

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐ และเอกชน ในกรุงเทพมหานคร” ทำการศึกษาโดยนำแนวคิด และทฤษฎีต่าง ๆ รวมทั้ง งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์
4. แนวคิดเกี่ยวกับโรงพยาบาล
5. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. ตัวอย่างและกรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

เมื่อกล่าวถึงผู้สูงอายุ อาจเป็นที่สงสัยว่าคนเราอายุเท่าไร ถึงจะเรียกได้ว่าเข้าสู่ผู้สูงอายุ การที่จะกำหนดว่าคนเราเริ่มเข้าสู่ผู้สูงอายุเมื่อใดขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมของแต่ละประเทศ เช่น ในสหรัฐอเมริกา ถือเอาอายุ 65 ปี กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย ถือเอาอายุ 67 ปี (ละออง สุวิทชากรณ, 2534: 24) สำหรับประเทศไทยได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์การปลดเกษียณ (พิรสิทธิ์ คำวันฉลป และคณะ, 2523: 56) ซึ่งตรงกับที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ. 2525 ได้ตกลงให้ใช้อายุ 60 ปีเป็นเกณฑ์มาตรฐานโลก (เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ, 2534: 24)

ศัพท์ผู้สูงอายุในประเทศไทย บัญญัติขึ้นโดย พลตำรวจตรี อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เมื่อปี พ.ศ. 2506 เนื่องจากที่ประชุมสมัชชาผู้สูงอายุเห็นว่า แก่ หนุ่ม ชรา ไม่มีสิ่งที่เป็นเครื่องขีดคั่น ไม่สมควรให้ใช้คำว่า ผู้ชรา เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหดหู่ จึงให้ใช้คำว่า ผู้สูงอายุ แต่นั่นมาโดยกำหนดให้ผู้สูงอายุมีลักษณะดังต่อไปนี้ (สุพัตรา สุภาพ, 2531: 12)

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมสภาพ มีกำลังลดลงเรื่อยๆ
3. เป็นผู้สมควรให้การอุปการะ

4. เป็นผู้ที่มิโรค ควรได้รับความช่วยเหลือ

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยังคงมีความแตกต่างกันทางด้านสรีรภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงได้มีการแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุดังนี้

องค์การอนามัยโลก (ชูศักดิ์ เวชแพศย์ และคนอื่น ๆ ,2531: 4) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุระยะต้น (The Young elderly) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง (The Middle old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี และผู้สูงอายุระยะท้าย (The Oldest old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

Bochnek (อ้างใน นงลักษณ์ บุญไทย, 2539: 12) นักสรีรวิทยา ชาวโปแลนด์ แบ่งวัยสูงอายุออกเป็น 3 ช่วง ๆ ละ 10 ปีคือ ช่วงแรก มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ช่วงที่สอง มีอายุระหว่าง 70-79 ปี และช่วงที่สาม มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

Bieren (อ้างใน จ้าเวียง ธรรมะสุวรรณ, 2533: 28) ได้กล่าวว่า การจะกำหนดว่าใครเป็นผู้สูงอายุ ควรพิจารณาองค์ประกอบ 3 ด้านคือ ด้านชีวภาพ ทำนึ่งถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและความสามารถในการใช้ศักยภาพทางร่างกายเป็นเกณฑ์ ด้านจิต พิจารณาความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม การรับรู้ การจดจำ การรับรู้ใหม่ ๆ การใช้เหตุผล การมองภาพพจน์ตนเองและแรงกระตุ้นในตน และด้านสังคม ดูบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบเป็นสำคัญ

จึงอาจสรุปได้ว่า ส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ด้านอายุเป็นตัวกำหนดว่าผู้ใดจะเป็นผู้สูงอายุ โดยกำหนดว่า บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ แต่ก็มีการใช้เกณฑ์ด้านสมรรถภาพร่างกาย การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม เป็นเกณฑ์ในบางครั้ง สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้เขียนได้ใช้เกณฑ์ด้านอายุเป็นหลักคือ 60 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุ

2.1.1 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ อวัยวะบางอย่างมีการเปลี่ยนแปลงน้อยหรือไม่เปลี่ยนแปลง แต่อวัยวะบางอย่างมีการเปลี่ยนแปลงมาก การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ แต่หลังจากอายุ 30 ปี หน้าที่ต่าง ๆ ทางสรีรวิทยาเริ่มลดน้อยลงด้วยอัตราที่ค่อนข้างช้า แต่เป็นเชิงเส้นจนถึงอายุประมาณ 80 ปี ซึ่ง Strehler (อ้างใน ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538: 6) ได้แบ่งสภาพของการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นไว้ 4 ประการคือ

1. Universal Aging เป็นสภาพการมีอายุเพิ่มขึ้นเมื่อกล่าวถึงอย่างกว้าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นในร่างกายของคนทุกคน หรือของสัตว์ทุก ๆ ตัว เมื่อมีชีวิตที่ขึ้นยาวเพียงพอ

2. Intrinsic Aging เป็นสภาพการมีอายุเพิ่มขึ้นซึ่งเกิดจากปัจจัยภายในร่างกาย ไม่รวมปัจจัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

3. Progressive Aging เป็นขบวนการของสภาพการที่มีอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะแรกของชีวิต ขบวนการนี้จะเกิดขึ้นในอัตราที่เร็วมากขึ้น เมื่ออายุผ่านระยะความเป็นผู้ใหญ่ไปแล้ว เป็นผลทำให้ร่างกายมีความไวต่อการเป็นโรคมมากขึ้น

4. Deterioration Irreversible Aging หมายถึงสภาพการที่มีอายุเพิ่มขึ้นเป็นผลทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพลงและถูกทำลายไป ไม่สามารถกลับคืนเข้าสู่สภาวะปกติได้

จากความข้างต้นจะพบว่า ผู้สูงอายุมีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงแบบเสื่อมถอยลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological Change)

เมื่อบุคคลผู้วัยชราร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อลดความแข็งแรงลง ระบบประสาทและกล้ามเนื้ออ่อนสมรรถภาพ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความมีอายุมีเกิดขึ้นในทุกระบบต่าง ๆ ได้แก่

ผม (Hair) เป็นสิ่งแรกของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงให้เห็นได้ชัดเจนภายนอก เนื่องจากเนื้อเยื่อที่หนังศีรษะจะเหี่ยวอ่อน ประกอบกับการไหลเวียนของโลหิตไม่ดี เส้นผมได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้เส้นผมเปลี่ยนจากเดิมเป็นสีขาว มีลักษณะแห้งเปราะและร่วงง่าย

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal System) กระดูกจะกร่อนลงเมื่ออายุเริ่ม 45 ปี รอยต่อของกระดูกสันหลังหดลง เสียความยืดหยุ่น ทำให้ตัวเล็กลง 1 เซนติเมตรทุก 20 ปี กระดูกจะบางลง เปราะ แดงง่าย เนื่องจากมีการเสื่อมสลายของแคลเซียมในกระดูก และขาดวิตามินดีจากการไม่ได้รับประโยชน์จากแสงแดด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่ควบคุมอาหาร น้ำโซ้ลดลงเป็นเหตุให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกันเกิดการเสื่อมของข้อ ทำให้ข้ออักเสบติดเชื้อง่าย ทำให้มีอาการปวดตามข้อ ซึ่งพบบ่อยได้แก่ ข้อเข่า ข้อสะโพก

ระบบการไหลเวียนโลหิต (Cardiovascular System) ในผู้สูงอายุความสามารถในการทำงานของหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงกล่าวคือ กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในเวลา 1 นาที ลดลงประมาณร้อยละ 4.0 จากอายุ 20-60 ปี เป็นผลทำให้เลือดไปเลี้ยงตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยมาก โดยเฉพาะอวัยวะส่วนปลายเช่น แขน ขา และเท้า ผู้สูงอายุจึงเกิดอาการวิงเวียนหน้ามืดเป็นลมได้บ่อย นอกจากนี้หลอดเลือดของผู้สูงอายุจะตีบแคบทำให้ด้านการไหลเวียนของเลือด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงได้ และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดและโรคของอวัยวะที่มีหลอดเลือดขนาดเล็กไปเลี้ยงได้ง่ายเช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น

ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System) สมรรถภาพการทำงานของปอดจะลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงกล้ามเนื้อหน้าอก กระดูกซี่โครงและสันหลัง ทำให้การเคลื่อนไหวของ

ทรงออกถูกจำกัด ประกอบด้วยความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อของปอดและหลอดเลือดลดลงทำให้ปอดขยายตัวไม่ดี ปริมาณของอากาศคั่งค้างในปอดมากขึ้น ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เป็นผลทำให้จำนวนออกซิเจนในเลือดต่ำ ผู้สูงอายุจึงมักหอบเหนื่อยได้ง่าย และมีโอกาสที่จะมีเสมหะคั่งค้างได้

ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System) ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางลง แดงง่าย เหงือกที่หุ้มคอฟันร่วงลงไป เซลล์สร้างฟันลดลง เซลล์บริเวณหลอดอาหารเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัว และทำงานช้าลง เป็นเหตุให้อาหารในกระเพาะอาหารสามารถย้อนกลับขึ้นมา กล่องรับรส (Taste Tube) จะหดตัวและการเลือกในรสอาหาร (Taste Threshold) เพิ่มขึ้น ทำให้กลิ่นและรสของอาหารไม่มีผลต่อความอยากอาหาร ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 84 นอกจากนี้พบว่า การรับประทานอาหารที่ขาดคุณค่าอาหาร ขาดการบริหารร่างกาย หรือไม่ตื่นตัวในการขับถ่ายในระยะก่อนเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร

ระบบขับถ่าย (Excretory System) การขับถ่ายปัสสาวะเกิดการเสื่อมหน้าที่ ทำให้ไตขับถ่ายของเสียได้น้อยลง ถ่ายปัสสาวะน้อย เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะมีความยืดหยุ่น ผู้สูงอายุบางรายอาจปัสสาวะขัด โดยเฉพาะในเพศชายจากต่อมลูกหมากโต ส่วนในเพศหญิงอาจมีการกลับปัสสาวะไม่อยู่ เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน เนื่องจากการคลอดบุตรหลายคน นอกจากนี้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง เป็นผลทำให้ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ได้ การขับถ่ายอุจจาระ ผู้สูงอายุมักจะต้องผูกจากระบบการย่อยอาหารไม่ปกติและร่างกายมีกิจกรรมต่าง ๆ น้อยลง

ระบบผิวหนัง (Integumentary System) เมื่อบุคคลมีอายุสูงขึ้น ผิวหนังจะเหี่ยวและแห้ง เนื่องจากจำนวนน้ำในเซลล์ไขมันได้ผิวหนังลดน้อยลง เส้นใยยึดหยุ่นเสื่อมสภาพและการไหลเวียนของโลหิตลดลง ผิวหนังจึงแห้ง หนา ขยิบ หย่อนยาน และบาง ปากกรวยหย่อน หรือคลกกระมากขึ้น จำนวนต่อมเหงื่อได้ผิวหนังจะลดลง ทำให้การรับความรู้สึกอุณหภูมิ การสัมผัส ความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง ระดับความทนทานต่อความเจ็บปวดสูงขึ้น ทำให้ได้รับบาดเจ็บได้ง่าย

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous System and Special Sense) ความสามารถของศูนย์กลางการควบคุมประสาทลดลง ประสิทธิภาพการสั่งงานของสมองลดลงเพราะการเสื่อมของเซลล์สมอง การตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง ความคิดความจำเสื่อม ความว่องไวในการสั่งงานต่าง ๆ โดยทั่วไปของร่างกายช้าลง ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ ๆ แต่สามารถจำเรื่องต่าง ๆ ในอดีตได้ดี การมองเห็นไม่ดี ระบบประสาทตา กล้ามเนื้อตา และแก้วตาจะเสื่อมสมรรถภาพลง โดยทั่วไปสายตาจะขุ่น ความไวต่อแสง การกระชားทางลด

ประสิทธิภาพลดลง สิ้นยั้งค่าก็เริ่มขุ่นมัวไม่สดใสเพราะขาดไขมัน หนังตาหือวุ่น และกระพริบตาช้าลง สมรรถภาพของการได้ยินเสื่อม เพราะการเสื่อมของเยื่อประสาทคอบใน (Cochlea Basal Tunc) เยื่อแก้วหูแข็งตัวมากขึ้น คนสูงอายุจึงไม่สามารถจะได้ยินเสียงในระดับสูง ๆ มากได้คือ เกิดอาการหูตึง เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อเยื่อกล่องเสียง สายเสียงจะบางทำให้เสียงของคนสูงอายุแหลมขึ้น การควบคุมระดับเสียงทำได้ไม่นาน การพูดจะช้าลง จังหวะการพูดบ่อยและนานขึ้น การคมกลืนไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก พบได้ถึงร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ประสาทที่เกี่ยวข้อกับการสมดุลของการทรงตัวก็เสื่อมประสิทธิภาพลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุหกล้มง่าย

ระบบสืบพันธุ์ เพศชายลุ่มถูกหมกเมกมีโคไซน์ แต่หญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลงมีน้ำหนักเหลือเพียงครึ่งหนึ่งของวัยสาว ผู้หญิงไขกระดูกเพราะมีเนื้อไขมันน้อยลง ปีกมดลูกหดเหี่ยว เยื่อภายในมดลูกจะบางลง แต่ยังสามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนได้ดี ปีกมดลูกเหี่ยว มีขนาดเล็กไม่มีเมือกหล่อลื่น ช่องคลอดมีสภาวะเป็นค่าง อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกที่หือวุ่น เพราะไขมันได้ผิวหนังลดลง

ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมสภาพ พบว่าต่อมใต้สมองทำงานลดลงเป็นผลให้ต่อมไร้ท่ออื่น ๆ ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองทำหน้าที่ได้ลดลงด้วย เกิดอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย อวัยวะสืบพันธุ์ที่หือวุ่นและเล็กลง นอกจากนี้ยังพบว่า ต่อมธัยรอยด์มีขนาดเล็กลงเมื่ออายุเกิน 50 ปีแล้ว การผลิตฮอร์โมนได้น้อย ทำให้พฤติกรรมทั่วไปในผู้สูงอายุเชื่องช้าได้ ต่อมหมวกไตผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอลได้น้อย จึงเป็นผลให้เกิดอารมณ์เครียดและหงุดหงิดง่าย และการผลิตฮอร์โมนอัลโดสเตอโรนน้อยลงเป็นผลให้เกิดการดูดกลับโซเดียมที่ไต ส่วนตับอ่อนการทำงานที่ลดลง มีการหลั่งอินซูลินออกมาน้อย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุสูงขึ้นอาจเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุได้

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุทางด้านชีวภาพได้แก่ ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Redical Theory) และทฤษฎีระบบภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ที่กล่าวว่า การชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันชนิดที่ทำลายตัวเองมากขึ้น และเมื่อระยะวัยเจริญพันธุ์สิ้นสุดลง ทำให้มีการสร้างภูมิคุ้มกันสูญเสีย ระบบภูมิคุ้มกันเริ่มเสื่อมลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความเจ็บป่วยง่ายและรุนแรง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์ และคนอื่น ๆ, 2531: 43-45) เช่นเดียวกับทฤษฎีการสะสมเลิวโปฟูสซิน (Leopofuscine Accumulation Theory) ที่เชื่อว่า ความสูงอายุมาจากการสะสมสารเลิวโปฟูสซินซึ่งเป็นสารไขมันเรืองแสง เป็นตัวบรบกวนการทำงานของเชื้อหุ้มเซลล์ในการเผาผลาญภายในเซลล์ และคุณสมบัติในการซึมผ่านเซลล์ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความแตกต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นต้น เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ที่พบคือ

การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก ด้วยลักษณะดังกล่าวนี้ ผู้สูงอายุจึงมักมีความคิดเห็นไม่ตรงกับผู้อ่อนวัยกว่าและมักจะขัดแย้งกัน

การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไกที่เกี่ยวข้องกับการสนองความต้องการของจิตใจคือการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุมักจะท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับตน อารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หรือโกรธง่าย

การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การยอมรับต่อสภาวะสูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีดำเนินชีวิตแตกต่างกันไปตามเหตุผลและความพอใจของแต่ละคนเช่น การมุ่งสร้างความดี แสวงหาความสงบในชีวิต เข้าวัดถือศีล เลี้ยงสัตว์ หรือการแยกตัวอยู่ตามลำพัง

ความสนใจสิ่งแวดล้อมคนน้อยลง พอใจในชีวิตเรียบง่าย ความมุ่งหวัง หรือความใฝ่ฝันในชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Sociological Change)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบกล่าวคือ ภาระหน้าที่และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกายทำให้ขาดความคล่องตัวในการคิด การกระทำ และการสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น การยอมรับทางสังคมต่อความมีอายุมักเป็นไปได้ในทางลบ เพราะสังคมมักจะประเมินความสามารถในการปฏิบัติ ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนได้แสดงให้เห็นว่า ความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคม แต่ยังสามารถทำงานในหน้าที่ได้อย่างประสิทธิภาพเหมือนคนหนุ่มสาว สำหรับสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ในปัจจุบันสังคมไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมไปเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้นทำให้บุคคลภายในครอบครัวที่เป็นประชากร

วัยแรงงานอาจต้องไปประกอบอาชีพและศึกษาในต่างถิ่น ส่งผลให้ระบบครอบครัวจากเดิมที่เป็นครอบครัวชาย และผู้สูงอายุมีความรู้สึกอบอุ่น มาเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงาหวาดได้

การตายของคู่สมรส เมื่อสามีหรือภรรยาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งตายจากไป ทำให้ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่เศร้าและเหงาหวนมากขึ้น โดยเฉพาะหากผู้สูงอายุนั้นไม่มีงานอดิเรกหรือไม่มีโอกาสได้ไปเข้ากลุ่มสังสรรค์กับผู้อื่น ความรู้สึกเศร้าซึมจะมีมากขึ้น

ความมั่นคงของครอบครัว ผู้สูงอายุควรจะมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจพอควร มีบ้านหรือที่พักอาศัยของตนเอง การที่ผู้สูงอายุเป็นเจ้าของบ้าน จะทำให้ตนเองรู้สึกว่าจะเป็นที่พึ่งพิงของบุตรหลาน ทำให้ได้รับความเกรงใจในฐานะเจ้าของบ้าน นอกจากนี้จะรู้สึกมั่นคงปลอดภัยว่าเป็นบ้านของตนเอง (สตีฟสัน บ็อคเพอร์ และคนอื่น ๆ, 2540: 75) มีบุตรหลานที่เติบโตและพึ่งตนเองได้ ผู้สูงอายุที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตไม่สามารถสร้างหลักฐานให้แก่ครอบครัว ผิดหวังในความสำเร็จของบุตร ผิดหวังในการประกอบอาชีพ หรือบางคนปรับตัวให้เข้ากับภรรยาหรือสามีไม่ได้ในเรื่องเพศสัมพันธ์ ปัญหาจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ชรา

การเปลี่ยนที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุบางรายอาจต้องเปลี่ยนที่อยู่อาศัยเดิมไปสู่แห่งใหม่ เนื่องจากการตายของคู่สมรส หรือบุตรหลานมารับไปอยู่กับครอบครัว ส่วนใหญ่ในรายที่ไม่มีบุตรหลานหรือขาดผู้ดูแลใกล้ชิด อาจต้องอาศัยสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ การเปลี่ยนที่อยู่อาศัยนี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องเรียนรู้และปรับตัวคือสถานที่ใหม่และสิ่งที่ไม่คุ้นเคย

ความกลัวต่อการเจ็บป่วยและการตาย การเจ็บป่วยและ/หรือการตายของคู่สมรสญาติพี่น้อง เพื่อนในวัยเดียวกัน จะทำให้ผู้สูงอายุวิตกกังวลและหวาดกลัวต่อความตาย ถ้าบุตรหลานไม่ดูแลเอาใจใส่ ผู้สูงอายุจะมีความเครียดและเกิดความทุกข์ใจ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวต่อบทบาททางสังคมที่มีการเปลี่ยนไปตามกระบวนการทางอายุตามทฤษฎีบทบาท (Role Theory) โดยเมื่อมีอายุมากขึ้น บุคคลมักจะสูญเสียบทบาททางสังคมที่เคยได้รับมาในอดีต การที่บุคคลจะปรับตัวต่อความเป็นผู้สูงอายุได้ดีเพียงใด จึงน่าจะขึ้นอยู่กับการยอมรับถึงบทบาททางสังคมกำลังจะมาถึง หรือกำลังจะเปลี่ยนไปในอนาคต ทฤษฎีบทบาทยังมีความเกี่ยวข้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) และทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) โดยทฤษฎีกิจกรรมมีแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุที่ปกติส่วนใหญ่จะยังคงไว้ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยกระทำในอดีตตามสภาวะสังคมเศรษฐกิจที่อำนวย เพื่อคงไว้ซึ่งกิจกรรมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมตามกำลังความสามารถ มีความพอใจในชีวิต ทำให้ชีวิตวัยชราที่มีความผาสุก ส่วนผู้สูงอายุที่มีชีวิตสั้นโดย เรียบง่าย ผลการมีกิจกรรมลง จะสอดคล้องกับทฤษฎี

การแยกตนเอง ซึ่งกล่าวว่าเป็นเรื่องธรรมดา และหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะต้องลดกิจกรรมของตนเองและบทบาททางสังคม เมื่อคนเข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งพยายามจะหลีกเลี่ยงหนีจากความกดดัน และความตึงเครียดโดยการถอนตัว (Withdrawal) ออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลจากการที่รู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถลดลง ดังนั้น บทบาททางสังคม และการทำกิจกรรม จึงอาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้

ในการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุนั้น จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะภาวะสุขภาพ เป็นสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นจะเกิดความเสื่อม ทั่วไปสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงด้วย และจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยกับผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ภาวะความเจ็บป่วยก็อาจส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมลดลงได้เช่นกัน เมื่อความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงก็จะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามความต้องการด้วยตัวเอง จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการตอบสนองความต้องการ ให้อาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุจะมีความสุขสบายเท่าที่ยังสามารถเคลื่อนไหว และช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2539: 44) ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพไม่ดี ก็จะส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุไม่ดีด้วย ก็จะทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุขหรือความพึงพอใจได้

ดังนั้นภาวะสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลเพื่อการรักษาพยาบาลให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะทำการศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลประเภทบริการทั่วไปทั้งที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

2.1.2 ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

Hodkinson (1976 อ้างใน ประไพ น้อยชัย, 2540: 38) ได้อธิบายลักษณะของการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุว่ามีลักษณะที่แตกต่างไปจากบุคคลในวัยอื่น ๆ 5 ประการคือ

ก. ผู้สูงอายุ มักจะเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรคในเวลาเดียวกัน ซึ่งจะแตกต่างจากวัยอื่นที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเพียงบางโรค

ข. ปฏิภิกษยาของร่างกายต่อการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป เช่น เมื่อมีการอักเสบติดเชื้อ อาจไม่พบอาการเจ็บป่วย ไม่มีไข้ จำนวนเม็ดเลือดขาวอาจปกติ

ค. อาการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยสูงอายุบ่นถึงความเจ็บปวดแม้เพียงเล็กน้อย อาจเป็นสิ่งที่แสดงถึงความรุนแรงของโรค

ง. อุณหภูมิ การควบคุมความร้อนในผู้สูงอายุมักไม่ปกติ จึงไม่อาจใช้บ่งชี้ถึงการเจ็บป่วยได้

จ. ไม่มีอาการแสดงของโรค โรคบางโรคที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ อาจจะไม่มียาอาการแสดงของโรคเลย เช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคจากเชื้อไวรัส แต่สามารถแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้

ชาติ แฮมวังก์ (2538: 42) ได้อธิบายเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ 6 ประการคือ

ก. มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronicity) บุคคลที่อายุเกิน 60 ปีจะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค หรือมากกว่านั้นและบุคคลที่อายุ 80 ปีขึ้นไป มักจะมีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 3 โรค ซึ่งโรคที่พบบ่อยได้แก่ การติดเชื้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย เกิดโรคกำเริบ หรือเจ็บป่วยเฉียบพลันในภาวะเรื้อรังได้

ข. มีพยาธิสภาพหลายระบบ (Multiple Pathology) และมีการเปลี่ยนแปลงจากวัยสูงอายุเข้ามาเกี่ยวข้อง เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรคกับโรค โรคกับวัยสูงอายุ และมีปฏิสัมพันธ์กับการรักษา ทำให้มีภาวะซับซ้อนยิ่งขึ้น จึงต้องศึกษา ค้นหาอาการของโรคโดยรอบคอบเมื่อแรกพบผู้ป่วยสูงอายุ

ค. อาการ ไม่เฉพาะเจาะจง (Atypical Presentation) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย อาการจะไม่เด่นชัดเหมือนในวัยหนุ่มสาวเช่น เมื่อติดเชื้ออาจไม่มีไข้ แต่สับสนมีเหงื่อ และให้ข้อสังเกตว่าผู้สูงอายุ มักไม่บอกถึงอาการผิดปกติของตนเอง เนื่องจาก

- 1) คิดว่าเกิดจากวัยสูงอายุ
- 2) เคยบอกถึงอาการที่ผิดปกติ แต่ถูกเพิกเฉย
- 3) มีความพร้อมในด้านการรู้คิด
- 4) มีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ทำให้ขาดความสนใจในตนเอง
- 5) กลัวผลที่จะเกิดตามมาจะทำให้ขาดอิสระ ต้องพึ่งพา ต้องเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล

จึงพึงจยเหล่านี้ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ

ข. ปฏิกริยาของร่างกายต่อการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป เช่น เมื่อมีการอักเสบติดเชื้อ อาจไม่พบอาการเจ็บป่วย ไม่มีไข้ จำนวนเม็ดเลือดขาวอาจปกติ

ค. อาการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยสูงอายุบ่งถึงความเจ็บปวดแม้เพียงเล็กน้อย อาจเป็นสิ่งที่แสดงถึงความรุนแรงของโรค

ง. อุณหภูมิ การควบคุมความร้อนในผู้สูงอายุมักไม่ปกติ จึงไม่อาจ指望ถึงการเจ็บป่วยได้

จ. ไม่มีอาการแสดงของโรค โรคบางโรคที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ อาจจะไม่มีอาการแสดงของโรคเลย เช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคจากเชื้อไวรัส แต่สามารถแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้

ชวลี แยมวงศ์ (2538: 42) ได้อธิบายเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ 6 ประการคือ

ก. มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronicity) บุคคลที่อายุเกิน 60 ปีจะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค หรือมากกว่านั้นและบุคคลที่อายุ 80 ปีขึ้นไป มักจะมีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 3 โรค ซึ่งโรคที่พบบ่อยได้แก่ การติดเชื้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ทำให้เกิดความไม่สบาย เกิดโรคกำเริบ หรือเจ็บป่วยเฉียบพลันในภาวะเรื้อรังได้

ข. มีพยาธิสภาพหลายระบบ (Multiple Pathology) และมีการเปลี่ยนแปลงจากวัยสูงอายุเข้ามาเกี่ยวข้องกับ เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรคกับโรค โรคกับวัยสูงอายุ และมีปฏิสัมพันธ์กับการรักษา ทำให้มีภาวะซับซ้อนยิ่งขึ้น จึงต้องศึกษา ค้นหาอาการของโรคโดยรอบคอบเมื่อแรกพบผู้ป่วยสูงอายุ

ค. อาการไม่เฉพาะเจาะจง (Atypical Presentation) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย อาการจะไม่เด่นชัดเหมือนในวัยหนุ่มสาวเช่น เมื่อติดเชื้ออาจไม่มีไข้ แต่สับสนมีไข้ และให้ข้อสังเกตว่าผู้สูงอายุ มักไม่บอกถึงอาการผิดปกติของตนเอง เนื่องจาก

- 1) คิดว่าเกิดจากวัยสูงอายุ
- 2) เคยบอกถึงอาการที่ผิดปกติ แต่ถูกเพิกเฉย
- 3) มีความพร้อมในด้านการรู้คิด
- 4) มีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ทำให้ขาดความสนใจในตนเอง
- 5) กลัวผลที่จะเกิดตามมาจะทำให้ขาดอิสระ ต้องพึ่งพา ต้องเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล

ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ

ง. มีความสัมพันธ์กับการเสื่อมหน้าที่ การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจะมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ และถ้ามีการเสื่อมหน้าที่โดยเฉพาะมีความพร้อมด้านการรู้คิด การเคลื่อนไหว การควบคุมการขับถ่าย จะมีอัตราการตายสูง (Pre-death Dependency)

จ. มีการเจ็บป่วยที่พบบ่อยขึ้นเช่น คออักเสบ หลอดลมอักเสบ ความดันโลหิตสูง และอุบัติเหตุทุกล้ม

ฉ. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นเช่น ปอดอักเสบ ภาวะเจ็บจากอุบัติเหตุ มีการฟื้นฟูสภาพช้า และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาได้ง่าย

สิรินทร ดันศิริกาญจน์ (2539: 65) ได้ศึกษาลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยสูงอายุไว้ดังนี้

ก. ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดจากการสูงวัยทำให้สมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ ค่อยถดถอยในวัยผู้ใหญ่และวัยหนุ่มสาว การฟื้นกลับสู่สภาพเดิมจะช้าและไม่สมบูรณ์

ข. สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นผลรวมของหลายปัจจัยที่เกิดขึ้นในอดีตเช่น ความลำบากในการดำเนินชีวิต โรคภัยไข้เจ็บ และผลของสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสภาวะกายและจิต

ค. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากการสูงวัยทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยจำนวนหนึ่งไม่มีอาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคนั้น ๆ ออกมาทำให้การวินิจฉัยลำบาก ลำบาก การรักษาไม่เหมาะสมและทันที่

ง. โรคทางกายอาจจะแสดงเหมือนกับว่ามีปัญหาทางด้านจิตใจเช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการคิดเชื่อในร่างกาย หรือมีปัญหาเกี่ยวกับเส้นเลือดในสมอง อาจถูกนำส่งโรงพยาบาลเนื่องจากมีภาวะอะละสับสนเฉียบพลัน

จ. ปัญหาทางจิตใจโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการซึมเศร้า มักจะไม่บอกว่าเบื่อหรือซึมเศร้า แต่มักมาด้วยปัญหาสุขภาพกาย การนอนไม่หลับ และน้ำหนักลด เป็นต้น

ฉ. ผู้สูงอายุมักมีโรคแทรกหลาย ๆ โรค ทั้งในแง่ปัญหาทางกาย ทางใจ รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในคนคนเดียว

ช. ผลของยาในผู้ป่วยสูงอายุจะมีมากกว่าปกติและพบว่ามีปัญหาจากผลข้างเคียงของยาได้ง่าย

ลักษณะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุข้างต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจึงเป็นสิ่งท้าทายความสามารถของผู้มีหน้าที่รักษาพยาบาลที่ให้บริการ เพื่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกล่าวคือ ต้องสามารถตอบสนองความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุได้

2.1.3 หลักการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

หลักการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะเป็นแบบองค์รวม ซึ่งมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเอง มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ได้มีผู้เสนอหลักการในลักษณะของความคล้ายคลึงกัน ดังนี้

Mead (1977 อ้างใน ประไพ น้อยจ้อย, 2540: 56) กล่าวถึงหลักการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุไว้ 4 ประการคือ

ก. ผู้ป่วยสูงอายุต้องการความเข้าใจและความอดทนเป็นพิเศษจากบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล

ข. การคิดคือสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ ต้องพูดด้วยน้ำเสียงที่ช้า ชัดเจน หรือใช้คำพูดซ้ำๆ เนื่องจากมีความบกพร่องของสมอง ทำให้การรับรู้และความเข้าใจต่าง ๆ ลดลง

ค. พยาบาลจะต้องไม่ละเลยเกี่ยวกับอาการแสดงต่าง ๆ เช่น อ่อนการรุนแรง และเฉื่อย ซึ่งเป็นอาการของโรคแทรกซ้อนทางสมอง

ง. การรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุควรกระทำด้วยความรัก ความเข้าใจ ความนับถือ และคำนึงถึงผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าวิธีการรักษาและการให้ยา

ประนอม โอทกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2537: 24-26) ได้ศึกษาวิจัยและระบุหลักการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุไว้ดังนี้

ก. การเฝ้าระวัง สังเกตอาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สำคัญมาก อาการแสดงของผู้สูงอายุ อาจแสดงถึงความผิดปกติบางอย่าง ซึ่งไม่ควรละเลยหรือ คิดว่าเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุเช่น การไม่รับประทานอาหาร น้ำหนักลด

ข. เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย จะมีความผิดปกติหลาย ๆ อย่าง ซึ่งต้องการการดูแลพิเศษ ดังนั้นการเฝ้าระวังสังเกตความผิดปกติหลาย ๆ อย่างที่เกิดขึ้น จะช่วยให้ทราบถึงความต้องการการรักษาพยาบาลได้

ค. อาการผิดปกติต่าง ๆ ที่สังเกตได้จากการแสดงของผู้สูงอายุควรได้รับการค้นหาสาเหตุอย่างรอบคอบเช่น อาการซึม หน้ามืด เป็นลมบ่อย ๆ หงุดหงิด เนื่องจากการดูแลรักษาตามอาการ อาจทำให้ละเลยต่อการรักษาพยาบาลตามสาเหตุที่แท้จริงของความผิดปกติของผู้สูงอายุ

ง. เมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ง่าย ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนนั้น ได้แก่ หงุดหงิด แผลกดทับ สับสน ตอนกลางคืน

จ. วิธีการรักษาพยาบาลที่เป็นธรรมชาติที่มีผลข้างเคียงน้อยที่สุดคือ วิธีที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ วิธีการรักษาพยาบาลที่คาดว่าจะอาจมีโรคแทรกซ้อนแก่ผู้สูงอายุและโรคที่เกิดนั้นอาจรุนแรงกว่าโรคที่เป็นอยู่ ดังนั้นวิธีเหล่านี้ควรหลีกเลี่ยง

ฉ. การสังเกตปฏิกิริยาและผลข้างเคียงจากการได้รับยาเป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการได้รับผลข้างเคียงจากยามากที่สุด ดังนั้นจึงควรสังเกตอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

วิไลวรรณ ทองเจริญ (2539: 22) ได้กล่าวสรุปหลักการพยาบาลผู้สูงอายุที่สำคัญคือ การให้การพยาบาลแบบองค์รวมเน้นการพยาบาลเพื่อชะลอความเสื่อม ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมทั้งฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีที่สุดตามสถานะของร่างกาย โดยอาศัยกระบวนการพยาบาล

มิสฟลอยเรนซ์ ไลน์ดิงเกิล ได้ให้ความหมายของการพยาบาลว่าเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวเนื่องกับการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้อยู่ในสภาวะที่จะต่อสู้การรุกรานของโรคได้อย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (อ้างใน สุปาณี วศินอมร, 2536: 18)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความสำคัญของคำว่า การพยาบาล เป็นการใช้ศิลปะและวิทยาศาสตร์ในการปฏิบัติคือผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ โดยยึดหลักการให้ความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยต่อประชาชนและสังคม โดยมีคำจำกัดความว่า อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ชูณะ ตลอดจนสัญชาติการเมือง

สมาคมพยาบาลสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความหมายของ การพยาบาล ว่าหมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำซึ่งเป็นการให้บริการขั้นวิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้เกี่ยวกับชีววิทยา สรีรวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยา สังคมวิทยา และทฤษฎีการพยาบาลพื้นฐาน ในการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลในการส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพ และการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือทุพพลภาพ และดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะ หรือช่วยให้ผู้ป่วยใกล้เคียงกับได้คายอย่างสงบ และมีเกียรติ การปฏิบัติการพยาบาลรวมถึงการบริหาร การสอน หรือการให้คำปรึกษานิเทศ และการประเมินผลการปฏิบัติการจัดการเกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษา เพื่อแสดงถึงคุณภาพของการพยาบาล (Ebersole and Hess อ้างใน ชารารัตน์ สังสิทธิกุล, 2535: 48)

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ (2535: 23) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลว่าเป็น การปฏิบัติต่อผู้รับบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย โดยพยาบาลจะมีบทบาทที่เกี่ยวเนื่องกับการสังเกต สอน และสนับสนุน

สมจิต หนูเจริญกุล (2537: 44) ให้ความหมายของการพยาบาลว่าเป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่เกี่ยวข้อกับสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถตอบสนองได้ด้วยตนเอง ช่วยบรรเทาความไม่สุขสบาย ช่วยเพิ่มความสามารถและเอื้ออำนาจ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวต่อการสูญเสีย และความยากลำบากต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ช่วยพัฒนาสุขภาพของบุคคล เพื่อให้เขาสามารถดูแลสุขภาพตนเองและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด

จากความที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การบริการพยาบาลเป็นการใช้ความรู้ทางศิลปะและวิทยาศาสตร์ สำหรับให้บริการทางสุขภาพแก่บุคคล ทั้งผู้ที่ปกติและผู้ที่เจ็บป่วย เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นมีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยกิจกรรมการพยาบาลต้องครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ ตามความหมายของทงนานุกรมทางด้านจิตวิทยา (Chapon, 1968 : 437) ให้คำจำกัดความไว้ว่า เป็นความรู้สึกของผู้ที่มารับบริการตามประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าไปติดต่อขอรับบริการในสถานบริการนั้น ๆ

Davis (1967 อ้างใน บังอร เทียนอำนาจ, 2540: 18) มีความเห็นว่า พฤติกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจของมนุษย์คือ ความพยายามที่จะขจัดความเครียด หรือความกระวนกระวาย หรือภาวะไม่ได้คุยคลากในร่างกาย เมื่อนมนุษย์สามารถขจัดสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวได้แล้ว มนุษย์ย่อมได้รับความพึงพอใจในสิ่งเหล่านั้นที่ต้องการ

Vroom (1964 อ้างใน มุกดา คັນปิติ, 2543: 16) กล่าวว่า ทัศนคติ และความพึงพอใจในสิ่งหนึ่งสามารถชี้แทนกันได้ เพราะทั้งสองคำนี้จะหมายถึง ผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น ทัศนคติด้านบวกจะแสดงให้เห็นสภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้น และทัศนคติด้านลบจะแสดงให้เห็นสภาพความไม่พึงพอใจ

Shelley (อ้างใน มุกดา คັນปิติ, 2543: 22) ได้สรุปไว้ว่า ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจคือ ทฤษฎีที่ว่าด้วยความรู้สึกสองแบบของมนุษย์คือ ความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกทางลบ ซึ่งความรู้สึกทุกชนิดของมนุษย์จะตกอยู่ในกลุ่มความรู้สึกทางบวกคือ ความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความสบายใจ ความรู้สึกทางบวก ความรู้สึกทางลบ และความสุข มีความสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน ระบบความสัมพันธ์ของความรู้สึกทั้งสามเรียกว่า ระบบความพึงพอใจ ซึ่งความพึงพอใจจะเกิดขึ้นคือเมื่อความรู้สึกทางบวกมากกว่าทางลบ สิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความพอใจของมนุษย์ได้แก่ ทรัพยากร (Resource) หรือสิ่งเร้า (Stimuli) การวิเคราะห์ระบบ

ความพึงพอใจคือ การศึกษาทรัพยากรหรือสิ่งไร้แบบใดเป็นที่ต้องการที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจและความสุขแก่มนุษย์

Davis (อ้างใน ลักษณะ สิริวิรัตนพลกุล, 2543: 23) กล่าวว่า พฤติกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจของมนุษย์ คือความพยายามที่จะขจัดความตึงเครียด หรือความกระวนกระวาย หรือภาวะไม่ได้คุยกภาพในร่างกาย เมื่อมนุษย์สามารถขจัดสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวได้แล้ว มนุษย์ย่อมได้รับความพึงพอใจในสิ่งที่ตนต้องการ

Wallerstein (อ้างใน ลักษณะ สิริวิรัตนพลกุล, 2543: 18) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย หรือเป็นความรู้สึกขั้นสุดท้ายที่ได้รับผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์

แสวง รัตนมงคล (2537: 23) ได้นิยามว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ปฏิกริยาด้านความรู้สึกต่อสิ่งไร้ โดยที่แสดงผลออกมาในลักษณะของผลลัพธ์สุดท้ายของกระบวนการ ประเมินในลักษณะเป็นด้านบวกหรือด้านลบ หรือไม่มีปฏิกริยาต่อสิ่งไร้นั้น

กล่าวโดยทั่วไปแล้ว บุคคลจะรู้สึกพอใจเมื่อความต้องการของตนได้รับการตอบสนอง และความพึงพอใจอาจเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเช่น ลักษณะส่วนบุคคล สภาพเศรษฐกิจสังคม สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ตลอดจนทรัพยากรต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยด้วย ดังนั้นในการดำเนินการใด ๆ ก็ตาม บุคคลจะได้รับการกระตุ้นหรือเรียกว่าจูงใจให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้ถูกกำหนดขึ้นมาจากตอบสนองความต้องการของเขา ความต้องการก็เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคล ซึ่งจะชักนำหรือกำกับบุคคลให้ไปสู่เป้าหมายของการตอบสนอง ความต้องการตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้น

2.2.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นได้ เมื่อความต้องการพื้นฐานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจได้รับการตอบสนอง การพัฒนาการบริการพยาบาลให้ผู้รับเกิดความพึงพอใจจะต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการด้วย ซึ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์มีนักวิชาการ ได้ทำการศึกษาไว้เช่น ทฤษฎีการจูงใจของมาสโลว์ ซึ่ง การจูงใจ (Motivation) มีลักษณะเป็นนามธรรม กล่าวคือ เป็นวิธีการที่จะชักนำพฤติกรรมผู้อื่นให้ประพฤติปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ ความพยายามที่จะชักจูงใจให้ผู้อื่นแสดงออกหรือปฏิบัติตามสิ่งจูงใจ สิ่งจูงใจอาจมีได้ทั้งจากภายในและภายนอกตัวบุคคลนั้น ๆ เอง ค่อมุกเทศจูงใจอันสำคัญของคนคือ ความต้องการ (Needs)

Maslow (1970 อ้างใน นิติ ดันเจริญ, 2538: 44) ได้เสนอทฤษฎีลำดับขั้นของความ ต้องการ (Needs-Hierarchy Theory) ซึ่งนับว่าเป็นทฤษฎีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า

1. มนุษย์เรามีความต้องการอยู่เสมอ ไม่มีที่สิ้นสุด

2. เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง หรือพึงพอใจอย่างใดอย่างหนึ่งแล้ว ความ ต้องการสิ่งอื่น ๆ ก็จะเกิดขึ้นมาอีก ความต้องการของคนเราอาจจะซ้ำซ้อนกัน ความต้องการอย่าง หนึ่งอาจจะยังไม่ทันหมดไป ความต้องการอีกอย่างหนึ่งก็จะเกิดขึ้นได้

3. ความต้องการของมนุษย์จะมีลักษณะเป็นลำดับขั้นจากที่ต่ำไปหาสูง ตามลำดับ ความต้องการ ในขณะที่ความต้องการขั้นต่ำได้รับการตอบสนองบางส่วนแล้ว ความต้องการ ขั้นสูงถัดไปก็จะคิดตามมาเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมต่อไป

ลำดับความต้องการของมนุษย์นี้ มาสโลว์ได้แบ่งไว้เป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ความต้องการทางร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นมูลฐานของ มนุษย์ และเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับการดำรงชีวิต ร่างกายจะได้รับการตอบสนองภายในช่วง ระยะเวลาและสม่ำเสมอ ถักร่างกายไม่ได้รับการตอบสนองแล้ว ชีวิตก็ดำรงอยู่ไม่ได้ ความ ต้องการเหล่านี้ได้แก่ อาหาร อากาศ น้ำดื่ม ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค การพักผ่อน และความสะอาดทางเพศ

2. ความต้องการความปลอดภัย (Security Needs) เมื่อความต้องการทางร่างกายได้รับ การตอบสนองแล้ว ความต้องการความปลอดภัยก็เข้ามาแทนที่เข้ามามีบทบาทในพฤติกรรมของ มนุษย์ มีความปรารถนาที่จะได้รับความคุ้มครองจากภัยอันตรายต่าง ๆ ที่จะมีต่อร่างกาย เช่น อุบัติเหตุ อาชญากรรม ฯลฯ มนุษย์ปรารถนาที่จะอยู่ในสังคมที่เป็นระเบียบและสามารถคาด หมายได้ (Predictable World) ความต้องการความปลอดภัย หมายถึงความรู้ของแต่ละบุคคลถึง ข้อจำกัด หรือขอบเขตของพฤติกรรมซึ่งเป็นที่ยอมรับในสังคมในองค์การ

3. ความต้องการทางสังคม (Social or Belonging Needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับการ อยู่ร่วมกัน มีเพื่อนพรรคพวก การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น และเป็นส่วนหนึ่งของ สังคม ความต้องการด้านนี้จึงเป็นแรงจูงใจหรือสาเหตุสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ใน การอยู่ร่วมกัน

4. ความต้องการมีชื่อเสียงเกียรติยศได้รับการยกย่องทางสังคม (Esteem Needs) เป็น ความต้องการเกี่ยวกับความมั่นใจในตนเอง ในเรื่องของความรู้ความสามารถ รวมทั้งความ ต้องการที่จะให้บุคคลอื่นยกย่องสรรเสริญ หรือเป็นที่ยอมรับนับถือในสังคมและความต้องการ ด้านสถานภาพ

5. ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จในชีวิต (Self actualization Needs) เป็นความต้องการระดับสูงของมนุษย์ เป็นความต้องการที่อยากจะทำให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่างตามความคิดหรือตามความหวังของคน

ในระยะต่อมา มาสโลว์ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์เพิ่มเติมมาอีก 2 ลำดับขั้นคือ

6. ความต้องการความสำเร็จ (Self- fulfillment) เมื่อบุคคลสามารถพัฒนาขึ้นมาถึงขั้นที่ 5 แล้วบุคคลย่อมพร้อมที่จะศึกษาสำรวจ หาความรู้ และต้องการที่จะใช้ความสามารถของตนอย่างเต็มที่

7. ความต้องการด้านสุนทรียะ (Being-values) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการตอบสนองขั้นต้นมาแล้วบุคคลก็พร้อมที่จะใช้ความสามารถเต็มศักยภาพของตน อันจะก่อให้เกิดความรู้สึกสมหวัง มีความภาคภูมิใจในคน และจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยตระหนักถึงความดี ความงาม ความมีคุณธรรม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นการกระทำโดยไม่หวังผลตอบแทน ไม่หวังว่าใครจะเห็นหรือไม่ แต่เป็นการทำความดีเพื่อความดีอันแท้จริง

Henderson (ฮังโน ธาร์วีน สังกัทธิกุล, 2535: 22-23) ได้จัดแบ่งความต้องการของผู้ป่วยไว้ 14 ประการคือ

1. ความต้องการการหายใจเป็นปกติ
2. ความต้องการอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
3. ความต้องการขับถ่ายของเสีย
4. ความต้องการการเคลื่อนไหว และคงไว้ซึ่งรูปร่างเช่น การเดิน นั่งหรือเปลี่ยนท่า
5. ความต้องการนอนหลับหรือพักผ่อน
6. ความต้องการเสื้อผ้า
7. ความต้องการรักษาระดับอุณหภูมิของร่างกาย
8. การรักษาความสะอาดของร่างกาย
9. การหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อม
10. การติดต่อสื่อสารการแสดงความรู้สึก ความต้องการ ความกลัว
11. การทำงานตามความเชื่อมั่นศรัทธาของตน
12. การทำงานให้ประสบความสำเร็จ
13. การเล่นหรือมีส่วนร่วมในการบันเทิงต่าง ๆ
14. การเรียนรู้ค้นคว้าหรือพึงพอใจในการหาความแปลกใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา

และภาวะสุขภาพ

สำหรับผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ความต้องการเปลี่ยนแปลงไปด้วย เพราะแต่ละคนก็จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแตกต่างกัน และเมื่อความต้องการแตกต่างกันก็จะทำให้การตอบสนองความต้องการแตกต่างกันด้วย ดังนั้น ความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ จึงมีดังนี้ (นงลักษณ์ บุญไทย, 2539: 33)

1. ความต้องการที่จะมีชีวิตให้อื่นชาวที่สุกเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยไม่ปรารถนาที่จะพบกับความทุกข์ทรมาน ปัญหาต่าง ๆ หรือความขาดแคลนต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตหรือความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่นานกว่าความตายจะมาถึง
2. ความต้องการที่จะได้รับการพักผ่อนในสถานที่ดีกว่าและเป็นเวลามากขึ้นกว่าเดิม โดยถอนตัวออกจากสภาพการทำงานที่ซ้ำซากจำเจและสภาพความเหนื่อยอ่อนของร่างกาย
3. ความต้องการที่จะรักษาหรือคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจต่าง ๆ ที่ตนเองได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม หรือสิ่งอื่น ๆ ที่ตนเองมีอยู่ในขณะที่อยู่ในวัยกลางคนของชีวิตเช่น การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ความชำนาญต่าง ๆ ความเป็นเจ้าของสิทธิและอำนาจหรืออิทธิพลต่าง ๆ ที่ตนเองมีหรือเคยได้รับ
4. ความต้องการที่จะคงอยู่ในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตแทนที่จะมีบทบาทเป็นเพียงผู้ปฏิบัติตามหรือมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำเท่านั้น ถ้ามีโอกาสได้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นและเข้าร่วมทำกิจกรรมที่น่าสนใจในกลุ่มจะเป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ ภาคภูมิใจ และสามารถแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี
5. ความต้องการที่จะปลดตัวเองออกจากวิธีการดำเนินชีวิตที่สับสนวุ่นวายที่ต้องผจญกับการแข่งขัน แย่งชิงซึ่งกัน ซึ่งเรียกรื่องเวลาเกียรติยศ ชื่อเสียง และความสะดวกสบายต่าง ๆ (ศรีทับทิม พานิชพันธ์, 2534: 28) แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว (Family Support) ผู้สูงอายุเมื่อถูกปล่อยให้อยู่โดดเดี่ยวหรือแยกตัวอยู่คนเดียว ขาดความมั่นคงทางอารมณ์และทางจิตใจ รวมทั้งทางเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งการช่วยเหลือจากบุคคล หรือองค์กรสังคมสงเคราะห์ ภายนอกครอบครัว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวเดิมของคนควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว

2. ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคม ประเภทประกันสุขภาพ เมื่อเข้าสู่วัยชราภาพและเลิกประกอบอาชีพแล้ว จะได้รับบำนาญชราภาพเพื่อช่วยให้

สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมั่นคง ปลอดภัย ตามควรแก่สภาพในบั้นปลายของชีวิต ไม่เป็นภาระของบุตรหลานและสังคม

3. ความต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม สังคมจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้น ให้มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในการพัฒนาตนเอง ในการปรับคนให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการปรับปรุงวัฒนธรรมและในการรักษาสุขภาพทั้งกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4. ความต้องการที่จะลดความพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ถ้าหากครอบครัวและสังคมได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคมแล้ว จะเป็นการช่วยผู้สูงอายุให้รู้จักพึ่งตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายของชีวิต

5. ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มและสังคม (Sense of Belonging) ความต้องการการยอมรับและความเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัวและสังคม (Sense of Recognition) ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่ม ของชุมชน และของสังคม (Sense of Importance) ความต้องการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม และสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับทุกสถานการณ์ในครอบครัวและสังคมได้ (Better Relationships and Adaptation and Adjustment) ความต้องการการมีโอกาสทำสิ่งที่ตนปรารถนา (Sense of Opportunity)

6. ความต้องการทางกายและจิตใจ (Physical and Psychological Needs) เป็นความต้องการพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ เพราะเป็นสิ่งที่มีธรรมชาติของร่างกายต้องการเพื่อมาเสริมสร้างร่างกายให้ดำรงอยู่ได้ ความต้องการด้านร่างกายได้แก่ ความต้องการปัจจัยสี่คือ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล ส่วนความต้องการด้านจิตใจเป็นสิ่งที่ไม่เห็นสัมผัสไม่ได้แต่รู้สึกได้เช่น ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Security Needs) โดยเฉพาะความต้องการด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยปราศจากความวิตกกังวลหวาดกลัว และการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี นอกจากนั้นยังมีความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition Needs) ซึ่งเป็นความต้องการที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิกของกลุ่มสังคมและครอบครัว ความต้องการมีโอกาสก้าวหน้า (Opportunity Needs) โดยเฉพาะในเรื่องความสำเร็จของการทำงานในบั้นปลายชีวิต

7. ความต้องการทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตรหลานของตน เพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในสภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย ผู้สูงอายุต้องการให้รัฐช่วยในการจัดหาอาชีพให้เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ ทั้งนี้เพื่อตนเองจะได้มีบทบาททางเศรษฐกิจคือ

ความต้องการที่จะช่วยตนเองเพื่อให้พ้นจากสภาวะความบีบคั้นทางเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน

2.2.2 การวัดความพึงพอใจ

วัดแบบเดียวกับการวัดทัศนคติ ศาสตราจารย์ อุตุชยา (2532: 22) ได้อธิบายว่าการวัดด้านจิตวิทยาหรือความรู้สึก เป็นการวัดพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกหรืออารมณ์เช่น ความสนใจ ความพอใจ ความซาบซึ้ง เจลสนธิหรือทัศนคติ คำนิยม การปรับตัว ทัศนคติเป็นการวัดถึงความรู้สึกของบุคคลอันเนื่องมาจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ต่อสิ่งต่าง ๆ ที่ค่อนข้างถาวรในระยะหนึ่ง แต่อาจเปลี่ยนได้ และทัศนคติก็สามารถระบุทิศทางและความมากน้อยหรือความเข้มได้

ข้อตกลงเบื้องต้นในการวัดทัศนคติ การวัดทัศนคตินั้นมีข้อตกลงเบื้องต้น (เชิดศักดิ์ โฉวาสินธุ์, 2522: 46) กล่าวไว้ดังนี้

1. การศึกษาทัศนคติ เป็นการศึกษาแนวความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีลักษณะคงเส้นคงวา หรืออย่างน้อยเป็นความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่ไม่เปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาหนึ่ง
2. ทัศนคติที่ไม่สามารถสังเกตหรือวัดได้โดยตรง ดังนั้น การวัดทัศนคติจึงเป็นการวัดทางอ้อมจากแนวโน้มที่บุคคลจะแสดงออกหรือพฤติกรรมปฏิบัติอย่างมีระเบียบแบบแผนคงที่ไม่ใช่พฤติกรรมโดยตรงของมนุษย์
3. การศึกษาทัศนคติของบุคคลนั้นไม่ใช่เป็นการศึกษาแต่เฉพาะทิศทางทัศนคติของบุคคลเท่านั้น แต่ต้องศึกษาถึงระดับความมากน้อยหรือความเข้มของทัศนคติด้วย

หลักการวัดทัศนคติ มีหลักเบื้องต้น 3 ประการ (บุญธรรม กิจปริลาปวิสุทธิ, 2527: 66) ดังนี้

1. เนื้อหา (Context) การวัดทัศนคติ ต้องมีสิ่งเร้าไปกระตุ้นให้แสดงกิริยาท่าทีต่อสิ่งเร้าโดยทั่วไปได้แก่ เนื้อหาที่ต้องการทำ
2. ทิศทาง (Direction) การวัดทัศนคติ โดยทั่วไปกำหนดให้ทัศนคติมีทิศทางเป็นเส้นตรงและต่อเนื่องกันในลักษณะเป็น ซ้าย-ขวา หรือ บวก-ลบ
3. ความเข้ม (Intensity) กิริยาท่าที หรือความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งเร้า นั้น มีปริมาณมากหรือน้อยแตกต่างกัน ถ้ามีความเข้มขั้นสูงไม่ว่าจะเป็นไปในทิศทางใดก็ตามจะมีความรู้สึกหรือท่าทีรุนแรงมากกว่าที่มีความเข้มปานกลาง

มาตรวัดทัศนคติ (Attitude scale) เครื่องที่ใช้วัดทัศนคติเรียกว่า มาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เครื่องมือที่ใช้วัดทัศนคติที่นิยมใช้และรู้จักแพร่หลาย มี 4 ชนิด ได้แก่ มาตรวัดแบบเทอร์สโตน (Thurstone Type Scale) มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มาตรวัดแบบกัตแมน (Guttman Scale) และมาตรวัดแบบของออสกู๊ด (Osgood Scale) ซึ่งแต่ละประเภทมีข้อจำกัด ข้อดี ข้อเสียต่าง ๆ กัน การจะเลือกใช้มาตรวัดใดก็ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และการจำกัดของการวิจัย (บุญธรรม กิจปริคาบวิสุทธ์, 2531: 68)

ในการวัดความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในกรุงเทพมหานคร ได้ประยุกต์มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert) ที่มีความคิดเห็นในทางบวกเพียงอย่างเดียว มี 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง และน้อย

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์

การบริการ หมายถึง งานที่มีการผลิตและการบริโภคเกิดขึ้นพร้อมกัน ไม่อาจกำหนดได้แน่นอนว่าผู้ใช้บริการจะมีความต้องการเมื่อใด ไม่มีตัวสินค้า ไม่มีผลผลิต สิ่งที่ใช้บริการจะได้คือ ความพึงพอใจ นอกจากนั้นงานบริการยังเป็นงานที่ต้องการตอบสนองในทันที ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่บริการจะต้องมีความพร้อมที่จะให้บริการอยู่เสมอ แนวคิดในการบริการได้แก่

Weber (1966 อ้างใน มุขีร์ย์ คำเนินผล, 2544: 36) ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับการให้บริการว่าการจะให้บริการมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์คือประชาชนมากที่สุดคือ การให้บริการที่ไม่คำนึงถึงตัวบุคคลหรือเป็นการให้บริการที่ปราศจากอารมณ์ ไม่มีความชอบพอ สนใจเป็นพิเศษ ทุกคนได้รับการปฏิบัติเท่าเทียมกันตามหลักเกณฑ์เมื่ออยู่ในสภาพที่เหมือนกัน

กุลธน ธนาพงศธร (2528: 42) กล่าวว่า หลักการให้บริการได้แก่ หลักความสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือประโยชน์และบริการที่องค์การจัดให้ นั้นจะต้องตอบสนองความต้องการของบุคคลกรส่วนใหญ่ หรือทั้งหมดมิใช่เป็นการจัดให้แก่บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะหลักความสม่ำเสมอ กล่าวคือการให้บริการนั้น ๆ ต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มิใช่ทำ ๆ หยุด ๆ ตามความพอใจของผู้บริการหรือผู้ปฏิบัติงานหลักความเสมอภาค บริการที่จัดนั้นจะต้องให้แก่ผู้มาใช้บริการทุกคนอย่างเสมอหน้ากัน ไม่มีการใช้สิทธิพิเศษแก่บุคคลหรือกลุ่มใดในลักษณะแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัด หลักความปลอดภัย ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ไปในการบริการ จะต้องไม่มากจนเกินกว่าผลที่จะได้รับ หลักความสะดวก บริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะที่ปฏิบัติได้ง่าย สะดวกสบาย สั้นเปลือง

ทรัพยากรไม่มากนัก ทั้งยังไม่เป็นการสร้างภาวะยุ่งยากใจให้แก่ผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการมากเกินไป

ปรัชญา เวสารัชช์ (2521: 40) จำแนกองค์ประกอบหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมระหว่างการติดต่อของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ออกเป็น 3 ประเภทคือ องค์ประกอบที่เกิดจากตัวเจ้าหน้าที่องค์การเอง องค์ประกอบด้านผู้รับบริการและองค์ประกอบที่เกิดจากสภาพการติดต่อ ซึ่งองค์ประกอบที่เกิดจากสภาพการติดต่อที่ออกมาข้อมมีผลสะท้อนออกมาในรูปของความพึงพอใจหรือการกระทำ ซึ่งจะส่งผลย้อนไปหาเจ้าหน้าที่ขององค์การ

จากที่กล่าวข้างต้นจึงกล่าวได้ว่า องค์ประกอบของงานบริการ จะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ประการคือ

1. คุณภาพของทรัพยากร ต้องเลือกสรรแล้วว่าสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ และมีคุณภาพดี
2. คุณภาพของบุคลากรผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการต้องมีความรอบรู้ในงานบริการนั้นเป็นอย่างดี
3. การสื่อสาร เช่น การสื่อสารระหว่างผู้บริการ การใช้ภาษา สัญลักษณ์ ต้องสามารถสื่อความหมายให้เข้ากันเป็นอย่างดี

ลักษณะของงานบริการ มีลักษณะที่สำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1. งานบริการเป็นงานที่มีการผลิต และการบริโภคเกิดขึ้นพร้อมกัน คือไม่อาจกำหนดความต้องการแน่นอนได้ ขึ้นอยู่กับผู้ใช้บริการว่าต้องการเมื่อใดและต้องการอะไร
2. งานบริการเป็นงานที่ไม่อาจกำหนดปริมาณงานล่วงหน้าได้ ธรรมดาใช้บริการหรือไม่ ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของผู้ใช้บริการ การกำหนดปริมาณงานล่วงหน้าจึงไม่อาจทำได้ นอกจากการคาดคะเนความน่าจะเป็นเท่านั้น
3. งานบริการเป็นงานที่ไม่มีตัวสินค้า-ไม่มีผลผลิต สิ่งที่ใช้บริการจะได้คือ ความพึงพอใจ ทัศนคติความรู้สึกลับค้ำที่ได้มาใช้บริการ ดังนั้นคุณภาพของงานจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก
4. งานบริการเป็นงานที่ต้องการ การตอบสนองในทันที ผู้ใช้บริการต้องการให้ลงมือปฏิบัติทันที ดังนั้นผู้ให้บริการจะต้องพร้อมที่จะคอยตอบสนองตลอดเวลา

สิ่งสำคัญในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจการให้บริการคือ การรักษาระดับการให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่ง โดยเสนอคุณภาพการให้บริการตามลูกค้าคาดหวังไว้ ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการที่ลูกค้าต้องการ จะได้จากประสบการณ์ในอดีต จากการพูดปากต่อปาก จากการโฆษณาของธุรกิจให้บริการ ลูกค้าจะพอใจถ้าเขาได้รับในสิ่งที่เขาต้องการ (What) เมื่อเขามีความต้องการ (When) ในรูปแบบที่ต้องการ (How) ดังนั้นจึงต้องคำนึงถึงคุณภาพของการ

ให้บริการ ซึ่งการบริการที่ประสบความสำเร็จจะต้องประกอบด้วยคุณสมบัติต่าง ๆ เหล่านี้คือ (Parasuraman, Zeithal and Barry อ้างใน เกศินี ศรีคงอยู่, 2542: 38)

1. ความเชื่อถือได้ (Reliability) ประกอบด้วย
 - ความสม่ำเสมอ (Consistency)
 - ความพึ่งพาได้ (Dependability)
2. การตอบสนอง (Responsive) ประกอบด้วย
 - ความเต็มใจที่จะให้บริการ
 - ความพร้อมที่จะให้บริการและการอุทิศเวลา
 - มีการคิดค้อย่างต่อเนื่อง
 - ปฏิบัติคือผู้ให้บริการเป็นอย่างดี
3. ความสามารถ (Competence) ประกอบด้วย
 - สามารถในการให้บริการ
 - สามารถในการสื่อสาร
 - สามารถในความรู้วิชาการที่จะให้บริการ
4. การเข้าถึงบริการ (Access) ประกอบด้วย
 - ผู้ให้บริการเข้าหรือรับบริการได้สะดวก ระเบียบขั้นตอนไม่ควรมากมาย ซับซ้อนเกินไป
 - ผู้ให้บริการใช้เวลารอคอยน้อย
 - เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่สะดวกสำหรับผู้ให้บริการ
 - อยู่ในสถานที่ที่ผู้บริการติดต่อได้สะดวก
5. ความสุภาพอ่อนโยน (Courtesy) ประกอบด้วย
 - การแสดงความสุภาพต่อผู้บริการ
 - ให้การบริการมีคุณภาพที่ดี
6. การสื่อสาร (Communication) ประกอบด้วย
 - มีการสื่อสารชี้แจงขอบเขตและลักษณะงานบริการ
 - มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ
7. ความเชื่อถือได้ (Credibility) คุณภาพของงานบริการ มีความเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ
8. ความมั่นคง (Security) ประกอบด้วยความปลอดภัยทางกายภาพ เช่น อุปกรณ์
9. ความเข้าใจ (Understanding) ประกอบด้วย
 - การเรียนรู้ผู้บริการ

- การให้คำแนะนำและเอาใจใส่ผู้ให้บริการ
- การให้ความสนใจต่อผู้ให้บริการ

10. การสร้างสิ่งที่ยับยั้งได้ (Tangibility) ประกอบด้วย

- การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ ให้พร้อมสำหรับให้บริการ
- การเตรียมอุปกรณ์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ให้บริการ
- การจัดสถานที่ให้บริการสวยงาม สะอาด

Miller (1954 : 379 – 400) ได้กล่าวไว้ว่า ความพึงพอใจในบริการ หรือความสามารถที่จะพิจารณาว่าบริการนั้นเป็นที่พึงพอใจหรือไม่โดยวัดจาก

1. การให้บริการอย่างเท่าเทียม (Equitable service) คือ การบริการที่มีความยุติธรรมเสมอภาค และเสมอหน้าไม่ว่าลูกค้านั้นจะเป็นใคร ไม่มีกรรมเชิงแยกกันในการให้บริการ ลูกค้าจะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่เข้ามาตรวจสอบการให้บริการเดียวกัน
2. การให้บริการรวดเร็วทันต่อเวลา (Timely service) คือ การให้บริการตามลักษณะความจำเป็นรีบด่วน และตามความต้องการของลูกค้า
3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample service) คือ ความเพียงพอในด้านสถานที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ
4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous service) หมายถึง การให้บริการที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ
5. การให้บริการที่มีความก้าวหน้า (Progressive service) คือ การพัฒนางานบริการทางด้านปริมาณและคุณภาพให้มีความเจริญก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ

Fitzgerald & Durant (1980 : 586) ให้ความหมายเกี่ยวกับความพึงพอใจที่มีต่อการบริการว่า เป็นการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการให้บริการของหน่วยงานหนึ่ง โดยมีพื้นฐานเกิดจากการรับรู้ (Perception) ถึงการส่งมอบบริการที่แท้จริงและการประเมินผลนั้นก็แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลได้รับเกณฑ์ (Criteria) ที่แต่ละบุคคลตั้งไว้ รวมทั้งการตัดสิน (Judgment) ของบุคคลนั้นด้วย โดยการประเมินผลสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ด้านคือ

1. ด้านอัตวิสัย (Subjective) ซึ่งเกิดจากการรับรู้ถึงการส่งมอบบริการ
2. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) ซึ่งเกิดจากการได้รับปริมาณและคุณภาพของบริการ

Penchansky and Thomas (1981) อ้างใน เกสินี ศรีคงอยู่, 2542: 28-30) ให้แนวความคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยสรุปจำแนกออกเป็น 5 ประเภทคือ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้รับบริการ

2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งของสถานบริการ และการเดินทางของผู้รับบริการ

3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ (Accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้รับบริการยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ

4. ความสามารถของผู้รับบริการ ในการที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการที่ได้รับ (Affordability)

5. การยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

มณีวรรณ ดั้นไทย (2533 : 66-69) ให้ความหมาย ความพึงพอใจหลังการได้รับบริการว่า เป็นระดับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการได้รับบริการในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านความสะดวกที่ได้รับ
2. ด้านค่าเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
3. ด้านคุณภาพของบริการที่ได้รับ
4. ด้านระยะเวลาในการดำเนินการ
5. ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการให้บริการ

Spitzer (1988 อ้างใน เกศินี ศรีคงอยู่, 2542: 63) ให้นิยามเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ คุณภาพของการรักษา โดยมีตัวชี้วัดได้แก่

1. ความเป็นมิตร เป็นกันเอง และอึดอัดน้อย
2. การได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากทีมการพยาบาล
3. การได้รับการดูแลอย่างเป็นส่วนตัว
4. มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย
5. มีทีมแพทย์ที่มีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับ
6. มีบริการครบทุกแผนก
7. สถานที่สะดวกสบาย

Adday and Anderson (1975 อ้างใน มุกดา ดันปิติ, 2543: 72-73) ได้ชี้ถึงพื้นฐาน 6 ประการ ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคือ

1. ความพึงพอใจเกี่ยวกับความสะดวกที่ได้รับจากบริการ แยกออกเป็น
 - การใช้เวลารอคอยเกี่ยวกับการรอคอย
 - การได้รับการรักษาดูแล เมื่อมีความต้องการ
 - ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงาน (Coordination) ของการบริการ แยกออกเป็น

- ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภท ตามความต้องการของผู้ป่วยในสถานที่เดียวกัน

- แพทย์ให้ความสนใจต่อสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย อันได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ

- แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา

3. ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบาย ความสนใจของผู้ให้บริการ ได้แก่ การแสดงอรรถาธิบายท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ให้บริการแยกออกเป็น

- การให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย

- ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษายาขนาดผู้ป่วยเช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้อาเป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ ได้แก่ คุณภาพชีวิตของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ทิศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อรับบริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับค่ารักษาความเจ็บป่วย

วารี และคณะ (อ้างใน อินทรา ชัยฤกษ์, 2539: 29) กล่าวถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยไว้ว่า เป็นแนวความคิดที่มีหลายด้าน โดยให้นิยามต่าง ๆ ไว้ดังนี้

1. สติลปะของการดูแลคือ ปริมาณของการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย

2. เทคนิคคุณภาพของการดูแลคือ ความมีสมรรถภาพในการทำงานของผู้ให้บริการ อันบ่งบอกถึงมาตรฐานสูงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการรักษา

3. ความสะดวกสบายคือ ปัจจัยที่เกี่ยวเนื่องกับการเตรียม เพื่อให้ได้รับการดูแลจากแพทย์

4. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพคือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของสถานที่ให้การดูแล

5. ความพร้อมคือ ความพร้อมของการดูแลสุขภาพ บริการการแพทย์ และความพร้อมของผู้ให้บริการ

6. ความต่อเนื่องของการดูแลคือ ความต่อเนื่องในการดูแล หรือความสม่ำเสมอของแหล่งที่ให้การดูแล

7. ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการดูแลคือ ความมีประโยชน์และความช่วยเหลือของผู้ให้บริการทางการแพทย์ และระเบียบที่ใช้ในการรักษา เพื่อจะทำให้สภาวะทางสุขภาพที่ดีขึ้นหรือคงสภาพเดิมไว้ได้

พงศศักดิ์ วิทชากร (2533: 32) กล่าวถึงหลักการให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดโดยการจัดบริการดังนี้

1. การดูแลต้อนรับ เอาใจใส่และอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่ทุกคนด้วยอัธยาศัยไมตรีเป็นกันเองเรียบร้อยสุภาพ

2. ความเชื่อมั่นในความรู้ ความสามารถและประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาล

3. ความสะอาดและบรรยากาศที่ดี ตลอดจนความสวยงามของสถานที่ในโรงพยาบาล

4. ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมไม่สูงเกินกว่าบริการที่ได้รับ

พิชชา วิฑนตถก ณ ภูเก็ต (2537: 35-42) เสนอแนวคิดที่ว่า ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในการรับบริการ ประกอบด้วยตัวแปร 3 ประการคือ

1. ตัวแปรด้านระบบการให้บริการ

2. ตัวแปรด้านกระบวนการให้บริการ

3. ตัวแปรด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

โดยความพึงพอใจเกิดจากตัวแปรทั้งสามมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงภาพรวมและก่อรูปเป็นความรู้สึกสะท้อนออกมา สำหรับปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา เป็นเพียงส่วนประกอบการศึกษาถึงความพึงพอใจเท่านั้น รายละเอียดของตัวแปร 3 ด้านดังนี้

1. ตัวแปรด้านระบบการให้บริการ หมายถึง องค์ประกอบและโครงสร้างที่สัมพันธ์กันของกิจกรรมบริการต่าง ๆ ตัวชี้วัดสาเหตุด้านนี้ ได้แก่

1.1 ความสะดวกในเงื่อนไขการขอรับบริการ ซึ่งจะดูความชุกง่าย และความมากน้อยของเงื่อนไข ที่จะทำให้เกิดสิทธิในการรับบริการ หากเงื่อนไขมีน้อยโอกาสที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจสูง

1.2 ความเพียงพอทั่วถึงของบริการที่ให้ จะพิจารณาปริมาณของบริการที่ให้นั้น มีความครอบคลุมพื้นที่และหรือกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึง

1.3 การมีคุณค่าใช้สอยของบริการที่ได้รับ จะพิจารณาผลลัพธ์ของบริการ (Outcome of service) ที่ถูกผลิตออกมา ในขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการนั้น ๆ ว่ามีใช้สอย หรือประโยชน์คือผู้ใช้บริการ (User) มากน้อยเพียงใด

1.4 ความคุ้มค่าหรือธรรมในราคาของระบบบริการที่ให้ หมายถึงความรู้สึกเหมาะสมหรือไม่ กับจำนวนค่าธรรมเนียมที่เรียกเก็บ

1.5 ความก้าวหน้าและพัฒนาของระบบบริการที่ให้ เมื่อเปรียบเทียบกับอดีตที่ดีขึ้นในเชิงปริมาณและคุณภาพมากน้อยขนาดไหน

2. ตัวแปรด้านกระบวนการให้บริการ ซึ่งก็คือขั้นตอนต่าง ๆ ของการบริการที่ต่อเนื่องกันตั้งแต่เริ่มต้นของทางเดินของงานจนจบกระบวนการ (Start to Final Work Flow) ตัวชี้วัดในเรื่องนี้ประกอบด้วย

2.1 ความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการ ได้แก่ ความง่ายในการขอรับบริการ

2.2 ความรวดเร็วในขั้นตอนของการให้บริการ ได้แก่ ความมากน้อยของจำนวนขั้นตอนและความรวดเร็วของการดำเนินงานในขั้นตอนต่าง ๆ ที่ประหยัดเวลา

2.3 ความสม่ำเสมอต่อเนื่องของบริการที่ให้ ได้แก่ ความคงเส้นคงวาของบริการที่ให้ ชนิดต่อเนื่องตลอดเวลา หรือแบบหยุด ๆ ไว้ ๆ

2.4 ความปลอดภัยของบริการที่ให้ ได้แก่ อันตรายที่เกิดจากกระบวนการให้บริการ

3. ตัวแปรด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาลนั่นเอง ตัวชี้วัดในเรื่องนี้ประกอบด้วย

3.1 ความเอาใจใส่ในงานของเจ้าหน้าที่ หมายถึง ความสนใจและตั้งใจในงานหน้าที่บริการ

3.2 ความเสมอภาคและเสมอหน้าของบริการที่ให้ หมายถึง การให้บริการต่อประชาชนผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ลำเอียงแบบเลือกที่รักมักที่ชัง

3.3 การมีบุคลิก ท่าทีและมารยาทในการบริการ หมายถึง การแสดงออกต่อผู้รับบริการในลักษณะยิ้มแย้มแจ่มใสหรือบึ้งตึง รวมทั้งการพูดจาแบบสุภาพอ่อนโยนหรือกระด้างหยาบคาย เป็นต้น

3.4 ความซื่อสัตย์สุจริตของผู้ให้บริการ หมายถึง ความไว้นับถือเชื่อใจได้และตรงไปตรงมาต่อหน้าที่ของการให้บริการ โดยไม่เรียกร้องประโยชน์อันมิพึงได้จากผู้รับบริการ

2.3.1 ความต้องการการบริการพยาบาลของผู้สูงอายุ

การพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ ควรเป็นการพยาบาลที่มีความครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

เนื่องจากเป้าหมายของการพยาบาลผู้สูงอายุไม่ใช่การหายจากโรคแต่เป็นคุณภาพชีวิตและความผาสุกของผู้สูงอายุ ผู้มีหน้าที่ดูแลรักษาจึงควรต้องรู้และเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยเมื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยย่อมมีความคาดหวังและความต้องการต่อการได้รับการบริการที่ดีที่สุด โดยมีผู้ศึกษาและเสนอไว้ดังนี้

กฤษยา ดันดิผลาชีวะ (2522: 44) ได้ศึกษาถึงความคาดหวังของผู้ป่วยต่อความต้องการพยาบาลในฐานะผู้รับบริการ จำนวน 30 คน ด้วยลักษณะคำถาม 5 ข้อคือ

- ข้อ 1. ท่านต้องการพยาบาลที่มีลักษณะอย่างไร
- ข้อ 2. ท่านต้องการให้พยาบาลสนใจคือสภาพร่างกายของท่านในแง่ใด
- ข้อ 3. ท่านต้องการให้พยาบาลสนใจคือความเจ็บป่วยของท่านในลักษณะใด
- ข้อ 4. ท่านต้องการให้พยาบาลสนใจคือสภาพจิตใจของท่านในแง่ใด
- ข้อ 5. ท่านต้องการให้พยาบาลใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างไรแก่ท่าน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการต้องการพยาบาลที่เป็นผู้มีวิชาดี อธิษฐานมีนวล สุภาพ มีความเป็นมิตร จริงใจ ทักทายซักถามให้ความสนใจ คอยช่วยเหลือ เช็ดตัวอาบน้ำ ดูแลใกล้ชิด ขณะรับประทานอาหารเช้าสนใจคือความเจ็บป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการวิกฤติ และสิ่งที่คุณป่วยต้องการมากที่สุดคือ การสัมผัสจากพยาบาลซึ่งจะเป็นการจับการพูด การอยู่ใกล้ อย่างใกล้ชิด หนึ่งก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นการรักษาดามแพทย์หรือให้ยา และที่ความต้องการรองลงมาคือ การตอบสนอง เมื่อผู้ป่วยบ่นหรือกล่าวถึงความเจ็บป่วยในตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งอาจเป็นการฟัง หรือพยักหน้า ยอมรับ การอธิบายให้ชัดเจนเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยที่สงสัย การซักถามให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ทรมานใจอย่างสม่ำเสมอ การสอบถามอาการ การช่วยเหลือและตอบสนองในทันทีที่คุณป่วยต้องการ การให้เกียรติโดยเรียกคุณ ป้า น้า น้าหน้าชื่อ และต้องการให้พยาบาลอธิบายเดือนหรือเดือนผู้ป่วยให้พร้อมก่อนที่จะทำกิจกรรมใด ๆ :

Shanks and Kenedy (1970 อ้างใน ประไพ น้อยจ้อย, 2540: 36) ได้กล่าวถึงความคาดหวังของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ดังนี้คือ

1. ต้องการได้รับการพยาบาลเพื่อให้มีสุขภาพดีที่สุด
2. ต้องการพยาบาลที่มีความรู้ ประสบการณ์ และบุคลิกลักษณะที่ดี
3. ต้องการพยาบาลที่มีความสามารถในการสังเกตความรู้สึกและการแสดงออกของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองความต้องการได้
4. ผู้ป่วยและญาติควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อช่วยให้มีความเข้าใจ และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้

5. ต้องการให้มีการวางแผนร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลที่ต่อเนื่องและสมบูรณ์ โดยใช้ทรัพยากรบุคคลและแหล่งประโยชน์ในชุมชน
6. ต้องการให้พยาบาลรวบรวมและเก็บแ่่นบันทึกรายงานต่าง ๆ ของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการรักษา ตลอดจนเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย
7. ต้องการให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีและเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค และมีสุขภาพดี

Messner (1993 อ้างใน ประไพ น้อยจ้อย, 2540: 42) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจากการรักษาพยาบาล ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. การรับฟัง ผู้ให้บริการต้องรับฟังผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยจะบอกความต้องการของตนเองให้ทราบ เมื่อผู้ให้บริการแสดงถึงความต้องการและยอมรับฟังผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยส่วนมากมักไม่ได้รับความสนใจนี้ จึงไม่สามารถเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงได้ และผู้ป่วยไม่ต้องการคำถามที่เกิดจากความคิดเห็นของผู้ให้บริการ ดังนั้นผู้ให้บริการจึงต้องตั้งใจรับฟังและใช้ศิลปะในการฟัง เพื่อจะได้ประเมินความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย
2. วิจารณ์ความต้องการ จะทำให้ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองได้ แต่ถ้าผู้ให้บริการประเมินความต้องการของผู้ป่วยจากความคิดของตนเองจะมีความคลาดเคลื่อนผิดพลาด เนื่องจากผู้ให้บริการจะเข้าใจในกระบวนการของโรคนานกว่าตัวผู้ป่วย
3. การไม่ละเลยในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกกล่าวหรือแสดงออก สิ่งที่ผู้ป่วยบอกหรือแสดงออก เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการจะต้องเห็นถึงความสำคัญเช่น เมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวดผู้ให้บริการก็ควรเชื่อ เนื่องจากเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเอง ผู้ให้บริการไม่ควรพูดว่าอย่าวิตกกังวลเลยและเห็นเป็นเรื่องปกติ แต่ควรให้การดูแลเพื่อลดอาการปวด ซึ่งอาจเป็นแค่การกระตุ้นประคบประครองด้วยการยอมรับและเห็นความสำคัญของตัวผู้ป่วยเท่านั้น
4. การให้การรักษาพยาบาลโดยเน้นที่ตัวผู้ป่วยไม่ใช่โรคที่เป็น ผู้ป่วยต้องการได้รับความสนใจในตัวเขามากกว่าตัวโรค และต้องการสัมพันธ์ภาพที่ดี การประเมินผู้ป่วยจากเพิ่มผู้ป่วยไม่ใช่สิ่งที่เหมาะสม เพราะมีสิ่งอื่นอีกมากจากตัวผู้ป่วย นอกเหนือจากยาและผลการตรวจทางห้องทดลอง
5. การพูดกับผู้ป่วยไม่ใช่พูดถึงผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกคับข้องใจเมื่อถูกพูดถึงเหมือนไม่มีตัวคนอยู่ขณะนั้น หรือให้การรักษาพยาบาลเฉพาะอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเท่านั้น การพูดศัพท์ทางการแพทย์ หรือการใช้ภาษาทางวิชาการเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ ผู้ให้

บริการจึงควรให้ความสำคัญในการแสดงให้เห็นว่าสนใจในตัวผู้ป่วยและควรแนะนำตนเองเมื่อพบผู้ป่วยในระยะแรก

6. การเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยอาจไม่ต้องการให้ครอบครัวหรือผู้อื่นทราบเรื่องการเจ็บป่วยของตนเช่น เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ดังนั้นการถามเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยควรต้องใช้ความระมัดระวัง และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

7. การที่ไม่ให้ผู้ป่วยต้องรอคอย เมื่อจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยรอ พยายามควรบอกเหตุผลด้วยคำพูดที่สุภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักว่าเห็นความสำคัญของตนเอง และการอธิบายถึงเหตุผลนั้นอาจมีความจำเป็นต้องเสนอทางเลือกด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีหนทาง

8. อธิบายวิธีการปฏิบัติ ผู้ป่วยมักถูกบอกให้ทำหลายคำสั่ง โดยที่ไม่มีการสอบถามถึงความเข้าใจ หรือประเมินความสามารถที่จะปฏิบัติตามได้เช่น ให้ออกกำลังกาย ไขมันสูง ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเข้าใจของผู้ป่วยและความรู้สึกว่ามี ความเข้าใจ

9. การให้ข้อมูล ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพื่อมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ควรประเมินผู้ป่วยและญาติเพื่อการให้ข้อมูลที่เหมาะสม เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเช่น การจัดเอกสารหรือการให้คำอธิบาย แนะนำ และควรให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของโรคเป็นระยะเสมอ ไม่ควรรอที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเมื่อผู้ป่วยจะกลับบ้านเท่านั้น

10. ความจำเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย การจำประวัติของผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมักต้องการเล่าอดีตให้ฟัง ผู้ให้บริการควรให้ความสำคัญและจำสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

11. การอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ผู้ป่วยอาจไม่ต้องการอยู่โรงพยาบาลและรู้สึกไม่พอใจเมื่อไม่ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาที่จะได้รับ แม้ว่าจะรู้ถึงการรักษาที่ดีที่สุดที่จะได้รับจากโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ให้บริการจึงต้องปรับให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการรับรู้และตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

Mouchel (1970 อ้างใน ประไพ น้อยจ้อย, 2540: 67) ให้ข้อคิดว่า ความต้องการประการแรกที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจคือ ความต้องการทางด้านร่างกายได้แก่ การหายใจ การรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยซึ่งไม่รู้สึกรู้สิดหรือผู้ป่วยหนัก ย่อมต้องการสิ่งเหล่านี้ทั้งสิ้น และเมื่อพ้นระยะวิกฤติไปแล้วความต้องการด้านจิตใจจะตามมา พยายามต้องเข้าใจความต้องการเหล่านี้ ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะมีระดับความต้องการแตกต่างกัน แต่ความต้องการการปลอบกัยเป็นสิ่งซึ่งผู้ป่วยต้องการมากที่สุด และเมื่อได้

รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและความปลอดภัยเป็นสิ่งที่พึงพอใจแล้ว ความต้องการ ความรัก ความเป็นเจ้าของ จะเกิดตามมา

จากแนวคิดดังกล่าวจึงอาจสรุปได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับจากการให้บริการของหน่วยงานใด ๆ ย่อมนำมาซึ่งความคิดเห็น ทักษะคดีในด้านบวกหรือด้านลบ ความรู้สึกใน ระดับต่าง ๆ จากการบริการในด้านต่าง ๆ ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้แก่ ด้านการให้บริการจากแพทย์ ด้านการประสานงานของพยาบาล ด้านการให้ความสนใจของเจ้าหน้าที่ ด้านสภาพแวดล้อมของ สถานที่ ด้านอุปกรณ์เครื่องมือ และด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับโรงพยาบาล

2.4.1 ความหมายของโรงพยาบาล

ตามพระราชบัญญัติ "สถานพยาบาล" พ.ศ. 2504 โรงพยาบาล หมายถึง สถานที่รวม ตลอดจนยานพาหนะซึ่งจัดไว้เพื่อประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะหรือซึ่งจัดไว้เพื่อประกอบกิจการอื่นด้วยการผ่าตัด ฉีดยา หรือฉีดยาใด ๆ หรือด้วยการใช้กรรมวิธีอื่นซึ่งเป็นกรรมวิธีของการประกอบโรคศิลปะ ทั้งนี้โดยการทำเป็นปกติธุระไม่ว่าจะได้รับประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ แต่ไม่รวมถึงสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยการขายยา ซึ่งประกอบธุรกิจการขายยาโดยเฉพาะ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำจำกัดความของโรงพยาบาลว่า "โรงพยาบาลเป็นองค์การที่ทำงานด้านการแพทย์ทั้งในสถานที่และในชุมชน มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขทุกด้านแก่ประชาชน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การบริการผู้ป่วยนอก ควรครอบคลุมขยายไปถึงบ้านของผู้ป่วยเอง โรงพยาบาลยังเป็นที่ฝึกอบรมของบุคลากร สาธารณสุข และค้นคว้าวิจัยปัญหาสาธารณสุขของชุมชนอีกด้วย

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ได้ให้คำจำกัดความสถานพยาบาลขึ้นใหม่ให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ และเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เจริญก้าวหน้าและเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วและมีสาระสำคัญที่คุ้มครองผู้บริโภคซึ่งแตกต่างจากพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 ดังนี้

1. สถานพยาบาลแต่ละประเภทจะต้องมีมาตรฐานตามที่กำหนด และต้องให้บริการตามที่ได้รับอนุญาต โดยมีมาตรการให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลอยู่เสมอ

2. กรณีคนไข้อยู่ในสภาพอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉิน สถานพยาบาลจะต้องให้การรักษาพยาบาลก่อนในระดับหนึ่ง ห้ามปฏิเสธผู้ป่วย

3. สถานพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ผู้มารับบริการ โดยเฉพาะอัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการและสิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสเลือกใช้บริการ และจะเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการเกินกว่าที่แสดงไม่ได้

4. กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการชัดเจนยิ่งขึ้น หากฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ จะมีโทษทั้งจำคุกและปรับ โทษจำคุกอย่างสูงไม่เกิน 3 ปีหรือปรับไม่เกิน 60,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ นอกจากนี้ยังได้ให้อำนาจผู้อนุญาตสั่งปิดสถานพยาบาลชั่วคราว และเพิกถอนใบอนุญาตสถานพยาบาลได้

5. กำหนดห้ามโฆษณาเพื่อชักชวนให้ผู้มารับบริการของตน โดยใช้ข้อความอันเป็นเท็จ ใช้อวดเกินความเป็นจริง หรือทำให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญ โดยได้ระบุโทษปรับไว้ไม่เกิน 20,000 บาท และหากไม่หยุดโฆษณาจะถูกปรับเป็นรายวัน วันละไม่เกิน 10,000 บาท

6. ให้มีคณะกรรมการสถานพยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษา ให้ความเห็นและคำแนะนำแก่รัฐมนตรี หรือผู้อนุญาตในเรื่องต่าง ๆ โดยเฉพาะการอนุญาตตั้งสถานพยาบาล การเปิดสถานพยาบาลชั่วคราว การเพิกถอนใบอนุญาต การพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพ การพิจารณาเรื่องร้องทุกข์ต่าง ๆ

7. กำหนดให้รัฐมนตรีสามารถกำหนดจำนวนสถานพยาบาลและบริการบางประเภทในท้องที่ใดที่หนึ่งได้ ผู้ขอรับอนุญาตจะต้องยื่นแผนงานการสร้างสถานพยาบาลก่อนลงมือสร้าง

จากคำจำกัดความข้างต้น จึงสรุปได้ว่า “โรงพยาบาลเป็นสถานที่ให้การรักษาพยาบาลป้องกัน ฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ดีขึ้นแก่ผู้เจ็บป่วย การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ผู้มารับบริการในด้านการรักษาพยาบาล ตลอดจนเป็นที่ให้ศึกษาอบรมวิจัยบุคลากรทางการแพทย์และวิจัยค้นคว้าสาธารณสุขชุมชน”

2.4.2 วิวัฒนาการของโรงพยาบาล

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โรงพยาบาลในประเทศไทยได้มีการวิวัฒนาการทางสาธารณสุขมาโดยตลอดสามารถแบ่งการเจริญเติบโตได้เป็น 3 ยุค ดังนี้

สมัยเริ่มแรก พบว่าการให้บริการของรัฐบาลมีทั้งการบริการแผนโบราณและแผนปัจจุบัน การแนะนำรักษาโรคในอดีตจะมีหมอสอนศาสนา ทั้งนี้เป็นเพราะประเทศไทยได้มีการติดต่อค้าขายกับชาวต่างชาติ ทำให้ความเจริญก้าวหน้าในเรื่องการรักษาโรคเข้ามาในประเทศช่วงนั้น ทางรัฐบาลจะช่วยเหลือประชาชนในกรณีที่มีการเกิดโรคระบาดที่ร้ายแรง รัฐบาลจะช่วย

เหลือเช่นการจัดการสุขภาพ การจัดพิธีการทางศาสนา หรืออพยพประชาชนไปเมืองอื่นเพื่อให้โรคสงบ สำหรับเอกชนได้เข้ามามีบทบาทมากในเรื่องของระบบสาธารณสุขของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาสุขภาพตัวเอง การสืบทอดการรักษากันในสถาบันครอบครัวเช่น หมอตำแย หมอกลางบ้าน การรักษาโรคโดยพระเป็นผู้รักษา เป็นต้น ทั้งหมดนี้นับว่าเป็นความคิดริเริ่มของการพัฒนาสาธารณสุข

สมัยรัตนโกสินทร์ แบ่งออกเป็น 3 ช่วงคือ

1. สมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น คือช่วงรัชกาลที่ 1-4 ในปี พ.ศ. 2392 มีเหตุการณ์ที่สำคัญคือ ได้เกิดอหิวาตกโรคระบาด ทำให้ประชาชนล้มตายเป็นจำนวนมาก ในช่วงนั้นได้มีมิชชันนารี โปรเตสแตนต์นำการแพทย์แผนใหม่มาช่วยรักษา และมีการก่อตั้งโรงพยาบาลขึ้น รับสถานการณ์ดังกล่าวแล้วได้ล้มเลิกโรงพยาบาลไปเมื่อโรคสงบต่อมา

2. สมัยรัตนโกสินทร์ตอนกลาง คือช่วงรัชกาลที่ 5-8 ในปี พ.ศ. 2422 ได้มีการตั้งโรงพยาบาลแห่งแรกของประเทศไทยขึ้นในกรมทหารม้าโดยมี นายแพทย์ เว็ทสัน สาร์ตัน เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นคนแรก ส่วนโรงพยาบาลของเอกชนในสมัยนี้เป็นขององค์การศาสนาทั้งสิ้น การก่อตั้งโรงพยาบาลในสมัยนี้ได้มีการพัฒนาขึ้นเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

3. สมัยรัตนโกสินทร์ยุคปัจจุบัน คือเป็นยุคที่มีการเจริญเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด กลุ่มแรกคือ กลุ่มโรงพยาบาลของศาสนาคริสต์แล้วขยายไปเป็นโรงพยาบาลนิตินุคคัลอื่น ๆ กระจายอยู่ทั่วไป ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเช่น กระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ กองทัพอากาศ ทบวงมหาวิทยาลัย มูลนิธิ

สมัยปัจจุบัน โรงพยาบาลที่ดำเนินการอยู่สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภทคือ

1. โรงพยาบาลรัฐบาล มีทั้งโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม และกระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ รัฐวิสาหกิจบางแห่ง ในส่วนของโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถจำแนกออกเป็น 2 ประเภทได้แก่ โรงพยาบาลในส่วนกลาง ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของกรมการแพทย์และกรมควบคุมโรคติดต่อ และโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมทุกจังหวัดและอำเภอ

2. โรงพยาบาลเอกชน โดยทั่วไปอาจแบ่งตามลักษณะของการเป็นเจ้าของ ออกได้เป็น 2 ประเภทคือ (อ้างใน เทพพนม เมืองแมน, 2533)

โรงพยาบาลเอกชนที่มุ่งผลกำไร หรือโรงพยาบาลเอกชนประเภทธุรกิจ คือโรงพยาบาลที่เปิดรับรักษาโรคทุกชนิด หรือเฉพาะโรค โดยมีแพทย์ผู้ชำนาญประจำอยู่ หรือมาทำงานในบาง

เวลา (Part-time) การลงทุนใช้เงินเอกชนทั้งสิ้น ส่วนมากมักจะดำเนินการในรูปของบริษัทจำกัด หรือห้างหุ้นส่วนจำกัด โดยอาจมีลักษณะของผู้ถือหุ้น และจัดเป็นธุรกิจการให้บริการรักษาพยาบาลเพื่อหาผลกำไร โรงพยาบาลประเภทนี้จะต้องเสียภาษีการค้าและภาษีเงินได้

โรงพยาบาลกึ่งการกุศล คือโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นโดยได้รับการสนับสนุนเบื้องต้นทางการเงินจากมูลนิธิทั้งในและนอกประเทศ ลักษณะการจัดการส่วนหนึ่งจะมีเตียงสำหรับคนไข้สามัญ (อนาถา) ซึ่งให้บริการรักษาพยาบาลในราคาต่ำ หรือให้บริการฟรีในบางกรณี อีกส่วนหนึ่งจะเป็นเตียงสำหรับคนไข้พิเศษ ซึ่งเก็บค่าบริการสูงกว่าเตียงสามัญ รายได้จากคนไข้พิเศษจะนำไปจุนเจือให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินการไปได้ และโรงพยาบาลประเภทนี้ไม่ต้องเสียภาษีให้รัฐ

2.4.3 หลักการในการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐ

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขทุกด้านแก่ประชาชนได้อย่างสมบูรณ์แบบ โรงพยาบาลจะต้องให้บริการเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่

1. ให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การอนามัยแม่และเด็ก การหญิงคนรอบครัว การอนามัยโรงเรียน การโภชนาการ และการสุขศึกษา เป็นต้น
2. ให้บริการการป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีนให้ภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรณ และบาดทะยัก เป็นต้น
3. ให้บริการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาโรคทั่วไป ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีรับการรักษาพยาบาล รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่บ้าน และการออกหน่วยเคลื่อนที่ด้วย
4. ให้บริการฟื้นฟูสุขภาพ คือการทำให้ผู้ป่วยมีสภาพเหมือนเดิมก่อนการเจ็บป่วยให้มากที่สุด สามารถกลับไปประกอบอาชีพ และอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัธยาศัย

การให้บริการของโรงพยาบาลรัฐ

โรงพยาบาลรัฐตั้งขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่เข้าไปใช้บริการในเรื่องการเจ็บป่วย ส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนให้การศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับโรคที่มีเพิ่มขึ้น จนบางครั้งการให้บริการของรัฐอาจไม่ทั่วถึง เพราะมีผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมากทุกเพศทุกวัย ต่างมุ่งเข้ามาใช้บริการของโรงพยาบาลรัฐ สำหรับระยะเวลาการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐ จะเริ่มตั้งแต่ 08.00 – 16.00 น. ซึ่งขั้นตอนการให้บริการจะเริ่มตั้งแต่

1. เมื่อผู้ใช้บริการเข้ามารักษาด่วนในโรงพยาบาล

2. ทำการติดต่อสอบถามขั้นตอนการให้บริการในโรงพยาบาล การทำบัตรได้ที่หน่วย
ติดต่อสอบถาม ซึ่งจะทำหน้าที่ชี้แนะ ให้คำแนะนำ ชี้สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการรับบริการ

3. หน่วยผู้ป่วยสัมพันธ์และบริการผู้ป่วย จะให้บริการรถนั่ง/นอน ให้กับผู้ป่วยที่ช่วย
ตัวเองไม่ได้เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือต้องการใช้บริการฉุกเฉินบริการผู้ป่วยถึงบ้าน

4. เมื่อผู้ป่วยทำบัตรแล้ว หน่วยงานเวชระเบียนจะจัดทำค้นหาเวชระเบียนของผู้ป่วย
จัดทำประวัติผู้ป่วย คัดกรองและให้คำแนะนำระเบียบต่าง ๆ ส่งผู้ป่วยไปตรวจที่แผนกหรือส่งไป
ยังแผนกฉุกเฉิน

5. ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยนอก ที่มีการตรวจรักษาและต้องการผ่าตัด แพทย์อาจส่งให้ไป
ตรวจที่ห้อง Lab ทำการ X-ray ปรึกษาไปรษณีย์ ชำระเงิน ถ้ามีประกันสังคมที่สามารถเบิกได้ก็จะทำ
ใบเสร็จอีกแบบหนึ่งเมื่อเสร็จขั้นตอนต่าง ๆ ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้และอาจต้องมาอีกครั้งใน
กรณีที่แพทย์นัด

6. ในกรณีที่แพทย์สงสัยความเห็นว่าต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลจะ
ทำประวัติของท่าน ไปลงทะเบียนผู้ป่วยใน

7. ในกรณีให้บริการผู้ป่วยใน จะมีทั้งผู้ป่วยที่พักรักษาตัวกับผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะวิกฤต
ดังนั้น การให้บริการอาหารผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปตามวินิจฉัยของแพทย์

8. ผู้ป่วยในอาจจะทำการตรวจ Lab , X-ray ปรึกษาค่าวินิจฉัยของแพทย์

9. ผู้ป่วยในทางโรงพยาบาลจะมีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ บริการเวชภัณฑ์
ปลอดเชื้อ บริการผ้า เพื่อให้การรักษาพยาบาลเหมาะสมเร็วยิ่งขึ้น

10. เมื่อจะกลับบ้านต้องชำระเงิน ในกรณีที่มีประกันสังคมสามารถเบิกได้ ผู้ป่วยใน
ต้องบอกแผนกชำระเงินให้ทราบ เพื่อทำใบเบิกให้ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุนั้นในปีปัจจุบันมีบัตรทอง
รักษาทุกโรคไม่ต้องชำระเงิน

2.4.4 หลักการในการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน

การจัดตั้งโรงพยาบาลเอกชน จะมีทั้งโรงพยาบาลขององค์การศาสนา มูลนิธิ และ
บริษัท ดังนั้นหลักการในการให้บริการประชาชน จึงประกอบด้วย

1. เพื่อจัดบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขเพื่อประชาชนทั่วไป แต่มุ่งให้
บริการประชาชนที่มีรายได้ในระดับปานกลางขึ้นไป

2. เพื่อแบ่งเบาภาระรัฐในเรื่องการขาดแคลนการบริการหรือรัฐยังไม่สามารถขยายการ
บริการให้ครอบคลุมประชากรได้

3. เพื่อการจัดบริการให้สอดคล้องกับปัญหาของประเทศและสอดคล้องกับนโยบายรัฐในเรื่องการรักษาพยาบาล

4. เพื่อเป็นการจัดสวัสดิการแก่สังคมของประเทศโดยมิได้มุ่งหวังกำไร

สำหรับหลักการในการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนจะแตกต่างจากหลักการในการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐตรงที่ โรงพยาบาลเอกชนจะทำการบริหารในส่วนของการให้บริการแบบธุรกิจ ทั้งนี้เป็นเพราะโรงพยาบาลเอกชนมีความคิดที่จะให้ผู้ให้บริการได้รับความสะดวกสบาย รวดเร็ว ผู้ใช้บริการไม่มีความรู้สึกเครียด กังวลกับการที่ต้องเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล ตลอดจนมีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครันไว้รองรับผู้ให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เด็ก และรวมถึงการบริการด้านการเงิน เช่น มีตู้ ATM อยู่ในโรงพยาบาลด้วย

ระบบการให้บริการ โรงพยาบาลเอกชนมีลักษณะขั้นต้นเหมือนกับโรงพยาบาลรัฐ ระยะเวลาการให้บริการของโรงพยาบาลจะเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

การให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนมีการก่อตั้งก่อนโรงพยาบาลรัฐ นั่นคือ โรงพยาบาลขององค์การศาสนา ได้ตั้งขึ้นในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อร้อยปีเศษที่จังหวัดเพชรบุรี ตั้งขึ้นก่อนโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐซึ่งตั้งครั้งแรกในรัชกาลที่ 5 มีอายุได้ 96 ปี จะเห็นได้ว่าความเจริญทางการแพทย์ของประเทศไทยนั้นต้องอาศัยเทคโนโลยีของชาวตะวันตกซึ่งแผ่เข้ามาทางองค์การศาสนา ฉะนั้นโรงพยาบาลเอกชนในระยะแรก ๆ ซึ่งมีแต่โรงพยาบาลขององค์การศาสนาเช่น โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ โรงพยาบาลคามิลเลียน โรงพยาบาลมิชชัน และโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ต่อมาในสมัยกลางของการจัดตั้งโรงพยาบาลเอกชน ได้มีโรงพยาบาลของมูลนิธิเกิดขึ้นหลายแห่งเช่น โรงพยาบาลหัวเฉียว โรงพยาบาลจงอินต์ โรงพยาบาลคว่องสิ่ว โรงพยาบาลเทียนฟ้า เป็นต้น ในระยะนี้การบริการทางการแพทย์ก็ยังไม่แพร่หลายและทั่วถึงประชาชนมากนัก กล่าวกันว่ามิมีประชาชนที่เจ็บป่วยมารับบริการจากโรงพยาบาลประมาณร้อยละสิบของผู้ป่วยทั้งหมด ค่าใช้จ่ายในการบริการและค่ารักษาพยาบาลประชาชนทั่วไปยังเข้าใจว่าไม่ต้องเสียเงินทั้งที่โรงพยาบาลเหล่านี้ก็เก็บเงินบ้าง ขอบริจาคบ้าง ทั้งนี้ เพราะบริการทางการแพทย์ที่ประชาชนได้รับจากทางโรงพยาบาลรัฐส่วนมากไม่ต้องเสียเงิน หรือจะเสียบ้างก็เป็นส่วนน้อย จึงทำให้ประชาชนส่วนใหญ่คิดว่าการรับบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลไหน ๆ ก็ตามคงไม่ต้องเสียเงิน ถ้าจะเสียเงินบ้างก็เล็กน้อย เหมือนที่ได้รับจากโรงพยาบาลรัฐ ฉะนั้น การดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนในระยะต้นและกลาง จึงไม่เจริญเท่าที่ควร เป็นไปแบบเรียบ ๆ ปรากฏการประชาสัมพันธ์

การจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนทุกประเภทไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลมูลนิธิ องค์กรศาสนา หรือในรูปบริษัทนั้น มีนโยบายอย่างเด่นชัดเพื่อมุ่งบำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บและส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป อีกทั้งเป็นการแบ่งเบาภาระการบริการรักษาพยาบาลของรัฐเป็นเวลานานแล้วเช่น โรงพยาบาลองค์กรศาสนาบางแห่ง ได้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมาเป็นเวลา 95 ปี และขอบเขตของการบริการมุ่งเน้นบริการแบบผสมผสานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการบริการมุ่งชุมชนบท

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งได้มีการปรับปรุงเพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและให้ทันต่อความก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์ จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย เพื่อการวิเคราะห์และรักษาโรค

การปรับปรุงการให้บริการของโรงพยาบาล

ระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา ธุรกิจด้านการให้บริการรักษาพยาบาลมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและมีการแข่งขันกันค่อนข้างสูง ส่งผลให้โรงพยาบาลรัฐบาลมีการปรับตัวให้องค์การอยู่รอดรวมทั้งสามารถแข่งขันกับโรงพยาบาลเอกชนได้ ประกอบกับการตื่นตัวของผู้มารับบริการในเรื่องสิทธิผู้บริโภค ทั้งนี้เกิดจากการที่ผู้มารับบริการได้มองตนเองในฐานะที่เป็นผู้บริโภค และได้ยึดแนวคิดที่มีพื้นฐานเดียวกันกับผู้บริโภคสินค้าชนิดอื่น ๆ อาทิ ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะรู้ส่วนประกอบที่สำคัญต่าง ๆ ของสินค้า ทั้งนี้เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจเลือกสินค้านั้นมาบริโภค เช่นเดียวกับผู้มารับบริการ เมื่อเห็นว่าคนเป็นผู้บริโภค เมื่อเข้ามาในโรงพยาบาลหรือเข้ามาพบแพทย์ยังคงไม่ได้สถานะสิทธิในฐานะผู้บริโภคด้วย พร้อมกับรัฐธรรมนูญฉบับใหม่มีการเรียกร้องในเรื่องของสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น

จากการเรียกร้องดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนได้เล็งเห็นความสำคัญในปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการริเริ่มนำระบบการบริหารคุณภาพด้วย ISO 9000 (International Organization for Standardization) เข้ามาใช้ในการพัฒนาการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยมีความคิดว่าเป็นระบบที่ตีเหมาะสมกับโรงพยาบาล อีกทั้งยังเป็นระบบที่สากลยอมรับว่ามีมาตรฐานโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้มารับบริการจากโรงพยาบาลนั้น ๆ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

✓ เกศินี ศรีคงอยู่ (2542: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปากท่อ จังหวัดราชบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของผู้รับ

บริการ และหาความสัมพันธ์ระหว่างระบบการให้บริการ กระบวนการให้บริการ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการกับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากท่อ จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงร้อยละ 67.8 พึงพอใจในระดับปานกลางร้อยละ 31.0 และพึงพอใจในระดับต่ำร้อยละ 1.2 ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับสูงคือ การให้เกียรติ การประสานบริการ ความสะดวก คุณภาพบริการ ข้อมูลที่ได้รับและค่าใช้จ่าย ร้อยละ 72.9 , 70.2 , 66.7 , 65.9 , 65.1 และ 50.2 ตามลำดับ ความคิดเห็นต่อระบบการให้บริการ กระบวนการให้บริการ และด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.2 , 91.4 และ 90.6 ตามลำดับ การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระบบการให้บริการ กระบวนการให้บริการและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < 0.001$ โดยมีขนาดของความสัมพันธ์เท่ากับ 0.571 , 0.550 และ 0.631 ตามลำดับ และตัวแปรที่สามารถอธิบายความพึงพอใจได้ตามลำดับคือ ความสะดวกในการรับบริการ ความซื่อสัตย์สุจริตและบุคลิกภาพ อธิบาย โดยสามารถอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจได้ร้อยละ 46.8 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ควรส่งเสริมจิตสำนึกในการให้บริการ พัฒนางานประชาสัมพันธ์ ปรับปรุงระบบการให้บริการ และขยายพื้นที่ในการให้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุด

* คารุณี ศิลาอาสน์ (2542: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการบริการของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้รับบริการในโรงพยาบาลต่อการบริการที่ได้รับ ผลการวิจัยพบว่า ผู้มารับบริการมีความคิดเห็นต่อการบริการในภาพรวมของโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านปรากฏว่ามีเพียงด้านเคาน์เตอร์ที่ผู้มารับบริการมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกันคือ ด้านการบริการของห้องการเงิน สำหรับผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่มีเพศต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้มารับบริการในแผนกที่ต่างกันมีความคิดเห็นต่อการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนไม่แตกต่างกัน ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลรัฐบาล 5 อันดับคือ ค่าใช้จ่ายไม่แพง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เดินทางสะดวก ใกล้บ้าน และเป็นโรงพยาบาลประกันสังคม สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน 5 อันดับคือ บริการรวดเร็วทันใจ มีเครื่องมือทันสมัย มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เดินทางสะดวก และโรงพยาบาลมีร้านค้าต่าง ๆ บริการ

๓) สลวิมล สันติเวชกุล (2540: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ในด้านความเชื่อผู้รับบริการจะให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกคือ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รองลงมาเป็นการให้บริการทั่วไปของโรงพยาบาล คุณภาพของแพทย์ ในด้านภาพพจน์ของโรงพยาบาลผู้รับบริการยอมรับเกี่ยวกับปัจจัยด้านการจัดระเบียบของห้องตรวจและความพร้อมของสถานที่ภายในห้องตรวจ โดยปัจจัยทั้งสองนี้มีความสำคัญในการสร้างภาพพจน์ของโรงพยาบาลเอกชนต่อผู้รับบริการ

ประไพ น้อยจ้อย (2540: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องการศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรม ความการรับรู้ของผู้ป่วยและของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลของรัฐ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ : ผู้ป่วยรับรู้ความต้องการ 3 อันดับแรกคือ การดูแลช่วยเหลือให้ขับถ่ายเป็นปกติ การดูแลช่วยเหลือให้ได้นอนหลับพักผ่อน และการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมสะอาด อากาศถ่ายเทดี ส่วนพยาบาลรับรู้กิจกรรมการพยาบาลทั้ง 3 ว่าผู้ป่วยมีความต้องการเป็นอันดับที่ 10, 4 และ 3 ตามลำดับ ความต้องการด้านการป้องกันโรคและด้านการฟื้นฟูสภาพ : ทั้งผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ความต้องการด้านการป้องกันโรค 2 อันดับแรกตรงกันคือ จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย จัดของใช้ที่จำเป็นอยู่ใกล้มือ ส่วนความต้องการด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และพยาบาลรับรู้ความต้องการทุกอันดับตรงกัน ความต้องการด้านการรักษาพยาบาล : ผู้ป่วยรับรู้ความต้องการ 3 อันดับแรกคือ บอกให้ทราบวัตถุประสงค์หรือเหตุผลก่อนให้การพยาบาล อธิบายให้ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย และอธิบายถึงผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยา ส่วนพยาบาลรับรู้ กิจกรรมการพยาบาลทั้ง 3 ว่าผู้ป่วยสูงอายุมีความต้องการเป็นอันดับที่ 8, 10 และ 14

จรรยา สิริพร (2538: บทคัดย่อ) ศึกษาความพึงพอใจในบริการของผู้มารับบริการในแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเนื่องจากสาเหตุสำคัญ 4 ด้านคือ

1. ด้านความพร้อมของการบริการ
2. ด้านความสะอาดรวดเร็ว
3. ด้านการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
4. ด้านคำรักษาพยาบาล ระยะเวลาการเปิดบริการ และ

สาเหตุที่ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับต่ำคือ ด้านความเป็นธรรมในการบริการ

✓ สิริพร มงคลถาวรชัย และคณะ (2534: บทคัดย่อ) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยมีจุดประสงค์ในการศึกษาเพื่อทราบระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับสูงต่อการให้บริการของแพทย์ รองลงมาคือความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ และปัจจัยอื่น สำหรับปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลคือ ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล และประเภทของผู้ป่วย

นันทวัฒน์ วัฒนารุ่งเรืองและคณะ (2533: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธระฆฆโฆพานหิน จังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการตามหน่วยบริการต่าง ๆ ทุก ๆ ด้าน และความพึงพอใจรวมที่มีต่อการบริการทั้ง 3 และ 6 หน่วยบริการของโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก ปัจจัยทางด้านสังคมและประชาชน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ใช้บริการที่อื่น และปัจจัยการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความพึงพอใจต่อบริการมากกว่า ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า และในห้องพักฟื้นศรกรรมผู้รับบริการที่ต้องใช้เวลารอคอยนาน จะมีความพึงพอใจต่อบริการน้อยกว่าผู้รับบริการที่ใช้เวลารอคอยน้อยกว่า

✓ วลัยศู สิลปสุวรรณ (2532: บทคัดย่อ) ทำการศึกษาและสรุปถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้รับบริการหรือประชาชนไว้ 7 ประการ ได้แก่

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร (Demographic Factors) พบว่า คุณลักษณะของประชาชนมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุขทั้งป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาล คุณลักษณะเหล่านี้รวมถึงอายุ เพศ สถานภาพสมรส จะสะท้อนให้เห็นลักษณะวงจรชีวิตของครอบครัว ซึ่งจะมีความสัมพันธ์ทางสุขภาพ และการเจ็บป่วยในครอบครัว ตลอดจนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวแต่ละครอบครัวที่แตกต่างกัน

2. ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม (Social Structural Factors) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคมนี้จะสะท้อนให้เห็นสภาพของแต่ละบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่ตัวเองอาศัยอยู่ โครงสร้างทางสังคมประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

3. ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม (Social Psychology) ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ ส่วนใหญ่จะพิจารณาและให้ความสำคัญเกี่ยวกับค่านิยมทางด้านสุขภาพ (Health Value) บรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) ทศนคติและความเชื่อของประชาชนที่มีต่อ

เรื่อง สุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบการดำรงชีวิตของบุคคล (Life Styles) และแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคล เป็นต้น

4. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจหรือทรัพยากรของครอบครัว (Family Resources) ปัจจัยทางเศรษฐกิจของครอบครัว จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคล หรือครอบครัวนั้น ๆ สามารถเข้าถึงบริการหรือการให้บริการสุขภาพ

5. ปัจจัยความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ปัจจัยนี้มุ่งจะพิจารณาและให้ความสำคัญต่อสิ่งอำนวยความสะดวก หรือการบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ในการนี้รวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการ สภาพภูมิศาสตร์ของสถานที่บริการ และที่อยู่อาศัยของหมู่บ้าน ตลอดจนการคมนาคมสะดวกสบายหรือไม่

6. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพ (Organization Factors) ปัจจัยนี้รวมถึงการจัดรูปแบบ ภาระงานการให้บริการสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงเรื่องราคาค่าบริการ หรือค่าใช้จ่ายต่าง ๆ คุณภาพของการบริการ และพฤติกรรมกรให้บริการของเจ้าหน้าที่

7. ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ (Health System) ปัจจัยนี้จะพิจารณาและให้ความสนใจในระบบสาธารณสุขทั้งหมดของแต่ละแห่ง

อัมพร เจริญชัย (2521: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาค่ำ ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเมืองจะมีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในเขตชนบท ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในระยะสั้นจะมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน

2.6 ตัวแปรและกรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในครั้งนี้ ได้นำแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลของประชากร ได้ศึกษาจากแนวคิดผู้สูงอายุและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สำหรับตัวแปรความพึงพอใจที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ได้ศึกษาตามแนวคิดของนักวิชาการหลาย ๆ ท่านดังกล่าวข้างต้น โดยอาศัยลักษณะสำคัญ 6 ประการที่ประกอบขึ้นเป็นความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

จากแนวคิดดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้าประเด็นปัญหา (Problematic Variable) คือ "ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร" ในฐานะตัวแปรตาม (Dependent Variable) และทำการศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร ในฐานะตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ซึ่งประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 ระดับการศึกษา
- 1.4 สถานอาชีพสมรส
- 1.5 อาชีพ
- 1.6 รายได้
- 1.7 ลักษณะการอยู่อาศัย
- 1.8 ศาสนา
- 1.9 การเดินทางมาโรงพยาบาล
- 1.10 ภาวะสุขภาพ

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ผู้วิจัยได้อาศัยแนวคิดหลักของ Aday & Anderson รวมทั้งนักวิชาการ โดยกำหนดตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้โดยวัดความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการให้บริการจากแพทย์
 - 1.1 แพทย์พูดคุยด้วยความสุภาพและเข้าใจง่าย
 - 1.2 ความเอาใจใส่และสนใจของแพทย์
 - 1.3 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและวิธีปฏิบัติตน
 - 1.4 ความสามารถของแพทย์
2. ด้านการประสานงานของพยาบาล
 - 2.1 การรับฟังอาการเจ็บป่วย
 - 2.2 การให้คำแนะนำ
 - 2.3 การพูดคุยด้วยความอึดอ้อม สุภาพ เป็นกันเอง
 - 2.4 ลักษณะท่าทาง หน้าตาของพยาบาล

3. ด้านการให้ความสนใจของเจ้าหน้าที่
 - 3.1 การทำงานที่ประสานและสอดคล้องกัน
 - 3.2 ความกระตือรือร้นในการให้บริการ
 - 3.3 ความเป็นธรรมชาติในการให้บริการ
 - 3.4 การใช้เวลารอคอยในแต่ละจุด
4. ด้านสภาพแวดล้อมของสถานที่
 - 4.1 ความเพียงพอของที่พักรอ
 - 4.2 ปริมาณและความสะอาดของห้องสุขา
 - 4.3 บรรยากาศโดยรวมของอาคาร
 - 4.4 ความสะอาดและเป็นระเบียบของอาคาร
5. ด้านอุปกรณ์เครื่องมือ
 - 5.1 ความชัดเจนของป้ายบอกสถานที่ต่าง ๆ
 - 5.2 ความทันสมัยของเทคโนโลยี
 - 5.3 ความสะดวกที่ใช้บริการเสริม
 - 5.4 ความสะอาดของเครื่องมือแพทย์
6. ค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ
 - 6.1 ค่าธรรมเนียมในการใช้บริการเสริม
 - 6.2 รายละเอียดใบรายการเก็บเงิน
 - 6.3 ค่ายา
 - 6.4 ค่ารักษาพิเศษของแพทย์

แผนภูมิที่ 2.1
กรอบแนวคิดในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

ปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ
2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. สถานภาพสมรส
5. อาชีพ
6. รายได้
7. ลักษณะการอยู่อาศัย
8. ศาสนา
9. การเดินทางมาโรงพยาบาล
10. ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

ระดับความพึงพอใจ 6 ด้าน

1. ด้านการให้บริการจากแพทย์
 - 1.1 แพทย์พูดคุยด้วยความสุภาพและเข้าใจง่าย
 - 1.2 ความเอาใจใส่และสนใจของแพทย์
 - 1.3 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและวิธีปฏิบัติตน
 - 1.4 ความสวยงามของแพทย์
2. ด้านการประสานงานของพยาบาล
 - 2.1 การรับฟังอาการเจ็บป่วย
 - 2.2 การให้คำแนะนำ
 - 2.3 การพูดคุยด้วยความอ่อนโยน สุภาพเป็นต้นแบบ
 - 2.4 ลักษณะท่าทาง หน้าตาของพยาบาล
3. ด้านการให้ความสนใจของเจ้าหน้าที่
 - 3.1 การทำงานที่ประสานและสอดคล้องกัน
 - 3.2 ความกระตือรือร้นในการให้บริการ
 - 3.3 ความเป็นธรรมชาติในการให้บริการ
 - 3.4 การสื่อสารการคอยในแต่ละจุด
4. ด้านสภาพแวดล้อมของสถานที่
 - 4.1 ความเพียงพอของที่พักรอดูแล
 - 4.2 ปริมาณและความสะอาดของห้องสุขา
 - 4.3 บรรยากาศโดยรอบอาคาร
 - 4.4 ความสะอาดและเป็นระเบียบของอาคาร
5. ด้านอุปกรณ์เครื่องมือ
 - 5.1 ความชัดเจนของป้ายบอกสถานที่ต่าง ๆ
 - 5.2 ความทันสมัยของเทคโนโลยี
 - 5.3 ความสะดวกที่ให้บริการเสริม
 - 5.4 ความสะอาดของเครื่องมือแพทย์
6. ค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการ
 - 6.1 ค่าธรรมเนียมในการให้บริการเสริม
 - 6.2 รายละเอียดใบรายการเก็บเงิน
 - 6.3 ค่ายา
 - 6.4 ค่ารักษาพิเศษของแพทย์