สัมภาษณ์รายงาน จำแนกตามประเภทของผู้ป่วยและสถานบริการสุขภาพ

อาการป่วยเมื่อมารับรักษาที่ สถานบริการ (ตามความคิดของผู้ป่วย)	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน	ส.อ.	คลินิก	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน
1. ไข้/ ไข้หวัด	9.7	12.3	21.2	20.0	6.7	18.6
2. ปวดท้อง	7.5	4.7	7.4	6.5	10.7	6.8
3. ปวดศีรษะ/ เวียนศีรษะ	7.3	6.6	15.7	10.0	2.8	

ตารางที่ 11: (ต่อ)

อาการป่วยเมื่อมารักษาที่ สถานบริการ (ความความคิดเห็นของผู้ป่วย)	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน	ส.อ.	คลินิก	ร.พ.รัฐ	ร.พ. เอกชน
4. เบาหวาน	5.3				3.9	
5. ตาอักเสบ/ ตาแดง	5.2	3.3	4.1	7.0		
6. โรคหัวใจ	5.0				2.8	
7. ไอ/ เจ็บคอ	3.8					
8. ไทรอยด์	3.5					
9. ความดันโลหิตสูง	3.2		2.3			
10. ผื่นคัน	3.2		3.7	5.0		
11. โรคกระเพาะอาหาร		7.5	3.2			5.1
12. อุบัติเหตุ		6.6	2.3		10.1	10.2
13. มีบาดแผล		6.6	7.4		3.9	
14. ตรวจร่างกาย		5.7				
15. ข้ออักเสบ		3.8				
16. โรคไต		3.8				6.8
17. ปวดเมื่อยร่างกาย			5.5	5.5		
18. มารับบริการคุมกำเนิด			2.8			
19. ปวดเข่า				5.0		
20. ผิวหนัง				4.5		
21. ปวดหลัง/ ปวดบั้นเอว				3.5		
22. ปวดขา/ ปวดสะโพก				3.0		
23. เหนื่อย/ หายใจลำบาก					4.5	
24. ใช้หนาวสั่น					3.9	
25. นิ่ง					3.4	

บทที่ 4

ความทุกข์และสภาพปัญหาที่ทำให้เกิดทุกข์ เมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข

จากกรอบแนวความคิดในการวิจัยที่แสดงไว้ในบทที่ 1 ที่วางหลักไว้ว่าสิ่งที่ทำให้เกิดทุกข์ทางร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วย ได้แก่

- 1) ทุกข์ที่เกิดจากคนที่เป็นผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้อง
- 2) ทุกข์ที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ไม่ได้เกิดจากคนอันอาจได้แก่ พื้นที่การถ่ายเทอากาศ กลิ่น ความสะอาด ฯลฯ

- 3) ทุกข์ที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ
- 4) ทุกข์ที่เกิดจากลักษณะของงานที่ให้บริการภายในสถานบริการ
- 5) ทุกข์ที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการ
- 6) ทุกข์ที่อาจเกิดจากบุคลิกภาพและฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของผู้รับบริการ
- 7) อาการป่วยและโรคที่เป็น
- 8) สิทธิบัตรต่างๆ ของผู้รับบริการ

ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงลักษณะของทุกข์ที่กระจายตามประเภทของสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ การสำรวจนี้จะอธิบายในเชิงผสมผสาน (Integrated) ระหว่างข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในเชิงปริมาณกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในเชิงคุณภาพ การบรรยายได้จำแนกเป็นตอนดังนี้

- 1) ทุกข์เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนอก
- 2) ทุกข์เกิดขึ้นกับผู้ป่วยใน
- 3) ทุกข์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกและทุกข์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการที่สถานีนอนามัย

4.1 ทุกข์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนอก

4.1.1 ทุกข์ที่เกิดจากการบริการที่ล่าช้าและกังวลว่าเครื่องมือจะไม่สะอาด

ผลการสำรวจนี้พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจะเป็นทุกข์เนื่องจากการบริการที่ล่าช้าที่สำคัญคือต้องใช้เวลามากกว่าจะได้พบแพทย์ ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการป่วยและความเจ็บปวด ปัจจัยที่นำมาสู่สาเหตุนี้คือ การมีผู้รับบริการจำนวนมาก ในขณะที่ระบบการให้บริการมีจำนวนแพทย์ผู้ตรวจการรักษาน้อย และในจำนวนที่จำกัดนั้นแพทย์ต้องทำหลายหน้าที่ อาทิ การบริหารจัดการในสำนักงาน ตลอดจนการแบ่งเวลา ดูแลผู้ป่วยใน อนึ่ง แม้วาระบบการให้บริการจะมีการแบ่งบุคลากรออกเป็นเวรหรือช่วงรับผิดชอบ แต่ไม่ได้เอื้ออำนวยความสะดวกให้เกิดความคล่องตัวมากขึ้น เพราะจำนวนบุคลากรมีจำกัด ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Malone (1995) ที่อธิบายว่าสัดส่วนของผู้รับบริการมีผลไปสู่ปัญหาในการรอตรวจที่ยาวนานทำให้เป็นการเพิ่มความทนทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยในระหว่างรอตรวจ

ในกลุ่มผู้ป่วยนอก ผลการสำรวจนี้ยังพบอีกว่ามีความกังวลใจตลอดจนหวาดกลัวว่าอาจจะติดเชื้อเพราะต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ร่วมกับคนอื่นจำนวนมาก เช่น ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดความดัน ซึ่งพบได้ทั้งในผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน โดยกลัวว่าเครื่องมือจะไม่สะอาด ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ เมื่อผู้ป่วยประสงค์ที่จะดื่มน้ำที่ทางโรงพยาบาลจัดให้แต่ไม่กล้าดื่มเพราะภาชนะและแก้วน้ำไม่สะอาด เนื่องจากต้องใช้ร่วมกับคนอื่น สังเกตได้จากร้อยละของการแจกแจงความถี่ที่แสดงไว้ในตาราง 12 ที่พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งผู้เข้ารับบริการมาก ผู้ป่วยจะมีความทุกข์เนื่องจากเหตุผลนี้ เช่นเดียวกับในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ซึ่งอาจจะมิงงบประมาณน้อยจึงไม่สามารถบริหารจัดการประเด็นนี้ได้ทั่วถึง ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างที่จำเป็น ต้องให้ผู้ป่วยใช้ร่วมกันควรมีการทำความสะอาด หรือมีภาชนะต่างๆ ที่สามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้ ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่เชื้อจากผู้ป่วยผู้หนึ่งไปสู่อีกผู้หนึ่งได้ นอกจากนี้ก่อนใช้บริการ

กับผู้ป่วยแต่ละบุคคลควรจะมีการทำความสะอาดของเครื่องมือให้ผู้รับบริการเห็นด้วยการเช็ดถู หรือวิธีการที่เหมาะสม

4.1.2 ทุกข์เพราะกังวลใจเมื่อแพทย์ไม่บอกว่าอาการป่วยมีอาการหนัก แค่ไหน เนื่องจากมีเวลาอยู่กับแพทย์จำกัด

ดังที่ทราบกันโดยทั่วไปแล้วว่าเมื่อเจ็บป่วยสิ่งที่คุณป่วยประสงค์คือได้พบแพทย์เพื่อทำการรักษาและถามไถ่อาการว่ารุนแรงหรือไม่อย่างไร และจะใช้เวลานานเท่าใดจึงจะหายป่วย ผลการสำรวจนี้พบว่าผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่จะมีความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากความกังวลใจหลังจากที่ได้พบแพทย์ โดยที่แพทย์ไม่อธิบายให้ทราบถึงอาการและชนิดของโรคตลอดจนประเด็นต่างๆ ที่ประสงค์จะทราบจากผู้ให้การรักษา เช่น มักมีความกังวลใจเมื่อแพทย์ไม่บอกว่าอาการป่วยมีอาการแค่ไหน ประเด็นถัดมาคือ ความกังวลใจหลังจากที่ได้พบแพทย์และได้รับยาแล้วเกิดความวิตกว่าเมื่อใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง ไม่รู้ว่ายาและวิธีการรักษาจะทำให้อาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นั้นรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ นอกจากนี้ เพราะแพทย์ไม่บอกเหตุผลเกี่ยวกับวิธีการรักษาเนื่องจากว่าแพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วมาก ทำให้มีความวิตกไม่แน่ใจว่าแพทย์ตรวจจริงจังหรือไม่เพราะข้อสงสัยเกิดหนึ่ง คือ ในการตรวจผู้ป่วยแพทย์อาจจะพิจารณาถึงปริมาณของผู้ป่วยที่เข้าตรวจมากกว่าคุณภาพในการตรวจและการรักษา ระบบการจัดเวลาตรวจผู้ป่วยนอกให้เสร็จภายในช่วงเช้านั้นพักเที่ยง อาจจะมีผลทำให้แพทย์เร่งตรวจเพื่อที่จะมีเวลาพักในช่วงเที่ยงและใช้เวลาในช่วงพักนั้นไปทำกิจกรรมอื่นๆ ของแพทย์ ผลการสำรวจในเชิงปริมาณที่แสดงความวิตกกังวลแต่ละประเด็นในตารางที่ 12 สอดคล้องกับผลการศึกษาข้อมูลจากการจัดสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยนอก ทั้งผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพที่อธิบายว่ามีเวลาอยู่กับหมอขณะตรวจอย่างจำกัด ซึ่งพิจารณาได้ว่าเวลาในการตรวจของแพทย์กับการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ซักถามมีความสำคัญต่อการทุกข์ทางใจ และการวิตกกังวล เช่น ผู้ป่วยบัตรสุขภาพวิตกว่าใช้บัตรสุขภาพจะได้รับบริการที่ไม่ดีแพทย์ใช้เวลาตรวจเร็ว และไม่เอาใจใส่ดังตัวอย่างของบทสนทนาต่อไปนี้

“พอเข้าไปแล้วหมอก็จะไม่ถามว่าเป็นโรคอะไรเป็นแบบนี้ละ หนูก็พูดให้ฟังว่าหมอไม่ถามหรือทหรือว่าหนูเป็นอะไร คิดว่าหมอที่ห้องตรวจนั้นควรรับฟังคนไข้พูดว่าเป็นโรคนั้นโรคนี่ เป็นอาการแบบนี้อยากให้เวลาบ้างว่าเราเป็นโรคอะไร...อันนี้เข้าไปห้องตรวจก็เขียนใบสั่งยาแล้วออกมารับยาเลย”

(ผู้หญิง, ผู้ป่วยบัตรสุขภาพ)

“ผมอยู่กับหมอไม่นาน แป๊บเดียว ตรวจ ๆ แล้วก็ให้ออกมาเอายาผมเหนื่อยใจ เจอหมอไม่ก็นาทีไม่เคยถามเลย หมอมากี่ตรวจๆ ไม่ได้ถามอะไรตรวจแล้วก็ให้ออกมา เป็นอะไรมา เราบอกว่าเจ็บอก ก็มาจับๆ เคาะๆ เท่านั้น”

(ผู้ชาย, ผู้ป่วยทั่วไป)

“ส่วนใหญ่หมอก็ตรวจแป๊บเดียว มีคนไข้เยอะ..บางทีหมอไม่แต่ต้องเราเลย อยากให้หมอตรวจให้ละเอียดให้ถามมากๆ บางทีก็ป่วยหลายโรคน่าจะจับนั้นจับนี้หน่อย หรือเอ็กซ์เรย์ ดูสักครั้ง ดูปอด หัวใจ ถามว่าเจ็บนั้น เจ็บนี้บ้างไหม หมอน่าจะบอกว่า ผลเป็นอย่างไรบ้าง บางทีดูฟิล์มเอ็กซ์เรย์แล้วก็ไม่สั่งยาให้ทาน รู้สึกคับข้องใจบ้างเหมือนกัน ไม่บอกว่าเป็นอะไร เราก็อยากรู้สาเหตุ เจ็บแล้วก็ขอยามขอให้ยามาทานแค่นั้น อยากเอ็กซ์เรย์ อยากตรวจคลื่นหัวใจก็ทำให้ แต่ไม่บอกผลแต่อย่างใดรู้สึกคับข้องใจอยู่ถึงเดี๋ยวนี้ แล้วก็ไม่ได้ถามจนทุกวันนี้”

(ผู้หญิง, ผู้ป่วยทั่วไป)

ตารางที่ 12 : ความทุกข์ที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพ (ของผู้ป่วยนอก)
จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพ

ทุกข์ที่เกิดจากการรับบริการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
● กิริยาท่าทางของเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ (ทำท่าดูถูกรังเกียจ)	(32) 5.3	(8) 1.3	(10) 1.7	(2) 0.3	[601] 8.7
● คำพูด/กิริยาท่าทางของแพทย์ที่บางครั้ง ไม่สุภาพเรียบร้อย	(29) 4.8	(8) 1.3	(8) 1.3	1 0.2	[598] 7.7
● แพทย์ไม่บอกว่าป่วยด้วยโรคอะไร	(85) 13.2	(17) 2.6	(30) 4.7	(22) 3.4	[643] 24
● ไม่รู้ว่าแพทย์วินิจฉัยโรคถูกหรือเปล่า ทำให้ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง	(82) 10.4	(22) 2.8	(50) 6.4	(31) 3.9	[787] 23.5
● ไม่รู้ว่าแพทย์จะทำให้อาการเจ็บป่วย รุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่	(87) 10.9	(24) 3.0	(65) 8.1	(42) 5.3	[798] 27.3
● แพทย์ไม่บอกว่ามีอาการแค่ไหน	(94) 13.4	(21) 3.0	(56) 8.0	(39) 5.6	[701] 30.0
● แพทย์ไม่ได้ให้มีส่วนร่วมในการเลือก วิธีการรักษา	(43) 6.3	(10) 1.5	(24) 3.5	(11) 1.6	[688] 12.8
● แพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วมากทำให้ไม่แน่ใจ ว่าแพทย์ตรวจเราจริงจังหรือไม่	(83) 11.6	(23) 3.2	(45) 6.3	(26) 3.6	[716] 24.7
● แพทย์ให้เวลาในการซักถามน้อย/ ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม	(70) 10.6	(18) 2.7	(31) 4.7	(20) 3.0	[663] 21.0
● แพทย์ไม่บอกเหตุผลเกี่ยวกับวิธีการรักษา	(88) 13.6	(14) 2.2	(31) 4.8	(31) 4.8	[648] 25.3

ตารางที่ 12: (ต่อ)

ทุกข์ที่เกิดจากการรับบริการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
● แพทย์ไม่บอกวิธีการดูแลตนเองหลังจากพบแพทย์แล้ว	(73) 10.8	(17) 2.5	(42) 6.2	(24) 3.5	[677] 23.0
● แพทย์ไม่ใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย	(73) 12.2	(18) 3.0	(28) 4.7	(22) 3.7	[600] 23.5
● แพทย์ไม่อธิบายผลการตรวจพิเศษต่างๆ	(11) 4.3	(9) 3.5	(19) 7.5	(21) 8.2	[255] 23.5
● มาถึงโรงพยาบาลไม่รู้จะถามใคร/ไม่รู้เริ่มต้นตรงไหน	(65) 10.1	(16) 2.5	(32) 5.0	(21) 3.3	[644] 20.8
● ต้องใช้เวลามากกว่าจะได้พบแพทย์	(130) 18.2	(36) 5.0	(54) 7.6	(26) 3.6	[715] 34.4
● การไม่บอกรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา/ผลข้างเคียงของยา	(59) 8.4	(11) 1.6	(38) 5.4	(23) 3.3	[699] 18.7
● กังวลว่าอาจได้รับยาจากห้องยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง	(43) 5.5	(14) 1.8	(42) 5.3	(25) 3.2	[787] 15.8
● ไม่รู้ว่ายาที่ได้รับเป็นยาอะไร (ไม่ระบุชื่อยา/เขียนหวัดภาษาอังกฤษ/ อ่านไม่รู้เรื่อง)	(67) 9.3	(17) 2.4	(44) 6.1	(25) 3.5	[720] 21.3
● ค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้แพงกว่าที่คิดไว้	(41) 10.9	(1) 0.3	(7) 1.9	(49) 13.0	[376] 26.1
● การถือบัตรสุขภาพ/บัตรประกันสังคม/สปร ทำให้ได้รับบริการที่ไม่ดีต่างจากคนอื่น	(21) 5.7	(11) 3.0	(22) 5.9	(7) 1.9	[370] 16.5
● โทรศัพท์สาธารณะไม่มี/มีน้อย	(62) 14.3	(8) 1.8	(25) 5.8	(18) 4.1	[434] 26.0
● ที่นั่งรอตรวจแออัด/ที่นั่งไม่พอ	(111) 16.5	(23) 3.4	(31) 4.6	(5) 0.7	[673] 25.3

ตารางที่ 12: (ต่อ)

ทุกข์ที่เกิดจากการรับบริการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
● ห้องพัก/ห้องตรวจอากาศถ่ายเท ไม่สะดวก	(65) 10.2	(18) 1.9	(15) 2.4	(4) 0.6	[638] 15.0
● ห้องน้ำไม่สะอาด/มีกลิ่นทำให้ ไม่สะดวกในการใช้	(72) 14.1	(12) 2.4	(25) 4.9	(6) 1.2	[509] 22.6
● เครื่องหมายป้ายบอกทางไปห้องต่างๆ สับสนไม่ชัดเจน	(58) 9.1	(14) 2.2	(15) 2.3	(13) 2.0	[640] 15.6
● อยากดื่มน้ำ แต่ไม่กล้าดื่มเพราะภาชนะ และแก้วน้ำไม่สะอาด/ต้องใช้ร่วมกับ คนอื่น	(74) 13.6	(22) 4.1	(70) 12.9	(34) 6.3	[543] 36.8
● มีเสียงดังรบกวนมากเกินไป	(58) 8.1	(18) 2.5	(26) 3.6	(9) 1.3	[713] 15.6
● ความสว่างในโรงพยาบาลไม่พอดี	(32) 5.0	(10) 1.6	(3)* 0.5	(4) 0.6	[641] 7.6
● มีกลิ่นรบกวน	(60) 9.0	(19) 2.9	(27) 4.1	(6) 0.9	[666] 16.8
● กลัวติดเชื้อเพราะต้องใช้อุปกรณ์ การแพทย์ร่วมกับคนอื่นจำนวนมาก (เช่นปรอท)	(125) 16.1	(23) 3.0	(77) 9.9	(67) 8.6	[776] 37.6
● กลัวว่าเครื่องมือไม่สะอาด	(123) 15.8	(26) 3.3	(69) 8.8	(55) 7.1	[780] 35.0
● กลัวว่าทรัพย์สินจะสูญหายระหว่าง ที่พักรักษา/รอตรวจ	(63) 8.2	(9) 1.2	(17) 2.2	(19) 2.5	[766] 14.1
● บริการช้า	(16) 72.7	(1) 4.5	(5) 22.7	(0) -	[22] 100.0

4.1.3 ทุกข์และความเดือดร้อนที่เกิดจากการทำงานที่ไม่สุภาพ ของบุคลากรหน้าห้องตรวจ

เมื่อพิจารณาถึงความทุกข์และความเดือดร้อนที่อาจจะเกิดจากบุคลากรที่ทำงานในด้านการให้บริการหน้าห้องตรวจ เช่น ผู้ทำหน้าที่ซักประวัติ สอบถามอาการป่วยและสาเหตุที่ต้องมาโรงพยาบาล รวมทั้งการตรวจวัดความดัน และวัดไข้ ฯลฯ ที่ประกอบด้วยพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยบางส่วนยังไม่พอใจกับการทำงานที่ไม่สุภาพของเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ พบได้มากในโรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดใหญ่ที่มีจำนวนผู้รับบริการมาก อนึ่ง เป็นที่น่าสังเกตว่าร้อยละของตัวเลขที่แสดงไว้ในตารางที่ 12 เกี่ยวกับความทุกข์ที่เกิดจากสภาพปัญหานี้จะต่ำ แต่ไม่ได้หมายความว่าปัญหานี้ได้รับการบรรเทา เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจที่ไม่สุภาพ เช่น ทำท่าดูถูกรังเกียจ พูดจาประชดประชัน ซึ่งจะปรากฏกับผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ยากจน ฯลฯ ไม่ทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือเดือดร้อนถึงขั้นที่เป็นทุกข์ เพราะผู้ป่วยเหล่านั้น เข้าใจว่า “ทุกคนต้องทำงานกับคนหลายคนหลายปัญหา ดังนั้นย่อมเกิดอารมณ์ หรือมีหน้าบูดบึ้ง พูดจาไม่สุภาพบ้าง” โดยที่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย อธิบายว่าไม่รุนแรงจนทำให้ถึงกับเป็นทุกข์ แต่มีผู้บริโภคนางราย อธิบายว่า ควรที่จะมีการปรับปรุงการให้บริการในด้านนี้

อนึ่ง เมื่อพิจารณาถึง “ทุกข์” ที่เกิดจากการทำงานที่ไม่สุภาพของเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจที่รุนแรง จนถึงกับทำให้ผู้ป่วยและญาติเป็นทุกข์ ผลการสำรวจนี้พบว่ายังคงมีอยู่โดยเฉพาะในกลุ่มผู้รับบริการที่มีฐานะยากจนดังตัวอย่างที่อธิบายในตอนหนึ่งของบทสนทนากลุ่มที่เสนอว่า

“หนูโดนบ่อย อย่างเช่นเมื่อวันที่ 10 ลูกสาวไปโรงเรียนแต่ตัวร้อนมาก ครูบอกว่าให้พักไข้สูง ตัวเด็กเพลียจึงพาไปโรงพยาบาล พอมาถึงหน้าห้องเอาปรอทใส่ได้แขนไว้ พอดีแม่ให้ลูกสาวหนีบไว้ก่อน จะเอาบัตรในกระเป๋าให้หมอก่อน เด็กทำปรอทแตก หมอโกรธทันทีเลย บอกว่าทำไมไม่ถือไว้ดี ๆ สะเพราะจั่ง ปรอทหลอดนี้แพงนะ หนูก็บอกว่าหนูจะจ่ายเงินให้ หมอก็อัดใหม่ เด็กก็ไม่ค่อยรู้เรื่องหมอก็กัดแขน หนูก็เลยบอกว่าให้เบาๆ เด็กไม่มีแรงเพลีย

อยู่ พอดีหมอตตรวจลูกก็เล่าให้หมอฟังว่าหน้าห้องบิดแขนเด็กเล่าให้แม่ฟังว่า คนหน้าห้องบิดเจ็บจัง ลูกๆ ไปพูดอะไร พอกลับถึงบ้านลูกไปพูดกับแม่ว่า หมอทำแรงๆ เด็กทำปรอทแตกแค่นี้ไม่น่าขมเหงน้ำใจเสียอารมณ์จัง ไปบ้าน ก็ไม่ได้พูดกับใคร หมอนัดถึงต้องมาวันนี้ ถ้าเด็กทำแตกพ่อแม่ไม่มีตั้งค์จ่าย น่าจะโกรธ แต่นี้เราก็กี่เสียตั้งค์ เด็กไม่ตั้งใจ”

(สตรีและเด็ก)

จริงอยู่แม้ว่าความทุกข์ของผู้ป่วยนอก ที่เกิดจากกิริยาท่าทางที่ไม่เหมาะสมของ บุคลากรหน้าห้องตรวจจะยังคงมีอยู่ไม่มากนักเพราะผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่จะเข้าใจใน ลักษณะงานที่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลหน้าห้องตรวจต้องทำหน้าที่ประสานหลายฝ่าย หลายปัญหา ซึ่งอาจทำให้มีกิริยาที่ไม่สุภาพบ้าง ซึ่งในประเด็นของกิริยาที่ไม่สุภาพนี้พยาบาล ผู้ซึ่งเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งส่วนใหญ่ผู้รับบริการเป็นผู้มีฐานะยากจนได้ อธิบายว่า บางครั้งกิริยาที่แสดงไปนั้นไม่ได้มีเจตนาจะทำให้เกิดขึ้น ผู้ป่วยและญาติอาจจะวิตก และคิดไปเองว่าการแสดงออกดังกล่าวนั้นไม่สุภาพ เช่น ต้องส่งเสียงดังหรือพูดจาในลักษณะ ออกคำสั่งเพราะต้องการให้ได้ยินชัดเจน และมีการปฏิบัติเนื่องจากต้องการให้เกิดระเบียบใน การรับบริการจะช่วยให้มีการรับบริการเป็นระบบและรวดเร็วดังเช่น ตัวอย่างของ บทบรรยาย ของพยาบาลผู้ทำหน้าที่หน้าห้องตรวจ ที่อธิบายถึง บทบาทของพยาบาลว่า

“คือเรา พยาบาลเนี่ยต้องรับหน้าต้องคุยกับคนไข้อันนี้คือความทุกข์ คือ ทุกคนสื่อสารไม่เข้าใจกันแล้วเราไม่มีเวลาที่จะมานั่งอธิบาย เพราะเรา ทำงานหนักมากเกินไป เราอธิบายเสียงเราเริ่มซึกเปลี่ยนแล้วเขาก็ว่าเรา เราไม่ได้แวด เราพูดได้เร็ว จะทำบริการเท่านั้นเอง เราพูดเสียงดังหวังดี แต่ก็เสียงดังไปหน่อย ไม่อยากให้เขาทำผิดยังงั้นเอง แต่ว่าอาจจะดู อาจจะด่า อ้าวทำไมทำยังงี้ ทำยังงี้รู้ไหมมันอันตราย หวังดีกลัวคนไข้จะเสียเวลา เอาทำไมทำยังงี้ละ อะไรยังงี้แต่พอพูดเสียงดัง ซึ่งๆ หลายๆ คนจะมองนี่ไม่ดีแล้วว่าอย่างนี้แวดแน่ๆ ไซ้....คือเรื่องเวลาเขามา (ผู้ป่วย) เขาจะเอา

บริการที่เร็ว ต้องการบริการที่เร็วนี้คือ ที่เขาคาดหวังว่า ต้องได้ ต้องได้เร็ว....
ความรู้สึกที่เขาคาดหวังเนี่ย มันเป็นเรื่องที่เราทำไม่ได้เลยเขาก็มาถามพยาบาล
มาใส่อารมณ์กับพยาบาล”

(พยาบาลผู้ป่วยนอก)

จะเห็นได้ว่าพยาบาลผู้ทำหน้าที่หน้าห้องตรวจมีความพยายามที่จะทำดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับบริการที่ประทับใจ แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะพยายามอธิบายให้ผู้ป่วย ได้เข้าใจแต่บางครั้งทุกข์และความเดือดร้อนที่ผู้ป่วยได้รับมิได้เกิดขึ้นจากพฤติกรรมหรือการ แสดงออกของพยาบาล หากแต่เกิดจากกิริยาท่าทางที่ไม่เหมาะสมของ แพทย์ในห้องตรวจ ที่ สะท้อนสู่ผู้ป่วยขณะที่รอรับการตรวจตามที่จะบรรยายในหัวข้อต่อไป

4.1.4 ทุกข์เกิดจากความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและกิริยาท่าทางที่ไม่สุภาพของแพทย์

จากตารางที่ 12 ที่แสดงว่าประมาณร้อยละ 8 ของผู้ป่วยนอกมีความรู้สึกเป็นทุกข์เนื่องจากคำพูด กิริยาและท่าทางของแพทย์ที่บางครั้งไม่สุภาพเรียบร้อย ซึ่งประเด็นนี้ วิเคราะห์ได้ว่าอาจจะเกิดจากการที่แพทย์ไม่เคร่งครัดในคุณธรรมและจริยธรรมในฐานะของ การเป็นผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามข้อสังเกตหนึ่งที่สามารถนำมาใช้อธิบายถึงตัวเลขแจกแจง ความถี่ที่น้อยนี้คือแพทย์ส่วนใหญ่จะมีกิริยาและท่าทางที่สุภาพเรียบร้อย และอีกประเด็นหนึ่ง คือผู้ป่วยนอกเกือบทุกคนจะมีความศรัทธาและให้ความเคารพในวิชาชีพแพทย์ อย่างไรก็ตาม เมื่อกิริยาท่าทางที่ไม่สุภาพของแพทย์เกิดขึ้น จะนำมาสู่ความขัดแย้งกันในหมู่ผู้ให้บริการ รักษา ซึ่งพบว่ามีส่วนต่อความทุกข์ของผู้บริโภค ตัวอย่างต่อไปนี้เป็นบทสนทนาที่อธิบายโดย พยาบาลที่กล่าวถึงกิริยาท่าทางที่ไม่สุภาพของแพทย์ที่นำไปสู่ความขัดแย้ง ซึ่งมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์

“จริง ๆ นะ พยาบาลก็ทุกข์ เพราะพยาบาลต้องโอ้โฮ วันนี้ต้องรับอารมณ์หนัก นอกเหนือจากคนไข้หมอกก็มาใส่อารมณ์กับพยาบาล เช่น หมอเนี่ยนะ เมื่อคนไข้เยอะ เยอะมากเลย ก็พูดว่า...อะไรเสิร์ฟกันหนักหนา คนไข้ถึงได้เยอะเยอะ บางทีเอาคน ไข้เข้าไปในห้องตรวจแล้ว ก็บอกว่าไม่เอาแล้วอะไรอย่างนี้ ถ้าอาจารย์ (โยธิน) เป็นหมออาจารย์จะทำยังไงคะ ยังเอาบัตรไปให้อาจารย์บอกว่าผม ไม่เอาแล้วนะ ให้ ทำยังไงคะ หรือไม่สมมติว่าอาจารย์เป็นคนไข้แล้วก็ ดิจันเอาบัตรไปเสิร์ฟเอาบัตรอาจารย์ นี้ไปเสิร์ฟหมอก มันก็ยังไม่ถึงเวลาเลิกงาน มันก็แค่ 11 โมง 40 นาทีนะ เอาบัตรไปเสิร์ฟ อาจารย์บอกผม ไม่เอาแล้วนะ อาจารย์รู้สึกยังไงคะถ้าอาจารย์ (โยธิน) เป็นคนไข้ ใน เมื่ออาจารย์พูดอย่างนั้น แล้วพยาบาลละคะ พยาบาลจะปล่อยวางไม่ได้ มัน ต้องให้เขาได้ตรวจนะคะ เราต้องผ่อนปรนคะ เปรียบเสมือนว่าเขาเป็นญาติเรา อย่างนั้นนะคะ ไม่ใช่เราจะปล่อยปละละเลย เราจะมาบอกว่า คุณได้ยื่นแล้วใช้ใหม่ว่า หมอไม่ตรวจ ก็ไม่ได้นะมันทุกข์ เราต้องหาทางช่วยคนไข้และภูหน้าหมอไว้ยังเนี่ย”

(พยาบาลผู้ป่วยนอก)

จากบทสนทนาข้างต้นอธิบายว่า ความขัดแย้งระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการจะมีผลนำไปสู่ความทุกข์แก่ผู้บริโภครวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lambert (1996) และ Malone (1995) อีกตัวอย่างหนึ่งคือการถูกผูกมัดให้ทำการรักษากับแพทย์เฉพาะทางที่มีกิริยาท่าทางที่ไม่สุภาพ โดยที่ผู้ป่วยไม่มีสิทธิเลือก เพราะไม่สามารถเปลี่ยนผู้ทำการรักษาได้ เนื่องจากแพทย์เฉพาะทางมีให้เลือกจำกัดในสถานที่ให้บริการแห่งนั้นทำให้ต้องไปพบแพทย์ที่มีกิริยาที่ไม่สุภาพนั้นตามนัด หากไม่ไปตามที่แพทย์เฉพาะทางนัดจะไม่ได้รับการรักษา ทำให้กังวลใจ กลัวว่าการเจ็บป่วยจะกำเริบทำให้ไม่หายซึ่งพิจารณาได้ว่าอำนาจและบารมีของแพทย์ที่มีเหนือกว่าคนไข้มีผลต่อโอกาสการเลือกผู้รักษา ประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากจนของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนหรือเลือกไปใช้สถานบริการอื่นที่มีแพทย์เฉพาะทางที่ต้องการ ดังนั้นเมื่อใดก็ตามที่ใกล้จะถึงวันนัดหมาย ผู้ป่วยจะหวาดวิตก กลัวอากัปกริยา ท่าทาง

ที่ไม่เหมาะสมของแพทย์ เช่น ผู้ป่วยรายนี้มักจะร้องไห้ก่อนถึงวันที่ต้องตรวจตามที่แพทย์นัด ดังตัวอย่างบทพรรณนาที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟังในการรวบรวมข้อมูลระดับลึกว่า

“โรงพยาบาล (ชุมชน) ทำใบส่งตัวให้ไป โรงพยาบาลจังหวัด เมื่อถึง
โรงพยาบาล (จังหวัด) หมอที่ (จังหวัด) อ่านใบส่งตัวก็ดำต่อน้ำว่า หมอ
(ที่โรงพยาบาลอำเภอ) เอายาให้ไปกินทำไมไม่กินให้หมดก่อนมาที่นี่ มีเงินเท่าไรเหนี่ย
มีบัตรสุขภาพใหม่เราก็ตอบว่าไม่มี จะจ่ายเงินเองตอนนั้นป่วยหนักอาการไม่ดี เขา
ดำต่อน้ำเลย ตอนนั้นเสียใจมาก นั่งคิด เพราะเราเป็นคนจนหรือ เขาถึงไม่ยอม
รักษาให้เรา ก็เสียใจเราเองก็ถือใบส่งตัวไปแล้ว ค่ารักษาพยาบาลก็จะจ่ายเอง ก็กลัว
เพราะไม่เคย หมอบอกว่าต้องใช้แสงเลเซอร์ สลายนิ่ว ไปคนเดียวด้วยเขาถามว่าจะ
วางเงินให้เขาเท่าไรก่อน ก็ไม่รู้จะวางเท่าไรปรึกษาใครไม่ได้ บอกหมอบอกว่าขอกลับ
บ้านไปปรึกษาสามีก่อน เพราะค่าสลายนิ่ว 17,000 เขาถามว่าค่าสลายนิ่ว 17,000
จะมีเงินให้หมอไหม พุดที่ห้องสลายนิ่ว เป็นเจ้าหน้าที่ (พวกที่ทำบัตร) รู้สึกว่าคงไม่มี
เงินจ่ายค่ารักษาหมื่นเจ็ดพันนั่นแหละ ก็ไม่รู้จะทำอย่างไรก็ร้องไห้.....วันต่อมา แฟนหนูไป
ด้วยอีก ก็ไปพบหมอคนเดิม เขาก็พุดไม่ดีอีก รู้สึกเสียใจมาก กลับมาหาแฟนที่มานั่ง
ข้างนอกก็ร้องไห้กับแฟน ตอนนั่งมอเตอร์ไซค์ซ้อนท้ายแฟนกลับบ้านก็คิดว่าทำไม
หมอไม่ดีแบบนี้มารักษา เหมือนจะรักษาให้กับคนดี ๆ คนมีเงินเท่านั้น คนแบบเราเขา
ไม่ยอมการรักษาให้หรืออย่างไร ทุกวันนี้ก็คิด เสียใจแบบนี้ตลอด”

(ผู้ป่วยโรคนิ่ว ที่สัมภาษณ์ระดับลึก)

ซึ่งจากข้อมูลข้างต้นวิเคราะห์ได้ว่าแพทย์ควรมีกิริยาท่าทางที่สุภาพอย่าง
เหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งความต่อเนื่องในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย และจะเป็นประโยชน์เพื่อ
ทำให้อาการป่วยของผู้บริโภคได้รับการบรรเทาลงในที่สุด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัย
ที่ Tailor และ Mayberry (1995) พบว่า แม้ว่าผู้ป่วยนอกจะมีสิทธิในการเลือกผู้รักษา แต่ด้วยข้อ
จำกัดของจำนวนแพทย์เฉพาะทางและฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากจน ทำให้ผู้รับบริการต้องทน
ทุกข์ทรมานทางจิตใจที่ต้องพบกับผู้ให้บริการคนเดิม เพราะถูกผูกขาดในการเลือกผู้รักษา

4.1.5 ทุกข์ที่เกิดจากระบบการบริหารงานของฝ่ายเภสัชกรรม

ฝ่ายเภสัชกรรมเป็นฝ่ายสุดท้ายที่ผู้ป่วยนอกจะเข้ารับบริการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอธิบายว่าใช้เวลาในการรอรับยานานและเจ้าหน้าที่ห้องยาไม่เปิดโอกาสให้ซักถามในข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา ทำให้เกิดการวิตกกังวลในเรื่องคุณภาพของยาและคุณภาพของการให้บริการว่าอาจถูกเอาเปรียบ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยบัตรสุขภาพ ผู้ป่วยบัตรสงเคราะห์ ผู้มีรายได้น้อย ฯลฯ ดังตัวอย่างเช่นเมื่อได้รับยาใหม่ โดยขาดการอธิบายจากเจ้าหน้าที่ห้องยาจะทำให้เกิดการวิตกกังวลว่าจะได้รับยาที่ไม่ดีมีคุณภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง เกรงว่าจะถูกเอาเปรียบในด้านคุณภาพการให้บริการ เพราะการจัดระบบห้องยาที่เร่งจ่ายยาให้รวดเร็วจะทำให้ขาดการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในข้อสงสัย

เกี่ยวกับการให้บริการของฝ่ายเภสัชกรรม Pedergast และคณะ (1995) วิจัยพบว่าการอธิบายและแนะนำอย่างละเอียดเกี่ยวกับยาและเวชภัณฑ์ให้ผู้ป่วยได้ทราบ แม้ว่าจะทำให้เวลาในการรอรับยาของผู้ป่วยยาวนานบ้าง แต่มีผลดีต่อการช่วยลดอาการวิตกกังวลในอาการข้างเคียงและช่วยทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจในคุณภาพของยามากขึ้น

ปัจจุบันประเทศไทยประสบกับปัญหาเศรษฐกิจถดถอย ภาวะทางเศรษฐกิจที่ตกต่ำของประเทศนำไปสู่การวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้บัตรสุขภาพ และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนว่าอาจจะได้รับยาที่มีคุณภาพต่ำ ตลอดจนคุณภาพการให้บริการที่ไม่ดี กล่าวคือแพทย์ไม่เอาใจใส่ในการให้บริการ จึงทำให้เกิดการคับข้องใจและวิตกกังวลว่าเมื่อใช้บัตรสุขภาพบัตรผู้ป่วยรายได้น้อยจะได้รับยาราคาถูก เนื่องจากรัฐบาลประหยัดงบประมาณเพราะภาวะเศรษฐกิจถดถอย จึงไม่สามารถจัดบริการที่ดีแก่ผู้มีฐานะยากจนได้ เพราะการให้บริการสาธารณสุขรัฐต้องลงทุน และโรงพยาบาลทุกแห่งต้องหาเงินได้บำรุงโรงพยาบาลด้วยตัวเอง จึงต้องประหยัดเงินได้ ข้อสังเกตนี้สามารถวิเคราะห์ได้ ดังตัวอย่างของบทบรรยายจากการสนทนากลุ่มต่อไปนี้

“ที่มาวันนี้ มีทุกข์อก ทุกข์ใจ ไม่สบายใจมาโรงพยาบาลแล้วไม่สบายใจ มีบัตรสุขภาพครั้งก่อนนำบัตรสุขภาพมาด้วย ได้ทานยาเม็ดสีส้ม มาตรวจห้องเบอร์ 4 บอกหมอว่าจะขอยาเม็ดสีส้ม หมอก็เซ็นตีให้แล้ว ก็ไปรับยา คนอ้วนๆ หน้าห้องยา “อ้าวนี่ใครเซ็นตีให้” “หนูก็บอกว่าหมอเป็นคนเซ็นตีให้ หมออะไรไม่ทราบชื่อ ไม่ได้สังเกต “ให้ไปเปลี่ยนยา” บังคับ ให้ไปเปลี่ยนยา ก็ได้ยาเม็ดสีขาวไปแทน กินแล้วโอไม่หยุดเลย ก็เลยอยากถามว่าถ้าใช้บัตรประกันสุขภาพแล้ว บริการไม่เต็มที่หรือไร เราเคยกินยานั้นมาตลอดแล้วทำไมต้องบังคับกันให้เปลี่ยนยาด้วย ได้ยาคุณภาพไม่ดี โอจนหอบเลย”

(ผู้หญิงป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพ)

“ผมใช้บัตรสุขภาพครับ มันสะดวก สะดวกแต่ว่าเดี๋ยวนี้เขาจะเอาเงินด้วยนะ ครับ แต่ก่อนไม่เคยเสียนี้ครับ ตอนนี่ผลต้องเสีย 30 บาท เขาว่าโรงพยาบาลขาดทุน มีบัตรสุขภาพก็ต้องเสียค่ายาเพิ่ม ถ้าไม่มีเงินหรือใช้ใบ อสม. ก็จะได้ยาไม่ดี คุณภาพไม่ดี มันจะมีเรือในประเทศไทยที่ไปหาหมอแล้วไม่ได้ยามากินนะ มันต้องให้เพราะอย่างนั้น ผมยอมเสีย เสียประมาณ 100 บาท ก็เลยมาถามดู หมอที่เคยรักษาเขาก็ว่ายาดีมีต่างหาก เลยมาทบทวนดู ยาโรงพยาบาลยาแพงถ้าเราไม่เสียดั่งค์ คงไม่ได้กินยาแพง เขาว่ายานอก ยาใน ความหมายมันเป็นตัวยามาจากไหน ถ้าว่ายาในมันไม่ได้เสียเงินแต่ว่ายานอกมันแพง เขาจะไม่ให้ ยาเสียเงินกับยาไม่เสียเงินนะไม่เหมือนกัน หมอเขารักษาแบบไม่มีเงินค่าตอบแทน”

(ผู้ป่วยชายที่ใช้บัตรประกันสุขภาพ)

จากข้อมูลที่แสดงข้างต้นวิเคราะห์ได้ว่าระบบการให้บริการของฝ่ายเภสัชกรรมที่เร่งให้บริการ โดยการระบายจำนวนผู้ป่วยให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดเวลาการรอรับยา มีผลทำให้เจ้าหน้าที่ห้องยาไม่มีเวลามากพอที่จะอธิบายข้อสงสัย ความกังวลใจ ตลอดจน

สรรพคุณของยาหรือผลที่เกิดจากการใช้ยาแก่ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสอบถามรายละเอียดต่างๆ ที่คับข้องใจเกี่ยวกับเรื่องยาได้ ซึ่งทำให้เกิดทุกข์ตามที่กล่าวข้างต้น

4.1.6 ทุกข์เรื่องค่ารักษาพยาบาลแพงเกินความจำเป็นและค่าเดินทางเนื่องจากเป็นผู้ป่วยส่งต่อ

ดังที่อธิบายในบทลักษณะตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูลที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะเป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยเข้ารับบริการ และเป็นผู้ที่ไม่ไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เนื่องจากว่าไปรับบริการแล้วไม่หาย สถานีนอนามัย และ/หรือโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านส่งต่อให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่า ด้วยเหตุผลนี้จึงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการเดินทางที่ระยะทางไกล ค่าพาหนะแพง ค่าอาหาร ฯลฯ และที่สำคัญคือค่ายาที่อาจจะรวมไปถึงค่าตรวจรักษาพิเศษในแต่ละครั้ง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนมากจะ ได้แก่ ชาวชนบทที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีฐานะยากจนและมีบ้านเรือนอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ผู้ป่วยและญาติทุกคนเข้าใจดีว่าสถานบริการที่ดีที่สุดคือสถานบริการที่ใกล้บ้านที่สุด แต่นั่นทุกคนลงความเห็นว่าเป็นความคิดในอุดมคติ เพราะก่อนที่จะไปใช้สถานบริการอื่นๆ ที่ไกลบ้าน เกือบทุกคนเคยไปรับบริการที่สถานบริการใกล้บ้าน สาเหตุที่ต้องเดินทางไปรักษาไกลบ้านเพราะสถานบริการที่ใกล้บ้านส่งต่อ ดังนั้นระบบของการส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับบริการรักษาที่แพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และข้อเสนอที่ว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กไม่มีเครื่องมือพอในการให้บริการผู้ป่วยนอกบางราย จึงเป็นการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลใหญ่ให้แออัดและเป็นการเพิ่มภาระให้กับแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งมีผลกระทบไปสู่เวลาในการตรวจผู้ป่วย ซึ่งแพทย์มีจำกัดมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการทำให้ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเกินความจำเป็น

อนึ่งเมื่อพิจารณาถึงผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการด้วยระบบส่งต่อ ผลการสำรวจครั้งนี้พบว่า จะนำมาสู่ความทุกข์และความเดือดร้อนทางการเงินให้กับผู้ป่วยเพราะต้องจ่ายเงินเอง ทั้ง

ในด้านพาหนะและค่ารักษาพยาบาล ตลอดจนถึงต้องรอเข้าคิวรักษาที่ต้องใช้เวลายาวนาน เพราะโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีผู้รับบริการมาก เช่น บางรายต้องใช้จ่ายไปกับการเดินทางมากทำให้เงินไม่พอจ่ายค่ายาจึงต้องต่อรองให้หมอจ่ายยาราคาถูกให้ ดังนั้นในการส่งต่อผู้ป่วยก่อนที่จะมีการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วย โดยที่แพทย์หรือพยาบาลควรอธิบายถึงผลดีและผลไม่ดีของการเดินทางไปรักษาตามระบบส่งต่อให้ผู้ป่วยได้ทราบ อาจจะมีผลช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจรับบริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพราะสะดวก แม้ว่าอาจจะต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่า

ตัวอย่างต่อไปนี้อธิบายถึงผู้ป่วยรายหนึ่งที่เป็นผู้ป่วยส่งต่อที่เดินทางมาไกล เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร เวลา ฯลฯ และต้องเสียเวลาในการรอตรวจ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีมาก แพทย์ไม่เปิดโอกาสให้พูดคุยซักถาม การให้บริการไม่แตกต่างจากโรงพยาบาลขนาดเล็กที่เป็นผู้ส่งต่อ จึงนำมาสู่ความทุกข์ เพราะลงทุนไปกับการเดินทาง และคาดหวังว่าจะได้รับบริการรักษาที่เหมาะสมกว่าเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ดังบทสนทนาต่อไปนี้

“ที่ค่าใช้จ่ายบางครั้งมาตรวจก็ไม่รู้ผล สิ่งที่เราใจทุกคน มาแล้วต้องมาอีก แทนที่วันนี้เราจะรู้ผล แต่ไม่รู้ กลับไป 2-3 อาทิตย์ต้องมาใหม่ บางทีก็ไม่รู้อีก นี่คือนิสัยที่ทุกคนกังวลใจ สมมติว่าเราไม่สบายวันนี้เราปวดท้องมานานหมอเราที่ต้องการรู้ผลเราก็ไม่รู้ก็กังวลใจ”

(สตรีและเด็ก)

4.1.7 ทุกข์ที่เกิดจากการรอรับยานาน

จากที่อธิบายในข้อ 4.1.5 ที่ระบุว่า การเร่งจ่ายยาให้รวดเร็วมีผลเสียมากกว่าผลดีและทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์ อย่างไรก็ตามระบบการจ่ายและจัดยาที่ล่าช้ามีผลต่อความทุกข์ของผู้ป่วยเช่นกัน ทั้งนี้เพราะต้องเสียเวลารอคอยและผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าการรักษาอาการป่วยคือการรักษาด้วยยา (Hunt et al, 1989)

เมื่อพิจารณาถึงการรับบริการที่ห้องจ่ายยา ผลการสำรวจครั้งนี้พบว่า ขั้นตอนการรอรับยาเป็นขั้นตอนที่ค่อนข้างจะล่าช้า ผู้ป่วยนอกหลายคนแสดงทัศนคติคล้ายกันว่า เวลาในการรอรับยานานเนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีห้องจ่ายยาเพียงจุดเดียว ทำให้ผู้ป่วยทุกจุดต้องมารับยาที่จุดเดียวกัน ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้า และสถานที่รอรับยาคับแคบทำให้แออัด ดังนั้นหลายคนจึงเสนอว่า ควรจะมีการจัดแบ่งห้องยาเป็นจุดๆ ตามแผนกของผู้ป่วยดังเช่น ผู้ป่วยเด็ก สตรี คนชรา และจะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถอธิบายถึงข้อคับข้องใจต่างๆ ในเรื่องยาแก่ผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นจะเป็นประโยชน์ในการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจชัดเจนมากขึ้นว่า การจัดยาเป็นงานที่ละเอียดและต้องอาศัยความรอบคอบ หากจัดยาผิดหรือให้ยาผิดแก่ผู้ป่วยอาจจะมีผลต่อผู้ป่วยทำให้เสียชีวิตได้

4.1.8 ทุกข์ที่เกิดจากสภาพแวดล้อมของจุดรับบริการผู้ป่วยนอกที่แออัด และห้องน้ำไม่สะอาด

โรงพยาบาลเป็นสถานที่สาธารณะที่มีผู้รับบริการมาก และเกือบทั้งหมดของผู้รับบริการคือผู้ป่วยและญาติที่มีความคาดหวังในการต้อนรับที่อบอุ่นญาติและผู้ป่วยเกือบทุกคนในการศึกษาครั้งนี้มีทัศนคติที่สอดคล้องกันว่าโรงพยาบาลทุกแห่งควรเป็นสถานที่ที่สะอาดและไม่แออัด ผู้ป่วยนอกและญาติเสนอว่าความสะอาดของโรงพยาบาลสามารถพิจารณาได้หลายจุด เช่น จุดม้านั่งรอตรวจ ที่นั่งพักของญาติและผู้ป่วย ทางเดิน ลักษณะถังขยะราวทางเดิน และที่สำคัญที่สุดที่ทุกคน กล่าวถึงคือ ความสะอาดของห้องน้ำ ผู้ป่วยนอกหลายคนอธิบายว่า ห้องน้ำมีผู้ใช้บริการมาก จึงกลัวว่าจะติดเชื้อโรคจากภาชนะต่างๆ ทางแก้

เพื่อให้ทุกคนไม่กังวลใจเกี่ยวกับเชื้อโรคในห้องน้ำคือ จัดรักษาให้ห้องน้ำสะอาดน่าใช้เช่นเดียวกับห้องน้ำโรงแรม เป็นต้น

4.2 ทุกข์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยใน

เมื่อพิจารณาถึงทุกข์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยใน ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ มีนิยามศัพท์คือ ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 คืนขึ้นไป ผลการศึกษาในเชิงปริมาณ จากตารางที่ 13 พบว่า สภาพปัญหาที่ทำให้เกิดทุกข์มากคือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งพบมากในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาราช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และ โรงพยาบาลเอกชน โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์คือค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้แพงกว่าที่คิดไว้ ประเด็นถัดมา คือมีความกังวลใจจนนำไปสู่ความทุกข์ เนื่องจากระยะเวลาที่ต้องนอนในโรงพยาบาลยาวนานเกินไปโดยไม่ทราบเหตุผล และรวมไปถึงสภาพทุกข์ที่เกิดจากกังวลใจว่าไม่รู้ว่าการรักษาอยู่นี้จะหายป่วยหรือไม่ ซึ่งเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาราช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จะกังวลใจในเรื่องนี้ประมาณ ร้อยละ 15 และประมาณ ร้อยละ 9 ของผู้ป่วยในที่กำลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเอกชน อธิบายว่ามีความทุกข์ จากสาเหตุนี้

อีกสภาพปัญหาแห่งทุกข์ที่ทำให้ผู้ป่วยในกลัวขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลคือ กลัวจะติดเชื้อจากผู้ป่วยอื่นที่พักในห้องพักเดียวกัน ซึ่งจะพบได้มากในโรงพยาบาลที่มีผู้รับบริการมากและในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ ก็พบว่ามีความกังวลใจ กลัวว่าการรักษาของแพทย์จะทำให้อาการป่วยธรรมดากลายเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย หรือคิดว่าจะถูกเลี้ยงไข้จนทำให้เป็นทุกข์ ซึ่งสอดคล้องกับร้อยละที่แสดงไว้ในตารางที่ 13 ที่ระบุว่าประมาณ ร้อยละ 30 จะกังวลใจว่าไม่รู้ว่าแพทย์จะทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ จากเหตุผลนี้วิเคราะห์ได้ว่าทำไมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และทราบถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาของแพทย์มีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ เพราะขั้นตอนในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษากระทำโดยแพทย์ฝ่ายเดียว โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสทราบถึงผลดีหรือผลไม่ดีของวิธีการรักษานั้นๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบในผลการรักษาที่บ่งพร่องของแพทย์ได้ จึงมี

ความทุกข์เนื่องจากความวิตกกังวล เพราะผู้ป่วยเป็นผู้ถูกกระทำ แม้ว่าจะถูกเอาเปรียบ โดยไม่เปิดเผยให้ทราบในข้อมูลต่างๆ ของวิธีการรักษาและรวมถึงค่าเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องเสีย แต่ผู้ป่วยก็ต้องยอมเพราะต้องการให้หายป่วยเนื่องจากไม่มีอำนาจต่อรองกับ ผู้ให้บริการรักษา

สำหรับผู้ป่วยใน เมื่อพิจารณาถึงความหวาดกลัวในวิธีการรักษาพยาบาลที่แพทย์ผู้ทำหน้าที่รักษาเป็นผู้จัดให้ผลการสำรวจในเชิงปริมาณพบว่าประมาณร้อยละ 40 จะมีความทุกข์เนื่องจากว่ากลัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้สภาพปัญหาของทุกข์ที่เกี่ยวกับว่ากลัวว่าแพทย์จะให้ดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น เป็นตัวชี้วัด ซึ่งประเด็นนี้วิเคราะห์ได้ว่าผู้ป่วยมีความวิตกในความสามารถและความชำนาญในการรักษาของแพทย์ รายละเอียดในเชิงตัวเลขที่อธิบายถึงทุกข์และสาเหตุแห่งทุกข์ของผู้ป่วยในได้แสดงไว้ในตารางที่ 13

จากตารางที่ 13 จะเห็นว่าหลายสภาพปัญหาที่แสดงค่าร้อยละที่ทำให้ผู้ป่วยในเป็นทุกข์ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอัตราส่วนร้อยละของทุกข์ในแต่ละประเด็นจะไม่สูงนัก แต่ผู้ที่ตอบว่าทุกข์ คือ ผู้ที่มีความทุกข์ความเดือดร้อน และพิจารณาว่าประเด็นเหล่านี้เป็นเหตุที่ทำให้ต้องเป็นทุกข์ ผลการสำรวจนี้พบว่าประมาณร้อยละ 24 ของผู้ป่วยในทุกข์เนื่องจากแพทย์ไม่บอกเหตุผลเกี่ยวกับวิธีการรักษาเกือบร้อยละ 18 ที่ตอบว่าเป็นทุกข์เนื่องจากแพทย์ให้เวลาในการซักถามน้อย หรือไม่เปิดโอกาสให้ซักถามเลยเมื่อมาตรวจอาการที่เตียง ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าการให้เวลาที่จำกัดแก่ผู้ป่วยแต่ละคนมีผลไปสู่ความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย และมีผลกระทบในภาวะทางจิตใจ จนทำให้เป็นทุกข์ หากแพทย์ทุ่มเทเวลาในการรักษาและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากขึ้น โดยพิจารณาที่กำหนดให้ผู้ป่วย เช่น ศูนย์กลางในการให้บริการ คาดว่าจะมีผลไปสู่คุณภาพที่ดีของการรักษาได้มากขึ้น ดังนั้นแพทย์ควรมีคุณธรรมในการให้โอกาสแก่ผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ประมาณร้อยละ 29 จะทุกข์เนื่องจากความกังวลใจที่เกิดขึ้นจากแพทย์และ/หรือ พยาบาลมักพูดเรื่องอาการเจ็บป่วยโดยใช้ศัพท์ที่ไม่เข้าใจ ทำให้กังวลว่าตนเองมีอาการป่วยที่รุนแรง ซึ่งในประเด็นนี้วิเคราะห์ได้ว่า การใช้ศัพท์เฉพาะทางของแพทย์และพยาบาลแม้ว่าจะนำไปสู่ความสะดวกในการจัดวิธีการรักษาและการให้บริการ ตลอดจนเป็นการรักษา

ไว้ซึ่งวิริยะฐานของเชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่านำไปสู่ความกังวลใจแก่ผู้รับบริการได้ส่วนหนึ่ง

ตารางที่ 13 : ความทุกข์ที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพ (ของผู้ป่วยใน)
จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพ

ทุกข์ที่เกิดจากการรับบริการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
● กิริยาท่าทางของเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ (ทำท่าดูถูกรังเกียจ)	(12) 6.7	(6) 3.4	(3) 1.7	(0) -	[178] 11.8
● คำพูด/กิริยาท่าทาง ของแพทย์ที่บางครั้ง ไม่สุภาพเรียบร้อย	(5) 2.9	(7) 4.0	(5) 2.9	(1) 0.6	[173] 10.4
● แพทย์ไม่บอกว่าป่วยด้วยโรคอะไร	(21) 11.5	(9) 4.9	(9) 4.9	(7) 3.8	[182] 25.3
● ไม่รู้ว่าแพทย์วินิจฉัยโรคถูกหรือเปล่าทำ ให้ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง	(17) 7.6	(7) 3.1	(9) 4.0	(9) 4.0	[224] 18.8
● ไม่รู้ว่าแพทย์จะทำให้อาการเจ็บป่วย รุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่	(32) 14.0	(12) 5.3	(14) 6.1	(11) 4.8	[228] 30.3
● แพทย์ไม่บอกว่ามีอาการแคไหน	(26) 13.1	(10) 5.1	(15) 7.6	(11) 5.6	[198] 31.3
● แพทย์ไม่ได้ให้มีส่วนร่วมในการเลือกวิธี รักษา	(9) 4.6	(4) 2.0	(2) 1.0	(4) 2.0	[197] 9.6
● แพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วมากทำให้ไม่แน่ใจ ว่าแพทย์ตรวจเราจริงจังหรือไม่	(12) 6.0	(7) 3.5	(5) 2.5	(6) 3.0	[200] 15.0
● แพทย์ให้เวลาในการซักถามน้อย/ไม่เปิด โอกาสให้ซักถาม	(18) 9.7	(8) 4.3	(7) 3.8	(1) 0.5	[185] 18.4

ตารางที่ 13 : (ต่อ)

ทุกข์ที่เกิดจากการรับบริการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาสาร/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
● แพทย์ไม่บอกเหตุผลเกี่ยวกับวิธีการรักษา	(24) 12.8	(5) 2.7	(8) 4.3	(8) 4.3	[187] 24.1
● แพทย์ไม่บอกวิธีการดูแลตนเองหลังจากพบแพทย์แล้ว	(11) 5.8	(7) 3.7	(11) 5.8	(6) 3.1	[191] 18.3
● แพทย์ไม่ใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย	(14) 8.0	(9) 5.2	(7) 4.0	(5) 2.9	[174] 20.1
● แพทย์ไม่อธิบายผลการตรวจพิเศษต่างๆ	(15) 8.9	(6) 3.6	(12) 7.1	(7) 4.2	[168] 23.8
● แพทย์/พยาบาลมักพูดเรื่องค่าใช้จ่ายให้ได้ยินเสมอๆ ทำให้ไม่สบายใจ	(12) 8.1	(2) 1.4	(1) 0.7	8 (5.4)	[148] 15.5
● แพทย์/พยาบาลมักพูดเรื่องอาการเจ็บป่วยไปในทางที่ไม่ดีเสมอๆ ทำให้เป็นทุกข์กังวลใจว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้น หรือเสียค่าใช้จ่ายมากในการรักษา	(14) 9.2	(8) 5.3	(1) 0.7	(4) 2.6	[152] 17.8
● แพทย์/พยาบาลมักพูดเรื่องอาการเจ็บป่วย โดยใช้ศัพท์ที่ไม่เข้าใจ ทำให้กังวลว่าตนเองมีอาการรุนแรง	(27) 16.0	(10) 5.9	(7) 4.1	(5) 3.0	[169] 29.0
● แพทย์/พยาบาลมักพูดให้ได้ยินเกี่ยวกับวิธีการรักษาบางอย่าง เช่น ฉายแสง ฯลฯ ทำให้กังวลใจและกลัว	(15) 9.9	(6) 3.9	(3) 2.0	(4) 2.6	[152] 18.4
● กลัววิธีการที่แพทย์นำมารักษา ซึ่งอาจทำให้เป็นคนพิการ	(31) 15.7	(10) 5.1	(10) 5.1	(12) 6.1	[197] 32

ตารางที่ 13 : (ต่อ)

ทุกข์ที่เกิดจากการรับบริการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
● กังวลใจ กลัวว่าการรักษาของแพทย์จะทำให้อาการป่วยธรรมดากลายเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย/ถูกเลี้ยงไข้	(33) 15.6	(12) 5.7	(14) 6.6	(13) 6.2	[211] 34
● กลัวว่าแพทย์จะให้ยาแรงเกินไป ทำให้มีผลข้างเคียง	(29) 1.3	(9) 4.0	(13) 5.8	(19) 8.5	[223] 31.4
● กลัวว่าแพทย์จะให้ดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น	(25) 17.9	(9) 6.4	(13) 9.3	(11) 7.9	[140] 41.4
● มาถึงโรงพยาบาลไม่รู้จะถามใคร/ไม่รู้เริ่มต้นตรงไหน	(22) 12.9	(6) 3.5	(7) 4.1	(4) 2.3	[171] 22.8
● ต้องใช้เวลานานกว่าจะได้พบแพทย์	(29) 15.5	(11) 5.9	(16) 8.6	(4) 2.1	[187] 32.1
● กลัวว่าพยาบาลจะให้ยามิดคน	(28) 12.3	(7) 3.1	(9) 4.0	(8) 3.5	[227] 22.9
● ค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้แพงกว่าที่คิดไว้	(26) 25	(4) 3.8	(2) 1.9	(15) 14.4	[104] 45.2
● พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลมาดูแลบ่อยเกินไป ทำให้ไม่ได้พักผ่อน	(4) 2	(3) 1.5	(2) 1	(5) 2.5	[197] 7.1
● การถือบัตรสุขภาพ/บัตรประกันสังคม/สปร ทำให้ได้รับบริการที่ไม่ดีต่างจากคนอื่น	(5) 4.6	(5) 4.6	(4) 3.7	(2) 1.9	[108] 14.8
● กังวลใจไม่รู้ว่าการรักษาอยู่นี้จะหายป่วยหรือไม่	(35) 14.9	(12) 5.1	(23) 9.8	(20) 8.5	[235] 38.3

ตารางที่ 13 : (ต่อ)

ทุกข์ที่เกิดจากการรับบริการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
• เวลาต้องการความช่วยเหลือ เช่น พยาบาล แพทย์เรียกเท่าไรก็ไม่มา/หรือ มาช้ามาก	(22) 13.1	(9) 5.2	(6) 3.6	(3) 1.8	[168] 23.8
• เห็นวิธีการรักษาคนไข้อื่นในห้องเดียวกัน ทำให้กังวลว่าแพทย์อาจจะทำให้เราบ้าง เช่นการดูดเสมหะ การใช้เครื่องช่วย หายใจ	(26) 16.7	(9) 5.8	(13) 8.3	(6) 3.8	[156] 34.6
• มีนักเรียนแพทย์หรือนักเรียนพยาบาล มาสอบถาม/ตรวจบ่อยๆ ทำให้ไม่ได้ พักผ่อน	(9) 6.4	(1) 0.4	(3) 2.1	(0) -	[142] 9.2
• มีความรู้สึกว้าวุ่นไม่หายแต่แพทย์รีบให้ กลับบ้าน	(21) 12.8	(10) 6.1	(14) 8.5	(9) 5.5	[164] 32.9
• ระยะเวลาที่ต้องนอนโรงพยาบาลยาว นานเกินไป โดยไม่ทราบเหตุผล	(39) 19.0	(13) 6.3	(15) 7.3	(15) 7.3	[205] 40.0
• ทางโรงพยาบาลเข้มงวดเกินไปสำหรับ การเยี่ยม/เฝ้าของญาติ	(13) 6.9	(3) 1.6	(3) 1.6	(3) 1.6	[188] 11.7
• ญาติที่มาเยี่ยมไม่ได้รับความสะดวก สบาย	(14) 8.0	(16) 3.4	(4) 2.3	(2) 1.1	[176] 14.8
• โทรศัพท์สาธารณะไม่มี/มีน้อย	(10) 7.6	(3) 2.3	(4) 3.1	(5) 3.8	[131] 16.8
• ที่นั่งรอตรวจแออัด/ที่นั่งไม่พอ	(25) 13.9	(5) 2.8	(9) 5.0	(2) 1.1	[180] 22.8
• ห้องพัก/ห้องตรวจอากาศถ่ายเทไม่ สะดวก	(15) 7.9	(7) 3.7	(5) 2.6	(3) 1.6	[190] 15.8

ตารางที่ 13 : (ต่อ)

ทุกข์ที่เกิดจากการรับบริการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
● ห้องน้ำไม่สะอาด/มีกลิ่นทำให้ไม่สะดวก ในการใช้	(16) 8.6	(4) 2.2	(8) 4.3	(2) 1.1	[185] 16.2
● เครื่องหมายป้ายบอกทางไปห้องต่างๆ สับสน/ไม่ชัดเจน	(11) 6.6	(6) 3.6	(5) 3.0	(4) 2.4	[166] 15.7
● อยากดื่มน้ำแต่ไม่กล้าดื่มเพราะภาชนะ และแก้วน้ำไม่สะอาด/ต้องใช้ร่วมกับคนอื่น	(13) 6.7	(7) 3.6	(8) 4.1	(5) 2.6	[195] 16.9
● มีเสียงดังรบกวนมากเกินไป	(20) 10.2	(5) 2.6	(14) 7.1	(6) 3.1	[196] 23
● ความสว่างในโรงพยาบาลไม่พอดี	(8) 4.3	(4) 2.1	(8) 4.1	(3) 1.7	[184] 7.6
● มีกลิ่นรบกวน	(16) 8.3	(4) 2.1	(8) 4.1	(3) 1.3	[193] 16.1
● เติงแอด/ติดกันมากเกินไป	(10) 5.8	(7) 4.0	(6) 3.5	(3) 1.7	[173] 15.0
● อุณหภูมิในห้องพักไม่เหมาะสม	(12) 6.1	(4) 2.0	(3) 1.5	(6) 3.1	[196] 12.8
● ไม่มีที่นั่งพักผ่อนหย่อนใจ/ที่นั่งพักคุยกับ ญาติ	(14) 7.4	(3) 1.6	(6) 3.2	(2) 1.1	[188] 13.3
● กลัวติดเชื้อจากผู้ป่วยอื่นที่พักในห้อง เดียวกัน	(33) 17.5	(12) 6.3	(24) 12.4	(11) 5.8	[189] 42.3

ตารางที่ 13 : (ต่อ)

ทุกข์ที่เกิดจากการรับบริการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
● กลัวว่าทรัพย์สินจะสูญหายระหว่างที่พัก รักษา/รอดตรวจ	(7) 3.2	(4) 1.8	(10) 4.6	(5) 2.3	[219] 11.9
● กลัวติดเชื้อเพราะต้องใช้อุปกรณ์การ แพทย์ร่วมกับคนอื่นจำนวนมาก (เช่น ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดความดัน)	(29) 12.4	(7) 3.0	(18) 7.7	(13) 5.6	[234] 28.6
● กลัวว่าเครื่องมือไม่สะอาด	(26) 11.1	(7) 3.0	(14) 6.0	(12) 5.1	[235] 25.1
● กังวลว่าเครื่องมือจะไม่ทันสมัย	(10) 4.3	(5) 2.2	(12) 5.2	(8) 3.5	[231] 15.2
● บริการช้า	(1)	-	-	-	[1]

เมื่อพิจารณาถึงผู้ป่วยใน ข้อมูลจากการสำรวจโดยการจัดสนทนากลุ่ม พบว่ามี
สภาพปัญหาของความทุกข์และสาเหตุที่นำไปสู่ความทุกข์ดังนี้

4.2.1 ทุกข์ที่เกิดจากการจัดระบบการให้บริการในห้องพักผู้ป่วยที่ เป็นอุปสรรคต่อการรับบริการของผู้ป่วย

ปัญหาเรื่องจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลมีไม่
เพียงพอกับการให้บริการผู้ป่วยเป็นสิ่งที่พบได้ในทุกสถานบริการ เพราะการผลิตบุคลากรทาง
การแพทย์ลงทุนสูง ดังนั้นจึงมีปัญหาในด้านการขาดแคลนแพทย์และพยาบาล จึงมีผลกระทบ
ไปสู่การจัดระบบการให้บริการในช่วงกลางคืน ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนามีปัญหาการ
ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข ระบบการจัดแพทย์และพยาบาลจะใช้วิธีลดล้นกันระหว่างเวลา

กลางวัน กลางคืน กล่าวคือจะมีแพทย์และพยาบาลทำงานมากในเวลากลางวัน ทั้งนี้ เพราะมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการมาก ซึ่งส่วนมากจะเป็นผู้ป่วยนอก ส่วนเวลากลางคืนจะมี เฉพาะแพทย์เวร และพยาบาลที่ทำงานในช่วงเวลากลางคืนเท่านั้น ด้วยระบบที่มีจำนวน บุคลากรน้อย บางโรงพยาบาลเมื่อแพทย์ หรือพยาบาลไม่สามารถอยู่เวรได้ เพราะอาจ มีภารกิจอื่นทำให้ขาดผู้ทำงานแทน ผู้รับบริการจึงไม่สามารถที่จะได้รับการดูแลและอำนวยความสะดวกอย่างทั่วถึง นอกจากนี้การจัดระบบการปฏิบัติงานในหน้าที่ของพยาบาลผู้ดูแล ผู้ป่วยในยังไม่สอดคล้องกับลักษณะงาน กล่าวคือพยาบาลควรทำงานในบทบาทของพยาบาล ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย แต่ในทางตรงกันข้ามผลการวิจัยนี้ พบว่าพยาบาลผู้ดูแลในห้องพักรักษาผู้ป่วยใน ต้องทำหน้าที่ทางธุรการ การเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ งานบัญชี ฯลฯ ทำให้ไม่สามารถแบ่งบทบาท หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ ก่อให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทของตนเอง (Role Conflict) ในขณะที่เดียวกันการจัดบริการที่แบ่งห้องแยกระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล มีผลต่อการให้บริการ เพราะเมื่อผู้ป่วยประสงค์จะขอความช่วยเหลือทำให้ไม่สะดวก อนึ่ง แม้ว่าผลดีของการแบ่งห้อง ทำให้พยาบาลพักผ่อนและทำงานอื่น จะมีประโยชน์ในเรื่องความปลอดภัย และการเตรียม ความพร้อมในด้านบริการ แต่ผลการวิจัยนี้พบว่า มีผลสู่ความทุกข์ ดังนั้นจึงมีผลอย่างมาก ต่อผู้ป่วย เมื่อต้องการความช่วยเหลือดังเช่น เมื่อผู้ป่วยใน เจ็บปวดประสงค์จะขอรับ ความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล มักจะได้รับการช่วยเหลือหรือไม่ได้รับการเหลียวแลจน ทำให้เป็นทุกข์ ดังตัวอย่างของรายละเอียดที่บรรยายต่อไปนี้

“ผมว่าพยาบาลน้อยไปหน่อย ห้องผมมีแค่ 2 คน กลางคืนเห็นเค้าวิ่งกัน ทั้งคืน ผู้ป่วยบางคนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มันมีหลายคนนะฮะ ผมว่าน่าจะมี ถ้าเพิ่มอีกคนก็ดีนะฮะ บางคนเจ็บ บางคนปวดท้องก็ลุกไม่ไหวก็ราดตรงนั้น เรานอนบางทีก็เหม็นบ้าง บางทีก็ได้กลิ่นรำคาญ เวลาปวดก็เรียก (พยาบาล) ไม่ได้ เค้าอยู่ในห้อง เค้าอยู่ในห้องกระจกอยู่ข้างในเรามองเห็น แต่เรียกไม่ได้ ยินนะ คนบางคนไม่มีแรงเรียก เค้าก็เคาะๆ ๆ ๆ ใ้คนที่จะนอนหลับก็ตื่น เป็นอย่างนี้ครับ แต่พูดบริการดี แต่ว่าคนน้อยไปหน่อย”

(ผู้ป่วยในเพศชาย)

ซึ่งประเด็นข้างต้นสอดคล้องกับบทบรรยายของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในที่อธิบายว่า บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลน่าจะเพิ่มจำนวนให้มากกว่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของพยาบาลมีหน้าที่ไม่เพียงแต่ดูแลผู้ป่วย ยังต้องทำงานธุรการติดต่อจัดซื้อเวชภัณฑ์และงานเอกสารต่างๆ ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึง ดังนั้นควรยกเลิกระบบบริการที่ให้พยาบาลทำงานธุรการออกไป บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจะได้ทำได้ดีขึ้น ดังตัวอย่างของคำพูดต่อไปนี้

“จุดที่ทำให้เหนื่อยมากๆ ในฐานะที่ทำงานปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ ความเป็นมิตร ชอบ ลักษณะงานผู้ป่วย เหนื่อยทั้งกาย เหนื่อยทั้งใจ เช่น คนไข้อาการหนัก บุคลากรน้อย เราต้องทำ ทำตั้งแต่หน้าที่คนงานลงไปทำเตียงด้วย ทั้งทรีดเม้นด้วยอะไรประสานหมดเลย คือคนเดียวทำหมด ทำทุกอย่างเสมือนอะไรอย่างเนี่ยทุกอย่าง คิดเงินด้วยแล้วยังต้องสรุป เก็บเงินด้วย..เราต้องแก้ปัญหาทุกอย่าง ไม่มียาใช้ ต้องยืมยามาให้ได้ ต้องเอายามาให้ได้ หมอส่งก็ส่งไป เรามีหน้าที่ต้องเอามาต้องหามาให้ได้..คนก็น้อยดูแลไม่ทัน เพราะงานเยอะมากควรลดปริมาณงานพยาบาลลงจะทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึง งานไม่ทันงานเยอะมาก คือถ้าเมื่อตัดออกเลย เอาเฉพาะเทคนิคแคร์นะคะ เราจะเทคนิคแคร์คนไข้ได้มากกว่าเนี่ยอย่างนี้เราต้องทำอะไรสารพัด บางทีคนไข้เหมือนคอมพิวเตอร์ที่เราไม่ใส่ใจเค้า ช่างหลังเลย คนไข้ที่อยู่ลึกลงหลัง ๆ เพราะว่าเราอยู่อยู่จริง ๆ แล้วเราทำไม่ทัน พยาบาลเนี่ยต้องรับผิดชอบในเวลา 8 ชั่วโมง เราต้องทำให้ของเราเสร็จในเวลา ซึ่งในความจริงเราต้องทำอะไรที่อยู่ในเคาน์เตอร์ด้วย ทำให้เราไปดูคนไข้ได้น้อย คนไข้ก็จะมองว่าเราไม่สนใจไม่ให้ความช่วยเหลือ ความจริงพยาบาลก็ทุกข์ หนักแล้วคนไข้เค้าจะแบบพฤติกรรมก้าวร้าว เคยแบบเอามือตีจี้อะไรอย่างนี้เลย เขาต้องการให้ดูแลเขา”

(พยาบาลดูแลผู้ป่วยใน)

4.2.2 ทุกข์ที่เกิดจากความไม่ชำนาญในการรักษาของผู้ให้บริการ ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยกับ ผู้ให้บริการ

ผลการวิจัยนี้ พบว่า ระดับความสามารถในการให้บริการของผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้รับบริการเป็นทุกข์ โรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งเป็นโรงพยาบาลในโครงการเพื่อผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือวิทยาลัยพยาบาลที่นักศึกษาพยาบาลต้องฝึกฝนกับผู้ป่วยจริง ซึ่งความชำนาญในวิธีการรักษายังมีข้อจำกัด ผลการศึกษานี้พบว่า มีผู้ป่วยหลายคนที่เป็นทุกข์ทางกายและจิตใจ เนื่องจากความสามารถในการรักษาของผู้ให้บริการยังไม่เหมาะสม ผู้ป่วยบางรายอธิบายว่าร่างกายของเขาเหมือนหนูทดลอง ซึ่งความผิดพลาดในการให้บริการรักษาทำให้ต้องเป็นทุกข์ เช่น เจ็บปวดมากขึ้น หรือได้รับการรักษาในวิธีที่ประสงค์ เช่น ผู้ป่วยต้องการจะเลือกวิธีทานยาแต่ผู้ให้บริการประสงค์จะรักษาด้วยวิธีฉีดยา จึงทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ นอกจากนั้นบางรายต้องเสียชีวิต เพราะผู้ให้บริการไม่มีความรู้ความชำนาญในการรักษา ดังตัวอย่างของการวิจัยนี้ที่พบว่า ผู้ป่วยต้องพิการ เนื่องจากฝีมือในการผ่าตัดของแพทย์บกพร่อง อีกอย่างหนึ่งคือผู้ป่วยบางรายต้องเสียชีวิตเนื่องจากแพทย์วินิจฉัยผิดว่าผู้ที่กัดไม่ใช่งูพิษ ทั้งๆ ที่ญาติซึ่งเป็นบุคคลในพื้นที่เข้าใจในชนิดของงูอย่างดีว่าเป็นงูพิษ แต่แพทย์ไม่เชื่อ ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับญาติผู้ป่วย ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าการที่ผู้ให้บริการไม่เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา และการที่แพทย์ยังไม่เข้าใจในสิ่งแวดล้อมของชุมชนนำมาสู่ความบกพร่องในการวินิจฉัยโรคได้ ซึ่งพิจารณาได้ว่า ความชำนาญและความสามารถในการวินิจฉัยของแพทย์มีผลไปสู่ความทุกข์ของผู้รับบริการอย่างยิ่ง

การเจ็บปวดทางกายของผู้ป่วย ที่เกิดจากวิธีการรักษาบางครั้งผู้ป่วยหลายคนทนได้เพราะคิดว่าเมื่อป่วยการเจ็บปวดย่อมเกิดขึ้นเป็นธรรมดา แต่มีผู้ป่วยบางคนอธิบายว่าการทุกข์ทางกายที่เกิดจากการกระทำของผู้ให้บริการก็มี เช่น ผู้ให้บริการบางครั้งกั๊กอารมณ์ไม่อยู่ เพราะบอกให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสั่งไม่ได้ตั้งใจก็โมโห โดยไม่ไตร่ตรองดูว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สามารถ

ปฏิบัติได้เพราะอะไร เช่นอาจจะมาจากหากปฏิบัติจะนำมาสู่อาการปวดอย่างมาก จริงอยู่ผู้ให้บริการอาจจะทราบว่าถ้าปฏิบัติตามที่แพทย์และพยาบาลแนะนำผู้ป่วยจะหายป่วยเร็ว แต่ผู้ป่วยไม่เข้าใจเพราะการสื่อความหมายไม่มี หรืออาจจะมีแต่ไม่ชัดเจน ซึ่งประเด็นนี้ วิเคราะห์ได้ว่า ความชำนาญในการรักษาและดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่ความทุกข์แก่ผู้ป่วยทั้งทางกายและจิตใจ ทั้งนี้เพราะหากผู้ให้บริการมีความชำนาญ ย่อมมีวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายทุกข์จากการเจ็บป่วยนั้นได้ดีที่สุด ตัวอย่างต่อไปนี้อธิบายถึงความไม่ชำนาญของผู้ให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยต้องเป็นทุกข์ เนื่องจากถูกผู้ให้บริการรังแกทางกายและจิตใจ

“อันนี้ตอนหนูคลอด หนูปวดท้องตั้ง 2 ชั่วโมง มันนานมากเครื่องมือก็ไม่ครบ หนูเจ็บท้องร้องครวญคราง เจ็บท้องทรมันทรมาย พยาบาลก็ตีหลาย เจ็บหลายแบบว่าเจ็บท้อง เจ็บท้องประมาณ 6 ทุ่มกว่า 4 โมงถึงคลอด คนอื่นก็บอกว่าคลอดยาก นางพยาบาลตีแขนซ้าย ตีตามแข้งตามขา พูดขึ้นมาก็ร้องไห้เสียใจว่าดี เขาดีเพราะหนูเจ็บท้อง ตีตามแข้งตามขานะ เขาก็แหวิด ต่ำ... แล้วต่อมาลูกออกมาก็ไม่หายใจ เพราะว่ามันไปค้างอยู่ ไม่หายใจ หมอบอกว่าพยาบาลเอาออกซิเยน...พยาบาลบอกว่าลูกไม่หายใจ เราได้ยินก็นอนร้องไห้ ไม่หายใจก็ตายนะสิ ก็ทุกข์ใจ ร้องไห้กลัวลูกตาย แล้วพยาบาลก็มาดุหนูอีกว่า หนูร้องโอดโอยจนเกือบทำให้ลูกตัวเองตาย มันไม่ใช่ความผิดของหนู”

(ผู้หญิงที่เป็นผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพ)

4.2.3 ทุกข์ที่เกิดจากการตรวจพิเศษหลายครั้ง ทำให้กังวลใจว่าจะถูกเอาเปรียบในด้านค่าใช้จ่าย

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า ความสามารถของแพทย์ที่แตกต่างกันจะมีผลไปสู่การวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความเชื่อมั่นและศรัทธาในตัวแพทย์ ผู้ทำการรักษาสูง แต่ผู้ป่วยและญาติหลายรายอธิบายว่า โรงพยาบาลบางแห่งจะพยายามส่งเสริมให้มีการตรวจพิเศษ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและญาติกังวลว่าจะถูกเอาเปรียบเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา เพราะผู้รับบริการเป็นผู้จ่ายค่าตรวจ ดังนั้นพิจารณาได้ว่าระบบการจัดให้

บริการที่เน้นการตรวจพิเศษเพื่อต้องการรายได้เข้าบำรุงและพัฒนาโรงพยาบาล มีผลไปสู่ความทุกข์ทางเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่มีทางเลือกจึงเหมือนถูกเอาเปรียบจากผู้ให้บริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากจนต้องพึ่งพาโรงพยาบาลของรัฐที่เหมือนจะผูกขาด (Monopoly) กับการให้บริการแก่ผู้ยากจน ผู้ป่วยและญาติอธิบายว่า การตรวจพิเศษโดยไม่บอกเหตุผลถึงความจำเป็น เป็นการสิ้นเปลืองเงิน ญาติผู้ป่วยมีข้อสังเกตว่า ผลตรวจที่ผ่านมาไม่ได้ใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ จึงมีความกังวลใจว่าจะถูกเอาเปรียบจากผู้ให้บริการในการตรวจพิเศษ ดังตัวอย่างบทสนทนาที่กล่าวไว้ว่า

“ก็ฉันนี่แหละตอนแรกไปศิริราช ศิริราชก็เจาะเลือดไป เจาะอะไรไป แล้วก็เอ็กซเรย์ แล้วก็เอาฟิล์มออกมาว่าเป็นอย่างนี้ อาการอย่างนี้ ก็จะถามได้ พอสรุปแล้ว เจาะเลือดไปเสียเงิน 500 กว่าบาทแล้วมาบอกว่าไม่มีเตียง ไม่สามารถรักษาได้เขาก็แนะนำให้ไปวชิระ เอ้า...ที่แรกถ้าบอกว่าโรค ไม่มีเตียงนะแล้วทำไมเจาะเลือด แฟนฉัน ก็ไม่ไหวเราก็เจ็บอีกเป็นชั่วโมง มาวชิระก็ต้องเจาะเลือดอีก เอ็กซเรย์อีก กว่าเขาจะเจาะเลือดไปเอาผลอะไรออกมา มันเสียเงินอีก ทำไมไม่ใช้ผลเดิมเพราะเพิ่งถ่ายมา เจาะมา”

(ผู้ป่วยในเพศหญิง)

4.2.4 ทุกข์ที่เกิดจากการกังวลใจว่าจะถูกหลอกลวงและเอาเปรียบในเรื่องค่ารักษาพยาบาล

เนื่องจากการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นงานที่ต้องลงทุน โรงพยาบาลทุกแห่งมีการระดมทุน เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้ดีขึ้น เช่น มีการคิดค่าเวชภัณฑ์ ค่าตรวจพิเศษ ฯลฯ ดังนั้นในทุกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ผู้ป่วยต้องจ่ายก่อน จึงจะได้รับการให้บริการ ดังเช่นในบางโรงพยาบาลจะจัดระบบบริการ เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ โดยที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินก่อน จึงจะได้รับเวชภัณฑ์ ทางโรงพยาบาลต้องการเก็บเงินทันทีเพื่อนำไปซื้อเวชภัณฑ์มาทดแทน เพื่อใช้กับผู้ป่วยรายอื่นต่อไป ซึ่งการกำหนดค่า

เวชภัณฑ์ต่างๆ นี้ ผู้ป่วยและญาติอธิบายว่าถูกเอาเปรียบเพราะไม่มีโอกาสต่อรองเป็นราคา กำหนด (Fix Price) ที่โรงพยาบาลจะเรียกเก็บเท่าไรก็ต้องจ่าย ราคาที่กำหนดโดยฝ่ายผู้ให้บริการฝ่ายเดียว โดยที่ผู้รับบริการไม่สามารถจะทราบราคาและวิธีการรักษาได้ล่วงหน้า และไม่สามารถประมาณการคุณภาพการให้บริการได้ล่วงหน้า ความทุกข์ที่เกิดจากความคิดว่าถูกเอาเปรียบค่ารักษาพยาบาลที่แพง มีผลทางจิตใจทำให้ผู้ป่วยหลายคนกังวลใจในเรื่องนี้ เพราะบางรายการต้องจ่ายเองและราคาแพงมาก ในขณะที่ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลก็จะพยายามให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองให้มากที่สุด ซึ่งบางรายกังวลใจมากจนต้องเป็นทุกข์ หนึ่ง เมื่อวิเคราะห์ถึงผลการสำรวจจากผู้ป่วยในที่ใช้บัตรสุขภาพ บัตรประกันสังคม และบัตรอื่นๆ ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีความทุกข์ในเรื่องค่าใช้จ่ายที่จะต้องเสียแต่ยังมีความกังวลใจบ้าง ในประเด็นของคุณภาพการให้บริการโดยเฉพาะเรื่อง “ยา” เนื่องจากเกรงว่าจะถูกเอาเปรียบในเรื่องคุณภาพของการรักษา

4.2.5 ทุกข์ที่เกิดจากระบบส่งต่อ

การตัดสินใจส่งต่อ ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จะพบว่า เกิดขึ้นจากแพทย์ อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยบางรายขอย้ายที่ทำการรักษา โดยที่ขอให้แพทย์ช่วยส่งต่อให้ขั้นตอนการส่งต่อ ญาติและผู้ป่วยจะจัดการเอง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับระบบการให้บริการที่ไม่สะดวกในโรงพยาบาลปลายทาง เช่น เตียงไม่พอ ยาและเวชภัณฑ์ไม่มี อุปกรณ์ไม่ครบ ซึ่งผลการสำรวจนี้ พบว่า ผู้ป่วยในหลายคนเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐเนื่องจากจากระบบส่งต่อ โดยอธิบายว่าการจัดระบบรับช่วงจากโรงพยาบาลหนึ่งไปยังโรงพยาบาลหนึ่งยังมีอุปสรรค เช่น ขั้นตอนในการทำทะเบียนผู้ป่วย ขั้นตอนการจัดรถพยาบาล ขั้นตอนในเรื่องการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายล่วงหน้า ฯลฯ ซึ่งในมิติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยพบว่าเป็นขั้นตอนในการให้บริการที่สร้างความทุกข์ให้กับญาติและผู้ป่วยเพราะสิ่งที่ปฏิบัติจริงบางอย่างในแต่ละโรงพยาบาลจะแตกต่างกัน เช่น บางโรงพยาบาลจะจัดรถส่งผู้ป่วยให้ฟรี โดยที่ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย บางแห่งผู้ป่วยและญาติต้องออกค่าใช้จ่ายเองล่วงหน้า เมื่อส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้รถพยาบาลของทางโรงพยาบาล และนอกจากนี้ ผู้ป่วยและญาติเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งต่อด้วยตัวเองเพราะ โรงพยาบาลไม่สามารถจัดบริการรถพยาบาลให้ได้ เนื่องจากผู้ป่วยและ

ญาติไม่มีเงินจ่ายค่าบริการล่วงหน้า โรงพยาบาลไม่มีบุคลากรพร้อม เช่นในวันหยุด กลางคืน เพราะไม่มีค่าล่วงเวลาให้เจ้าหน้าที่ ค่าน้ำมัน ฯลฯ ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าความสับสนในความไม่เข้าใจในระบบการจัดบริการส่งต่อนำมาสู่การไม่เข้าใจกันระหว่างญาติกับผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและกับญาติผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติให้เหมือนกันทุกโรงพยาบาลของรัฐว่า ถ้ามีการส่งต่อผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องเสียค่ารถพยาบาลและอุปกรณ์ต่างๆ เองหรือไม่อย่างไร และระบบการจ่ายเงินค่าบริการล่วงหน้าควรจะผ่อนปรนได้หรือไม่ ซึ่งต้องมีการชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเสมอ นอกจากนี้เมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทาง ผู้ป่วยควรได้รับการเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ทำหน้าที่รับช่วงทั้งในด้านเอกสารการรับตัว การจัดเตียง ควรให้ผู้ป่วยเสียเวลาในขั้นตอนการลงทะเบียนประวัติคนไข้สั้นที่สุด และได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เร็วที่สุด เพราะผู้ป่วยคิดเสมอว่า “ตัวเขาเองเพียงย้ายที่นอนที่รักษาเท่านั้น ทำไมต้องมารอทำบัตรหรือเข้าคิวเป็นผู้ป่วยใหม่อีกครั้ง”

ตัวอย่างของบทสัมภาษณ์ระดับลึกต่อไปนี้อธิบายถึงความทุกข์ของผู้ป่วยที่ต้องเสียชีวิต เนื่องจากการจัดบริการในระบบส่งต่อที่เกี่ยวข้องกับการเรียกเงินค่าบริการ และค่าเวชภัณฑ์ล่วงหน้า ซึ่งพบว่าความทุกข์เช่นนี้จะเกิดขึ้น ส่วนใหญ่กับผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนที่ไปรับบริการที่ โรงพยาบาลของรัฐ ดังนั้นจึงพิจารณาได้ว่า การลงทุนในการให้บริการรักษากับคุณธรรม และจรรยาบรรณของแพทย์ มีความขัดแย้งกันในขณะที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ

“...ก็นั่งคุยกันอยู่ ประมาณ 5 โมงเย็นยังหัวเราะอยู่เลย พอดอน 1 หุ่มีคนไปเรียกว่าเป็นลมจึงนำส่งโรงพยาบาล....อยู่โรงพยาบาลได้ 2 คืน หมอบอกว่าไม่ไหวแล้วต้องส่งต่อ ต้องค่ารถ 500 บาท พอดีไม่มีเงินให้ผมเป็นห่วงน้องสาว (ผู้ป่วย) จึงมาหาหัวหน้าผมเพื่อขืมรถ พอได้รถไปถึงโรงพยาบาล หมอบอกว่าให้รถโรงพยาบาลไปส่งตัวน้องผมแล้ว อาการหนักมาก ผมจึงควักให้ค่ารถให้กับโรงพยาบาล 500 บาท ตามที่เขาขอ...พอน้อง

ผมไปถึงโรงพยาบาลศูนย์ เขาไม่ให้ยา ไม่เอาใจใส่เลยไปขึ้นโหนดองโหนดเขา ก็บอกว่า ต้องจ่ายก่อน 800 บาท หมดทุกที่ ผมไม่เข้าใจทำไมเขาเรียกแต่เงิน โรงพยาบาลส่งต่อมา... พี่เขยก็คุยกับผมว่าเขากลับบ้านเถอะทนดูไม่ได้ หมอไม่เอาใจใส่เลย เรียกหาแต่เงิน 800 บาท ไปหาหมอที่ขึ้น 7 เขาก็บอก 800 บาท มาขึ้น 5 ก็บอก 800 เขาไม่บอกว่าค่าอะไร เราไม่มีเงินเขาน่าจะรักษา ผู้ป่วยให้ก่อน ความจริงมันอยู่ที่อาการครับ ไม่ว่าจะคนรวยคนจน หมอน่าจะดูแลบ้าง”

(ญาติผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ระดับลึก)

4.2.6 ชนิดและอาการของโรคกับการจัดระบบขั้นตอนรอดูอาการที่ขาดบุคลากรทางการแพทย์ดูแลทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์

โรงพยาบาลทุกแห่งไม่ว่าของรัฐหรือเอกชน เป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยและญาติฝากความหวังไว้ว่าเมื่อเจ็บป่วยและไปถึง ควรจะได้รับการบริการรักษาอย่างทันทีทันใด เพราะการเจ็บป่วยกับการตายอยู่ใกล้กัน เหมือนกับผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกหลายๆ คน อธิบายในวงสนทนากลุ่มว่า “เห็นหน้าหมอก็อบายไปครั้งหนึ่งแล้ว” ผู้ป่วยในหลายคนในการศึกษาครั้งนี้ อธิบายว่ามีประสบการณ์ในการที่ต้องนอนรอเฉยๆ โดยที่ไม่มีแพทย์หรือพยาบาลมาดูแลเยียวยา เกิดความกลัว ความกังวลใจ และหวาดหวั่นว่าโรคที่เจ็บป่วยอาจจะ เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ทำให้เกิดความลำเอียง (Bias) ในการรักษาจึงมีผลให้เป็นทุกข์ เพราะขาดการรักษาพยาบาล แพทย์และพยาบาลไม่มาดูแล ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่า ผู้ป่วยยังมีความกังวลใจ ในวิธีของการให้บริการ กล่าวคือเกิดความทุกข์เนื่องจากถูกปฏิเสธในการดูแลรักษา เพราะโรคติดต่อที่สังคมรังเกียจ

อนึ่ง นอกจากประเด็นที่อธิบายข้างต้น ผลการศึกษานี้พบว่าในขั้นตอนการรอดูอาการที่ขาดผู้ให้บริการรักษามีผลไปสู่ความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยที่วิตกกังวลว่าจะไม่ได้รับการรักษามีความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง เพราะมีผู้ป่วยบางรายต้องเสียชีวิตเพราะขาดการดูแล

ขณะอยู่ในห้องรูดูอาการ ตัวอย่างต่อไปนี้เป็นบทอธิบายของญาติที่เป็นทุกข์ เนื่องจากผู้ป่วยต้องเสียชีวิตเพราะไม่ได้รับการเอาใจใส่จากผู้ให้บริการรักษาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลของรัฐขณะรูดูอาการ

“พอเขารับคนป่วยก็ให้ขึ้นเตียงเข็น แล้วเอาไปนอนในห้อง ผมอ่านดู “ห้องรูดูอาการ” มีหมอม มีพยาบาลมาดูแลเดี่ยวเดี่ยว คนเราอาการมันสมควรตายต้องรักษาได้แล้ว จะมาดูอาการอีกทำไม แต่นั่นคนจน หมอไม่ทำอะไรเลย น่าจะทำอะไรบ้างสักเล็กน้อย ฉีดยาเข้าแก้ม น้ำกลั่นก็ได้นี่ ทำให้ญาติดูว่า หมอก็ทำเต็มที่แล้ว แม้ว่ายังไงก็ต้องตาย แต่ก็ตายไปแล้วก็ช่างมัน ทำอะไรบ้าง แต่ไม่ทำอะไรเลยนี่ ญาติอย่างผมนี่น้อยใจนะครับ ผมเชื่อผีมีหมอ หมอคือหมออย่างเช่นเจ็บโอยๆ อยู่หมอให้ยามาทาน ยาอะไรก็ไม่รู้ แต่คนเจ็บก็หายแล้วถ้าไม่เชื่อหมอก็ไปหาหมอทำอะไร ถ้าหมอฉีดยาให้ตายก็ตาย ไม่รู้หรือกว่าหมอทำอะไร ซึ่งที่จริงหมอบีบฉีดยาตายให้ก็ไม่รู้ แต่เราเห็น หมอมาจับมาต้อง เราก็ตีใจอบอุ่มใจ นี่อะไร หมอไปไหน...มันเรียนยากนักหรือครับหมอ ทำไมมันไม่ช่วยคนจน”

(ญาติผู้ป่วย)

ซึ่งจากบทสนทนาข้างต้นวิเคราะห์ได้ว่า การสื่อความหมายระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยตลอดจนญาติ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยและญาติที่จะเข้าใจว่าสิ่งที่เป็นอยู่ในสถานะการณ์ขณะนั้นคืออะไร “คำว่ารูดูอาการคืออะไร” และทำไมต้องรูดูอาการควรจะมีการชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจ ประเด็นต่อมาคือการที่ไม่มีพยาบาลหรือแพทย์ดูแลผู้ป่วยบางคนอย่างใกล้ชิด ควรจะมีการอธิบายให้ผู้ป่วยหรือญาติได้เข้าใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งคำว่า “เอ็น-อาร์” ดูเหมือนว่ายังคงเป็นคำที่ฉงนและไม่รู้ในหมู่ญาติผู้ป่วย เพราะเมื่อใดที่ญาติได้ยินคำนี้จากแพทย์ เสมือนว่าต่อไปผู้ป่วยคนนั้นจะไม่มีแพทย์และพยาบาลเข้ามาดูแลเลย คำว่า “เอ็น-อาร์” คืออะไร ทำไมมีผลทำให้ผู้ป่วยและญาติเป็น

ทุกซ์ทรมานมากนัก ซึ่งผลการสำรวจนี้พบว่าคำว่า “เอ็น-อาร์” คือ Non-Resuscitation ที่หมายถึง หากผู้ป่วยมีอาการหนักมาก และเมื่อทำการรักษาไปก็ไม่มีประโยชน์ผู้ป่วยต้องเสียชีวิต การพิจารณาของผู้ให้บริการจะขึ้นอยู่กับพื้นฐานพยากรณ์โรคของผู้ป่วย แพทย์จะไม่ทำการรักษาเพราะพิจารณาว่าไม่คุ้มกับการลงทุนในด้านเวลา เวชภัณฑ์ และทุนค่าใช้จ่าย ฯลฯ ซึ่งส่วนนี้ทำให้ญาติของผู้ป่วยไม่เข้าใจ และจะเป็นทุกซ์เพราะพิจารณาว่าแพทย์และพยาบาล ปฏิเสธการรักษา ไม่ทุ่มเทเวลาการรักษาให้เต็มที่ ทำให้ญาติและผู้ป่วยพิจารณาว่าแพทย์ไม่มีคุณธรรม ซึ่งพบมากในโรงพยาบาลของรัฐ ข้อสังเกตหนึ่งอาจกล่าวได้ว่าเวลาของแพทย์และพยาบาลมีความสำคัญต่อคุณภาพของการให้บริการที่ดี อนึ่งอีกความหมายหนึ่งของ “เอ็น-อาร์” คือ อาจจะมีการรักษาอย่างเต็มที่ แพทย์และพยาบาลทุ่มกำลังเวลาและเครื่องมืออย่างเต็มที่เพื่อช่วยชีวิต ซึ่งจะพบมากในผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นจะไม่ทำการปั๊มหัวใจ

4.2.7 ทุกซ์ที่เกิดจากอาหาร และสภาพแวดล้อมในห้องพัก

แม้ว่าผู้ป่วยทุกคนจะเข้าใจในจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลว่ามีจำกัด อย่างไรก็ตามสภาพปัญหาต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยในเป็นทุกซ์ นอกจากบุคลากรแล้วสิ่งที่มีผลตามมา คือทุกซ์ที่เกิดจากอาหารและสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยในสัมผัสได้ ขณะที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยทุกคนที่อยู่ในวงสนทนากลุ่มตระหนักดีว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่ส่วนรวม และผู้ที่เป็นมิตรซึ่งนอนเตียงใกล้ๆ กัน คือผู้ที่ยังช่วยตัวเองไม่ได้ นอกจากนี้ที่พัก ซึ่งหลับนอนทุกวันก็ไม่ใช่บ้าน ดังนั้นเรื่องความสะดวกต่างๆ ของห้องพัก ห้องน้ำ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมข้างกาย บางครั้งก็ทำให้ “ผู้ป่วยในต้องเป็นทุกซ์” ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าระบบสุขภาพและความสะอาดของโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เป็นทุกซ์ทางใจ เพราะต้องทนทุกซ์ทรมานอยู่กับการบำบัดรักษาในสถานที่ที่ไม่เหมาะสม อนึ่งเมื่อพิจารณาถึงเรื่องอาหาร ซึ่งได้รับการ “ตำหนิ” ในด้านรสชาติ และจำนวน “โปรตีน” อยู่น้อยมาก ผู้ป่วยหลายคนแสดงทรรศนะว่ารสชาติของอาหารน่าจะมีความจำเป็นต่อสุขภาพจิตของคนป่วย อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยบางส่วนอธิบายว่าเรื่องรสชาติของอาหารไม่มีความจำเป็นต้องปรับปรุง เพราะแพทย์จะรู้ว่าผู้ป่วยประเภทไหนควรรับประทานอาหารแบบใด โดยอธิบายว่าเป็นอาหาร

“ตามสั่ง” จะเลือกจะตำหนิไม่ได้ อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยในหลายคนอธิบายว่า คุณภาพและรสชาติของอาหารจะเกี่ยวข้องกับราคาของการลงทุน ดังนั้นจึงเป็นทุกข์ว่า ราคาอาหารแพงแต่ได้รับคุณภาพที่ไม่ดีตามที่ต้องการ ดังตัวอย่างของบทบรรยายจากการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยในต่อไปนี้

“มีแต่ปลาทุ กับวิญญูณปลาทุ บางวันไม่มีปลาทุ ยังไม่เจอปปลา มีแต่ไก่กินจนเบื่อ”

(ผู้ป่วยในเพศหญิง)

“ไอ้เรื่องอาหารนี้ทำใจได้ครับ ส่วนมากจะให้ถูกปากถูกคอทุกคนไม่ได้หรอก อี้อถ้าถูกปากถูกคอ ก็ออกไปทำกินเอง ต้องฝืนกินถ้าไม่กินร่างกายก็แย่ บางทีต้องกินให้ได้”

(ผู้ป่วยในเพศชาย)

สำหรับความทุกข์ที่เกิดจากสภาพแวดล้อมในห้องพักพบว่า จะมาจากปัญหาห้องอับทึบแสงไม่เพียงพอ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก เตี้ยงใกล้ชิดติดกันเกินไปทำให้ผู้ป่วยและญาติเดินเข้าออกลำบาก นอกจากนั้นก็มีเสียงดังจากการพูดคุยของญาติเตียงข้างๆ ที่มาเยี่ยม ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าการจัดระบบเยี่ยมที่ไม่เคร่งครัดในมารยาทของโรงพยาบาลที่พยายามจะให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยและญาติในการรับบริการ มีผลกระทบทางจิตใจต่อผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่พักอาศัยในห้องของผู้ป่วยรวม ประเด็นต่อมาคือ การกังวลใจว่าจะติดเชื้อจากผู้ป่วยรายอื่น เช่น จากการไอ จาม และจากการใช้ห้องน้ำร่วมกัน ซึ่งพิจารณาได้ว่าการจัดระบบการให้บริการที่ให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงอยู่รวมกับผู้ป่วยรายอื่นๆ มีผลทำให้ผู้ป่วยกังวลใจและเป็นทุกข์ ในขณะที่เดียวกันก็มีผลต่อทางจิตใจของผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงนั้นที่เกรงว่าจะได้รับการรังเกียจจากผู้ป่วยรายอื่นๆ

4.2.8 ทุกข์เนื่องจากหวาดกลัวจะถูกรักษาเหมือนเตียงข้างๆ และกังวลใจว่ารักษาแล้วไม่หาย

มิตรที่มองตากันทุกวันในห้องพักผู้ป่วยในไม่เพียงแต่พยาบาล ยังมีเพื่อนที่นอนร้องโอดโอยอยู่ใกล้ๆ ซึ่งสร้างความรำคาญ ตลอดจนหวาดกลัวให้แก่ “เพื่อน” ข้างเตียง พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในทุกคนที่อยู่ในวงสนทนากลุ่มให้ความเห็นสอดคล้องกับธรรมชาติของผู้ป่วยในว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยทุกคนจะกลัววิธีการรักษาของเตียงใกล้ๆ มาก และกังวลใจว่าตนเองจะได้รับการรักษาแบบนั้น ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยจะมีความคิดว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคคล้ายกันจะถูกจัดให้พักรักษาตัวในห้องเดียวกัน จึงทำให้เกิดการคาดเดาว่าคงจะได้รับการรักษาแบบนั้น โดยผู้ป่วยลืมนึกถึงอาการป่วยของแต่ละคน ซึ่งผลการศึกษานี้พบมากในผู้ป่วยในที่พักอยู่ในหอผู้ป่วยรวม ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่า การจัดบริการที่ให้ผู้ป่วยมองเห็นวิธีการรักษาของแต่ละเตียง มีผลต่อความทุกข์และความกังวลใจของผู้ป่วยรายอื่นๆ ควรมีการจัดห้องเฉพาะ หรือใช้ม่านปิดบังสำหรับผู้ป่วยบางราย ฯลฯ ดังตัวอย่างของการอธิบายถึงความกังวลใจในวิธีการรักษาพยาบาลต่อไปนี้

“กลัวคะ คนใช้ส่วนมากแบบจะกลัว ไม่กล้าถามพยาบาลคือจะไปคุยกันเอง และจะได้ข้อมูลที่ผิดๆ คือจะแบบซุบซิบกันแล้วก็มาบอกว่าจะกลับบ้านแล้ว เพราะกลัวเรื่องอาการโรคของเค้าบางทีเค้าก็ดูเตียงข้าง ๆ ว่าไปเจาะคอมมิ่ง หรือว่าต้องใส่สายทางจมูก เค้าก็คุยกันว่า ซึ่งเค้าไม่รู้ว่ Case นั้นเป็นโรคอะไรกันแน่ เค้าจะคุยกันว่าอาการคล้ายเค้า เค้าจะคุยกันเองว่าต่อไปเค้าจะต้องทำอย่างนี้ เค้าไม่เคยมาคุยกับเรา เค้าไม่เคยถามเราว่าต่อไปเค้าจะต้องทำยังไงเราก็จะบอกเท่าที่เราบอกได้ แต่ว่าไอ้สิ่งที่เค้าข้องใจอยู่เค้าไม่ถามเราก็ไม่ทราบว่เค้าไม่เข้าใจอะไร เค้าก็ไม่กล้าถาม เค้าคิดไปเองว่เค้าจะต้องทำแบบนี้ เค้าก็จะพูดอยู่คำเดียวว่เค้าไม่อยู่จะกลับบ้าน ที่ทราบเพราะไปแอบได้ยินมา เค้าคุยกัน แล้วสภาพของผู้ป่วยนี้จะอยู่รวม ๆ กัน เห็นกันนะข้างๆ เตียงจะมองเห็นกัน เจอกันหลายๆ วันบางทีเห็นคนนี้ อาการหนักเค้าก็จะกลัว กลัวไม่ยอมอยู่แล้ววิตกกังวลเตียงนี้ตาย อะไรอย่างเนี้ย เค้าก็กลัวไม่ยอมอยู่เตียงนี้ จะย้ายที่ย้ายเตียงวิตกกังวลไปหมด กลัว

บ้าง อะไรบ้าง กลัวจะอยู่บนเตียงนอนเตียงซ้ำที่กับคนที่เสียชีวิตไป ไปอยู่ตำแหน่งที่เดียวกันก็ไม่ได้ทั้งหมด แล้วก็มี ถ้าเกิดคนไข้เด็ด ศพยังไม่มารับไป ก็จะอยู่ตรงนั้น ถ้าเด็ดตอนดึก เจ้าหน้าที่ยังไม่มาเก็บก็จะอยู่จนเช้าอยู่ตรงนั้นก็อยู่ตรงนั้น คนอยู่ลือกหลังก็กลัว พอย้ายมาอยู่ลือกหน้า ลือกหน้าก็กลัวเลยไม่รู้จะไปไว้ลือกไหน มีปัญหาอีก”

(พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยใน)

4.3 ทุกข์ของผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานอนามัยและคลินิกเอกชน

สถานบริการสาธารณสุข 2 แห่ง นี้จัดไว้สำหรับให้บริการผู้ป่วยนอก สถานีอนามัยเป็นบริการของรัฐ ส่วนคลินิกแพทย์เอกชนดำเนินกิจการโดยเอกชน ผลการสำรวจนี้จะแยกอธิบายดังนี้

4.3.1 ทุกข์ของผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานอนามัย

สถานอนามัยเป็นสถานบริการขั้นต้น ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในชนบทมากที่สุด แต่ข้อจำกัดของคือ มียาและอุปกรณ์ที่จำกัด จึงเป็นอุปสรรคในการรับบริการ ข้อดีคืออยู่ใกล้บ้าน ดังนั้นแม้ว่าจะเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ก็ไม่ใช้บริการเพราะไม่มียา ไม่มีเครื่องมือ ความสามารถของเจ้าหน้าที่อนามัยก็จำกัด จึงส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาถึงทุกข์ที่ผู้ป่วยผู้ใช้บริการที่สถานอนามัยกล่าวคือ ส่วนมาก มาสถานอนามัยแล้วไม่มีเจ้าหน้าที่และไม่ทราบว่าจะเจ้าหน้าที่ไปไหนเพราะไม่เขียนป้ายบอกทำให้ต้องรอคอย ประเด็นถัดมาคือ เจ็บป่วยตอนกลางคืน หรือวันหยุด ไม่มีเจ้าหน้าที่อยู่ ทำให้ไม่สะดวกในการรับบริการ จึงนำมาสู่ความทุกข์ ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าเป็นผลกระทบจากการจัดระบบเวรของเจ้าหน้าที่อนามัยที่ไม่สามารถให้บริการสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนได้

ผลจากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามพบว่า นอกจากประเด็นข้างต้นแล้ว ผู้ป่วยส่วนมากยังมีความทุกข์ ความกังวลใจในเรื่องที่เจ้าหน้าที่อนามัยไม่บอกว่าป่วยเป็นโรคอะไร ประเด็นต่อมาคือความกังวลใจว่า เจ้าหน้าที่อนามัยจะวินิจฉัยโรคถูกหรือไม่ และไม่บอกว่าอาการป่วยเป็นอย่างไร นอกจากนี้ก็มีความกังวลใจว่า อาจจะได้รับยาที่ไม่มีคุณภาพ และเป็นทุกข์ใจเมื่อไม่รู้ว่ายาก็ได้รับเป็นยาอะไร มีผลข้างเคียงหรือไม่ นอกจากนี้ก็ได้แก่ การกลัวติดเชื้อ เพราะต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ร่วมกับคนอื่นจำนวนมาก และกลัวว่าเครื่องมือไม่สะอาด ซึ่ง 2 ประเด็นนี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยกล่าวถึงมาก จากความทุกข์ข้างต้นสามารถวิเคราะห์ได้ว่าผู้รับบริการที่สถานนีอนามัยยังมีความไม่มั่นใจในวิธีการรักษา การวินิจฉัยโรค และคุณภาพของยาที่จัดบริการ ณ สถานนีอนามัย อนึ่ง เมื่อพิจารณาถึงคำรักษาพยาบาลที่สถานนีอนามัย ผลการสำรวจนี้พบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น ที่อธิบายว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้แพงกว่าที่คิดไว้ ตารางที่ 14 แสดงร้อยละของความทุกข์ที่เกิดจากการใช้บริการที่สถานนีอนามัย

4.3.2 ทุกข์ของผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกแพทย์เอกชน

ผลการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกเอกชนกลัวว่าจะติดเชื้อเพราะต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ร่วมกับคนอื่นจำนวนมาก เช่น ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดความดัน ฯลฯ นอกจากนี้ก็กลัวว่าเครื่องมือไม่สะอาด เมื่อวิเคราะห์ถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์และกับพยาบาลหน้าห้องตรวจ ผลการสำรวจนี้ พบว่าน้อยกว่าร้อยละ 1 ของผู้ป่วยอธิบายว่ามีความทุกข์เนื่องจากกิริยาท่าทางของเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ เช่นเดียวกันมีเพียงร้อยละ 2 ของผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกเท่านั้นที่เสนอว่ามีทุกข์เนื่องจากคำพูด และกิริยาท่าทางของแพทย์ที่บางครั้งไม่สุภาพเรียบร้อย ประมาณร้อยละ 9 ของผู้ป่วยเป็นทุกข์เนื่องจากแพทย์ที่คลินิกไม่บอกว่าป่วยด้วยโรคอะไร และร้อยละ 10 กังวลใจว่าแพทย์จะวินิจฉัยโรคถูกหรือไม่ ถัดมาประมาณร้อยละ 13 เป็นทุกข์เพราะไม่รู้ว่าแพทย์จะทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ และประมาณร้อยละ 12 เป็นทุกข์เมื่อแพทย์ไม่บอกว่ามีอาการแค่นั้น เมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาที่อยู่กับแพทย์ในห้องตรวจพบว่า ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยอธิบายว่าแพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วมากทำให้ไม่แน่ใจว่าแพทย์ตรวจจริงจังหรือไม่ และเกือบร้อยละ 9 บรรยายว่าแพทย์ให้เวลาในการซักถามน้อย เช่นเดียวกัน ประมาณ

ร้อยละ 7 ที่กล่าวว่า เป็นทุกข์เพราะแพทย์ไม่ใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ก็พบว่าสูงกว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเอกชนมีความทุกข์เนื่องจากต้องใช้เวลา นานกว่าจะได้พบแพทย์ ซึ่งข้อสังเกตหนึ่งที่สามารถนำมาบรรยายเหตุผลนี้คือ อาจจะเป็นเนื่องจากคลินิกแต่ละแห่งเป็นที่นิยมของผู้ป่วย และแพทย์อาจให้เวลากับผู้ป่วยนาน ซึ่งสอดคล้องกับร้อยละที่แสดงไว้ใน ตารางที่ 14 ว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 9 เท่านั้นที่ทุกข์เนื่องจากแพทย์ให้เวลาน้อย จากบทบรรยายนี้วิเคราะห์ได้ว่าการเน้นบริการที่ให้ความสำคัญกับ ผู้บริโภคเป็นหลัก จะนำมาสู่คุณภาพของการบริการที่ดี จะเป็นการช่วยลดความทุกข์แก่ผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นจากผลกระทบของการให้บริการ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงความทุกข์ด้านอื่นๆ ผลการวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกยังคงมีความทุกข์ที่เกิดจากความกังวลใจว่า โรคที่เจ็บป่วยเป็นโรคอะไร และวิตกกังวลว่าจะถูกเอาเปรียบในวิธีการรักษาพยาบาล เช่น ต้องมาตามนัดบ่อยๆ ต้องตรวจพิเศษ เป็นต้น ดังเช่น เมื่อพิจารณาถึงราคาที่ต้องจ่ายไปสำหรับการรักษาพยาบาล ผลการสำรวจนี้พบว่าในประมาณร้อยละ 17 ของผู้ป่วยผู้รับบริการที่คลินิกบรรยายว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้แพงกว่าที่คิดไว้ ซึ่งนำมาสู่สาเหตุแห่งทุกข์นอกจากนั้นประมาณ ร้อยละ 4 เป็นทุกข์เนื่องจากว่าแพทย์ไม่ได้ให้มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการรักษา และประมาณร้อยละ 15 ทุกข์เนื่องจากที่นัดตรวจไม่พอและแออัด ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากเหตุผลของ ผู้ป่วย "ประจำ" ที่ต้องมาพบแพทย์ตามนัด

ตารางที่ 14 : ความทุกข์ที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพ จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพ (คลินิกและสถานอนามัย)

ทุกข์ที่เกิดจากการรับบริการ	สถานอนามัย	คลินิก
● กิริยาท่าทางของเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ หรือเจ้าหน้าที่อนามัย (ทำท่าดูกริ่งเกียด)	(17) 12.3	(1) 0.7
● คำพูด/กิริยาท่าทาง ของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยที่บางครั้งไม่สุภาพเรียบร้อย	(15) 10.9	(3) 2.3
● แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยไม่บอกว่าป่วยด้วยโรคอะไร	(38) 24.5	(12) 8.8
● ไม่รู้ว่าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยวินิจฉัยโรคถูกหรือเปล่า ทำให้ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง	(45) 22.6	(19) 10.3
● ไม่รู้ว่าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยจะทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่	(25) 12.3	(24) 12.7
● แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยไม่บอกว่ามีอาการแค่นั้น	(37) 21.5	(18) 11.7
● แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยไม่ได้มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการรักษา	(10) 6.3	(6) 3.8
● แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยใช้เวลาตรวจเร็วมากทำให้ไม่แน่ใจว่าแพทย์ตรวจเราจริงจังหรือไม่	(26) 16.7	(15) 9.5
● แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยให้เวลาในการซักถามน้อย /ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม	(19) 13.6	(13) 8.7
● แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยไม่บอกเหตุผลเกี่ยวกับวิธีการรักษา	(25) 15.2	(12) 7.7
● แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยไม่บอกวิธีการดูแลตนเองหลังจากพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยแล้ว	(26) 18.1	(11) 7.5
● แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยไม่ใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย	(25) 19.5	(9) 6.9

ตารางที่ 14: (ต่อ)

ทุกข์ที่เกิดจากการรับบริการ	สถานีนามัย	คลินิก
● ต้องใช้เวลานานกว่าจะได้พบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัย	(33) 22.8	(36) 22.2
● มาสถานีนามัยแล้วหมอนามัย/เจ้าหน้าที่ไม่อยู่/ ไม่เขียนป้ายบอกไว้ว่าไปไหน	(43) 30.9	-
● เจ็บป่วยตอนกลางคืน/วันหยุดไม่มีหมอนามัย/เจ้าหน้าที่ ประจำที่สถานีนามัย	(46) 39.0	-
● การไม่บอกรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา/ผลข้างเคียงของยา	(33) 22.3	(13) 8.8
● กังวลว่าอาจได้รับยาไม่มีคุณภาพ	(37) 21.3	0 -
● กังวลว่าอาจได้รับยาจากห้องยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง	-	(7) 3.8
● ไม่รู้ว่ายาที่ได้รับเป็นยาอะไร(ไม่ระบุชื่อยา/เขียนหวัดภาษา อังกฤษ/อ่านไม่รู้เรื่อง)	(36) 22.5	(10) 6.0
● ค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้แพงกว่าที่คิดไว้	(3) 7.7	(23) 16.9
● การถือบัตรสุขภาพ/บัตรประกันสังคม/สปร ทำให้ได้รับ บริการที่ไม่ดีต่างจากคนอื่น	(13) 10.3	(3) 10.3
● ที่นั่งรอตรวจแออัด/ที่นั่งไม่พอ	(31) 20.4	(23) 14.7
● ห้องพัก/ห้องตรวจอากาศถ่ายเทไม่สะดวก	(17) 12.1	(17) 11.6
● ห้องน้ำไม่สะอาด/มีกลิ่นทำให้ไม่สะดวกในการใช้	(14) 12.4	-

ตารางที่ 14: (ต่อ)

ทุกข์ที่เกิดจากการรับบริการ	สถานีนอนามัย	คลินิก
● อยากดื่มน้ำแต่ไม่กล้าดื่มเพราะภาชนะและแก้วน้ำไม่สะอาด/ต้องใช้ร่วมกับคนอื่น	(39) 24.4	-
● มีเสียงดังรบกวนมากเกินไป	(21) 14.6	-
● ความสว่างในโรงพยาบาลไม่พอดี	(11) 8.0	-
● มีกลิ่นรบกวน	(16) 11.3	-
● กลัวว่าทรัพย์สินจะสูญหายระหว่างที่พักรักษา/รอตรวจ	(10) 5.1	(0) -
● กลัวติดเชื้อเพราะต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ร่วมกับคนอื่นจำนวนมาก(เช่นปรอทวัดไข้ เครื่องวัดความดัน)	(52) 26.3	(40) 21.7
● กลัวว่าเครื่องมือไม่สะอาด	(46) 23.1	(40) 21.2

บทที่ 5

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ของผู้รับบริการ

จากผลการวิเคราะห์ในบทที่ 4 ซึ่งเป็นการอธิบายถึงสภาพทุกข์โดยทั่วไปและสภาพปัญหาที่ทำให้เกิดทุกข์ พบว่าสภาพปัญหาที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยไม่เพียงแต่ระบบการจัดบริการหน้าห้องตรวจของแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอก การถูกเอารัดเอาเปรียบจากผู้ให้บริการ โดยที่ไม่เปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามหรือมีส่วนร่วมในการรักษาสำหรับผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นการผูกขาดในระยะเวลาโดยที่ผู้บริโภคมองไม่มีโอกาสต่อรอง ฯลฯ ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์อย่างละเอียดและชัดเจนมากยิ่งขึ้น การศึกษานี้จึงใช้ Factor Analysis เป็นสถิติในการวิเคราะห์ตัวแปร สำหรับเหตุผลที่เลือกใช้หลักสถิตินี้ เพราะข้อได้เปรียบของ Factor Analysis คือช่วยให้สามารถจัดกลุ่มตัวแปรที่มีผลต่อสภาพทุกข์ที่มีลักษณะคล้ายกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุงระบบการให้บริการสาธารณสุขที่ดีได้ง่ายขึ้น

สำหรับการศึกษานี้ เนื่องจากมีกลุ่มปัจจัยย่อยหลายตัวแปร ที่คาดว่าจะมีผลไปสู่การทำนายสภาพทุกข์ ดังนั้นเพื่อให้ผลการศึกษานี้ครอบคลุมถึงทุกปัจจัย และให้มีการกำหนดปัจจัยอย่างเป็นระเบียบเหมาะสม ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Loading Factor) ที่ใช้ในการเลือกตัวแปรไว้ที่ 0.5 และกำหนดชุดตัวแปรสาเหตุแห่งทุกข์ไว้ทั้งสิ้น 8 ชุดตัวแปร ตามจำนวนกลุ่มตัวแปรที่เสนอไว้ตามกรอบของการวิจัยในข้อที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยได้จำแนกตามประเภทของสถานบริการจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการอื่นๆ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศูนย์/มหาวิทยาลัย
2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไป
3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน
4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน
5. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิก
6. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้รับบริการที่สถานีอนามัย
7. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยในสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/มหาวิทยาลัย
8. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยในสำหรับโรงพยาบาลทั่วไป
9. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยในสำหรับโรงพยาบาลชุมชน
10. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยในสำหรับโรงพยาบาลเอกชน

5.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำหรับผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์/มหาวิทยาลัย

ผลการศึกษาพบว่ามีปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยนอกจำแนกออกเป็น 8 องค์ประกอบตามผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี Principal Component Analysis ที่แสดงไว้ในตารางที่ 15 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบที่แสดงไว้ในตารางที่ 16 ดังนี้

- องค์ประกอบที่ 1) สภาพแวดล้อมและระบบสุขภาพภายในโรงพยาบาล
- องค์ประกอบที่ 2) การถูกจำกัดเวลาการรับบริการโดยแพทย์
- องค์ประกอบที่ 3) ฝีมือและความชำนาญของแพทย์
- องค์ประกอบที่ 4) กังวลใจเรื่องความปลอดภัยที่ต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น
- องค์ประกอบที่ 5) การถูกเอาเปรียบในด้านการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม
- องค์ประกอบที่ 6) บุคลิกภาพของผู้ให้บริการ
- องค์ประกอบที่ 7) อาการป่วยและชนิดของโรคที่เป็น
- องค์ประกอบที่ 8) ระบบการให้บริการที่ล่าช้า

ตารางที่ 15 : ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (โรงพยาบาลศูนย์/มหาวิทยาลัย/มหาวิทยาลัย เฉพาะผู้ป่วยนอก)

องค์ประกอบ (Factor)	ค่าความร่วมกัน (Communality) (h ²)	ค่าไอเกน (Eigen Value)	% ของความ แปรปรวน (% of Variance)	%ของ ความ แปรปรวน สะสม (% of cumulative)
1.	.609	10.197	27.6	27.6
2.	.607	2.779	7.5	35.1
3.	.512	1.758	4.8	39.8
4.	.514	1.541	4.2	44.0
5.	.558	1.304	3.5	47.5
6.	.411	1.244	3.4	50.9
7.	.682	1.170	3.2	54.0
8.	.573	1.152	3.1	57.2

ตารางที่ 16 : คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ
(โรงพยาบาลศูนย์/มหาวิทยาลัย/มหาวิทยาลัย เฉพาะผู้ป่วยนอก)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความแปรปรวน รวมร่วมกัน (Commuality)
● องค์ประกอบที่ 1 สภาพแวดล้อมและระบบสุขภาพภายในโรงพยาบาล		
1. v32.57(เครื่องหมายป้ายบอกทางไปห้อง ต่างๆ สับสนไม่ชัดเจน)	.708	.583
2. v32.61(มีกลิ่นรบกวน)	.680	.617
3. v32.55(ห้องพัก/ห้องตรวจอากาศถ่ายเทไม่ สะดวก)	.675	.588
4. v32.56(ห้องน้ำไม่สะอาด/มีกลิ่นทำให้ไม่ สะดวกในการใช้)	.664	.522
5. v32.59(มีเสียงดัง รบกวนมากเกินไป)	.662	.619
6. v32.60(ความสว่างในโรงพยาบาล ไม่พอดี)	.651	.553
7. v32.53(โทรศัพท์สาธารณะไม่มี/มีน้อย)	.584	.527
8. v32.54(ที่นั่งรอตรวจแอด/ ที่นั่งไม่พอ)	.577	.699
9. v32.58(อยากดื่มน้ำแต่ไม่กล้าดื่มเพราะ ภาชนะและแก้วน้ำไม่สะอาด/ต้องใช้ร่วมกับ คนอื่น)	.554	.518

ตารางที่ 16 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความแปรปรวน รวมร่วมกัน (Communality)
● องค์ประกอบที่ 2 การถูกจำกัดเวลาการรับบริการโดยแพทย์		
10. v32.14(แพทย์ไม่บอกวิธีการดูแลตนเองหลังจากพบแพทย์แล้ว)	.758	.649
11. v32.15(แพทย์ไม่ใส่ใจฟังคำบอกล่า)	.757	.701
12. v32.11(แพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วมากทำให้ไม่แน่ใจว่าแพทย์ตรวจเราจริงจังหรือไม่)	.706	.600
13. v32.5(ไม่รู้ว่าแพทย์วินิจฉัยโรคถูกหรือเปล่าทำให้ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง)	.645	.514
14. v32.13(แพทย์ไม่บอกเหตุผลเกี่ยวกับวิธีการรักษา)	.626	.616
15. v32.12(แพทย์ให้เวลาในการซักถามน้อย/ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม)	.623	.613
16. v32.10(แพทย์ไม่ได้ให้มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการรักษา)	.546	.470
● องค์ประกอบที่ 3 ฝีมือและความชำนาญของแพทย์		
17. v32.8(แพทย์ไม่บอกว่ามีอาการแคไหน)	.732	.682
18. v32.6(ไม่รู้ว่าแพทย์จะทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่)	.635	.558
19. v32.9(แพทย์ไม่บอกว่าจะต้องใช้เวลานานในการรักษานานแค่ไหน)	.630	.573
20. v32.4(แพทย์ไม่บอกว่าจะป่วยด้วยโรคอะไร)	.561	.512

ตารางที่ 16 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความแปรปรวน รวมร่วมกัน (Communality)
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 4 กังวลใจเรื่องความปลอดภัยที่ต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น 		
21. v32.67(กลัวติดเชื้อเพราะต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ร่วมกับคนอื่นจำนวนมาก)	.856	.830
22. v32.68(กลัวว่าเครื่องมือไม่สะอาด)	.836	.819
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 5 การถูกเอาเปรียบในด้านการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม 		
23. v32.41(การถือบัตรประกันสุขภาพ/บัตรประกันสุขภาพ/สปร ทำให้ได้รับบริการที่ไม่ดีต่างจากคนอื่น)	.749	.683
24. v32.42(รู้สึกว่าได้รับบริการที่ดีกว่าคนอื่น)	.714	.652
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 6 บุคลิกภาพของผู้ให้บริการ 		
25. v32.1(กิริยาท่าทางของเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ(ทำท่าดูถูกรังเกียจ)	.719	.609
26. v32.2(คำพูด/กิริยาท่าทางของแพทย์ที่บางครั้งไม่สุภาพเรียบร้อย)	.544	.607
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 7 อาการป่วยและชนิดของโรคที่เป็น 		
27. v32.16(แพทย์ไม่อธิบายผลการตรวจพิเศษต่างๆ)	.564	.430
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 8 ระบบการให้บริการที่ล่าช้า 		
28. v32.70(บริการช้า)	.790	.669

5.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์สำหรับผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนี้พบว่าจากผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี Principal Component Analysis ที่แสดงไว้ในตารางที่ 17 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบที่แสดงไว้ในตารางที่ 18 องค์ประกอบที่มีผลต่อความทุกข์ของผู้ป่วยนอก ที่รับบริการที่โรงพยาบาลทั่วไปมีดังนี้

- องค์ประกอบที่ 1) ระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อม
- องค์ประกอบที่ 2) เวลาการให้บริการของแพทย์
- องค์ประกอบที่ 3) การให้บริการของฝ่ายเภสัชกรรม
- องค์ประกอบที่ 4) กังวลใจเรื่องความปลอดภัยที่ต้องใช้สิ่งของร่วมกับคนอื่น
- องค์ประกอบที่ 5) ค่าใช้จ่ายและบุคลิกภาพของผู้ให้บริการ
- องค์ประกอบที่ 6) ฝีมือและความชำนาญของแพทย์
- องค์ประกอบที่ 7) การถูกเอาเปรียบในด้านการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม
- องค์ประกอบที่ 8) การบริการที่ล่าช้า

ตารางที่ 17 : ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (โรงพยาบาลทั่วไป เฉพาะผู้ป่วยนอก)

องค์ประกอบ (Factor)	ค่าความร่วมกัน (Communality) (h^2)	ค่าไอเกน (Eigen Value)	% ของความแปรปรวน (% of Variance)	%ของ ความแปรปรวนสะสม (% of cumulative)
1.	.750	9.062	25.2	25.2
2.	.575	3.780	10.5	35.7
3.	.572	2.503	7.0	42.6
4.	.668	1.938	5.4	48.0
5.	.564	1.827	5.1	53.1
6.	.629	1.582	4.4	57.5
7.	.594	1.371	3.8	61.3
8.	.454	1.297	3.6	64.9

ตารางที่ 18 : คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ
(โรงพยาบาลทั่วไป เฉพาะผู้ป่วยนอก)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 1 ระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 		
1. V32.55(ห้องพัก/ห้องตรวจอากาศถ่ายเทไม่สะดวก)	.867	.829
2. v32.59(มีเสียงดัง รบกวนมากเกินไป)	.822	.787
3. v32.54(ที่นั่งรอรอตรวจแอด/ที่นั่งไม่พอ)	.784	.740
4. v32.56(ห้องน้ำไม่สะอาด/มีกลิ่นทำให้ไม่สะดวกในการใช้)	.766	.751
5. v32.61(มีกลิ่นรบกวน)	.749	.645
6. v32.60(ความสว่างในโรงพยาบาลไม่พอดี)	.690	.651
7. v32.57(เครื่องหมายป้ายบอกทางไปห้องต่างๆ สับสน/ไม่ชัดเจน)	.653	.614
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 2 เวลาการให้บริการของแพทย์ 		
8. V32.11(แพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วมากทำให้ไม่แน่ใจว่าแพทย์ตรวจเราจริงจังหรือไม่)	.734	.584
9. V32.12(แพทย์ใช้เวลาในการซักถามน้อย/ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม)	.705	.618

ตารางที่ 18 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Commuality)
● องค์ประกอบที่ 2 เวลาการให้บริการของแพทย์		
10. V32.14(แพทย์ไม่บอกวิธีการดูแลตนเองหลังจากพบแพทย์แล้ว)	.649	.558
11. V32.15(แพทย์ไม่ใส่ใจฟังคำบอกเล่า)	.610	.703
12. V32.5(ไม่รู้ว่าแพทย์วินิจฉัยโรคถูกหรือเปล่าทำให้ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง)	.559	.668
13. V32.8(แพทย์ไม่บอกว่ามีอาการแค่นั้น)	.517	.594
● องค์ประกอบที่ 3 การให้บริการของฝ่ายเภสัชกรรม		
14. V32.37(กังวลอาจได้รับยาจากห้องยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง)	.749	.709
15. V32.38(ไม่รู้ว่ายยาที่ได้รับเป็นยาอะไร)	.719	.574
16. V32.53(โทรศัพท์สารธารณะไม่มี/มีน้อย)	.668	.537
17. V32.35(การไม่บอกรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา/ผลข้างเคียงของยา)	.618	.596
18. V32.2(คำพูดกิริยาท่าทางของแพทย์ที่บางครั้งไม่สุภาพเรียบร้อย)	.585	.575

ตารางที่ 18 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความแปรปรวน รวมร่วมกัน (Community)
● องค์ประกอบที่ 4 กังวลใจเรื่องความปลอดภัยที่ต้องใช้สิ่งของร่วมกับคนอื่น		
19. V32.67(กลัวติดเชื้อเพราะต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ร่วมกับคนไข้จำนวนมาก)	.738	.784
20. V32.68(กลัวว่าเครื่องมือไม่สะอาด)	.725	.706
21. V32.58(อยากดื่มน้ำแต่ไม่กล้าดื่มเพราะภาชนะและแก้วน้ำไม่สะอาด/ต้องใช้ร่วมกับคนอื่น)	.604	.690
22. V32.66(กลัวทรัพย์สินจะสูญหายระหว่างรอตรวจ/นอนพัก)	.591	.519
● องค์ประกอบที่ 5 ค่าใช้จ่ายและบุคลิกภาพของผู้ให้บริการ		
23. V32.39(ค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้แพงกว่าที่คิดไว้)	.821	.700
24. V32.1(กิริยาท่าทางของเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ (ทำท่าดูถูกรังเกียจ)	.570	.750
● องค์ประกอบที่ 6 ฝีมือและความชำนาญของแพทย์		
25. V32.10(แพทย์ไม่ได้ให้มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการรักษา)	.763	.787
26. V32.6(ไม่รู้ว่าแพทย์จะทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่)	.599	.564

ตารางที่ 18 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความแปรปรวน รวมร่วมกัน (Communality)
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 7 การถูกเอาเปรียบในด้านการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม 		
27. V32.42(รู้สึกว่าจะได้รับบริการที่ดีกว่าคนอื่น)	.797	.748
28. V32.41การถือบัตรประกันสุขภาพ/บัตรประกันสุขภาพ/สปร ทำให้ได้รับบริการที่ไม่ดีต่างจากคนอื่น	.710	.602
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 8 การบริการที่ล่าช้า 		
29. V32.31(ต้องใช้เวลาานกว่าจะได้พบแพทย์)	.552	.490

5.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์สำหรับผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน

ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี Principal Component Analysis ที่แสดงไว้ในตารางที่ 19 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนรวมกันในแต่ละองค์ประกอบที่แสดงไว้ในตารางที่ 20 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ของผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนมีดังนี้

- องค์ประกอบที่ 1) วิธีการรักษาของแพทย์
- องค์ประกอบที่ 2) ระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อม
- องค์ประกอบที่ 3) ฝีมือและความชำนาญของแพทย์
- องค์ประกอบที่ 4) เวลาการให้บริการของแพทย์
- องค์ประกอบที่ 5) กังวลใจเรื่องความปลอดภัยที่ต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น

- องค์ประกอบที่ 6) การถูกเอาเปรียบในด้านการให้บริการที่ไม่ธรรม
 องค์ประกอบที่ 7) ค่ารักษาพยาบาลและระบบบริการที่ล่าช้า
 องค์ประกอบที่ 8) บุคลิกภาพของผู้ให้บริการ

ตารางที่ 19 : ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis)
 (โรงพยาบาลชุมชน เฉพาะผู้ป่วยนอก)

องค์ประกอบ (Factor)	ค่าความ ร่วมกัน (Communality) (h ²)	ค่าไอเกน (Eigen Value)	% ของความ แปรปรวน (% of Variance)	% ของความ แปรปรวนสะสม (% of cumulative)
1.	.487	8.814	24.5	24.5
2.	.637	2.387	6.6	31.1
3.	.585	2.075	5.8	36.9
4.	.524	1.940	5.4	42.3
5.	.522	1.597	4.4	46.7
6.	.570	1.438	4.0	50.7
7.	.600	1.348	3.7	54.4
8.	.495	1.295	3.6	58.0

ตารางที่ 20 : คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ
(โรงพยาบาลชุมชน เฉพาะผู้ป่วยนอก)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
● องค์ประกอบที่ 1 วิธีการรักษาของแพทย์		
1. v32.35(การไม่บอกรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา/ผลข้างเคียงของยา)	.746	.609
2. V32.14(แพทย์ไม่บอกวิธีการดูแลตนเองหลังจากพบแพทย์แล้ว)	.656	.589
3. V32.38(ไม่รู้ว่ายาที่ได้รับเป็นยาอะไร)	.641	.508
4. V32.13(แพทย์ไม่บอกเหตุผลเกี่ยวกับวิธีการรักษา)	.574	.638
5. V32.15(แพทย์ไม่ใส่ใจฟังคำบอกเล่า)	.569	.591
6. V32.16(แพทย์ไม่อธิบายผลการตรวจพิเศษต่างๆ)	.535	.465
7. V32.29(มาถึงโรงพยาบาลแล้วไม่รู้จะถามใคร ไม่รู้เริ่มต้นตรงไหน)	.528	.599
● องค์ประกอบที่ 2 ระบบสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม		
8. V32.55(ห้องพัก/ห้องตรวจอากาศถ่ายเทไม่สะดวก)	.691	.545
9. V32.56(ห้องน้ำไม่สะอาด/มีกลิ่นทำให้ไม่สะดวกในการใช้)	.688	.554
10. V32.54(ที่นั่งรอรอตรวจแออัด/ที่นั่งไม่พอ)	.642	.521

ตารางที่ 20 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
11. V32.59(มีเสียงดังรบกวนมากเกินไป)	.608	.536
12. V32.61(มีกลิ่นรบกวน)	.606	.474
● องค์ประกอบที่ 3 ฝีมือและความชำนาญของแพทย์		
13. V32.4(แพทย์ไม่บอกว่าเป็นโรคอะไร)	.729	.585
14. V32.6(ไม่รู้ว่าแพทย์จะทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่)	.574	.522
15. V32.5(ไม่รู้ว่าแพทย์วินิจฉัยโรคถูกหรือเปล่าทำให้ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง)	.567	.524
16. V32.8(แพทย์ไม่บอกว่ามีอาการแคไหน)	.551	.600
17. V32.7(แพทย์ผู้ทำหน้าที่รักษาดูเหมือนไม่ค่อยมีประสบการณ์/หมอมั่นเก่ง/อายุน้อย)	.548	.570
18. V32.9(แพทย์ไม่บอกว่าจะต้องใช้เวลานานในการรักษานานแค่ไหน)	.502	.495
● องค์ประกอบที่ 4 เวลาการให้บริการของแพทย์		
19. V32.12(แพทย์ใช้เวลาในการซักถามน้อย/ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม)	.770	.734
20. V32.11(แพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วมากทำให้ไม่แน่ใจว่าแพทย์ตรวจเราจริงจังหรือไม่)	.712	.753
21. V32.10(แพทย์ไม่ได้ให้มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีรักษา)	.644	.600

ตารางที่ 20 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
● องค์ประกอบที่ 5 กังวลใจเรื่องความปลอดภัยที่ต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น		
22. V32.67(กลัวติดเชื้อเพราะต้องใช้อุปกรณ์ การแพทย์ร่วมกับคนอื่นจำนวนมาก)	.877	.842
23. V32.68(กลัวว่าเครื่องมือไม่สะอาด)	.871	.847
● องค์ประกอบที่ 6 การถูกเอาเปรียบในด้านการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม		
24. v32.41การถือบัตรประกันสุขภาพ/ บัตรประกันสุขภาพ/สปร ทำให้ได้รับ บริการที่ไม่ดีต่างจากคนอื่น	.874	.788
25. v32.42(รู้สึกว่าจะได้รับบริการที่ดีกว่า คนอื่น)	.855	.763
● องค์ประกอบที่ 7 ค่ารักษาพยาบาลและระบบบริการที่ซ้ำ		
26. v32.39(ค่าใช้จ่ายในการรักษา ครั้งนี้แพงกว่าที่คิดไว้)	.671	.514
27. v32.70(บริการซ้ำ)	.604	.463
● องค์ประกอบที่ 8 บุคลิกภาพของผู้ให้บริการ		
28. v32.2(คำพูด/กิริยาท่าทางของแพทย์ ที่บางครั้งไม่สุภาพเรียบร้อย)	.610	.638
29. v32.66(กลัวทรัพย์สินจะสูญหาย ระหว่างรอตรวจ/นอนพัก)	.558	.455
30. v32.43(การให้เส้นสายของข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ทำให้ถูก แซงคิว)	-.544	.585

5.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลเอกชน

ผลการสกัดองค์ประกอบที่แสดงไว้ในตารางที่ 21 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบ และค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบที่แสดงไว้ในตารางที่ 22 พบว่าองค์ประกอบที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน คือ

- องค์ประกอบที่ 1) เวลาการให้บริการของแพทย์
- องค์ประกอบที่ 2) ฝีมือและความชำนาญของแพทย์
- องค์ประกอบที่ 3) อาการป่วยและชนิดของโรคที่เป็น
- องค์ประกอบที่ 4) ความสะอาดและระบบสุขภาพ
- องค์ประกอบที่ 5) การประชาสัมพันธ์และต้อนรับ
- องค์ประกอบที่ 6) ความปลอดภัยที่ต้องใช้ของร่วมกับผู้อื่น
- องค์ประกอบที่ 7) การถูกเอาเปรียบในด้านการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม
- องค์ประกอบที่ 8) สิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล

ตารางที่ 21: ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis)
(โรงพยาบาลเอกชน เฉพาะผู้ป่วยนอก)

องค์ประกอบ (Factor)	ค่าความร่วมกัน (Communality) (h^2)	ค่าไอเกน (Eigen Value)	% ของความแปรปรวน (% of Variance)	%ของ ความแปรปรวนสะสม (% of cumulative)
1.	.582	7.153	21.7	21.7
2.	.685	2.732	8.3	30.0
3.	.603	2.082	6.3	36.3
4.	.350	1.649	5.0	41.3
5.	.666	1.594	4.8	46.1
6.	.576	1.518	4.6	50.7
7.	.519	1.295	3.9	54.6
8.	.632	1.217	3.7	58.3

ตารางที่ 22 : ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ
(โรงพยาบาลเอกชน เฉพาะผู้ป่วยนอก)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<p>● องค์ประกอบที่ 1 เวลาการให้บริการของแพทย์</p>		
1. v32.12(แพทย์ใช้เวลาในการ ซักถามน้อย/ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม)	.733	.697
2. V32.11(แพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วมาก ทำให้ไม่แน่ใจว่าแพทย์ตรวจเราจริงจัง หรือไม่)	.729	.632
3. V32.7(แพทย์ผู้ทำหน้าที่รักษาดูเหมือน ไม่ค่อยมีประสบการณ์/หมอมองไม่เก่ง/ อายุน้อย)	.526	.350
<p>● องค์ประกอบที่ 2 ฝีมือและความชำนาญของแพทย์</p>		
4. V32.8(แพทย์ไม่บอกว่ามีอาการแคไหน)	.750	.666
5. V32.6(ไม่รู้ว่าแพทย์จะทำให้อาการ เจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่)	.714	.603
6. V32.9(แพทย์ไม่บอกว่าต้องใช้เวลาในการ รักษานานแคไหน)	.700	.576
7. V32.5(ไม่รู้ว่าแพทย์วินิจฉัยโรคถูกหรือ เปล่า ทำให้ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง)	.529	.685

ตารางที่ 22 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
● องค์ประกอบที่ 3 อาการป่วยและชนิดของโรคที่เป็น		
8. V32.16(แพทย์ไม่อธิบายผลการตรวจพิเศษต่างๆ)	.740	.638
9. V32.15(แพทย์ไม่ใส่ใจฟังคำบอกเล่า)	.659	.678
10. V32.35(การไม่บอกรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา/ผลข้างเคียงของยา)	.617	.632
11. V32.13(แพทย์ไม่บอกเหตุผลเกี่ยวกับวิธีการรักษา)	.551	.542
● องค์ประกอบที่ 4 ความสะอาดและระบบสุขาภิบาล		
12. V32.59(มีเสียงดังรบกวนมากเกินไป)	.690	.579
13. V32.56(ห้องน้ำไม่สะอาด/มีกลิ่นทำให้ไม่สะดวกในการใช้)	.665	.719
14. V32.58(อยากดื่มน้ำแต่ไม่กล้าดื่มเพราะภาชนะและแก้วน้ำไม่สะอาด/ต้องใช้ร่วมกับคนอื่น)	.563	.425
● องค์ประกอบที่ 5 การประชาสัมพันธ์และต้อนรับ		
15. V32.29(มาถึงโรงพยาบาลแล้วไม่รู้จะถามใคร ไม่รู้เริ่มต้นตรงไหน)	.742	.672
16. V32.31(ต้องใช้เวลา นานกว่าจะได้พบแพทย์)	.514	.483
17. V32.38(ไม่รู้ว่าจะยาที่ได้รับเป็นยาอะไร)	.503	.534

ตารางที่ 22 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 6 ความปลอดภัยที่ต้องใช้ของร่วมกับผู้อื่น 		
18. v32.68(กลัวว่าเครื่องมือไม่สะอาด)	.905	.838
19. v32.67(กลัวติดเชื้อเพราะต้องใช้อุปกรณ์ การแพทย์ร่วมกับคนไข้จำนวนมาก)	.870	.801
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 7 การถูกเอาเปรียบในด้านการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม 		
20. v32.42(รู้สึกว่าจะได้รับบริการที่ด้อยกว่า คนอื่น)	.822	.756
21. v32.41การถือบัตรประกันสุขภาพ/บัตร ประกันสุขภาพ/สปร ทำให้ได้รับบริการที่ ไม่ดีต่างจากคนอื่น	.744	.638
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 8 สิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล 		
22. v32.54(ที่นั่งรถตรวจแอด/ที่นั่งไม่พอ)	.796	.740
23. v32.57(เครื่องหมายป้ายบอกทางไป ห้องต่างๆ สับสนไม่ชัดเจน)	.519	.576

5.5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดทุกข์สำหรับผู้รับบริการในคลินิก

ผลการสกัดองค์ประกอบที่แสดงไว้ในตารางที่ 23 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบที่แสดงไว้ในตารางที่ 24 พบว่าองค์ประกอบที่นำไปสู่ความทุกข์แก่ผู้รับบริการในคลินิกมีดังนี้

องค์ประกอบที่ 1) ถูกจำกัดเวลาการรับบริการโดยแพทย์

องค์ประกอบที่ 2) การให้บริการของฝ่ายเภสัชกรรม

องค์ประกอบที่ 3) ฝีมือและความชำนาญของแพทย์

องค์ประกอบที่ 4) กังวลใจเรื่องความปลอดภัยที่ต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น

องค์ประกอบที่ 5) สภาพแวดล้อม

องค์ประกอบที่ 6) ชนิดของยาและที่พักรอตรวจ

องค์ประกอบที่ 7) อาการป่วยและค่ารักษาพยาบาล

ตารางที่ 23 : ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (คลินิก)

องค์ประกอบ (Factor)	ค่าความร่วมกัน (Communality) (h^2)	ค่าไอเกน (Eigen Value)	% ของความแปรปรวน (% of Variance)	%ของความสำเร็จสะสม (% of cumulative)
1.	.682	5.413	27.1	27.1
2.	.548	1.940	9.7	36.8
3.	.706	1.587	7.9	44.7
4.	.572	1.359	6.8	51.5
5.	.634	1.157	5.8	57.3
6.	.741	1.083	5.4	62.7
7.	.750	1.010	5.1	67.7

ตารางที่ 24 : คำนำน้าหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ
(คลินิก เฉพาะผู้ป่วยนอก)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
● องค์ประกอบที่ 1 ถูกจำกัดเวลาการรับบริการโดยแพทย์		
1. v32.12(แพทย์ให้เวลาในการซักถามน้อย/ ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม)	.854	.838
2. v32.10(แพทย์ไม่ได้ให้มีส่วนร่วมในการ เลือกวิธีรักษา)	.826	.750
3. v32.15(แพทย์ไม่ใส่ใจฟังคำบอกเล่า)	.769	.745
4. v32.11(แพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วมากทำให้ ไม่แน่ใจว่าแพทย์ตรวจเราจริงจังหรือไม่)	.760	.690
5. v32.13(แพทย์ไม่บอกเหตุผลเกี่ยวกับวิธีการ รักษา)	.632	.751
● องค์ประกอบที่ 2 การให้บริการของฝ่ายเภสัชกรรม		
6. v32.35(การไม่บอกรายละเอียดเกี่ยวกับ การใช้ยา/ผลข้างเคียงของยา)	.752	.590
7. v32.37(กังวลอาจได้รับยาจากห้องยา ไม่ครบตามแพทย์สั่ง)	.726	.615
● องค์ประกอบที่ 3 ฝีมือและความชำนาญของแพทย์		
8. v32.9(แพทย์ไม่บอกว่าต้องใช้เวลาใน การรักษาานานแค่ไหน)	.787	.741
9. v32.6(ไม่รู้ว่าแพทย์วินิจฉัยโรคถูกหรือ เปล่า ทำให้ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง)	.683	.706
10. v32.8(แพทย์ไม่บอกว่ามีอาการแค่ไหน)	.682	.654

ตารางที่ 24 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
● องค์ประกอบที่ 4 กังวลใจเรื่องความปลอดภัยที่ต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น		
11. v32.67(กลัวติดเชื้อเพราะต้องใช้อุปกรณ์ การแพทย์ร่วมกับคนอื่นจำนวนมาก)	.757	.623
● องค์ประกอบที่ 5 สภาพแวดล้อม		
12. v32.54(ที่นั่งรอรอตรวจแอด/ ที่นั่งไม่พอ)	.833	.767
13. v32.31(ต้องใช้เวลาเกินกว่าจะได้ พบแพทย์)	.686	.669
● องค์ประกอบที่ 6 ชนิดของยาและที่พักรอตรวจ		
14. v32.38(ไม่รู้ว่ายาที่ได้รับเป็นยาอะไร)	.774	.712
15. v32.55(ห้องพัก/ห้องตรวจอากาศถ่ายเท ไม่สะดวก)	.593	.712
● องค์ประกอบที่ 7 อาการป่วยและค่ารักษาพยาบาล		
16. v32.4(แพทย์ไม่บอกว่าเป็นโรค อะไร)	.781	.682
17. v32.39(ค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้แพง กว่าที่คิดไว้)	.534	.663

5.6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดทุกข์สำหรับผู้รับบริการที่สถานีนอนามัย

ผลการศึกษาพบว่าจากค่าผลการสกัดองค์ประกอบที่แสดงไว้ในตาราง 25 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ ที่แสดงไว้ในตารางที่ 26 ปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ของผู้รับบริการที่สถานีนอนามัย

- องค์ประกอบที่ 1) สภาพแวดล้อมสถานีนอนามัย
- องค์ประกอบที่ 2) เวลาในการให้บริการของเจ้าหน้าที่อนามัย
- องค์ประกอบที่ 3) กังวลใจในเรื่องยาและการวินิจฉัยโรค
- องค์ประกอบที่ 4) กังวลใจเรื่องความปลอดภัยที่ต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น
- องค์ประกอบที่ 5) บุคลิกภาพของผู้ให้บริการ
- องค์ประกอบที่ 6) การจัดระบบเวร
- องค์ประกอบที่ 7) การถูกเอาเปรียบในการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม
- องค์ประกอบที่ 8) การชี้แจงและการต้อนรับ

ตารางที่ 25 : ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (สถานีนอนามัย)

องค์ประกอบ (Factor)	ค่าความร่วมกัน (Communality) (h ²)	ค่าไอเกน (Eigen Value)	% ของความแปรปรวน (% of Variance)	%ของ ความ แปรปรวนสะสม (% of cumulative)
1.	.607	13.161	35.6	35.6
2.	.696	3.263	8.8	44.4
3.	.617	1.806	4.9	49.3
4.	.507	1.682	4.5	53.8
5.	.615	1.568	4.2	58.1
6.	.495	1.333	3.6	61.7
7.	.587	1.195	3.2	64.9
8.	.556	1.098	3.0	67.9

ตารางที่ 26 : ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ
(สถานีอนามัย เฉพาะผู้ป่วยนอก)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Commuality)
● องค์ประกอบที่ 1 สภาพแวดล้อมสถานีอนามัย		
1. v32.57(เครื่องหมายป้ายบอกว่า เจ้าหน้าที่ไม่อยู่)	.885	.863
2. V32.56(ห้องน้ำไม่สะอาด/มีกลิ่นทำให้ ไม่สะดวกในการใช้)	.883	.900
3. V32.60(ความสว่างในสถานีอนามัย ไม่พอดี)	.855	.817
4. V32.61(มีกลิ่นรบกวน)	.813	.829
5. V32.55(ห้องพัก/ห้องตรวจอากาศถ่ายเท ไม่สะดวก)	.753	.715
6. V32.59(มีเสียงดังรบกวนมากเกินไป)	.669	.601
7. V32.10(เจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้มีส่วนร่วม ในการเลือกวิธีรักษา)	.631	.706
8. V32.66(กลัวทรัพย์สินจะสูญหายระหว่าง รอตรวจ)	.607	.598
9. V32.54(ที่นั่งรอตรวจแออัด/ที่นั่งไม่พอ)	.574	.703

ตารางที่ 26 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
● องค์ประกอบที่ 2 เวลาในการให้บริการของเจ้าหน้าที่อนามัย		
10. V32.13(เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไม่บอก เหตุผลเกี่ยวกับวิธีการรักษา)	.688	.749
11. V32.14(เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไม่บอก วิธีการดูแลตนเองหลังจากพบแล้ว)	.678	.637
12. V32.15(เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไม่ใส่ใจ ฟังคำบอกเล่า)	.668	.809
13. V32.9(เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไม่บอกว่า ต้องใช้เวลาในการรักษานานแค่ไหน)	.645	.526
14. V32.12(เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยให้เวลา ในการซักถามน้อย/ไม่เปิดโอกาส ให้ซักถาม)	.640	.682
15. V32.8(เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไม่บอกว่า มีอาการแค่ไหน)	.634	.556
16. V32.35(การไม่บอกรายละเอียดเกี่ยวกับ การใช้ยา/ผลข้างเคียงของยา)	.573	.737

ตารางที่ 26 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 3 กังวลใจในเรื่องยาและการวินิจฉัยโรค 		
17. V32.36(กังวลว่าอาจได้รับยาไม่มี คุณภาพ)	.702	.701
18. V32.5(ไม่รู้ว่าเจ้าหน้าที่สถานอนามัย วินิจฉัยโรคถูกหรือเปล่า ทำให้ไม่ทราบ สาเหตุที่แท้จริง)	.630	.615
19. V32.38(ไม่รู้ว่ายาที่ได้รับเป็นยาอะไร)	.557	.654
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 4 กังวลใจเรื่องความปลอดภัยที่ต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น 		
20. V32.67(กลัวติดเชื้อเพราะต้องใช้อุปกรณ์ การแพทย์ร่วมกับคนอื่นจำนวนมาก)	.878	.848
21. V32.68(กลัวว่าเครื่องมือไม่สะอาด)	.851	.863
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 5 บุคลิกภาพของผู้ให้บริการ 		
22. V32.2(คำพูด/กริยาท่าทางของ เจ้าหน้าที่สถานอนามัยที่บางครั้งไม่ สุภาพเรียบร้อย)	.687	.696
23. V32.1(กริยาท่าทางของเจ้าหน้าที่ ในสถานอนามัย)	.685	.607
24. V32.3(กลัวเอาเรื่องของคนไข้ไปนินทา)	.609	.617

ตารางที่ 26 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 6 การจัดระบบเวอร์ 		
25. V32.34(เจ็บป่วยตอนกลางคืน/วันหยุด ไม่มีหมอนอนมาย/เจ้าหน้าที่ประจำ สถานีนอนมาย)	.686	.679
26. V32.31(ต้องใช้เวลา นานกว่าจะได้พบ เจ้าหน้าที่สถานีนอนมาย)	.594	.647
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 7 การถูกเอาเปรียบในการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม 		
27. V32.41(การถือบัตรประกันสุขภาพ/ บัตรประกันสุขภาพ/สปร ทำให้ได้รับ บริการที่ไม่ดีต่างจากคนอื่น)	.833	.756
28. V32.42(รู้สึกว่าจะได้รับบริการที่ดียกกว่า คนอื่น)	.825	.837
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 8 การชี้แจงและการต้อนรับ 		
29. V32.33(มาสถานีนอนมายแล้วหมอ อนามัยไม่อยู่/ไม่เขียนป้ายบอกไว้ว่าไป ไหน)	.600	.666
30. V32.29(มาถึงสถานีนอนมายแล้วไม่รู้จะ ถามใคร ไม่รู้เริ่มต้นตรงไหน)	.543	.690

5.7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์สำหรับผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลศูนย์/มหาราช/มหาวิทยาลัย

ผลการสกัดองค์ประกอบที่แสดงไว้ในตารางที่ 27 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบที่แสดงไว้ในตารางที่ 28 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ผู้ป่วยใน มีดังนี้

- องค์ประกอบที่ 1) ความสะอาดและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
- องค์ประกอบที่ 2) โรคและอาการป่วย
- องค์ประกอบที่ 3) บุคลิกภาพของผู้ให้บริการและการจัดระบบเยี่ยม
- องค์ประกอบที่ 4) เวลาการให้บริการของแพทย์และไม่มีส่วนร่วมในการรักษา
- องค์ประกอบที่ 5) ความปลอดภัย เพราะต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น
- องค์ประกอบที่ 6) ฝีมือและความชำนาญของแพทย์
- องค์ประกอบที่ 7) การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
- องค์ประกอบที่ 8) วิธีรักษาและค่าใช้จ่าย

ตารางที่ 27 : ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis)
(โรงพยาบาลศูนย์/มหาราช/มหาวิทยาลัย) (ผู้ป่วยใน)

องค์ประกอบ (Factor)	ค่าความร่วมกัน (Communality) (h ²)	ค่าไอเกน (Eigen Value)	% ของความแปรปรวน (% of Variance)	%ของ ความแปรปรวนสะสม (% of cumulative)
1.	.422	14.813	26.5	26.5
2.	.543	3.865	6.9	33.4
3.	.643	3.345	6.0	39.3
4.	.597	2.456	4.4	43.7
5.	.700	2.261	4.0	47.8
6.	.672	2.008	3.6	51.3
7.	.691	1.871	3.3	54.7
8.	.448	1.684	3.0	57.7

ตารางที่ 28 : คำนำน้หนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ
(โรงพยาบาลศูนย์/มหาราช/มหาวิทยาลัย) (ผู้ป่วยใน)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Commuality)
● องค์ประกอบที่ 1 ความสะอาดและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม		
1. v32.58(อยากดื่มน้ำแต่ไม่กล้าดื่มเพราะ ภาชนะและแก้วน้ำไม่สะอาด/ต้องใช้รวม กับคนอื่น)	.730	.627
2. V32.56(ห้องน้ำไม่สะอาด/มีกลิ่นทำให้ไม่ สะดวกในการใช้)	.690	.567
3. V32.61(มีกลิ่นรบกวน)	.681	.591
4. V32.62(เตียงแออัด/ติดกันมากเกินไป)	.646	.523
5. V32.55(ห้องพัก/ห้องตรวจอากาศถ่ายเท ไม่สะดวก)	.643	.644
6. V32.65(กลัวติดเชื้อจากผู้ป่วยอื่นที่พักใน ห้องเดียวกัน)	.580	.584
7. V32.63(อุณหภูมิในห้องพักไม่เหมาะสม)	.568	.572
8. V32.57(เครื่องหมายป้ายบอกทางไปห้อง ต่างๆ สับสนไม่ชัดเจน)	.550	.627

ตารางที่ 28 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
● องค์ประกอบที่ 2 โรคและอาการป่วย		
9. V32.9(แพทย์ไม่บอกว่าจะต้องใช้เวลา ในการรักษานานแค่ไหน)	.801	.691
10. V32.8(แพทย์ไม่บอกว่ามีอาการแค่ไหน)	.729	.672
11. V32.44(กังวลใจไม่รู้ว่าการรักษาอยู่นี้จะ หายป่วยหรือไม่)	.623	.568
12. V32.50(ระยะเวลาที่ต้องนอน โรงพยาบาลยาวนานเกินไป โดย ไม่ทราบเหตุผล)	.613	.562
13. V32.24(กังวลใจ กลัวว่าการรักษาของ แพทย์จะทำให้อาการป่วยธรรมดากลายเป็น โรคเรื้อรังรักษาไม่หาย/ถูกเลี้ยงไข้)	.592	.671
14. V32.27(กลัวว่าแพทย์จะให้ดมยาสลบ แล้วไม่ฟื้น)	.564	.552
15. V32.47(เห็นวิธีการรักษาคนอื่นใน ห้องเดียวกัน ทำให้กังวลว่าแพทย์อาจ จะทำให้เราบ้าง)	.503	.533

ตารางที่ 28 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<p>● องค์ประกอบที่ 3 บุคลิกภาพของผู้ให้บริการและการจัดระบบเยี่ยม</p>		
<p>16. V32.20(แพทย์พยาบาลมักพูดเรื่อง อาการเจ็บป่วยไปในทางที่ไม่ดีเสมอๆ ทำ ให้เป็นทุกข์กังวลใจว่าจะมีอาการรุนแรง ขึ้นหรือเสียค่าใช้จ่ายมากในการรักษา)</p>	<p>.756</p>	<p>.714</p>
<p>17. V32.43(การใช้เส้นสายของข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ทำให้ถูก แซงคิว)</p>	<p>.589</p>	<p>.670</p>
<p>18. V32.1(กิริยาท่าทางเจ้าหน้าที่หน้าห้อง ตรวจท่าทางดูถูกรังเกียจ)</p>	<p>.551</p>	<p>.422</p>
<p>19. V32.51(ทางโรงพยาบาลเข้มงวดเกินไป สำหรับการเยี่ยม/เฝ้าของญาติ)</p>	<p>.540</p>	<p>.610</p>
<p>20. V32.31(ต้องใช้เวลา นานกว่าจะได้ พบแพทย์)</p>	<p>.533</p>	<p>.518</p>
<p>21. V32.45(เวลาต้องการความช่วยเหลือ เช่น แพทย์ พยาบาล เรียกเท่าไรก็ไม่ มา/หรือมาช้ามาก)</p>	<p>.525</p>	<p>.585</p>
<p>22. V32.52(ญาติที่มาเยี่ยมไม่ได้รับความ สะดวกสบาย)</p>	<p>.521</p>	<p>.753</p>

ตารางที่ 28 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 3 บุคลิกภาพของผู้ให้บริการและการจัดระบบเยี่ยม 		
23. V32.19(แพทย์/พยาบาลมักพูดเรื่อง ค่าใช้จ่ายให้ได้ยินเสมอๆ ทำให้ ไม่สบายใจ)	.511	.625
24. V32.49(มีความรู้สึกว่ายังไม่หายแต่ แพทย์ให้กลับบ้าน)	.502	.529
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 4 เวลาการให้บริการของแพทย์และไม่มีส่วนร่วมในการรักษา 		
25. V32.14(แพทย์ไม่บอกวิธีการดูแลตนเอง หลังจากพบแพทย์แล้ว)	.861	.794
26. V32.15(แพทย์ไม่ใส่ใจฟังคำบอกเล่า)	.802	.828
27. V32.12(แพทย์ให้เวลาในการ ซักถามน้อย/ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม)	.671	.711
28. V32.5(ไม่รู้ว่าแพทย์วินิจฉัยโรคถูกหรือ เปล่า ทำให้ไม่ทราบสาเหตุแท้จริง)	.602	.643
29. V32.4(แพทย์ไม่บอกว่าป่วยด้วยโรค อะไร)	.552	.543
30. V32.6(ไม่รู้ว่าแพทย์จะทำให้อาการ เจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่)	.513	.597

ตารางที่ 28 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<p>● องค์ประกอบที่ 5 ความปลอดภัย เพราะต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น</p>		
31. V32.67(กลัวติดเชื้อเพราะต้องใช้ อุปกรณ์การแพทย์ร่วมกับคนอื่น จำนวนมาก)	.774	.707
32. V32.68(กลัวว่าเครื่องมือไม่สะอาด)	.768	.690
33. V32.25(กลัวว่าแพทย์จะลืมเครื่องมือ/ อุปกรณ์การแพทย์ หลังผ่าตัดไว้ใน ร่างกายของเรา)	.633	.535
34. V32.69(กังวลว่าเครื่องมือจะไม่ทันสมัย)	.501	.526
<p>● องค์ประกอบที่ 6 ฝีมือและความชำนาญของแพทย์</p>		
35. V32.11(แพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วมากทำ ให้ไม่แน่ใจว่าแพทย์ตรวจเราจริงจัง หรือไม่)	.644	.690
36. V32.7(แพทย์ผู้ทำหน้าที่รักษาดูเหมือน ไม่ค่อยมีประสบการณ์/หมอไม่เก่ง/ อายุน้อย)	.625	.700
37. V32.60(ความสว่างในโรงพยาบาล ไม่พอดี)	.502	.518

ตารางที่ 28 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 7 การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย 		
38. V32.18(มาแล้วไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์)	.714	.728
39. V32.16(แพทย์ไม่อธิบายผลการตรวจพิเศษต่างๆ)	.522	.510
40. V32.13(แพทย์ไม่บอกเหตุผลเกี่ยวกับวิธีการรักษา)	.518	.629
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 8 วิธีรักษาและค่าใช้จ่าย 		
41. V32.23(กลัววิธีการที่แพทย์นำมารักษาซึ่งอาจทำให้เป็นคนพิการ)	.595	.651
42. V32.39(ค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้แพงกว่าที่คิดไว้)	.537	.309

5.8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์สำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไป

ผลการสกัดองค์ประกอบที่แสดงไว้ในตารางที่ 29 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบที่แสดงไว้ในตารางที่ 30 พบว่า องค์ประกอบที่มีผลต่อความทุกข์ของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไปมีดังนี้

- องค์ประกอบที่ 1) ความสะอาดและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
- องค์ประกอบที่ 2) โรคและอาการป่วย
- องค์ประกอบที่ 3) บุคลิกภาพของผู้ให้บริการและการต้อนรับ
- องค์ประกอบที่ 4) การวินิจฉัยโรคและวิธีรักษา
- องค์ประกอบที่ 5) ฝีมือและความชำนาญของแพทย์
- องค์ประกอบที่ 6) การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
- องค์ประกอบที่ 7) การให้บริการของฝ่ายพยาบาลในห้องพัก
- องค์ประกอบที่ 8) ความปลอดภัยเพราะต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น

ตารางที่ 29 : ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (โรงพยาบาลทั่วไป) (ผู้ป่วยใน)

องค์ประกอบ (Factor)	ค่าความร่วมกัน (Communality) (h ²)	ค่าไอเกน (Eigen Value)	% ของความแปรปรวน (% of Variance)	%ของ ความแปรปรวนสะสม (% of cumulative)
1.	.933	17.352	33.4	33.4
2.	.715	6.429	12.4	45.7
3.	.741	3.693	7.1	52.8
4.	.595	3.197	6.1	59.0
5.	.766	2.710	5.2	64.2
6.	.542	2.224	4.3	68.5
7.	.744	1.876	3.6	72.1
8.	.811	1.818	3.5	75.6

ตารางที่ 30 : ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ
(โรงพยาบาลทั่วไป) (ผู้ป่วยใน)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
● องค์ประกอบที่ 1 ความสะอาดและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม		
1. v32.60(ความสว่างในโรงพยาบาลไม่พอดี)	.874	.906
2. V32.59(มีเสียงดัง รบกวนมากเกินไป)	.851	.890
3. V32.61(มีกลิ่นรบกวน)	.826	.784
4. V32.62(เตียงแออัด/ติดกันมากเกินไป)	.825	.871
5. V32.56(ห้องน้ำไม่สะอาด/มีกลิ่นทำให้ไม่สะดวกในการใช้)	.760	.676
6. V32.58(อยากดื่มน้ำแต่ไม่กล้าดื่ม เพราะภาชนะและแก้วน้ำไม่สะอาด/ต้องใช้ร่วมกับคนอื่น)	.651	.762
7. V32.42(รู้สึกว่าได้รับบริการที่ดีกว่าคนอื่น)	.640	.810
8. V32.57(เครื่องหมายป้ายบอกทางไปห้องต่างๆ สับสน/ไม่ชัดเจน)	.595	.663
9. V32.11(แพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วมากทำให้ไม่แน่ใจว่าแพทย์ตรวจเราจริงจังหรือไม่)	.586	.687
10. V32.63(อุณหภูมิในห้องพักไม่เหมาะสม)	.573	.579
11. V32.68(กลัวว่าเครื่องมือไม่สะอาด)	.529	.784
12. V32.15(แพทย์ไม่ใส่ใจฟังคำบอกเล่า)	.518	.864

ตารางที่ 30 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<p>● องค์ประกอบที่ 2 โรคและอาการป่วย</p>		
<p>13. V32.20(แพทย์พยาบาลมักพูดเรื่อง อาการเจ็บป่วยไปในทางที่ไม่ดีเสมอๆ ทำ ให้เป็นทุกข์กังวลใจว่าจะมีอาการรุนแรง ขึ้นหรือเสียค่าใช้จ่ายมากในการรักษา)</p>	<p>.806</p>	<p>.735</p>
<p>14. V32.22(แพทย์/พยาบาลมักพูดให้ได้ยิน เกี่ยวกับวิธีการรักษาบางอย่าง ทำให้ กังวลใจและกลัว)</p>	<p>.736</p>	<p>.608</p>
<p>15. V32.12(แพทย์ให้เวลาในการซักถาม น้อย/ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม)</p>	<p>.711</p>	<p>.826</p>
<p>16. V32.26(กลัวว่าแพทย์จะให้ยาแรงเกินไป ทำให้มีผลข้างเคียง)</p>	<p>.706</p>	<p>.720</p>
<p>17. V32.18(มาแล้วไม่ได้รับการตรวจจาก แพทย์)</p>	<p>.662</p>	<p>.914</p>
<p>18. V32.47(เห็นวิธีการรักษาคนไข้อื่น ในห้องเดียวกัน ทำให้กังวลว่าแพทย์อาจ จะทำให้เราบ้าง)</p>	<p>.650</p>	<p>.867</p>
<p>19. V32.24(กังวลใจ กลัวว่าการรักษาของ แพทย์จะทำให้อาการป่วยธรรมดากลายเป็น โรคเรื้อรังรักษาไม่หาย/ถูกเลี้ยงไข้)</p>	<p>.626</p>	<p>.717</p>
<p>20. V32.23(กลัววิธีการที่แพทย์นำมารักษา ซึ่งอาจทำให้เป็นคนพิการ)</p>	<p>.625</p>	<p>.757</p>

ตารางที่ 30 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
● องค์ประกอบที่ 2 โรคและอาการป่วย		
21. V32.44(กังวลใจไม่รู้ว่าการรักษาอยู่นี้จะหายป่วยหรือไม่)	.609	.604
22. V32.39(ค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้แพงกว่าที่คิดไว้)	.569	.633
23. V32.13(แพทย์ไม่บอกเหตุผลเกี่ยวกับวิธีการรักษา)	.519	.925
● องค์ประกอบที่ 3 บุคลิกภาพของผู้ให้บริการและการต้อนรับ		
24. V32.7(แพทย์ผู้ทำหน้าที่รักษาดูเหมือนไม่ค่อยมีประสบการณ์/หมอไม่เก่ง/อายุน้อย)	.795	.766
25. V32.29(มาถึงโรงพยาบาลแล้วไม่รู้จะถามใคร ไม่รู้เริ่มต้นตรงไหน)	.742	.761
26. V32.31(ต้องใช้เวลาานกว่าจะได้พบแพทย์)	.716	.791
27. V32.1(กิริยาท่าทางของเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ ทำท่าดูถูก/รังเกียจ)	.704	.933
28. V32.43(การใช้เส้นสายของข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ทำให้ถูกแซงคิว)	.674	.867

ตารางที่ 30 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
● องค์ประกอบที่ 4 การวินิจฉัยโรคและวิธีการรักษา		
29. V32.14(แพทย์ไม่บอกวิธีการดูแลตนเอง หลังจากพบแพทย์แล้ว	.859	.918
30. V32.2(คำพูด/กิริยาท่าทางของแพทย์ที่ บางครั้งไม่สุภาพเรียบร้อย	.728	.834
31. V32.54(ที่นั่งรอตรวจแอด/ที่นั่ง ไม่พอ)	.725	.940
32. V32.16(แพทย์ไม่อธิบายผลการตรวจ พิเศษต่างๆ)	.699	.758
● องค์ประกอบที่ 5 ฝีมือและความชำนาญของแพทย์		
33. V32.9(แพทย์ไม่บอกว่าต้องใช้เวลาใน การรักษานานแค่ไหน)	.664	.744
34. V32.46(เมื่อมีผู้ป่วยเสียชีวิตในห้อง มีการเคลื่อนย้ายออกไปช้า ทำให้กลัว)	.656	.591
35. V32.66(กลัวทรัพย์สินจะสูญหาย ระหว่างรอตรวจ/นอนพัก)	.651	.687
36. V32.10(แพทย์ไม่ให้มีส่วนร่วมในการ เลือกการรักษา)	.580	.811
37. V32.5(ไม่รู้ว่าแพทย์วินิจฉัยโรคถูกหรือ เปล่า ทำให้ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง)	.557	.741
38. V32.69(กังวลว่าเครื่องมือจะไม่ทันสมัย)	-.551	.671

ตารางที่ 30 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
● องค์ประกอบที่ 6 การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย		
39. V32.21(แพทย์/พยาบาลมักพูดเรื่อง อาการเจ็บป่วยโดยใช้ศัพท์ที่ไม่เข้าใจ ทำให้กังวลว่าตนเองมีอาการรุนแรง)	.767	.859
40. V32.49(มีความรู้สึกว่าจะไม่หายแต่ แพทย์ให้กลับบ้าน)	.673	.603
● องค์ประกอบที่ 7 การให้บริการของฝ่ายพยาบาลในห้องพัก		
41. V32.32(กลัวว่าพยาบาลจะให้ยามิดคน)	.725	.627
42. V32.6(ไม่รู้ว่าแพทย์จะทำให้อาการ เจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่)	.621	.595
● องค์ประกอบที่ 8 ความปลอดภัยเพราะต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น		
43. V32.45(เวลาต้องการความช่วยเหลือ เช่น แพทย์ พยาบาล เรียกเท่าไรก็ไม่ มา/หรือมาช้ามาก)	.658	.773
44. V32.27(กลัวว่าแพทย์จะให้ดมยาสลบ แล้วไม่ฟื้น)	.654	.707
45. V32.25(กลัวว่าแพทย์จะลืมเครื่องมือ/ อุปกรณ์การแพทย์ หลังผ่าตัดไว้ในร่าง กายของเรา)	.556	.672
46. V32.67(กลัวติดเชื้อเพราะต้องใช้อุปกรณ์ การแพทย์ร่วมกับคนอื่นจำนวนมาก)	-.516	.739

5.9 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์สำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน

ผลการสกัดองค์ประกอบที่แสดงไว้ในตารางที่ 31 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบที่แสดงไว้ในตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์นี้พบว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน คือ

- องค์ประกอบที่ 1) ระบบเยี่ยมและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล
- องค์ประกอบที่ 2) ฝีมือและความชำนาญของแพทย์
- องค์ประกอบที่ 3) ความปลอดภัย เพราะต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น
- องค์ประกอบที่ 4) การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย
- องค์ประกอบที่ 5) การถูกเอาเปรียบในด้านการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม
- องค์ประกอบที่ 6) บุคลิกภาพของผู้ให้บริการ
- องค์ประกอบที่ 7) การต้อนรับ
- องค์ประกอบที่ 8) อาการป่วยและโรคที่เป็น

ตารางที่ 31 : ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (โรงพยาบาลชุมชน) (ผู้ป่วยใน)

องค์ประกอบ (Factor)	ค่าความร่วมกัน (Communality) (h^2)	ค่าไอเกน (Eigen Value)	% ของความแปรปรวน (% of Variance)	%ของความแปรปรวนสะสม (% of cumulative)
1.	.608	13.844	25.6	25.6
2.	.738	5.512	10.2	35.8
3.	.778	3.678	6.8	42.7
4.	.523	3.182	5.9	48.5
5.	.544	2.581	4.8	53.3
6.	.521	2.394	4.4	57.8
7.	.540	2.061	3.8	61.6
8.	.539	1.962	3.6	65.2

ตารางที่ 32 : ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ
(โรงพยาบาลชุมชน) (ผู้ป่วยใน)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Commuality)
● องค์ประกอบที่ 1 ระบบเยี่ยมและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล		
1. v32.51(ทางโรงพยาบาลเข้มงวดเกินไป สำหรับการเยี่ยม/เฝ้าของญาติ)	.908	.892
2. V32.52(ญาติที่มาเยี่ยมไม่ได้รับความ สะดวกสบาย)	.814	.751
3. V32.55(ห้องพัก/ห้องตรวจอากาศถ่ายเท ไม่สะดวก)	.810	.688
4. V32.43(การใช้เส้นสายของข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ทำให้ถูก แซงคิว)	.764	.753
5. V32.63(อุณหภูมิในห้องพักไม่เหมาะสม)	.731	.736
6. V32.18(มาแล้วไม่ได้รับการตรวจจาก แพทย์)	.683	.843
7. V32.62(เตียงแออัด/ติดกันมากเกินไป)	.571	.753
8. V32.46(เมื่อมีผู้ป่วยเสียชีวิตในห้อง มีการ เคลื่อนย้ายออกไปช้า ทำให้กลัว)	.565	.473
9. V32.57(เครื่องหมายป้ายบอกทางไปห้อง ต่างๆ สับสนไม่ชัดเจน)	.527	.801
10. V32.27(กลัวว่าแพทย์จะให้ดมยาสลบ แล้วไม่ฟื้น)	.504	.753
11. V32.61(มีกลิ่นรบกวน)	.497	.529

ตารางที่ 32 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<p>● องค์ประกอบที่ 2 ฝีมือและความชำนาญของแพทย์</p>		
12. V32.11(แพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วมากทำให้ไม่แน่ใจว่าแพทย์ตรวจเราจริงจังหรือไม่)	.755	.758
13. V32.14(แพทย์ไม่บอกวิธีการดูแลตนเองหลังจากพบแพทย์แล้ว)	.738	.758
14. V32.29(มาถึงโรงพยาบาลแล้วไม่รู้จะถามใคร ไม่รู้เริ่มต้นตรงไหน)	.718	.680
15. V32.32(กลัวว่าพยาบาลจะหย่าผิตคน)	.671	.723
16. V32.26(กลัวว่าแพทย์จะให้ยาแรงเกินไปทำให้มีผลข้างเคียง)	.633	.706
17. V32.24(กังวลใจ กลัวว่าการรักษาของแพทย์จะทำให้อาการป่วยธรรมดากลายเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย/ถูกเลี้ยงใช้)	.626	.534
18. V32.13(แพทย์ไม่บอกเหตุผลเกี่ยวกับวิธีการรักษา)	.582	.792
19. V32.9(แพทย์ไม่บอกว่าต้องใช้เวลาในการรักษานานแค่ไหน)	.546	.539
20. V32.23(กลัววิธีการที่แพทย์นำมารักษาซึ่งอาจทำให้เป็นคนพิการ)	.541	.715

ตารางที่ 32 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
● องค์ประกอบที่ 3 ความปลอดภัยเพราะต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น		
21. V32.68(กลัวว่าเครื่องมือไม่สะอาด)	.780	.726
22. V32.66(กลัวทรัพย์สินจะสูญหาย ระหว่างรอตรวจ/นอนพัก)	.734	.603
23. V32.67(กลัวติดเชื้อเพราะต้องใช้ อุปกรณ์การแพทย์ร่วมกับคนอื่น จำนวนมาก)	.675	.642
24. V32.69(กังวลว่าเครื่องมือจะไม่ทันสมัย)	.555	.716
25. V32.49(มีความรู้สึกว่ายังไม่หายแต่ แพทย์ให้กลับบ้าน)	.549	.599
26. V32.45(เวลาต้องการความช่วยเหลือ เช่น แพทย์ พยาบาล เรียกเท่าไรก็ไม่ มาหรือมาช้ามาก)	.526	.688
● องค์ประกอบที่ 4 การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย		
27. V32.53(โทรศัพท์สาธารณะไม่มี/มีน้อย)	.665	.627
28. V32.22(แพทย์/พยาบาลมักพูดให้ได้ยิน เกี่ยวกับวิธีการรักษาบางอย่าง ทำให้ กังวลใจและกลัว)	.659	.856
29. V32.21(แพทย์/พยาบาลมักพูดเรื่อง อาการเจ็บป่วยโดยใช้ศัพท์ที่ไม่เข้าใจ ทำให้กังวลว่าตนเองมีอาการรุนแรง)	.623	.760

ตารางที่ 32 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
● องค์ประกอบที่ 4 การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย		
30. V32.25(กลัวว่าแพทย์จะลืมเครื่องมือ/ อุปกรณ์การแพทย์ หลังผ่าตัดไว้ในร่าง กายของเรา)	.616	.705
31. V32.15(แพทย์ไม่ใส่ใจฟังคำบอกเล่า)	.569	.708
● องค์ประกอบที่ 5 การถูกเอาเปรียบในด้านการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม		
32. V32.41การถือบัตรประกันสุขภาพ/บัตร ประกันสุขภาพ/สปร ทำให้ได้รับบริการที่ ไม่ดีต่างจากคนอื่น	.790	.729
33. V32.4(แพทย์ไม่บอกว่าป่วยด้วยโรค อะไร)	.595	.778
34. V32.12(แพทย์ให้เวลาในการซักถาม น้อย/ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม)	.572	.836
35. V32.42(รู้สึกว่าได้รับบริการที่ดีน้อยกว่า คนอื่น)	.563	.570
● องค์ประกอบที่ 6 บุคลิกภาพของผู้ให้บริการ		
36. V32.2(คำพูด/กิริยาท่าทางของแพทย์ที่ บางครั้งไม่สุภาพเรียบร้อย)	.616	.738
37. V32.58(อยากดื่มน้ำแต่ไม่กล้าดื่มเพราะ ภษณะและแก้วน้ำไม่สะอาด/ต้องใช้ร่วม กับคนอื่น)	.554	.561

ตารางที่ 32 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Commuality)
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 6 บุคลิกภาพของผู้ให้บริการ 		
38. V32.48(มีนักเรียนแพทย์หรือนักเรียน พยาบาลมาสอบถาม/ตรวจบ่อยๆ ทำให้ ไม่ได้พักผ่อน)	-.541	.560
39. V32.5(ไม่รู้ว่าเป็นแพทย์วินิจฉัยโรคถูกหรือ เปล่า ทำให้ไม่ทราบสาเหตุเจ็บป่วย ที่แท้จริง)	.540	.523
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 7 การต้อนรับ 		
40. V32.1(กิริยาท่าทางของเจ้าหน้าที่หน้า ห้องตรวจ ทำท่าดูถูกรังเกียจ)	.704	.608
41. V32.59(มีเสียงดังรบกวนมากเกินไป)	.694	.647
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 8 อาการป่วยและโรคที่เป็น 		
42. V32.44(กังวลใจไม่รู้ว่าการรักษาอยู่นี้จะ หายป่วยหรือไม่)	.679	.621
43. V32.47(เห็นวิธีการรักษาคนไข้คนอื่นในห้อง เดียวกัน ทำให้กังวลว่าแพทย์อาจจะทำ ให้เราบ้าง)	.586	.637

5.10 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความทุกข์สำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชน

ผลการวิเคราะห์จากผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี Principal Component Analysis ที่แสดงไว้ในตารางที่ 33 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบ และค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบที่แสดงไว้ใน ตารางที่ 34 พบว่า องค์ประกอบที่ส่งผลต่อความทุกข์ของผู้ป่วยในมีดังนี้

- องค์ประกอบที่ 1) การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
- องค์ประกอบที่ 2) ความปลอดภัยเพราะต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น
- องค์ประกอบที่ 3) กังวลว่าจะถูกเอาเปรียบในด้านการให้บริการ
- องค์ประกอบที่ 4) ระบบเยี่ยมและการให้บริการในห้องพักผู้ป่วย
- องค์ประกอบที่ 5) ฝีมือและความชำนาญของแพทย์
- องค์ประกอบที่ 6) การมีส่วนร่วมในการรักษา
- องค์ประกอบที่ 7) สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล
- องค์ประกอบที่ 8) ขาดความเป็นส่วนตัว และความเป็นอิสระ

ตารางที่ 33 : ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี PCA (Principal Component Analysis) (โรงพยาบาลเอกชน) (ผู้ป่วยใน)

องค์ประกอบ (Factor)	ค่าความร่วมกัน (Communality) (h^2)	ค่าไอเกน (Eigen Value)	% ของความแปรปรวน (% of Variance)	%ของความแปรปรวนสะสม (% of cumulative)
1.	.669	12.806	27.2	27.2
2.	.670	3.997	8.5	35.7
3.	.718	3.084	6.6	42.3
4.	.765	2.591	5.5	47.8
5.	.547	2.379	5.1	52.9
6.	.679	2.235	4.8	57.6
7.	.419	1.979	4.2	61.9
8.	.835	1.930	4.1	66.0

ตารางที่ 34 : คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความแปรปรวนร่วมกันในแต่ละองค์ประกอบ
(โรงพยาบาลเอกชน) (ผู้ป่วยใน)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 1 การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย 		
1. V32.43(การใช้เส้นสายของข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ทำให้ถูก แซงคิว)	.907	.927
2. V32.45(เวลาต้องการความช่วยเหลือ เช่น แพทย์ พยาบาล เรียกเท่าไรก็ไม่มา/หรือ มาช้ามาก)	.907	.927
3. V32.22(แพทย์/พยาบาลมักพูดให้ได้ยิน เกี่ยวกับวิธีการรักษาบางอย่าง ทำให้ กังวลใจและกลัว)	.841	.800
4. V32.21(แพทย์/พยาบาลมักพูดเรื่อง อาการเจ็บป่วยโดยใช้ศัพท์ที่ไม่เข้าใจ ทำให้กังวลว่าตนเองมีอาการรุนแรง)	.777	.799
5. V32.15(แพทย์ไม่ใส่ใจฟังคำบอกเล่า)	.729	.732
6. V32.46(เมื่อมีผู้ป่วยเสียชีวิตในห้อง มีการ เคลื่อนย้ายออกไปช้า ทำให้กลัว)	.659	.780
7. V32.16(แพทย์ไม่อธิบายผลการตรวจ พิเศษต่างๆ)	.655	.762

ตารางที่ 34 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
8. V32.4(แพทย์ไม่บอกว่ายป่วยด้วยโรคอะไร)	.623	.669
9. V32.25(กลัวว่าแพทย์จะฉีดยาเข็ม/อุปกรณ์การแพทย์ หลังผ่าตัดไว้ในร่างกายของเรา)	.597	.871
10. V32.57(เครื่องหมายป้ายบอกทางไปห้องต่างๆ สับสนไม่ชัดเจน)	.562	.785
11. V32.11(แพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วมากทำให้ไม่แน่ใจว่าแพทย์ตรวจเราจริงจังหรือไม่)	.514	.835
12. V32.10(แพทย์ไม่ได้ให้มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการรักษา)	.512	.419
13. V32.50(ระยะเวลาที่ต้องนอนโรงพยาบาลยาวนานเกินไป โดยไม่ทราบเหตุผล)	.502	.587

ตารางที่ 34 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 2 ความปลอดภัย เพราะต้องใช้อุปกรณ์ร่วมกับคนอื่น 		
14. V32.68(กลัวว่าเครื่องมือไม่สะอาด)	.838	.767
15. V32.67(กลัวติดเชื้อเพราะต้องใช้อุปกรณ์ การแพทย์ร่วมกับคนอื่นจำนวนมาก)	.825	.803
16. V32.69(กังวลว่าเครื่องมือจะไม่ทันสมัย)	.778	.701
17. V32.27(กลัวว่าแพทย์จะให้ดมยาสลบ แล้วไม่ฟื้น)	.545	.756
18. V32.39(ค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้แพงกว่า ที่คิดไว้)	.538	.910
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 3 กังวลว่าจะถูกเอาเปรียบในด้านการให้บริการ 		
19. V32.26(กลัวว่าแพทย์จะให้ยาแรงเกินไป ทำให้มีผลข้างเคียง)	.723	.622
20. V32.9(แพทย์ไม่บอกว่าต้องใช้เวลาใน การรักษาานานแค่ไหน)	.643	.679
21. V32.24(กังวลใจ กลัวว่าการรักษาของ แพทย์จะทำให้อาการป่วยธรรมดากลายเป็น โรคเรื้อรังรักษาไม่หาย/ถูกเลี้ยงไข้)	.532	.731
22. V32.23(กลัววิธีการที่แพทย์นำมารักษา ซึ่งอาจทำให้เป็นคนพิการ)	.519	.611
23. V32.31(ต้องใช้เวลาานานกว่าจะได้พบ แพทย์)	.505	.750

ตารางที่ 34 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<p>● องค์ประกอบที่ 4 ระบบเยี่ยมและการให้บริการในห้องพักผู้ป่วย</p>		
24. V32.51(ทางโรงพยาบาลเข้มงวดเกินไป สำหรับการเยี่ยม/เฝ้าของญาติ)	.757	.764
25. V32.62(เตียงแออัด/ติดกันมากเกินไป)	.600	.457
26. V32.29(มาถึงโรงพยาบาลแล้วไม่รู้จะ ถามใคร ไม่รู้เริ่มต้นตรงไหน)	.578	.641
27. V32.20(แพทย์พยาบาลมักพูดเรื่องอาการ เจ็บป่วยไปในทางที่ไม่ดีเสมอๆ ทำให้เป็น ทุกข์กังวลใจว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้นหรือ เสียค่าใช้จ่ายมากในการรักษา)	.529	.729
<p>● องค์ประกอบที่ 5 ฝีมือและความชำนาญของแพทย์</p>		
28. V32.7(แพทย์ผู้ทำหน้าที่รักษาดูเหมือน ไม่ค่อยมีประสบการณ์/หมอมือไม่เก่ง/อายุ น้อย)	.783	.765
29. V32.6(ไม่รู้ว่าแพทย์จะทำให้อาการเจ็บ ป่วยรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่)	.758	.718
<p>● องค์ประกอบที่ 6 การมีส่วนร่วมในการรักษา</p>		
30. V32.8(แพทย์ไม่บอกว่ามีอาการแค่ไหน)	.627	.547
31. V32.13(แพทย์ไม่บอกเหตุผลเกี่ยวกับวิธี การรักษา)	.626	.654
32. V32.49(มีความรู้สึกว่าจะยังไม่หายแต่ แพทย์ให้กลับบ้าน)	.590	.617

ตารางที่ 34 : (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Loading Factor)	ค่าความ แปรปรวนรวมร่วมกัน (Communality)
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 7 สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล 		
33. V32.59(มีเสียงดังรบกวนมากเกินไป)	.659	.563
34. V32.63(อุณหภูมิในห้องพักไม่เหมาะสม)	.646	.636
35. V32.55(ห้องพัก/ห้องตรวจอากาศถ่ายเท ไม่สะดวก)	.634	.639
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์ประกอบที่ 8 ขาดความเป็นส่วนตัวและความเป็นอิสระ 		
36. V32.40(พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลมาดูแล บ่อยเกินไป ทำให้ไม่ได้พักผ่อน)	.721	.568
37. V32.65(กลัวติดเชื้อมาจากผู้ป่วยอื่นที่พักร่วม ห้องเดียวกัน)	.552	.632

5.11 ข้อสรุปในภาพรวมจากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ของผู้รับบริการ

จากผลการวิเคราะห์ที่ใช้ Factor Analysis ที่จำแนกออกตามประเภทของสถานบริการ และชนิดของผู้ป่วย อาทิ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งผู้รับบริการในสถานบริการของรัฐ และผู้รับบริการในสถานบริการเอกชน พบว่า ปัจจัยหลักที่มีผลต่อความทุกข์ คือ การจำกัดเวลาในการให้บริการของผู้ให้บริการ อาทิ แพทย์ และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ซึ่งวิเคราะห์ได้จากองค์ประกอบย่อย อาทิ แพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วมากทำให้ไม่แน่ใจว่าแพทย์ตรวจจริงจังหรือไม่ แพทย์ไม่ใส่ใจฟังคำบอกเล่า ฯลฯ ซึ่งเป็นผลกระทบมาจากผู้ให้บริการมีน้อย ในขณะที่ผู้รับบริการมีมาก แนวทางแก้ไข คือ ควรขยายเวลาในการตรวจให้นานขึ้น จากที่

พบว่า 3-5 นาที ให้เป็นช่วงเวลาที่มากกว่านี้ ขณะเดียวกันควรแบ่งช่วงเวลาในการตรวจผู้ป่วยนอกออกเป็น 3 ช่วง เช่น ช่วงเช้า ช่วงบ่าย และช่วงเย็น เพื่อเป็นการระบายจำนวนผู้ป่วยนอกไม่ให้แออัด หรือหนาแน่นในช่วงเช้า จะทำให้แพทย์หรือผู้ให้บริการรักษาอื่นๆ มีเวลากับผู้ป่วยมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้ให้บริการที่สถานีอนามัยควรจัดระบบเวรให้มีผู้ให้บริการอยู่ตลอดเวลา เพื่อจัดการให้บริการกับผู้ใช้บริการทั้งในวันหยุดและเวลากลางคืน

ปัจจัยต่อมาคือ ฝีมือและความชำนาญตลอดจนทักษะในการให้บริการของผู้ให้บริการ ซึ่งพิจารณาได้จากองค์ประกอบย่อย ดังเช่น ไม่รู้ว่าแพทย์จะทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ แพทย์ไม่บอกว่าป่วยด้วยโรคอะไร แพทย์ผู้ทำหน้าที่รักษาดูเหมือนไม่ค่อยมีประสบการณ์ ฯลฯ ซึ่งแนวทางแก้ไขคือ ควรให้แพทย์มีเวลาในการซักถามอาการป่วย และสามารถให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษามากขึ้น การวินิจฉัยต่างๆ ของแพทย์หรือให้บริการ ควรพิจารณาถึงวัฒนธรรม ความเชื่อตลอดจนบริบททางสังคมต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิสัมพันธ์ด้วย คาดว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมั่นใจในฝีมือ ทักษะตลอดจนความชำนาญของผู้ให้บริการมากขึ้น ปัจจัยถัดมาคือการถูกเอาเปรียบในด้านการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งพิจารณาจากตัวแปร เช่น การถือบัตรประกันสุขภาพ / บัตร สปร. ทำให้ได้รับบริการที่ไม่ดีต่างจากคนอื่น หรือในประเด็น เช่น รู้สึกว่าได้รับบริการที่ดีกว่าคนอื่น แนวทางแก้ไขคือ สร้างความมั่นใจในวิธีการรักษา เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติเลือกวิธีการรักษาได้ตามต้องการ ตามวิธีต่างๆ ที่แพทย์เสนอให้เลือกหลังจากที่ผลการพยากรณ์พื้นฐานของอาการเจ็บป่วยเป็นที่ทราบแล้วจะทำให้ผู้รับบริการมั่นใจในทักษะ ฝีมือ และความชำนาญของผู้ให้บริการมากขึ้น ปัจจัยต่อมา คือ ความปลอดภัยที่ต้องใช้ของร่วมกับผู้อื่น อาทิ ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดความดัน ฯลฯ วิธีการแก้ไขคือ ปรับปรุงวิธีการทำความสะอาดเครื่องมือ การเก็บรักษาตลอดจนการรักษาสภาพเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ให้ดูใหม่และมีคุณภาพดีเสมอ นอกจากนี้ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับความสะอาดของสภาวะแวดล้อม และระบบสุขาภิบาล การต้อนรับ และการประชาสัมพันธ์ การจัดระบบบริการและจ่ายยาในฝ่ายเภสัชกรรม การจัดระบบเยี่ยมและบุคลิกภาพของผู้ให้บริการ เป็นต้น

5.12 สาเหตุที่ประชาชนนิยมไปใช้บริการ ณ สถานบริการประเภท ศูนย์กลางหรือสถานบริการขนาดใหญ่ ในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยข้างต้นจะเห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์แก่ผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในสถานบริการสาธารณสุขนั้นมีหลายปัจจัย เช่น ทั้งที่เกิดจากระบบการให้บริการ และเกิดจากอาการป่วยของผู้ป่วยเอง ซึ่งแนวทางแก้ไขบางประการได้เสนอไปบ้างตามผลการวิเคราะห์ อนึ่ง เนื่องจากเป้าหมายของงานวิจัยนี้ไม่เพียงแต่จะวิเคราะห์ถึงปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่วัตถุประสงค์หนึ่งก็คือศึกษาว่า มีสาเหตุอะไรบ้างที่มีส่วนทำให้ประชาชนนิยมไปใช้บริการ ณ สถานบริการประเภท ศูนย์กลาง หรือสถานบริการขนาดใหญ่ ในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ซึ่งในการศึกษานี้ สถานบริการสาธารณสุขดังกล่าว คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาทิ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลชุมชน ผลการศึกษาจากข้อมูลแบบการจัดสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นผู้รับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ พบว่ามีสาเหตุดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงแหล่งให้บริการสะดวกกว่า (Convenience and Accessibility) โดยผู้รับบริการอธิบายว่า การเดินทางจากหมู่บ้านหรือเขตที่อยู่อาศัยมาสถานบริการที่เป็นศูนย์กลางสะดวกกว่าการไปรับบริการที่สถานีอนามัย เช่น จำนวนพาหนะ สภาพถนนดีกว่า แม้ว่าระยะทางจะไกลแต่เวลาในการเดินทางสั้นกว่า เป็นต้น
2. การมีบุคลิกภาพของการเป็นคนทันสมัย (Modern Personality) ซึ่งหมายถึงการยอมรับว่าการรับบริการจากสถานบริการขนาดใหญ่ ที่มีผู้ให้บริการที่เป็นแพทย์ จะทำให้เกิดความมั่นใจในการวินิจฉัยและการรักษาว่าจะดีกว่าสถานบริการขนาดเล็กที่ผู้ให้บริการรักษาไม่ใช่แพทย์ ผู้รับบริการมีความเชื่อว่าสถานบริการขนาดใหญ่ที่ตั้งอยู่ในเมืองย่อมมีความทันสมัยมากกว่าสถานบริการที่ตั้งอยู่ในชนบท ซึ่งเป็นความคิดติดความทรงจำที่สั่งสมมาแต่ดั้งเดิม

- (Stereo Type) กล่าวคือผู้รับบริการไม่ยอมรับคุณภาพของการรักษาที่สถานบริการขนาดเล็กนั่นเอง ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับ Acceptability
3. **มั่นใจว่าจะได้ยาที่ดีกว่า** ผู้รับบริการมีทรรศนะว่า ยาที่จัดให้บริการที่สถานบริการขนาดเล็ก มีคุณภาพแตกต่างจากยาที่จัดให้ ณ สถานบริการขนาดใหญ่ โดยเชื่อว่าคุณภาพของยาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ น่าจะดีกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือสถานีนอามัย นอกจากนี้วิธีการรักษาก็อาจจะมิให้เลือกได้มากกว่า อาทิ มียาและเวชภัณฑ์ให้เลือกได้มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการมีพร้อมสรรพในสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ (Availability of Service) ผู้รับบริการจึงเลือกไปใช้สถานบริการที่เป็นศูนย์กลาง ฯลฯ
 4. **ไม่มั่นใจจะไปรับบริการที่สถานบริการขนาดเล็ก ซึ่งในการศึกษานี้ คือสถานีนอามัย จะได้รับบริการ** เพราะเคยมีประสบการณ์มาก่อน เช่น ไปแล้วไม่มีเจ้าหน้าที่ให้บริการ
 5. **ราคาถูกกว่าสถานบริการอื่นๆ ที่อยู่ใกล้บ้าน** ผู้รับบริการหลายคนอธิบายว่า ราคาของยา และเวชภัณฑ์ของสถานบริการขนาดใหญ่จะถูกกว่าสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน (ซึ่งในความหมายนี้คือ คลินิกแพทย์เอกชน) จึงทำให้ตัดสินใจมาใช้บริการที่โรงพยาบาล แม้ว่าจะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย เพราะเป็นแพทย์คนเดียวกัน แต่ค่าใช้จ่ายถูกกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของความสามารถในกำลังจ่ายของผู้รับบริการ (Affordability)
 6. **ความไม่มั่นใจในอาการป่วยว่ารุนแรงหรือเพียงเล็กน้อย** ผลการศึกษาแบบการจัดสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ ไม่มั่นใจในอาการป่วยว่าเป็นอะไร จะมีความรุนแรงแค่ไหน และบางครั้งไม่ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วย จึงทำให้เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขขนาดใหญ่ เพราะคาดว่า จะมีเครื่องมือต่างๆ ช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ดีกว่าสถานบริการขนาดเล็ก เช่น เครื่องเอ็กซเรย์ ที่มีประสิทธิภาพดีกว่า ตลอดจนการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ในการตรวจรักษา ฯลฯ

บทที่ 6

แนวทางปรับปรุงโรงพยาบาลในทรศนะของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของโรงพยาบาลในอุดมคติที่ผู้ป่วยต้องการ ผลการสำรวจครั้งนี้ พบว่าทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในภาพรวม ทั้งที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในเชิงคุณภาพและผู้ให้ข้อมูลในเชิงปริมาณอธิบายว่า ประสงค์ที่จะให้มีการบริการที่รวดเร็ว สะดวก ต้องการให้โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขแห่งต่างๆ มีการจัดระบบการให้บริการที่ดีขึ้น ไม่ควรก่อให้เกิดการเอาเปรียบในด้านการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม การถูกรังเกียจและปฏิเสธในการรักษา เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนอาการป่วยและโรคที่เป็นไม่ต้องการถูกเอาเปรียบและล่อลวงจากผู้ให้บริการรักษา ต้องการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลและประสงค์จะให้แพทย์ทุ่มเทเวลาในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น พร้อมกับแพทย์ควรมีฝีมือและความชำนาญในการรักษามากขึ้น

ประเด็นสำคัญถัดมาที่ผู้ป่วยทั้งในและนอก ประสงค์ที่จะให้นักบริหารสาธารณสุขต้องคำนึงถึงที่สอดคล้องกันคือ มิติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องที่ทำงานในโรงพยาบาล โดยต้องการให้มีการบริการที่เป็นการต้อนรับที่อบอุ่น

ลักษณะของโรงพยาบาลในอุดมคติที่ผู้ป่วยทั้งในและนอกต้องการอีกคือ ประสงค์ที่จะให้โรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลมีแพทย์เพียงพอ แพทย์มาตรวจตรงเวลา มีแพทย์ตรวจตลอดเวลา มีแพทย์เฉพาะทางที่ชำนาญ มีวิธีการรักษาและการวินิจฉัยที่ถูกต้องมีคุณธรรม และมีจรรยาบรรณแพทย์ ประเด็นถัดมาคือ ประสงค์ที่จะให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่สะอาด สวยงาม มีที่นั่งเพียงพอ และมีการแยกผู้ป่วยเฉพาะประเภท ฯลฯ ตารางที่ 35 และตารางที่ 36 แสดงร้อยละของรายละเอียดที่ได้จากการสำรวจในเชิงปริมาณ

ตารางที่ 35 : โรงพยาบาลในอุดมคติของผู้ป่วยนอกจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ลักษณะที่ต้องการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
● มีความเป็นกันเอง/พูดจาดี สุภาพ/ ต้อนรับประทับใจ/ยิ้มแย้ม/เอา ใจใส่/คอยซักถาม/ให้คำแนะนำชั้น ตอนต่างๆ /ตอบคำถามดี	(109) 13.5	(35) 4.3	(56) 6.9	(77) 9.5	34.3
● บริการรวดเร็ว/ดี/สะดวกสบาย/ใช้ บัตรสุขภาพได้ตลอด/เท่าเทียมกัน/ ไม่ลัดคิว/บริการตลอด 24 ชั่วโมง/ มีรถ Refer ปลอดภัย/ตรงเวลา	(146) 18.1	(43) 5.3	(69) 8.5	(110) 13.6	45.5
● แพทย์เพียงพอ/ตรวจตรงเวลา/มี แพทย์ตรวจตลอดเวลา/มีแพทย์ เฉพาะทาง/เก่ง/ดี/รักษา วินิจฉัยดี ละเอียด / เอาใจใส่/มีจรรยาบรรณ	(69) 8.5	(22) 2.7	(57) 7.1	(40) 5.0	23.3
● มีเครื่องมือครบสะอาด/ยาครบ ไม่ ต้องส่งต่อ/จำนวนเตียงเพียงพอ/ ห้องพักรักษาพิเศษเพียงพอ	(11) 1.4	(17) 2.1	(30) 3.7	(21) 2.6	9.8
● อยู่ใกล้บ้าน/มีสถานบริการ สาธารณสุขในชุมชนเล็กๆ	(2) 0.2	(2) 0.2	(4) 0.5	(6) 0.7	1.7
● สถานที่สะอาด/สวยงาม ร่มรื่น อากาศถ่ายเทสะดวก สะดวก สบาย/ที่นั่งเพียงพอ/มีการแยก ผู้ป่วยเฉพาะประเภท	(40) 5.0	(18) 2.2	(23) 2.8	(39) 4.8	14.9
● ราคาไม่แพง /มีเมนูแต่ละโรค หรืออาการ	(7) 0.9	(1) 0.1	(3) 0.4	(15) 1.9	3.2

ตารางที่ 35 : (ต่อ)

ลักษณะที่ต้องการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
• มีสาธารณูปโภคครบ/ที่จอดรถ เพียงพอ/โทรศัพท์เพียงพอ/มีที่พัก ให้ญาติ	(9) 1.1	(5) 0.6	(4) 0.5	(2) 0.2	2.5
• มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย	(0) -	(3) 0.4	(0) -	(0) -	0.4
• ดีทุกอย่าง บุคลากร อุปกรณ์ การ บริการ สถานที่ มีที่พักผ่อน เล่น กีฬาสำหรับผู้ป่วย มีโทรทัศน์ เพียงพอ มีหนังสือ เสียงเพลง	(8) 1.0	(1) 0.1	(8) 1.0	(3) 0.4	2.5

ตารางที่ 36 : โรงพยาบาลในอุดมคติของผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ลักษณะที่ต้องการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
• มีความเป็นกันเอง/พูดจาดีสุภาพ/ ต้อนรับประทับใจ/ยิ้มแย้ม/เอา ใจใส่/คอยซักถาม/ให้คำแนะนำ ขั้นตอนต่างๆ /ตอบคำถามดี	(24) 10.2	(10) 4.3	(16) 6.8	(24) 10.2	31.5
• บริการรวดเร็ว/ดี/สะดวกสบาย/ใช้ บัตรสุขภาพได้ตลอด/เท่าเทียมกัน/ ไม่ลัดคิว/บริการตลอด 24 ชั่วโมง/ มีรถ Refer ปลอดภัย/ตรงเวลา	(30) 12.8	(13) 5.5	(19) 8.1	(30) 12.8	39.1

ตารางที่ 36 : (ต่อ)

ลักษณะที่ต้องการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
● แพทย์เพียงพอ/ตรวจตรงเวลา/มี แพทย์ตรวจตลอดเวลา/มีแพทย์ เฉพาะทาง/เก่ง/ดี/รักษา วินิจฉัยดี ละเอียด/เอาใจใส่/ มีจรรยาบรรณ	(25) 10.6	(11) 4.7	(15) 6.4	(14) 6.0	27.7
● มีเครื่องมือครบ สะอาด/ยาครบ ไม่ต้องส่งต่อ/จำนวนเตียงเพียงพอ/ ห้องพักรักษาเพียงพอ/นอนอยู่	(7) 3.0	(6) 2.6	(15) 6.4	(5) 2.1	14.0
● อยู่ใกล้บ้าน/มีสถานบริการ สาธารณสุขในชุมชนเล็กๆ	(0) -	(0) -	(1) 0.4	(0) -	0.4
● สถานที่สะอาด/สวยงาม ร่มรื่น อากาศถ่ายเทสะดวก สะดวก สบาย/ที่นั่งเพียงพอ/มีการแยก ผู้ป่วยเฉพาะประเภท	(10) 4.3	(7) 3.0	(11) 4.7	(8) 3.4	15.3
● ราคาไม่แพง /มีเมนูแต่ละโรคหรือ อาการ	(1) 0.4	(0) -	(0) -	(2) 0.9	1.3
● มีสาธารณูปโภคครบ /ที่จอดรถ เพียงพอ/ โทรศัพท์เพียงพอ/มีที่พัก ให้ญาติ	(1) 0.4	(2) 0.9	(2) 0.9	(2) 0.9	3.1
● มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย	(0) -	(0) -	(0) -	(0) -	-
● ดีทุกอย่าง บุคลากร อุปกรณ์ การ บริการ สถานที่ มีที่พักผ่อน เล่นกีฬา สำหรับผู้ป่วย มีโทรทัศน์เพียงพอ มี หนังสือ เสียงเพลง	(4) 1.7	(1) 0.4	(2) 0.9	(0) -	3.0

แม้ว่าสภาพของโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในปัจจุบันจะมีการพัฒนาในทิศทางที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีหลายประเด็นที่ผู้ป่วยประสงค์ที่จะให้มีการปรับปรุง ซึ่งจะเห็นได้จากมิติที่ผู้ป่วยอธิบายถึงลักษณะของโรงพยาบาลในอุดมคติที่ต้องการ ดังนั้นสิ่งที่ควรปรับปรุงในด้านบริการคือเวลาของแพทย์ และปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์ ควรที่จะได้รับการแก้ไข ตารางที่ 37 และตารางที่ 38 แสดงร้อยละ ของสิ่งที่โรงพยาบาลทุกแห่งต้องปรับปรุงในมิติของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาในเชิงปริมาณ

ตารางที่ 37 : สิ่งที่โรงพยาบาลต้องปรับปรุงมิติพิจารณาจากผู้ป่วยนอกจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

สิ่งที่ต้องปรับปรุง	ร.พ. ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
• พุดจาดิ ยัมแยมแจ่มใส ด้อนรับ/ เอาใจใส่/แนะนำขั้นตอน/เอกสาร ต่างๆ	(53) 6.6	(9) 1.1	(17) 2.1	(13) 1.6	11.5
• ตรงเวลา/ไม่รอนาน/บริการรวดเร็ว/ สะดวก/ไม่มีการแซงคิว/ปรับปรุง คุณภาพบริการให้ดีขึ้น	(103) 12.8	(22) 2.7	(33) 4.1	(16) 2.0	21.7
• เอาใจใส่ผู้ป่วยเท่าเทียมกัน/ได้รับ การรักษาที่ดี/มียาครบ คุณภาพดี/ เปิดโอกาสให้เล่าหรือซักถาม/ สุขภาพอธิบายได้ดี	(4) 0.5	(3) 0.4	(6) 0.7	(5) 0.6	2.2
• สะอาดสวยงาม จัดสิ่งแวดล้อม มี ไม้ดอกไม้ประดับ/มีที่นั่งพักผ่อน สำหรับผู้ป่วยและญาติ	(6) 0.7	(5) 0.6	(14) 1.7	(2) 0.2	3.4

ตารางที่ 37 : (ต่อ)

สิ่งที่ต้องปรับปรุง	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
● จำนวนแพทย์เพียงพอ/มีแพทย์เฉพาะทาง/ตรวจละเอียด วินิจฉัยแน่นอน เก่ง/รักษาได้ทุกโรค /มีแพทย์ในวันหยุดราชการ/มียาเครื่องมือสะอาด ครบ/อยากให้มีแพทย์ที่สถานีอนามัย /เปิดตลอด/ตรงเวลา	(26) 3.2	(16) 2.0	(44) 5.5	(25) 3.1	13.8
● สถานที่กว้างขวาง ปลอดภัย มีที่นั่งรอตรวจเพียงพอ จำนวนเตียงเพียงพอ แต่ละจุดต่อเนื่องอยู่ติดเดียวกัน	(57) 7.1	(16) 2.0	(35) 4.4	(13) 1.6	15.1
● ระบบเสียงชัดเจน ไม่เสียงดัง รบกวน มีระเบียบห้ามส่งเสียงรบกวน	(0) -	(4) 0.5	(3) 0.4	(2) 0.2	1.1
● ราคาไม่แพง มีเมนูราคาสำหรับทุกโรค	(5) 0.6	(2) 0.2	(0) -	(20) 2.5	3.4
● มีโทรศัพท์เพียงพอ ที่จอดรถเพียงพอ/น้ำดื่มเพียงพอ/ที่ทิ้งขยะเพียงพอ/ห้องน้ำสะอาด เพียงพอ มีห้องสมุดสำหรับผู้ป่วย /มีรปภ.	(36) 4.5	(13) 1.6	(14) 1.7	(22) 2.7	10.6
● มีห้องตรวจเฉพาะโรค มีการแยกผู้ป่วยประเภทต่างๆ	(0) -	(1) 0.1	(2) 0.2	(1) 0.1	0.5

ตารางที่ 38 : สิ่งที่โรงพยาบาลต้องปรับปรุงมิติพิจารณาจากผู้ป่วยใน จำแนกตามประเภท
ของโรงพยาบาล

สิ่งที่ต้องปรับปรุง	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
● พุดจาดี้ ยิ้มแย้มแจ่มใส ต้อนรับ/ เอาใจใส่/แนะนำขั้นตอนเอกสาร ต่างๆ	(7) 3.0	(4) 1.7	(3) 1.3	(2) 0.9	7.0
● ตรงเวลา/ไม่รอนาน/บริการรวดเร็ว/ สะดวก/ไม่มีการแซงคิว/ปรับปรุง คุณภาพบริการให้ดีขึ้น	(12) 5.2	(4) 1.7	(3) 1.3	(3) 1.3	9.6
● เอาใจใส่ผู้ป่วยเท่าเทียมกันได้รับ การรักษาที่ดี/มียาครบคุณภาพดี/ เปิดโอกาสให้เล่าหรือซักถาม/ สุขภาพ/อธิบายได้ดี	(4) 1.7	(2) 0.9	(0) -	(1) 0.4	3.0
● สะอาดสวยงาม จัดสิ่งแวดล้อม มี ไม้ดอกไม้ประดับ/มีที่นั่งพักผ่อน สำหรับผู้ป่วยและญาติ	(1) 0.4	(2) 0.9	(5) 2.2	(3) 1.3	4.8
● จำนวนแพทย์เพียงพอ/มีแพทย์ เฉพาะทาง/ตรวจละเอียด วินิจฉัย แม่นยำ เก่ง/รักษาได้ทุกโรค /มี แพทย์ในวันหยุดราชการ/มี เครื่องมือสะอาด ครบ/อยากให้มี แพทย์ที่สถานีอนามัย/เปิดตลอด/ ตรงเวลา	(8) 3.5	(7) 3.0	(14) 6.1	(3) 1.3	13.9
● สถานที่กว้างขวาง ปลอดภัย มีที่ นั่งรอตรวจเพียงพอ จำนวนเตียง เพียงพอ แต่ละจุดต่อเนื่องอยู่ติด เดียวกัน	(9) 3.9	(7) 3.0	(14) 6.1	(5) 2.2	15.2

ตารางที่ 38 : (ต่อ)

สิ่งที่ต้องปรับปรุง	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
● ระบบเสียงชัดเจน ไม่เสียงดัง รบกวน มีระเบียบ ห้ามส่งเสียง รบกวน	(1) 0.4	(0) -	(2) 0.9	(0) -	1.3
● ราคาไม่แพง มีเมนูราคาสำหรับ ทุกคน	(0) -	(0) -	(2) 0.9	(0) -	0.9
● มีโทรศัพท์เพียงพอ ที่จอดรถเพียงพอ/น้ำดื่มเพียงพอ/ที่นั่งขยะเพียงพอ/ห้องน้ำสะอาด เพียงพอ มี ห้องสมุดสำหรับผู้ป่วย /มีรปภ.	(14) 6.1	(5) 2.2	(8) 3.5	(4) 1.7	13.5
● มีห้องตรวจเฉพาะโรค มีการแยก ผู้ป่วยประเภทต่างๆ	(0) -	(1) 0.4	(5) 2.2	(0) -	2.6

6.1 ความกังวลของผู้ป่วยหากโรงพยาบาลของรัฐได้รับการพัฒนาให้เหมือนโรงพยาบาลเอกชน

ปณิธานหลักของสถานบริการทุกแห่ง ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการสาธารณะ คือให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีประทับใจ ดังนั้นสิ่งที่ผู้ป่วยประสงค์จะให้มีการปรับปรุงในด้านการให้บริการสาธารณสุขควรที่จะมีการตอบสนอง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงความกังวลใจของผู้ป่วย หากสถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลของรัฐ ที่มีแนวโน้มที่จะปรับปรุงให้มีบริการที่ดี เช่นเดียวกับโรงพยาบาลเอกชน ทั้งในด้านการต้อนรับ การดูแลเอาใจใส่ ทั้งจากแพทย์ พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาล ผลการสำรวจนี้พบว่า สิ่งแรก que ผู้ป่วย

กังวลมากที่สุด คือเรื่องค่ารักษาพยาบาล โดยกังวลว่าค่ารักษาพยาบาลจะแพงขึ้น ทั้งนี้เพราะต้นทุนในการลงทุนจะมาจากค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องเสีย

หากจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล และพิจารณาถึงความกังวลใจข้างต้น พบว่า ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐจะมีร้อยละของความกังวลใจในเรื่องที่คาดว่าค่ารักษาพยาบาลจะแพงขึ้นมากที่สุด อย่างไรก็ตามมีบางส่วนที่เห็นว่าอาจมีการแบ่งชั้นวรรณะ การให้บริการที่ไม่เป็นธรรม การล่อลวงเอาเปรียบแก่ผู้รับบริการ คนจนอาจจะไม่ได้รับบริการที่ดีและประเด็นถัดมาคือ กังวลว่าจะใช้บัตรสิทธิต่างๆ ที่รัฐออกให้ไม่ได้เป็นการถูกเอาเปรียบในด้านบริการที่ดีอันพึงได้รับ ตารางที่ 39 และตารางที่ 40 แสดงร้อยละของความกังวลใจของผู้ป่วยตามที่ได้จากการสำรวจในเชิงปริมาณ

ตารางที่ 39 : ความกังวลที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยนอก ถ้าโรงพยาบาลของรัฐได้รับการพัฒนาให้เหมือนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ลักษณะที่ต้องการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
• ค่ารักษาจะแพงขึ้น	(125) 41.3	(43) 14.2	(67) 22.1	(51) 16.8	94.4
• คนจนจะไม่สามารถ/กลัการ แบ่งชนชั้น	(4) 1.3	(1) 0.3	(2) 0.7	(2) 0.7	3.0
• จะใช้บัตรต่างๆ ที่รัฐออกให้ไม่ได้	(5) 1.7	(4) 1.3	(2) 0.7	(1) 0.3	4.0
• สถานบริการจะไม่มีรายได้หากคน ใช้ส่วนใหญ่ไม่มีเงินให้	(0) -	(1) 0.3	(0) -	(0) -	0.3
• ไม่มั่นใจว่าจะบริการดี/ขาดความ เป็นกันเอง	(6) 2.0	(0) -	(2) 0.7	(5) 1.6	4.3

ตารางที่ 40 : ความกังวลที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยใน ถ้าโรงพยาบาลของรัฐได้รับการพัฒนาให้เหมือนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ลักษณะที่ต้องการ	ร.พ.ศูนย์/ มหาราช/ มหาวิทยาลัย	ร.พ. ทั่วไป	ร.พ. ชุมชน	ร.พ. เอกชน	รวม
• ค่ารักษาจะแพงขึ้น	(41) 44.6	(11) 12.0	(20) 21.7	(12) 13.0	91.3
• คนจนจะไม่ได้รับบริการ/ กลัวการแบ่งชนชั้น	(3) 3.3	(0) -	(2) 2.2	(2) 2.2	7.6
• จะใช้บัตรต่างๆ ที่รัฐออกให้ไม่ได้	(2) 2.2	(0) -	(0) -	(0) -	2.2
• สถานบริการจะไม่มีรายได้หากคน ใช้ส่วนใหญ่ไม่มีเงินให้	(0) -	(0) -	(0) -	(0) -	-
• ไม่มั่นใจว่าจะบริการดี/ขาดความ เป็นกันเอง	(0) -	(1) 1.1	(0) -	(4) 4.3	5.4

บทที่ 7

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

7.1 บทสรุป

ผลการสำรวจนี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสภาพทุกข์ของผู้ป่วยมีหลายปัจจัย หากจำแนกเป็นกลุ่มตัวแปร สามารถกล่าวได้ว่าตัวแปรในด้านบุคลากรผู้ให้บริการ สิ่งแวดล้อมต่างๆ ในโรงพยาบาล อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ ลักษณะของงานที่ให้บริการ ระบบการบริหารจัดการบุคลิกภาพและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย โรคและอาการของโรค ตลอดจนสิทธิบัตรต่างๆ ในการรับบริการ มีผลไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยทั้งที่แสดงไว้ในข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ก็พบว่า การสื่อสารกันระหว่างผู้ป่วย ญาติกับบุคลากรทางการแพทย์มีผลที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้รับบริการ ดังเช่น เมื่อใช้ระเบียบวิธีวิจัยทั้งในเชิงคุณภาพและในเชิงปริมาณ ศึกษาสภาพปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข โดยจำแนกออกเป็นสถานบริการของรัฐที่ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และสถานบริการเอกชน เช่น โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน ประชาชนซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีความทุกข์ และสภาพปัญหาที่นำไปสู่ความทุกข์กระจายแตกต่างกันไปตามลักษณะของประเภทของสถานบริการ เช่น เมื่อจำแนกตัวแปรออกเป็นชุดตัวแปร อันได้แก่ ตัวแปรทางบุคลากรทางการแพทย์ ตัวแปรด้านอุปกรณ์การแพทย์ ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อม และตัวแปรทางด้านคำรักษาพยาบาล โดยที่ไม่นำบุคลิกภาพและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และอาการป่วยตลอดจนชนิดของโรคเข้าร่วมพิจารณา จะพบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์จะเกี่ยวข้องกับเวลาของการให้บริการของแพทย์เป็นส่วนใหญ่

เมื่อพิจารณาถึงผลการศึกษาโดยรวม ทั้งผลการวิเคราะห์ที่ได้จากเชิงปริมาณ และผลการศึกษาที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพ ผลการสำรวจที่พบว่าตัวแปรทางด้านบุคลากรทางการแพทย์ อันได้แก่ กิริยาท่าทางของแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา การไม่บอกอาการป่วยแก่

ผู้ป่วย การไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามอาการป่วยจากแพทย์ การใช้เวลาในการตรวจที่เร็วของแพทย์ กิริยาท่าทางของเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ การที่ต้องใช้เวลาในการรอแพทย์นาน ความสะอาดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและสาเหตุอื่นๆ มีผลนำไปสู่ความทุกข์แก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการอื่นๆ เช่น ญาติ เมื่อไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าเวลาที่จำกัดของแพทย์ การจัดบริการโดยให้แพทย์เป็นศูนย์กลางมีผลไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วย ขณะเดียวกันฝีมือความชำนาญของแพทย์ การล่อลวงเอาเปรียบ และการให้บริการที่ไม่เป็นธรรมลำเอียงมีผลต่อความทุกข์ของผู้ป่วย

อนึ่ง เมื่อแยกพิจารณาถึงสถานีอนามัยพบว่า การมียาไม่ครบ ไม่มีบุคลากรอยู่ในวันหยุดสุดสัปดาห์ และ / หรือ ในเวลากลางคืน มีผลต่อสภาพทุกข์และเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ในการรับบริการ ซึ่งอุปทานยา (Supply) และการจัดระบบเวชที่สถานีอนามัยควรจะได้รับแก้ไข สำหรับโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ราคาเป็นตัวกำหนดที่สำคัญอันหนึ่งต่อคุณภาพการให้บริการ นอกจากนี้ได้แก่ความรวดเร็ว แต่ที่น่าสังเกตคือมีผู้ป่วยหลายคนอธิบายว่ามีความกังวลใจในอาการป่วยว่าจะรักษาไม่หาย และวิตกว่าจะถูกล่อลวงเอาเปรียบ

เมื่อแยกวิเคราะห์ในรายละเอียด พบว่า เวลาที่ผู้รับบริการต้องเสียไปในการรอคอยแพทย์ตรวจ โดยเฉพาะผู้ป่วยนอกพบว่าในโรงพยาบาลของรัฐต้องเสียเวลานาน ซึ่งมีผู้ป่วยหลายคนบอกว่าเป็นทุกข์ สำหรับผู้ป่วยในส่วนใหญ่พบว่า ระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาลยาวนานเกินไปโดยไม่ทราบสาเหตุ ทำให้เกิดความกังวลใจในอาการป่วยและการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ในหัวข้อเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายทางตรง เช่น ค่ารักษาพยาบาลพบว่าผู้ป่วยส่วนมากที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐไม่มีปัญหาในด้านนี้เพราะใช้บริการบัตรสุขภาพ บัตรสงเคราะห์ บัตรประกันสังคม และบัตร สปร. ตลอดจนสิทธิบัตรต่างๆ ที่เบิกคืนได้ อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยหลายคนอธิบายว่ามีความกังวลใจในเรื่องคุณภาพการให้บริการและคุณภาพของยา เช่น วิตกว่าได้รับบริการที่ไม่ดี ได้ยาที่ไม่ดี เมื่อใช้สิทธิบัตรต่างๆ ทำให้กังวลและเป็นทุกข์ ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าผู้รับบริการมีทัศนคติตนเองถูกเอาเปรียบและได้รับบริการที่ไม่เป็นธรรมในประเด็นของค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร พบว่า ผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล

อำเภอ ตลอดจนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาราช ตามระบบส่งต่อ ได้รับผลกระทบมากเพราะผู้ป่วยต้องออกค่าใช้จ่ายเองและต้องเดินทางไกล นำมาสู่ความทุกข์ที่ไม่สามารถปฏิเสธได้ เพราะโรงพยาบาลใกล้บ้านส่งต่อให้ไปรับบริการรักษาตามนัดที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งมีผลกระทบตามมา คือต้องเสียเวลาในการรอแพทย์ตรวจนาน

เมื่อพิจารณาถึงทุกข์ทางจิตใจ เช่น ความหวาดกลัว ความวิตก ความทรมานที่อาจเป็นผลกระทบจากบริการ ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยหลายคนได้รับผลกระทบทางจิตใจ เนื่องจากกิริยาท่าทางที่ไม่สุภาพของแพทย์และพยาบาลหน้าห้องตรวจ อาทิ ความหวาดกลัวที่เกิดจากการชู้ตคอกจากแพทย์ ความวิตกกังวลว่าอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จะรักษาไม่หาย เพราะแพทย์ไม่เอาใจใส่ไม่ทุ่มเทเวลาในการรักษา ตลอดจนได้รับการทรมานทางจิตใจและร่างกาย เพราะผลการรักษาที่เกิดจากความผิดพลาดของแพทย์นำมาสู่สภาพพิการทางร่างกาย

ในหัวข้อเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานทางร่างกาย พบว่า เมื่อได้รับการบริการที่ผิดพลาดจากแพทย์ และผู้ให้บริการที่มีฝีมือและทักษะในการรักษาที่ไม่ชำนาญ นำมาสู่การพิการทางร่างกายทำให้เป็นทุกข์ทางกาย

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะสถานที่ เช่น ความแออัด สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในโรงพยาบาลและการบริการต้อนรับ พบว่า การแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการจัด “บริการด้านหน้า” สามารถช่วยบรรเทา “ทุกข์” ของผู้ป่วยนอกได้ระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม บุคลิกภาพของผู้ให้บริการและการต้อนรับยังคงเป็นปัญหาที่นำไปสู่ความทุกข์แก่ผู้ป่วยและญาติซึ่งควรจะได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นต่อไป

สำหรับความสะดวกในด้านบริการที่ได้รับจากสถานบริการ เช่น การเดินเรื่องจากหน่วยหนึ่งไปอีกหน่วยหนึ่ง พบว่ายังมีอุปสรรคเมื่อผู้ป่วยและญาติต้องเดินเรื่องเอง เพราะไม่เข้าใจขั้นตอน และไม่สามารถหาแผนกที่เกี่ยวข้องได้ อย่างไรก็ตาม ทุกข์จากสาเหตุนี้ได้รับการแก้ไข เมื่อมีพยาบาลประชาสัมพันธ์ และบริการด้านหน้า ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการรับบริการมาก อนึ่ง หากพิจารณาถึงการเดินเรื่องในระบบส่งต่อ พบว่ายังคงมีปัญหานำไปสู่

ความทุกข์แก่ผู้ป่วย และญาติโดยเฉพาะในประเด็นของรพพยาบาลของโรงพยาบาลต้นทางที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลปลายทาง (ในกรณีของผู้ป่วยใน) ที่ยังมีหลักปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน กล่าวคือ ผู้ป่วย และญาติยังไม่เข้าใจว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนนี้หรือไม่ ซึ่งมีผลไปสู่ความขัดแย้งระหว่างกลุ่มบุคคลผู้เป็นผู้จัดการให้บริการตนเอง และความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย ญาติและผู้ให้บริการ นอกจากนั้นควรลดขั้นตอนในเรื่องการทำบัตร และชั่งประวัติผู้ป่วยที่ส่งต่อ เพราะทำให้เสียเวลา ซึ่งเป็นการทำงานที่ซ้ำซ้อนและนำไปสู่เหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์ ควรมีการประสานงานระหว่างผู้ส่งต่อญาติผู้ป่วย และโรงพยาบาลที่รับช่วง ไม่ควรให้เกิดความขัดแย้งในระบบของการส่งต่อระหว่างผู้ส่งต่อและผู้รับช่วง

ในหัวข้อเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการกับบุคลากรของสถานบริการ พบว่า การต้อนรับและกิริยาท่าทางของพยาบาลหน้าห้องตรวจยังคงเป็นปัญหาที่นำมาสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยนอกเสมอ สำคัญต่อมาคือ การได้รับการเอาใจใส่ที่เป็นมิตรที่ดีจากพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยใน ผู้ป่วยในทุกคนในวงสนทนากลุ่มอธิบายว่า เข้าใจในการทำงานของพยาบาลในตึกผู้ป่วยใน แม้ว่าจะจะเป็นทุกข์เนื่องจากการได้รับบริการที่ไม่ทั่วถึง เพราะการจัดระบบเวร และมีภาระงานด้านธุรการบัญชี

ในประเด็นของข้อมูลข่าวสาร ผลการศึกษาพบว่าไม่มีผู้ป่วยในรายใดในวงสนทนากลุ่มอธิบายว่าได้รับข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์และสาธารณสุขภายในโรงพยาบาลเพราะทุกคนจะตระหนักถึงอาการป่วยของตนเอง และสนใจในวิธีการรักษาของแพทย์เท่านั้น ทำนองเดียวกันในกลุ่มผู้ป่วยนอกก็อธิบายว่าไม่ได้สนใจ เพราะให้ความสำคัญกับการรอตรวจจากแพทย์ หนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่มาตามนัดและเข้ากลุ่มกิจกรรม เช่น โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน อธิบายว่าได้รับความรู้ในเรื่องข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองเฉพาะโรค

เมื่อพิจารณาถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการด้านสุขภาพ เช่น การใช้สิทธิบัตรต่างๆ อาทิ บัตรสุขภาพ บัตรประกันสังคม บัตรสงเคราะห์ บัตร สปร. ฯลฯ พบว่า ทุกคนที่ใช้บัตรมีความกังวลใจว่าจะได้รับยาที่มีคุณภาพต่ำ เพราะประเทศประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ และกระทรวงสาธารณสุขมีงบประมาณจำกัด กังวลว่าจะเกิดความลำเอียงในด้านการ

ให้บริการกับผู้ที่มีฐานะทางสังคมที่ยากจน และถูกเอาเปรียบในคุณภาพที่ดี เช่น ผู้ป่วยในความกังวลใจในเรื่องคุณภาพยา วิธีการรักษา เก่งกว่าจะได้รับการดูแลรักษาไม่เท่าเทียมกับผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง ในกลุ่มผู้ป่วยนอกก็พบว่า ความกังวลใจในเรื่องคุณภาพยา ซึ่งพิจารณาจากการเปลี่ยนสียาจากที่เคยใช้ประจำเป็นสีใหม่ นำไปสู่การวิตกว่าได้รับยาที่ไม่ดี

อนึ่ง เมื่อวิเคราะห์ถึงคุณภาพของการให้บริการในทรรศนะของผู้ป่วยของสถานบริการแต่ละประเภท พบว่า เวลาของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ระยะเวลาที่อยู่กับแพทย์ในห้องตรวจ การวินิจฉัยโรคของแพทย์ และระยะเวลาที่รอตรวจ ฯลฯ การมีแพทย์ที่ชำนาญเฉพาะทางอยู่ประจำ มีเครื่องมือที่ทันสมัย และมีการบริการที่รวดเร็ว การเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง และการมีแพทย์ประจำอยู่ในโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในวันหยุดและวันทำงานปกติ มีส่วนนำไปสู่คุณภาพการให้บริการที่ดี เพราะผู้ให้บริการหลักคือ แพทย์ การจัดการให้บริการควรให้ผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง

สำหรับปัญหาที่สร้างความเดือดร้อนหรือความไม่พึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขที่เห็นได้ชัดคือ การไปรับบริการที่สถานีอนามัยแล้วไม่มีผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นผลกระทบจากการจัดระบบเวร ถัดมาคือ การเดินทางไกลของผู้ป่วยนอกที่ต้องเดินทางไปรักษาที่สถานบริการที่ไกลบ้านเนื่องจากระบบส่งต่อเพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ซึ่งอธิบายได้ว่าการไม่เปิดโอกาส โดยการอธิบายให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเลือกรักษาใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์

เหตุผลสำคัญที่ประชาชนเลือกใช้สถานบริการของรัฐใกล้บ้านคือ สะดวกและไม่ต้องเดินทางไกล สำหรับสาเหตุที่ประชาชนเลือกไม่ใช้สถานบริการของรัฐใกล้บ้านคือ ไปแล้วไม่มีผู้ให้บริการ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานีอนามัย) และถูกส่งต่อเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนเพราะไม่มีแพทย์เฉพาะทางเนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นโรคที่แพทย์อธิบายว่าซับซ้อนต้องให้แพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีเครื่องมือพร้อมทำการรักษา

ในหัวข้อเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการพัฒนาสถานบริการของรัฐ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนอธิบายว่าประสงค์จะให้มีการพัฒนาในด้านจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ให้มากขึ้น ต้องการให้เวลากับผู้ป่วยมากขึ้น ต้องการให้มีแพทย์เฉพาะทางกระจายไปสู่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อเป็นการบรรเทาไม่ให้ผู้ป่วยนอก และ/หรือผู้ป่วยใน เดินทางไปแออัดที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่

7.2 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิเคราะห์ทั้งในเชิงปริมาณและบทบรรยายในเชิงพรรณนาที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงลักษณะความทุกข์ ความเดือดร้อน และปัญหาที่เกิดขึ้นกับประชาชนเมื่อไปใช้บริการสาธารณสุข ณ สถานบริการประเภทต่างๆ นอกจากนี้ยังได้อธิบายถึงสาเหตุที่ประชาชนไม่นิยมไปใช้บริการ ณ สถานบริการใกล้บ้านซึ่งมีสถานบริการ ลักษณะศูนย์กลางหรือสถานบริการขนาดใหญ่ และบรรยายถึงสาเหตุที่ประชาชนนิยมไปใช้สถานบริการประเภทศูนย์กลาง หรือสถานบริการขนาดใหญ่ในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยว่าศรัทธาและเชื่อว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีแพทย์เฉพาะทางที่สอดคล้องกับอาการเจ็บป่วยของตน ดังนั้น งานวิจัยจึงขอเสนอแนวทางปรับปรุงการบริหารสถานบริการทั้งระบบงานภายใน และการจัดการระบบเครือข่ายโรงพยาบาลที่จะนำไปสู่ความประทับใจของประชาชนโดยที่จะให้ประชาชนมีความทุกข์น้อยที่สุดและปัญหาน้อยที่สุด ดังนี้

7.2.1 **แนวทางในการปรับปรุงระบบงานภายใน** จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยนอกต้องใช้เวลาในการรอแพทย์นาน กิริยาท่าทางของพยาบาลหน้าห้องตรวจ ระยะเวลาที่อยู่กับแพทย์ในห้องตรวจสั้น แพทย์ไม่สนใจคำบอกเล่าอาการป่วยจากผู้ป่วย ตลอดจนผู้ป่วยมีความกังวลใจในเรื่องการวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่รวดเร็วว่าอาจจะไม่ได้ตรวจอย่างจริงจังกลัวว่าจะติดเชื้อจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ร่วมกันกับผู้อื่นๆ ฯลฯ สิ่งต่างๆ เหล่านี้สามารถแก้ไขโดยการจัดการบริการระบบเวชของแพทย์ เช่น อาจแบ่งช่วงการตรวจเป็นกะคือ ช่วงเช้า ช่วงบ่าย และช่วงเย็น จะช่วยให้มีการระบายจำนวนผู้รับบริการได้ นอกจากนี้การรักษาความสะอาดของเครื่องมือ ควรให้อยู่ในสภาพดีอยู่เสมอ สำหรับการจัดบริการผู้ป่วยในนั้น ไม่

ควรมอบหมายงานธุรการ บัญชี และงานเอกสารต่างๆ ให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในปฏิบัติ เพราะพบว่าเป็นอุปสรรคในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยใน นอกจากนี้ในห้องพักผู้ป่วยรวม ควรมีการจัดกริ่งเรียกพยาบาล เพราะบางแห่งพยาบาลและผู้ป่วยถูกแยกห้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถร้องขอความช่วยเหลือได้สะดวก ฯลฯ ประเด็นต่อมาคือ การสื่อสารกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ควรได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้น

7.2.2 แนวทางปรับปรุงในด้านการจัดการระบบเครือข่ายโรงพยาบาล

จากที่ผลการศึกษานี้ พบว่า ระบบส่งต่อในเครือข่ายของโรงพยาบาลเป็นสาเหตุหลักอันหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกต้องได้รับความทุกข์ เพราะการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ กับแพทย์และพยาบาล และสร้างความขัดแย้งในกลุ่มผู้ให้บริการทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์ ดังนั้น แนวทางแก้ไขที่ขอเสนอคือ

7.2.2.1 **ควรมีแพทย์เฉพาะทางหมุนเวียน** จากโรงพยาบาลใหญ่ไปโรงพยาบาลขนาดเล็ก ตามกำหนดวัน/เวลา เพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องมาตามนัด ณ โรงพยาบาลใหญ่ ไม่ต้องเดินทางไกล และเสียค่าใช้จ่ายสูง

7.2.2.2 **ควรมีการส่งกลับให้ผู้ป่วยนอกที่มาตามระบบส่งต่อไปรับบริการต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน** หลังจากที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่แล้ว พร้อมกับให้ไปรับยาได้ที่โรงพยาบาลขนาดเล็ก โดยปรับปรุงในเรื่องการอธิบายและสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างเป็นมิตร

7.2.2.3 **ควรมีมาตรการที่ชัดเจนเกี่ยวกับการใช้รถพยาบาลของทางโรงพยาบาลในกรณีการส่งต่อผู้ป่วยใน**

เพราะญาติและผู้ป่วยยังมีความไม่เข้าใจในเรื่องค่าใช้จ่ายทั้งในด้านบุคลากร น้ำมัน อุปกรณ์การแพทย์ในรถ ฯลฯ ว่าต้องเสียหรือไม่ และควรมีการผ่อนปรนในระบบการจ่ายเงินล่วงหน้า เพราะการสื่อสารกันในแต่ละโรงพยาบาลกับ ผู้ป่วยและญาติแตกต่างกัน กล่าวคือบางแห่งให้บริการฟรี บางแห่งเรียกเก็บเงินก่อน บางแห่งเรียกเก็บเงินทีหลัง

7.2.2.4 **ควรลดขั้นตอนในการทำบัตรใหม่ และการชักประวัติในกรณีผู้ป่วยส่งต่อ** ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ควรจัดให้มีการบริการทันทีเมื่อผู้ป่วยส่งต่อไปถึง เช่น เข้าห้องตรวจ หรือรับไว้รักษาทันทีเพราะผู้ป่วยได้รับการกลั่นกรองในเรื่องอาการป่วยและชนิดของโรคจากโรงพยาบาลต้นทางมาแล้ว ควรกำหนดห้องตรวจและการให้บริการเฉพาะกับผู้ป่วยส่งต่อโดยตรง นอกจากนี้ควรลดขั้นตอนในด้านงานเอกสารต่างๆ ในช่วงการรับตัวผู้ป่วย เพราะทำให้ล่าช้าในขั้นตอนของการรอตรวจ ขั้นตอนเอกสารควรทำภายหลังเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลแล้ว

7.2.2.5 **ในขั้นตอนการรอดูอาการของผู้ป่วยส่งต่อควรมีแพทย์หรือพยาบาลดูแลใกล้ชิด** เพราะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการส่งต่อ จากโรงพยาบาลต้นทางเนื่องจากไม่สามารถให้การเยียวยาได้ มักจะอยู่ในอาการที่ซับซ้อน และเสี่ยงตาย ดังนั้น เมื่อทางโรงพยาบาลต้นทางส่งต่อแพทย์และพยาบาลที่โรงพยาบาลปลายทางควรให้ความสนใจและใกล้ชิดเพราะญาติจะ “ตำหนิ” ว่าเมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทางแล้วขาดการดูแล ทำให้ผู้ป่วยและญาติเป็นทุกข์ นอกจากนี้ควรมีการอธิบายให้ญาติและผู้ป่วยได้เข้าใจในคำว่า “รอดูอาการ” ว่าเพราะสาเหตุอะไรจึงต้องรอดูอาการ นอกจากนี้ควรชี้แจงให้ญาติและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในขั้นตอนรอดูอาการ เช่น ผู้ป่วยมีอาการส่อเค้าว่าต้องการได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาลเพราะอาการป่วยรุนแรงขึ้นให้รีบแจ้งแพทย์และพยาบาลทันที จะทำให้ผู้ป่วยและญาติสบายใจ คลายทุกข์ได้

7.2.2.6 **การให้โอกาสผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ**

ในบางกรณีที่ไม่เป็นผู้ป่วยอาการหนักที่จำเป็นต้องรับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ แพทย์ที่โรงพยาบาลขนาดเล็กควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจส่งต่อ โดยอธิบายถึงข้อได้เปรียบและเสียเปรียบในการรับบริการใกล้บ้าน เช่น อาจจะไม่ปลอดภัย และสะดวกกว่า เป็นต้น



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย. (2539). ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการบริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน เอกสารทางวิชาการหมายเลข 203, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยวรรณ ประคุณคงชัย. (2533). ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลของรัฐ : ศึกษากรณีจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาทีณี บุญชะลิกษ์. (2534). รูปแบบการเลือกใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2534 สมาคมนักประชากรไทย
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, สุกัลยา คงสวัสดิ์ และ Sara Bennett. (1996). คุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย. Health System Research Journal, Volume 4, No 3.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, สุกัลยา คงสวัสดิ์ และ Sara Bennett. (2540). เสียงสะท้อนจากผู้ป่วย. สถานการณ์ ฉบับที่ 10. เอกสารเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์สาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ข่าวหน้า 1 (22 ตุลาคม 2541). แฉโรงพยาบาลเมิน "วิศวะ" ดับก่อนใส่ครุย. ข่าวสด, หน้า 1, 12.
- ทองจันทร์ หงส์ลดารมภ์. (2538). "แพทยศาสตร์ศึกษากับมนุษยศาสตร์" เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องการแพทย์ วัฒนธรรมและจริยธรรม จัดโดยมหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พระธรรมปิฎก. (2538). "ยุคโลกาภิวัตน์ : บทบาทของแพทย์กับความหวังจากคนไข้" เอกสารประกอบปาฐกถาพิเศษ เรื่องการแพทย์วัฒนธรรมและจริยธรรม จัดโดยมหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป. (2540). โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.

เพลิงมรกต. (5 พฤษภาคม 2542). หมอกับคนไข้. ไทยรัฐ, หน้า 19.

เนตรนภา ดิงหมาย. (2541). การปรับตัวด้านบทบาทในครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศชาย วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมพร สันติประสิทธิ์กุล. (2541). การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของชายที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สารพันปัญหา. (5 มิถุนายน 2542). ไทยรัฐ, หน้า 6.

สิ่งแวดล้อม, สาธารณสุข. (7 มิถุนายน 2542). มติชน, หน้า 7.

สุขสรรค์. (1 มิถุนายน 2542). "คำตอบอยู่ที่ชุมชน" แนวรุกใหม่ของแพทย์ไทย? มติชน, หน้า 12.

ภาษาอังกฤษ

Aday and Aderson. (1975). Access to Medical Care. Ann Arbor: Health Administration Press.

-
- Akin, David Guilkey and E. Hazel Denton. (1995). Quality of Services and Deman for Health Care in Nigeria : A Multinomial Profit Estimation. Social Science and Medicine, Volume 40, Number 11.
- Ali and Mahmoud. (1993). A study of patient satisfaction with primary health care services in Saudi Arabia. JOURNAL OF COMMUNITY HEALTH, Feb;18 (1):49-54.
- Anonymous. (1995). Looking at the relationship between provider training and client satisfaction. Intervention studies help improve quality of care. Indonesia. ALTERNATIVES, Apr;(3)9.
- Barnett. (1997). Quality focuses on clients' needs. NETWORK. summer ; 17(4) : 13-7.
- Bassett, Bijlmakers, Sanders. (1997). Quality of care, client satisfaction, and contraceptive use in rural Bangladesh. SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE, Dec ; 45(12) : 1845-52.
- Baum, Frances. (1995). Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. Social Science and Medicine, Volume 40, Number 4.
- Bourhis, et al. (1989). Communication in the hospital setting: a survey of medical and everyday language use amongs patients, nurses and doctors. Social Science and Medicine, Volume 28, Number 4.
- Center for Human Services.(1993). Improving the quality and efficiency of hospital health care services in Guatemala. Q.A. REPORTS, June;; 1-2.

- De Geyndt.(1995). Managing the quality of health care in developing countries. Washington, D.C., World Bank. World Bank Technical paper No. 258.
- Gilson et al. (1994). Community satisfaction with primary health care services; an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE, Sep;39(6):767-80.
- Gilson. (1995). Management and Health Care reform in Sub-Saharan Africa. Social Science and Medicine, Volume 40, Number 5.
- Guadagnoli et al.(1995). The influence of socioeconomic status on change in health status after hospitalization. Social Science and Medicine, Volume 40, Number 10.
- Gumber et al. (1997). Measurement and Pattern Of Morbidity and the Utilization of Health Service : Some Emerging Issues from Research Health Interview Surveys in India. Journal of Health and Population in Developing Countries, Volume1.No. 1.
- Hadad and Fournier. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries: A longitudinal Study in Zaire. Social Science and Medicine, Volume 40, Number 6.
- Hunt et al. (1989). Views of what's wrong : diagnosis and patients concepts of illness. Social Science and Medicine, Volume 28, Number 4.

- Kanungsukkasem, Uraiwan.(2534). Patterns and Determinants of Health Service Utilization in Rural Thailand : A Case Study of Nakorn Sawan Province. การประชุมประชากรแห่งชาติ 2534, สมาคมนักประชากรไทย
- Katz and Shotter. (1996). Hearing the patient's voice: toward a social poetics in diagnostic interviews. Social Science and Medicine, Volume 43, Number 6.
- Kazmi. (1995). Pakistan : consumer satisfaction and dissatisfaction with maternal and child health services. WORLD HEALTH STATISTICS QUARTERLY. RAPORT TRIMESTRIEL DE STATISTIQUES SANITAIRES MONDIALES. ; 48(1):55-9.
- Khongsawatt,Sukalaya; Sara Bennett; Anuwat Suphchutikul and Viroj Tangcharoensathien. (1996). Voice of The Customers : Patient Perceptions of Hospital Services. Phase 1 : Payment Mechanisms : Efficiency and Quality of Care in the Nine Hospital in Bangkok. Paper presented at the second peer review workshop on Wednesday 17 July 1996 at Radison Hotel Bangkok.
- Kurtz, et al. (1995). Relationship of Caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional states and depression - a longitudinal view. Social Science and Medicine, Volume 40, Number 6.
- Kwan. (1994). When the client is king. PLANNED PARENTHOOD CHALLENGES. ; (2) : 37-9.
- Laison et al.(1995). Equity of Health Care in Australia. Social Science and Medicine, Volume 41, Number 4.

Lambert and Bruce. (1996). Face and politeness in pharmacist-physician interaction. Social Science and Medicine, Volume 43, Number 8.

Malone and Ruth. (1995). Heavy users of emergency service: Social construction of a policy problem: Social Science and Medicine, Volume 40, Number 4.

Management Sciences for Health (MSH), Family Planning Management Development. (1996). Focusing on customer service. FAMILY PLANNING MANAGER, Spring ; 5(1) : 1-18.

Mason and Beneshch. (1996). Improving the quality of the regional health system in Tahoua, Niger : the process of developing a standard operating procedures manual. Q.A REPORTS, Jan ; : 1-2.

Mroz, et al. (1999). "Quality accessibility, and contraceptive use in rural Tanzania" Demography, Volume 36, Number 1.

Nath. (1994). Health care in rural areas. HEALTH FOR THE MILLIONS, Feb;2(1):17-8.

Novaes. (1993). Quality in hospital care. WORLD HEALTH FORUM, 14(4): 367-75.

Ong et al. (1995). Doctor-patient Communication: a review of the literature. Social Science and Medicine, Volume 40, Number 7.

Pendergast, et al. (1995). Role orientation and Community pharmacists" participation in a project to improve patient care. Social Science and Medicine, Volume 40, Number 4.

- Rauyajin and Plianbangchang. (1983). Psychosocial aspects of rural health services in the Northeast region of Thailand, Research report series No. 2, Medical and Health Social Science Program, Mahidol University.
- Rwebangira. (1994). Patient satisfaction with MVA services in Dar es Salaam: a survey report. (Unpublished) Prepared for MVA in Tanzania, an Assessment and Evaluation Workshop, Dar es Salaam, Mar 8-10, (8) p.
- Taylor, Mayberry. (1995). The Patient's Charter : a survey of hospital out-patients views of their right and ability to exercise them: Social Science and Medicine, Volume 40, Number 10.
- Tsongo, Willis, Deal, Wong (1993). Cost recovery and quality of care in the Congo. Bethesda, Maryland, Abt Associates, Health Financing and Sustainability Project, Sep.42 p. HFS Small Applied Research Report No. 7; USAID Contract No. DPE-5974-Z-00-9026-00.
- Veney; James ; Williams and Hatzell.(1997). In Search of failure : Guidelines for Ministries of Health. Journal of Health and Population Developing Countries. Volume 1. No.1.
- Williams, Schutt-Aine. (1995). Client satisfaction studies : a simple, inexpensive way to measure quality. Meeting the needs: client satisfaction studies. FORUM, Jul;11(1): 22-4.



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ (662) 441-0201-4 ต่อ 115, (662) 441-9666

โทรสาร (662) 441-9333

E-mail: directpr@mahidol.ac.th

Homepage: URL:<http://www.mahidol.ac.th/mahidol/pr/pr.html>