

ผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อความพึงพอใจ  
ในการรับบริการของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร



นางอรกานต์ ชินพงษ์พานิช

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-0991-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF PARTICIPATION IN HEALTH PROMOTION PROGRAM ON SERVICE  
SATISFACTION OF ORTHOPEDIC PATIENTS, OUT PATIENT  
DEPARTMENT, BANGKOK METROPOLITAN  
ADMINISTRATION GENERAL HOSPITAL



Mrs. Oragan Chinpongpanich

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in

Nursing Administration Program

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-0991-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร

โดย นางอรกานต์ ชินพงษ์พานิช

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารการพยาบาล

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อรกานต์ ชินพงษ์พานิช : ผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อความพึงพอใจ  
ในการรับบริการของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร  
(EFFECTS OF PARTICIPATION IN HEALTH PROMOTION PROGRAM ON SERVICE  
SATISFACTION OF ORTHOPEDIC PATIENTS, OUT PATIENT DEPARTMENT,  
BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION GENERAL HOSPITAL)  
อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, 172 หน้า. ISBN 974-17-0991-9

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก ที่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ กับผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน ซึ่งจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการจับคู่ตามระดับการศึกษา และอายุ ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่วิจัยสร้างขึ้นขณะรอรับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และกลุ่มควบคุมรอคอยการตรวจโดยได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจในบริการ ตามแนวคิดของ Parasuraman และคณะ (1990) ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัยที่สำคัญ มีดังนี้

1. ความพึงพอใจในการรับบริการรวมทุกด้าน และด้านความเป็นรูปธรรมของบริการและด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการของผู้ป่วย ที่เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่า ของผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความพึงพอใจในผู้รับบริการในด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที และด้านการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจของผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วม และไม่ได้เข้าร่วมใน โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล  
ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่อนิติ -----  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา-----

## 4277837036 MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORD : PARTICIPATION IN HEALTH PROMOTION PROGRAM /  
SERVICE SATISFACTION

ORAGAN CHINPONGPANICH : EFFECTS OF PARTICIPATION IN HEALTH  
PROMOTION PROGRAM ON SERVICE SATISFACTION OF ORTHOPEDIC PATIENTS,  
OUT PATIENT DEPARTMENT, BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION  
GENERAL HOSPITAL. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND,  
Ph.D. 172 pp. ISBN 974-17-0991-9

The purposes of this experimental research were to compare the service satisfaction of orthopedic out patients who participated in the health promotion program and those patients who did not participated in such program. Research samples were 60 orthopedic out patients of Bangkok Metropolitan Administration General Hospital which were equally assigned into one experimental group and one control group by matching by age and the educational level. The patients in the experimental group participated in health promotion program during waiting for service while the control group receiving regular service. Research instruments were the health promotion program and the service satisfaction questionnaire which was developed according to Parasuraman and others (1990). The reliability of the questionnaire was .97 The T – test was used in data analysis.

Major findings were the following:

1. The service satisfaction in all aspects and in the aspects of tangible service and service assurance of the patients who participated in the health promotion program was significantly higher than that of the patients who did not participated in such program, at the .05 level.
2. There was no difference between the service satisfaction in the aspects of service reliability, responsiveness, and empathy of the patients who participated in the health promotion program and the patients who did not participated in such program.

Field of study Nursing Administration

Academic year 2002

Student's signature -----

Advisor's signature -----

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณา และความดูแลอย่างดียิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย แก่ไขข้อบกพร่องตลอดจนให้กำลังใจและเข้าใจผู้วิจัยตลอด มาจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุง เพิ่มเติมให้การ วิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนิดา ดามาพงศ์ ที่ให้คำแนะนำ และดูแล เอาใจใส่อย่างดี ตลอดจนคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่กรุณา ให้ความรู้ คำแนะนำ และการเรียนรู้ที่มีประโยชน์แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคุณกาญจนา ชัยจิตรวนิช และ คุณอนิรุทธิ์ สติมัน ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสัตตทัศน์กรรม ที่กรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำในการเขียนบท วิดีทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน และสุขบัญญัติ แห่งชาติ 10 ประการ ขอขอบพระคุณ คุณศุภนิมิต ม่วงมุล และคณะ ที่ช่วยผลิตสื่อวีดิทัศน์ ขอขอบพระคุณ กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน หัวหน้า สถาบันออร์โธปิดิกส์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน และ โรงพยาบาลกลางที่ได้ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ผลของการ มีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ต่อความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกลาง เนื่องจากทุนการวิจัยครั้งนี้ บางส่วนได้รับมาจากทุนอุดหนุน การวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณเพื่อน ๆ พี่ ๆ และน้อง ๆ คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ให้กำลังใจ และ ขอขอบพระคุณเป็นพิเศษแด่ พันเอกหญิงอัญชัญ ไพบูลย์ ที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอ มา สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง หัวหน้าฝ่าย การพยาบาล ผู้ตรวจการกองศัลยกรรม หัวหน้าศัลยกรรมพิเศษ 10/7 หัวหน้าแผนกผู้ป่วย นอก ศัลยกรรมกระดูก พี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ พยาบาลที่ให้กำลังใจและเอาใจช่วยตลอดมา ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความนิพนธ์นี้สำเร็จ และขอบคุณ คุณอนันต์ ชินพงษ์พานิช ที่ให้ การสนับสนุนตลอดมา

อรกานต์ ชินพงษ์พานิช

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	84
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	84
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	87
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	99
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	107
รายการอ้างอิง.....	112
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	122
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	127
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	130
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	144
ภาคผนวก จ บทวิธีที่ศันการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน.....	151

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ฉ บทวิดิทัศน์สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ.....	159
ภาคผนวก ช แบบประเมินผลการเรียนรู้.....	167
ภาคผนวก ซ ใบจุดสารขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ 10 ขั้นตอน.....	169
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	172

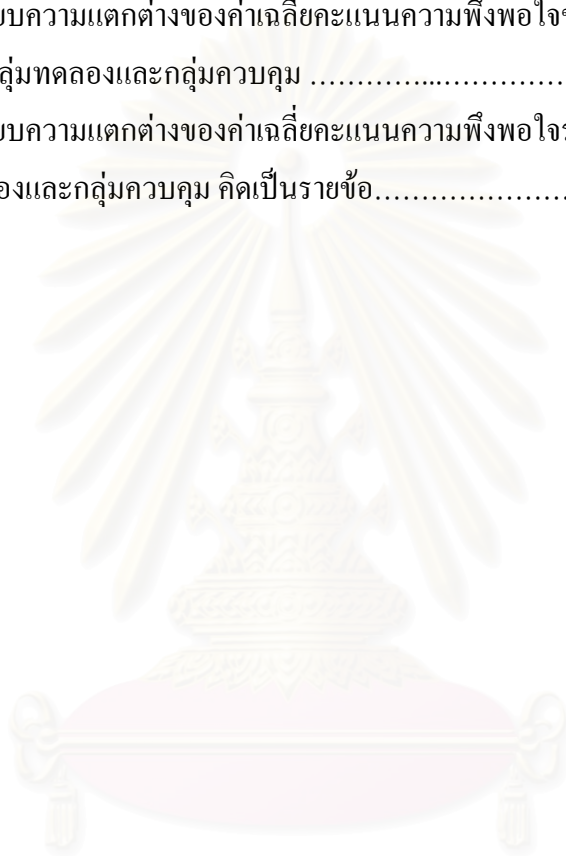


สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	86
2 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม.....	99
3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	103
4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นรายชื่อ.....	104



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	รูปแบบการกำหนดคุณภาพบริการของ Zeithaml, Parasuraman และ Berry...	20
2	การจัดการกับพฤติกรรมองค์กร.....	36
3	กระบวนการสอนผู้รับบริการ.....	69
4	ขั้นตอนการควบคุมพฤติกรรมตนเอง.....	76
5	ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	98



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลในยุคแข่งขันเช่นปัจจุบัน ซึ่งกำลังอยู่ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามแผนพัฒนาสาธารณสุขในอนาคต ผู้บริหารจำเป็นต้องใช้คุณภาพเป็นกลยุทธ์ในการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการ เพราะผู้ใช้บริการที่พึงพอใจในบริการจะกลายเป็นผู้ใช้บริการประจำ และจะออกไปพูดปากต่อปาก ทำให้มีผู้มาใช้บริการเพิ่มขึ้น การที่มีผู้มาใช้บริการเพิ่มขึ้นและใช้เป็นประจำ จะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้ที่มั่นคงแน่นอน เพื่อให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน การพัฒนาคุณภาพของผลผลิต (Quality product) และการให้บริการที่ประทับใจ (Impressive service) เพื่อความอยู่รอดของธุรกิจโรงพยาบาล จึงขึ้นอยู่กับปัจจัยสองอย่างนี้

ผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมาพร้อมกับความคาดหวังว่าการรักษาพยาบาลที่จะได้รับนั้น เป็นการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ และการบริการที่ประทับใจ ดังนั้น โรงพยาบาลจะต้องมีความชัดเจน ในเรื่องผลผลิตของโรงพยาบาล และรู้ว่าผลผลิตที่มีคุณภาพนั้นคืออะไร และจะทำอย่างไร ที่จะนำผลผลิตที่มีคุณภาพเหล่านั้นออกมาบริการให้ตรงกับ ความคาดหวังของผู้รับบริการ จนทำให้เขาเกิดความพึงพอใจ ผลผลิตของงานโรงพยาบาลคือ การดูแลผู้ป่วยการที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพ (Quality care) จะต้องรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการว่าเขามองคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างไร หากมุมมองของผู้ให้บริการกับ มุมมองของผู้รับบริการตรงกัน ก็จะเกิดคุณภาพการดูแลขึ้นได้ ดังนั้นคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่แท้จริงจึงต้องประกอบไปด้วยคุณภาพตามหลักการของวิชาชีพและคุณภาพตามความเห็นและความรู้สึกของผู้รับบริการด้วย

คุณภาพบริการ หมายถึง การบริการที่เป็นไปตามความคาดหวังและความต้องการของผู้ใช้บริการ Mc, Nealy (1994) ดังนั้นผู้ที่กำหนดคุณภาพคือผู้ใช้บริการ เนื่องจากผู้ใช้บริการไม่มีความรู้เรื่องการรักษาพยาบาล จึงกำหนดคุณภาพแตกต่างจากเจ้าหน้าที่ จากการศึกษาของ Parasuraman และคณะ (1990) พบว่า คุณภาพบริการในหมวดความเชื่อถือว่าไว้วางใจได้ และหมวดการตอบสนองแก่ผู้ใช้บริการทันทีเป็นเกณฑ์คุณภาพที่ผู้ใช้บริการให้ความสำคัญ ซึ่งเกณฑ์คุณภาพทั้ง 2 หมวดนี้ บ่งถึงคุณภาพด้านเวลา ได้แก่

- 1) บริการเสร็จเรียบร้อยตามเวลาที่กำหนด
- 2) การให้บริการทันทีที่ผู้ใช้บริการมาถึง
- 3) การให้บริการตรงตามเวลาที่กำหนดไว้

- 4) บอกเวลาบริการที่แน่นอน
- 5) มีเวลาพอที่จะให้ความช่วยเหลือ
- 6) ความพร้อมที่จะให้บริการทันที

ดังนั้นการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ และรวดเร็วจึงมีความสำคัญมาก ผู้บริหารทุกระดับของโรงพยาบาล จะต้องแสวงหาวิธีการที่จะพัฒนาการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ และรวดเร็วแก่ผู้ใช้บริการ

ความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารจะต้องคำนึงถึง Wylie (1994) กล่าวว่า แผนกผู้ป่วยนอกเป็นเสมือนห้องรับแขกของโรงพยาบาล และเป็นสถานที่แห่งแรกที่จะสร้างความพึงพอใจหรือความประทับใจให้แก่ผู้มารับบริการ จึงต้องมีการบริหารจัดการพัฒนาให้มีบริการที่ดีพร้อม ซึ่งผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำแนวคิดส่วนประสมทางการตลาดเข้ามาบริหารจัดการให้ผู้มารับบริการเกิดความพึงพอใจ ซึ่งได้แก่ การจัดให้มีบริการเสริมเพิ่มเติมจากบริการหลักที่มีอยู่เดิม

ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของผู้ที่มารับบริการต่อสถานบริการตามประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าไปติดต่อขอรับบริการในสถานบริการนั้นๆ Aday และ Anderson (1975) อ้างถึงใน วิชา ศุรงค์พิศมภ์กุล (2525) ได้ชี้ให้เห็นถึง พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการกับการรักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับการบริการว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ว่า ได้มีการเข้าถึงจิตใจของประชาชนหรือไม่ ส่วน Boesch (1972) พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบมากที่สุด มี 3 ประการคือ ต้องการทราบว่าตัวเองเป็นโรคอะไร มีอันตรายมากไหม และจะต้องรักษานานเท่าใด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้รับบริการมีความต้องการคำแนะนำจากผู้ให้บริการมาก ดังนั้นเป้าหมายของการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกต้องเน้นที่ตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก โดยเน้นที่ผลลัพธ์ของการบริการแทนการเน้นที่กระบวนการ หรือขั้นตอนของการบริการแต่เพียงอย่างเดียว คือ ให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย โรค วิธีการรักษา การปฏิบัติตน การป้องกันโรคแทรกซ้อน เพื่อให้ดูแลตนเอง และป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง

จากการศึกษาของ สำลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ (2543) กับ อรทัย รวยอาจิณ (2533) ได้สรุปความพึงพอใจเกี่ยวกับด้านคำรักษาพยาบาล และด้านความสะดวกในการรับบริการยังไม่ใช่ประเด็นสำคัญในการเลือกใช้บริการของผู้มารับบริการ แต่พบว่าความมีอภัยเสียไมตรี และความสามารถของผู้ให้บริการต่างหาก ที่มีส่วนทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

จากบทสรุป การสัมมนาระดับชาติ เรื่อง สุขภาพที่คนไทยต้องการ เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2543 ได้ข้อสรุปที่คนไทยมีความเห็นตรงกันในเรื่องการดูแลสุขภาพว่าเป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคนที่จะต้องให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ดังนั้นการสร้างสุขภาพโดยการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และเป็นธรรม จึงเป็นการจำเป็นอย่างยิ่งที่ประชาชนจะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมการเรียนรู้ การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในเบื้องต้น ซึ่งเป็นสิทธิในการได้รับข้อมูลของผู้รับบริการ และเป็นหน้าที่อิสระของพยาบาลในการสอนผู้รับบริการ ดังนั้นผู้รับบริการควรจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นบริการเสริมเพิ่มเติมจากบริการหลักขณะรอคอยพบแพทย์ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ทราบขั้นตอนการปฏิบัติตน และสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ และเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ป่วย คือ เมื่อเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องการทราบวิธีปฏิบัติตัว เพื่อให้ตนเองหายจากโรคเร็วที่สุด เพราะการป้องกันโรคทำได้ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษา

จากการศึกษาของ Krouse (2001) พบว่า การให้ผู้ป่วยชมวิดิทัศน์สุขภาพ นอกจากจะช่วยลดความวิตกกังวลขณะรอรับบริการแล้ว ยังมีส่วนช่วยในการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการรักษาให้ผู้ป่วย และยังสามารทำให้ความรู้ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ด้วย

โรงพยาบาลกลางเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ตั้งกักรุงเทพมหานครแห่งหนึ่งที่มีผู้มาใช้บริการมากขึ้นเรื่อย ๆ จากรายงานของงานเวชระเบียนและสถิติ (2543) พบว่าตั้งแต่ปี 2540, 2541, 2542 และ 2543 มีผู้มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 245,208, 266,324, 291,804 และ 308,706 คน ตามลำดับ หรือเฉลี่ยวันละ 846 ราย จากการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข (2536) พบว่าปัจจุบันการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกยังล่าช้ามาก และจากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาการใช้เวลาของผู้ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 5 คน (มีนาคม 2545) เริ่มตั้งแต่ทำบัตรจนได้รับยาเรียบร้อย ใช้เวลาเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 12 นาที ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวเป็นเวลานานเกินไป เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดคะเนที่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นเวลารอคอยที่สมควรเหมือนโรงพยาบาลเอกชน

จากการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลกลาง ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ (2537) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจในการถูกคัดคิวร้อยละ 56.6 พยาบาลพูดคุยกันเองไม่สนใจผู้ป่วยร้อยละ 62.0 ผู้ป่วยไม่กล้าซักถามพยาบาลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย เพราะรู้สึกว่ายพยาบาลไม่เต็มใจตอบร้อยละ 58.1 พยาบาลแสดงท่าทีดูถูก วางอำนาจและดูผู้ป่วยร้อยละ 67.4 ผู้ป่วยไม่พึงพอใจแพทย์ไม่ตรวจร่างกายให้ถามเพียงอาการแล้วให้ใบสั่งยาโดยไม่รู้ว่าตัวเองเป็นโรคอะไรร้อยละ 51.9 แพทย์มักแสดงอาการรำคาญใจ เมื่อผู้ป่วยซักถามร้อยละ 60.7 แพทย์สนใจแต่เฉพาะโรคโดยไม่คำนึงถึงจิตใจผู้ป่วยร้อยละ 55.1 และผู้ป่วยรู้สึกว่ายาของโรงพยาบาลรับประทานแล้วไม่หาย เพราะราคาถูกร้อยละ 66.0

จากการศึกษาแนวคิดต่างๆ การที่จะให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ เพื่อคงรายได้ของโรงพยาบาล และเพื่อความอยู่รอดของโรงพยาบาลในอนาคต ผู้วิจัยเห็นว่า การให้บริการของแผนก

ผู้ป่วยนอกเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นด่านแรกที่ได้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจ และประทับใจจนทำให้กลับมาใช้บริการของโรงพยาบาลอีก และจะออกไปพูดปากต่อปาก เนื่องจากปัญหาการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก ปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยต้องรอคอยนานกว่าจะได้พบแพทย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลครั้งแรก ยังไม่ทราบขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ และผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานกว่าโรคอื่นๆ ทำให้สูญเสียทรัพย์สิน และทรัพยากรของประเทศโดยไม่จำเป็น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าการนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมาให้บริการแผนกออร์โธปิดิกส์ ขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอคอยพบแพทย์ เป็นการเติมเวลาที่ว่างอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล การมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน การให้ชมวิดิทัศน์ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในสิ่งที่ตนเองต้องการทราบ ซึ่งเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ป่วยว่ามาโรงพยาบาลจะได้รับความรู้มากขึ้น ลดความวิตกกังวล เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง สามารถดูแลตนเองได้ และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการพัฒนาการให้บริการในแผนกอื่นๆ ของโรงพยาบาล เพื่อรับนโยบายการเข้าสู่ระบบการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล (HA) ในปี พ.ศ. 2546 ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เปรียบเทียบความพึงพอใจในการรับบริการแผนกผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ผู้ป่วยนอก กลุ่มที่มีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมใน โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน ทำให้ประชาชนต้องหันมาพึ่งบริการของโรงพยาบาลของรัฐมากขึ้น ความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ พบว่า ปัญหา คือ รอนานและจากการที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ความคาดหวังและบริการที่ผู้รับบริการต้องการจำนวน 15 คน (มีนาคม 2545) ขณะรอคอยรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ พบว่าสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวัง คือบริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง เพื่อให้ตนเองหายจากโรคโดยเร็ว ผู้รับบริการต้องการคำแนะนำการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ เพราะไม่มีความรู้ ไม่เคยมีใครให้คำแนะนำ เนื่องจากแพทย์และพยาบาลต่างมีหน้าที่การงานมาก ทำให้โรคที่เป็นอยู่ใช้เวลาในการรักษานาน เสียค่าใช้จ่ายมาก โดยเฉพาะโรคกระดูกต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าโรคอื่นๆ และตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขดำเนินการ

พัฒนานโยบาย และแผนงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพประชา ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540 – 2544)

สำหรับกระแสการส่งเสริมสุขภาพในระดับสากล ได้มีการประกาศกฎ ออตตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ 2529 ด้วยการเสนอกระบวนการทัศน์ใหม่ทางด้านสุขภาพ คือ เสนอ New public health ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นหลักโดยไม่มองสุขภาพแยกส่วนออกจากสิ่งแวดล้อมทั้งปวง อย่างเช่นในอดีตอีกต่อไป แต่มองการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพไปในทิศทางของ Good health approach ซึ่งเชื่อว่าจะให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพที่สูงกว่าและประชาชนจะมีสุขภาพดีได้จริงมากกว่า

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมและการส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าหากพัฒนาโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยให้บริการสุขภาพที่มีทรัพยากรอยู่มากที่สุดและมีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรักษาพยาบาล หรือการบริการเชิงรับให้ไปมุ่งเน้นหรือเปลี่ยนทิศไปเป็นเชิงรุก ซึ่งหมายถึง โรงพยาบาลไม่เพียงแต่ให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาล ที่มีคุณภาพสูงแบบเบ็ดเสร็จเท่านั้น แต่ได้พัฒนาภาพลักษณ์องค์กรที่รวมจุดเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเข้าไว้ด้วย โดยพัฒนาโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กรด้านการส่งเสริมสุขภาพ อาทิ บทบาทการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคน การพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งประสานงานอย่างแข็งขันกับชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบก็จะก่อให้เกิดการลดค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

#### ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทำการทดลองที่แผนกออโรโธปิดิกส์ ผู้ป่วยนอก (ศัลยกรรมกระดูก) โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร
2. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาโรคกระดูกทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอก ออโรโธปิดิกส์ ซึ่งเป็นแผนกที่โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร จัดขึ้นเพื่อให้บริการตรวจรักษาโรคกระดูกทั่วไป ตั้งแต่เวลา 08.00–16.00 น. และไม่ได้รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล คอยรับบริการแล้วกลับบ้านได้

### 3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 ตัวแปรต้น คือ การมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ตัวแปรตาม คือ ความพึงพอใจในการรับบริการ ในการวิจัยนี้หมายถึงผลต่างของบริการพยาบาลที่คาดหวัง และบริการพยาบาลที่รับรู้ด้านต่างๆ 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้ป่วย

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมระหว่างการรอรับการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ เพื่อการเรียนรู้ขั้นตอนการรับบริการตรวจรักษาและการปฏิบัติ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาพความเจ็บป่วยของตน โดยรายละเอียดของการมีส่วนร่วมเป็นไปตามกิจกรรมในโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิต ประกอบด้วย

- 1) การรับข้อมูลขั้นตอนการรับบริการ
- 2) การชมวิดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน การซักถามพูดคุยเพื่อสร้างความเข้าใจ และหาแนวทางการปฏิบัติตน
- 3) การชมวิดิทัศน์เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ข้อ
- 4) ร่วมอภิปรายซักถามปัญหาและพูดคุยในรายที่ยังไม่ได้พบแพทย์และพบแพทย์แล้ว

2. ความพึงพอใจในการรับบริการ หมายถึง ผลต่างของความคาดหวัง และการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาโรคกระดูกในแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามแนวคิดของ Parasuraman และคณะ (1990) ประกอบด้วย คุณภาพบริการ 5 ด้าน ดังนี้

1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพของบริการที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ได้แก่ เครื่องมืออุปกรณ์ บุคลากร และการใช้สัญลักษณ์ หรือเอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารให้ผู้ป่วยนั้น มีความเป็นรูปธรรม สามารถรับรู้ได้

2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการนั้น ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วย บริการที่ให้นั้นมีความถูกต้องเหมาะสม และมีความสม่ำเสมอในทุกครั้งของการบริการที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการบริการที่ได้รับ มีความน่าเชื่อถือสามารถให้ความไว้วางใจได้



3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อม และความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมารับบริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน

4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึง ผู้ให้บริการมีทักษะความรู้ความสามารถในบริการ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้วยความสุภาพ มีกิริยาท่าทางและมารยาทที่ดีในการบริการ สามารถที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่ดีที่สุด

5) ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้ป่วย (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแล ความเอื้ออาทรเอาใจใส่ผู้ป่วยตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละคน

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยเฉพาะในส่วนของผู้ป่วย
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยในด้านการพัฒนาคุณภาพบริการต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไว้ตามลำดับดังนี้

1. การบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก
3. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
4. โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ แผนกผู้ป่วยนอก
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ แบ่งเป็น

ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ามาในโรงพยาบาล ในคลินิกโรคศัลยกรรมกระดูก หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ประชาสัมพันธ์ โຕะบัตร์ ห้องยา ห้องเอกซเรย์ เพื่อรับการวินิจฉัยโรคหรือรับการรักษายาพยาบาล แต่ไม่ใช่เพื่อการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล มารับบริการแล้วกลับบ้านได้

ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ามานอนพักรักษาในหอผู้ป่วยแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลทั้งห้องสามัญและห้องพิเศษ ตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป เพื่อการวินิจฉัยโรคที่ต่อเนื่องและรับการรักษายาพยาบาล

การบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เริ่มตั้งแต่แผนกประชาสัมพันธ์ ให้การต้อนรับ สอบถามความต้องการ แผนกที่ต้องการตรวจรักษา ให้กรอกแบบสอบถาม เพื่อทำบัตรประจำตัวผู้ป่วยพร้อมถามสวัสดิการรักษายาพยาบาล ให้คำแนะนำไปยังแผนกที่ต้องการ ติดต่อโຕะบัตร์เพื่อคัดกรองโรคพร้อมวัดสัญญาณชีพ และประเมินสภาพการเข้าพบแพทย์ก่อนหลัง อำนวยความสะดวกให้เข้าพบแพทย์ตามแผนกที่ต้องการ

การบริการในแผนกออร์โธปิดิกส์ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลางเป็นหน่วยงานที่ให้บริการพยาบาลแก่ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้านโรคกระดูกและข้อ เริ่มตั้งแต่การซักประวัติ การเจ็บป่วย การทำใบบันทึกศัลยกรรมกระดูก (Fracture record) การจัดให้เข้าพบแพทย์ตามลำดับก่อนหลัง การทำแผล การฉีดยาเข้าข้อ การดึงกระดูกให้เข้าที่ การเข้าเฝือก ตัดเฝือก การฉีดยาต่างๆ ตลอดจนให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การรักษาด้วยวิธีต่างๆ ซึ่งลักษณะของการเจ็บป่วยมีหลายระดับแตกต่างกัน และสามารถจัดให้อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งดังต่อไปนี้ ขงยุทธ วัชรคุลย์ และ

### เล็ก ปรีวิสุทธิ(2545)

- 1) กลุ่มโรคของการเสื่อม เช่น โรคข้อเสื่อมต่าง ๆ
- 2) กลุ่มโรคที่เกิดจากการอักเสบ เช่น โรคข้ออักเสบ ติดเชื้อวัณโรคกระดูก
- 3) กลุ่มโรคที่เกิดจากสภาวะจิตใจ เช่น โฟโบรรมัยอัลเจีย
- 4) กลุ่มโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุ

สาเหตุของพยาธิสภาพที่พบบ่อยในระบบกระดูกและข้อ ยกเว้นเกิดจากอุบัติเหตุ คือ

1. ความผิดปกติแต่กำเนิด ซึ่งสาเหตุบางครั้งเกิดจากกรรมพันธุ์ เช่น สันหลังคด
2. การติดเชื้อจุลชีพ เช่น แบคทีเรีย เชื้อรา หรือไวรัส ทำให้เกิดความพิการ
3. ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม เช่น โรคเก๊าท์
4. โรคเนื้องอกหรือมะเร็งกระดูก และเนื้อเยื่ออ่อนรอบๆ กระดูกและข้อ
5. ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิดภาวะกระดูกบาง
6. ความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดในกระดูก ทำให้หัวกระดูกตาย
7. ความผิดปกติทางประสาท ทำให้เกิดความพิการของระบบกล้ามเนื้อ ข้อและ

กระดูกพิการผิดปกติ การหดรั้งของกล้ามเนื้อ

8. ความผิดปกติทางจิต ทำให้มีความผิดปกติของระบบการเคลื่อนไหวโดยไม่ทราบ

สาเหตุ

ซึ่งต้องใช้วิธีการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ซึ่งผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือ เพื่อเป็นการประหยัดเวลา ซึ่งพบว่าโดยมากอาการที่จะทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์มักจะมีปัญหา 3 ภาวะ คือ

1. มีความรู้สึกว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น เช่น มีอาการปวดหรือชา
2. มีรูปร่างที่มองเห็นว่าผิดปกติ เช่น ตัวเอียง มีก้อนเกิดขึ้นที่ร่างกาย หรือแขนขา

ผิดปกติไม่ได้สัดส่วน

3. มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่น เดินกะเผลก อ่อนแรง

นอกจากการตรวจร่างกายเพื่อทราบตำแหน่งของอาการแล้ว ซึ่งต้องอาศัยความชำนาญและข้อมูลจากประวัติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ห้องแลป หรือการตรวจพิเศษทางรังสีทางคอมพิวเตอร์ และการใช้เวชศาสตร์นิวเคลียร์ สามารถช่วยในการตรวจละเอียดในปัจจุบันได้ดี

เมื่อแพทย์ตรวจและวินิจฉัยโรคได้แล้ว ก็ขึ้นอยู่กับว่าจะรักษาด้วยวิธีใด ซึ่งวิธีการรักษามี 2 วิธี คือ วิธีไม่ผ่าตัดและวิธีผ่าตัด วิธีไม่ผ่าตัดนั้นนอกจากให้ยา ให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตน ให้ใช้กายอุปกรณ์ แก้ไขอิริยาบถ ลดความอ้วน รวมถึงการออกกำลังกายโดยการบริหาร ซึ่งเป็นเรื่องของกายภาพบำบัด การรักษาโรคทางกระดูก และข้อนี้โดยมากมักใช้วิธีไม่ผ่าตัด ส่วนวิธีการผ่าตัดอาจแก้ไขปัญหาได้หมดสิ้นทันที แต่หน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวมักไม่ได้ผลดี อาจมีผลแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ ปอดบวม การเกิดนิ่วในไต ซึ่ง

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยจะต้องทราบ ตั้งแต่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการรับบริการ เปิดบริการตั้งแต่ 08.00– 12.00 น. ในเวลาราชการ เพื่อลดความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค

จากสถานการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคกระดูก มีผลต่อสภาพจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในเบื้องต้นที่ยังไม่มีความเข้าใจ ความแน่ใจ หรือไม่รู้ว่าโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ร้ายแรงเพียงใด จะรักษาให้หายขาดได้หรือไม่ วิธีการรักษาพยาบาลจะเป็นอย่างไร ตัวผู้ป่วยจะต้องประสบกับอะไรบ้าง จะต้องทุกข์ทรมานเพียงใด หรือเมื่อหายแล้วจะสามารถทำงานได้ตามปกติหรือไม่ จะต้องประสบกับความพิการหรือไม่ จะต้องเสียค่าใช้จ่ายมากน้อยเพียงใด และทำให้เกิดความลำบาก หรือเป็นภาระต่อครอบครัวต่อไปอย่างไร ความวุ่นวายใจจากความไม่รู้ต่างๆ เหล่านี้ เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียด และความวิตกกังวลสูงในผู้ป่วยและญาติซึ่งทำให้การทำความเข้าใจในการรักษาพยาบาลมีความยุ่งยากตามมา อาจทำให้ภาวะการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นจนเกิดเป็นภาวะเรื้อรังมีโรคแทรกซ้อน หรือมีความพิการได้ โดยเฉพาะคนไข้โรคกระดูก อาจทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งเป็นเวลานานติดต่อกัน ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต่างๆ ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างเป็นลำดับและต่อเนื่อง

โดยเฉพาะในปัจจุบัน ถ้าวิเคราะห์สภาพการเจ็บป่วยของประชาชน จากข้อมูลที่เข้ามารับบริการพบว่าภาวะการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมอนามัยที่ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นสามารถป้องกันได้แทบทั้งสิ้น เช่น โรคเอดส์ โรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน โรคข้อเข่าเสื่อม และการเจ็บป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุ ดังนั้นการบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ ต้องเน้นที่ตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก (Consumer oriented) โดยเน้นที่ผลลัพธ์ (Outcome) ของการบริการแทนการเน้นที่กระบวนการ หรือขั้นตอนของการบริการแต่เพียงอย่างเดียว คือ ให้ผู้ป่วยและญาติ

1. มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคภาวะการเจ็บป่วย วิธีการรักษา วิธีการปฏิบัติตัว ค่าใช้จ่ายประเภทของการบริการในโรงพยาบาล และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ระยะแรกที่เข้ามารับการบริการในโรงพยาบาล

2. สามารถปรับตัว ปรับใจ ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาและแผนการพยาบาลได้ถูกต้อง

3. มีโอกาสเลือกและมีส่วนร่วมตัดสินใจ ในการรักษาพยาบาลตามที่เห็นสมควร และเหมาะสม

4. มีความเข้าใจและสามารถทำการรักษาพยาบาลต่างๆ ได้ด้วยตนเองทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

5. สามารถวิเคราะห์อาการเจ็บป่วย เฝ้าระวังอาการผิดปกติดูแลตนเอง และสามารถจัดการกับตนเองได้เมื่อเกิดอาการผิดปกติ

เป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ เพื่อให้การบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพโดย

1. จัดให้มีการบริการครบถ้วนและสม่ำเสมอ ตามประเภทและลักษณะของการเจ็บป่วย ทั้งระยะแรกเริ่ม ระหว่างรอตรวจ ระยะรับการตรวจรักษา ระยะก่อนกลับบ้าน ตลอดจนมีความต่อเนื่องถึงที่บ้าน
2. การบริการมีความสะดวก รวดเร็วทุกขั้นตอน มีการติดต่อสื่อสารและประสานงานกันทุกฝ่ายทั้งในและนอกโรงพยาบาล
3. เสียค่าใช้จ่ายน้อย ประหยัดเวลา แรงงาน เงิน และอุปกรณ์ ทั้งของผู้รับบริการ และโรงพยาบาล
4. มีความปลอดภัย ไม่เกิดอาการแทรกซ้อน ความพิการ หรือเสียชีวิต
5. บุคลากรมีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความสนใจ เอาใจใส่ กระจ่างใส ทำให้เกิดความพึงพอใจ และประทับใจในบริการ

#### แนวทางการให้บริการ

ควรพิจารณาให้เหมาะสมและถูกต้องกับลักษณะและประเภทของการเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. กลุ่มที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง คอยได้
2. กลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ต้องการการรักษาและพยาบาลเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ
3. ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้น ผู้ที่มีความพิการ เช่น กลุ่มที่ต้องการการดูแลและรักษาต่อเนื่อง

#### หลักการและกลวิธีการจัดกิจกรรมการพยาบาล Porter and Grandy(1995)

การจัดกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม ต้องครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การพยาบาลแบบองค์รวม และการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจ ให้กลับสู่สภาวะปกติโดยเร็วที่สุด โดยเน้นกิจกรรมในลักษณะของ

1. Continuum of care เพื่อให้การพยาบาลและรักษาต่อเนื่อง ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล

จนถึงที่บ้าน โดยมีกิจกรรมการส่งต่อผู้ป่วยทุกระยะของการดูแลทั้งผู้ป่วย Acute care และ Ambulatory care

2. ใช้บริการเชิงรุก จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองทั้งที่โรงพยาบาลที่บ้าน โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยในความรับผิดชอบ

### แนวทางการจัดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยกลุ่ม 1	ผู้ป่วยกลุ่ม 2	ผู้ป่วยกลุ่ม 3
ผู้ที่ไม่มีอาการเจ็บป่วย ต้องการการดูแล ใกล้ชิดและต่อเนื่อง	ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย ต้องการการรักษาและ การพยาบาลโดยเร่งด่วน	ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยพักฟื้น ผู้พิการ ต้องการการพยาบาล และการรักษาต่อเนื่องเป็น ระยะ ๆ

#### แรกเริ่มและระหว่างรอรับบริการ

1. จัด Orientation program  
ให้ข้อมูลด้านสุขภาพอนามัย  
และกิจกรรมการบริการของ  
โรงพยาบาล

2. ให้ความรู้ ความเข้าใจด้านการ  
การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

#### ระยะรับการบริการตรวจรักษา

จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ  
และการส่งเสริมการดูแลตนเอง  
แก่ผู้ป่วย และครอบครัว

#### ก่อนกลับบ้าน

จัดกิจกรรม “Continuum care”

#### แรกเริ่มและระหว่างรอรับบริการ การตรวจรักษา

1. จัด Orientation program ให้  
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วย  
กิจกรรมการรักษา การพยาบาล

2. ให้การพยาบาลเบื้องต้น เช่น จัดทำ  
ผู้ป่วย เช็ดตัว Mouth – care ฯลฯ  
3. สอนญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และ  
การปฏิบัติตัวของครอบครัว

#### ระยะรับการบริการตรวจรักษา

1. ให้การพยาบาลตามสถานะการ  
2. จัดกิจกรรมการส่งเสริมการดูแล  
ตนเองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

#### ก่อนกลับบ้าน

จัดกิจกรรม “Continuum care”

#### แรกเริ่มและระหว่างรอรับ การตรวจรักษา

1. ให้ความรู้ ความเข้าใจ  
เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย  
การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

2. ให้การพยาบาลทำกิจกรรม  
การรักษาต่อเนื่อง

#### ระยะรับการบริการตรวจรักษา

จัดกิจกรรมบำบัด และการ  
ส่งเสริมสนับสนุนการดูแล  
ตนเองของผู้ป่วยเป็นราย  
บุคคลและรายกลุ่ม

#### ก่อนกลับบ้าน

จัดกิจกรรม “Continuum care”

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก

เนื่องจากความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ในปัจจุบันตลอดจนความเจริญทางการสื่อสาร การใช้อินเทอร์เน็ต ทำให้ผู้รับบริการสามารถมีความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งต่างๆ ทั่วโลก ทำให้ระบบการให้การพยาบาลในโรงพยาบาลต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้ทันกับยุคสมัยของโลกาภิวัตน์ในปัจจุบัน

### 2.1 คุณภาพบริการ

ความหมายของคุณภาพบริการ มีผู้กล่าวไว้หลายทฤษฎีด้วยกันดังนี้

American Heritage Dictionary (1976) นิยามว่า คุณภาพ คือ ลักษณะเฉพาะอย่างหนึ่งที่แสดงถึงคุณค่า ลำดับขั้น หรือระดับของความเป็นเลิศหรือความคาดหวัง

Crosby (1979) กล่าวว่า คุณภาพ คือ ความสอดคล้องกับความต้องการ (Conformance to requirement) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจะบรรลุถึงคุณภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อทำให้ผลผลิตสอดคล้องกับข้อกำหนดที่ได้ตั้งไว้ การกำหนดความหมายของคุณภาพเช่นนี้ เป็นมุมมองหนึ่งที่ทำให้เราสามารถวัดหรือประเมินคุณภาพได้ นั่นคือ ประเมินว่ามีความสอดคล้องกับข้อกำหนดมากน้อยเพียงใด

Donabedian (1980) ให้ความหมายของการดูแลที่มีคุณภาพสูงว่า เป็นการดูแลที่คาดหวังได้ว่ามีมาตรการที่จะช่วยทำให้เกิดความอยู่ดีมีสุข(Well-being) และความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ทั้งนี้เป็นผลจากการประเมินอย่างละเอียดถึงผลได้และผลเสีย อันเป็นผลติดตามมาจากการดูแลนี้ และได้เพิ่มเติมในภายหลังอีกว่า ควรประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

- ความหมายที่มีความสมบูรณ์นั้น จะต้องพิจารณาโดยเปรียบเทียบ ผลที่ได้และผลที่เสียหาย หรือความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยผู้ให้การดูแลรักษาต้องให้คุณค่าของสิ่งนี้โดยไม่ต้องหวังถึงเรื่องต้นทุนของคำรักษา

- ความหมายที่มาจากแต่ละบุคคล ซึ่งจะเน้นเกี่ยวกับ ความคาดหวังถึงผลที่ได้ และผลเสียหาย รวมถึงผลที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะติดตามมา

- ความหมายที่มาจากทางด้านของสังคม ซึ่งจะรวมถึง ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล ผลได้และผลเสียอย่างต่อเนื่อง และคำนึงถึงว่าการดูแลรักษานั้นได้มีการกระจายทั่วไปในหมู่ประชาชน

Parasuraman และคณะ (1985) เสนอว่าคุณภาพนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้บริโภค นั่นคือ คุณภาพของบริการในสายตาของผู้บริโภคเกิดจากการเปรียบเทียบความคาดหวังในบริการ และสิ่งที่ผู้รับบริการคิดว่าได้รับจากบริการนั้น บริการจะมีคุณภาพเมื่อผู้รับบริการได้รับในสิ่งที่คาดหวังไว้

American Medical Association (1986) นิยามการดูแลรักษาที่มีคุณภาพสูงว่า เป็นการช่วยเหลือที่กระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับ และดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยอายุยืนยาวขึ้น โดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับทราบข้อมูลต่างๆ การนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐาน และใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และระบุงค์ประกอบของการดูแลรักษาที่มีคุณภาพไว้ 8 ประการคือ

1. ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างเหมาะสมที่สุด
2. เน้นถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
3. ให้บริการในเวลาทันต่อเหตุการณ์
4. พยายามให้ผู้ป่วยรับทราบ ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง
5. อยู่บนพื้นฐานของหลักการวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้รับการยอมรับ
6. คำนึงถึงความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วย
7. ใช้เทคโนโลยีและทรัพยากรในระบบสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ
8. มีการบันทึกข้อมูลต่างๆ ไว้อย่างเพียงพอ สำหรับการรักษาที่ต่อเนื่อง และการทบทวนตรวจสอบภายหลังได้

พจนานุกรมของ Webster 's Dictionary (1988) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึงระดับความเป็นเลิศหรือสิ่งที่ดีกว่าสิ่งอื่นๆ

Brown และคณะ (1991) ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพบริการนั้นยากที่จะให้ความหมายเพราะว่าเป็นนามธรรมที่มีการจัดบริการให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับ คำว่าคุณภาพนั้นมีความแตกต่างกันระหว่างบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่ง และจากสถานการณ์หนึ่งสู่อีกสถานการณ์หนึ่ง

Jaeger และคณะ (1993) ให้ข้อคิดเห็นไว้ว่า เมื่อพิจารณาคุณภาพให้เชื่อมโยงกับความคาดหวังของผู้บริโภค หรือผู้รับบริการอาจนิยามคุณภาพได้เป็น 3 ระดับ คือ

- คุณภาพขั้นพอใช้ได้ หมายถึง การผลิตสินค้าหรือบริการให้ได้ผลตามที่กำหนดรายละเอียด (Specification) หรือมาตรฐาน (Standard) ไว้ล่วงหน้า หรือเรียกว่าเป็น Conformance quality

- คุณภาพขั้นพอใจ หมายถึง การที่สินค้า หรือบริการ ที่ให้สามารถตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้ป่วยได้ทั้งหมด ทำให้เกิดความพึงพอใจ หรือเรียกว่าเป็น Requirement quality

- คุณภาพขั้นประทับใจ หมายถึง สินค้าหรือบริการนั้นยอดเยี่ยมมากถึงขนาดที่ทำให้ลูกค้าหรือผู้ป่วยเกิดความประทับใจ (Delighted) นั่นคือ สิ่งที่ได้นั้นมีคุณค่า (Value) มากกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวังเอาไว้มาก หรือเรียกว่า Quality of kind

ประวิทย์ และวิจิตรา จงวิศาล (2537) ได้ให้ความหมายของคุณภาพว่า คือ ลักษณะต่างๆ ของผลิตภัณฑ์หรือการบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้บริโภค ผู้รับบริการ หรือทำให้ผู้บริโภคหรือผู้รับบริการมีความพอใจ



จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการในแนวคิดทางการตลาดว่า คือ ความสามารถในการสนองความต้องการของผู้มารับบริการ นั่นคือ เป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้หรือลูกค้า ซึ่งเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากสินค้าหรือบริการนั้นๆ เนื่องจากคุณสมบัติของบริการ 4 ประการ คือ บริการไม่มีตัวตน มีความหลากหลายในตัวเอง ไม่สามารถถูกแบ่งแยกได้และเก็บรักษาไม่ได้ ทำให้คุณภาพของบริการถูกประเมินจากทั้งกระบวนการให้บริการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริการนั้น (Outcome) โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

วีระวัฒน์ ปิ่นนิคามย์ (2538) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการว่า หมายถึง คุณสมบัติ คุณลักษณะทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ของการบริการที่ผู้รับบริการ (ลูกค้า) รับรู้ว่ามีคุณค่าโดดเด่นตรงหรือเกินกว่าความคาดหวังเป็นที่น่าประทับใจ จากการที่ผู้รับบริการได้จ่ายเงินแลกเปลี่ยน สัมผัส มีประสบการณ์ ทดลองใช้

วีรพงษ์ เกลิมจิระรัตน์ (2539) ให้ความหมายว่าคุณภาพบริการคือความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการระดับความสามารถของบริการในการบำบัดความต้องการของผู้รับบริการ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังจากได้รับบริการไปแล้ว

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2539) ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพบริการ คือ การทำให้ลูกค้าได้รับความพึงพอใจ เป็นบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า ตลอดจนถึงขั้นตอนของบริการนั้นๆ จนถึงภายหลังการบริการด้วย ทั้งนี้ต้องตอบสนองต่อความต้องการเบื้องต้นตลอดจนครอบคลุมไปถึงความคาดหวังของผู้รับบริการ ย่อมทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากขึ้น

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคนอื่นๆ (2539) ได้กล่าวว่า ในธุรกิจการให้บริการคุณภาพของบริการ เป็นสิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจการให้บริการ คือ การรักษาระดับการให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่งชั้น โดยเสนอคุณภาพการให้บริการตามผู้รับบริการคาดหวังไว้ ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการที่ผู้รับบริการต้องการจะได้จากประสบการณ์ในอดีต จากการพูดปากต่อปาก จากการโฆษณาของธุรกิจให้บริการ ผู้รับบริการจะพอใจถ้าได้รับในสิ่งที่ต้องการ (What) เมื่อผู้รับบริการมีความต้องการ (When) ณ สถานที่ที่ผู้รับบริการ (Where) ต้องการ ในรูปแบบที่ต้องการ (How)

Parasuraman และคณะ (1985) ให้ความหมายว่า คุณภาพการบริการ คือ การวัดว่าระดับการให้บริการกับความคาดหวังของผู้รับบริการว่าเข้ากันดีเพียงใด การให้บริการที่มีคุณภาพหมายถึง การให้บริการที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

Gillies (1994) ให้ความหมายว่า คุณภาพการบริการด้านสุขภาพ คือ การใช้ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันก็มีการปรับสมดุลระหว่างประโยชน์และผลเสียที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้น

Kotler (1994) กล่าวว่า คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะ และลักษณะสำคัญโดยรวมของผลิตภัณฑ์หรือบริการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการทำให้เกิดความพึงพอใจ หรือตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ จะถือว่าผู้บริการให้บริการที่มีคุณภาพก็ต่อเมื่อผลิตภัณฑ์ หรือบริการนั้นเป็นไปตามความคาดหวังหรือได้มากกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการ

อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล และคณะ (2542) ให้นิยามคุณภาพบริการไว้ หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกค้า โดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งนี้ ประกอบด้วย ความถูกต้องตามมาตรฐาน และความถูกต้องตรงตามความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ

จากแนวความคิดดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า คุณภาพบริการนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ต่อบริการที่จัดให้ว่าสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังได้มากน้อยเพียงใด ซึ่ง Zeithaml และคณะ (1990) ได้กล่าวไว้ว่าคุณภาพบริการจะมีค่าสูงขึ้นหรือต่ำลงขึ้นกับว่าผู้รับบริการประเมินการรับรู้บริการที่ได้รับจริงว่าตรงกับที่คาดหวังไว้หรือไม่และยังมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการที่จะทำให้มีความคาดหวังต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ปัจจัยนี้ ได้แก่ คำบอกเล่าปากต่อปาก ความต้องการส่วนบุคคล ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา และการสื่อสารสู่ภายนอกจากผู้ให้บริการ

นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของคุณภาพที่จะทำให้เกิดคุณภาพบริการในการจัดบริการสุขภาพ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ หรือลูกค้า ได้มีผู้กล่าวถึงคุณภาพในเชิงขององค์ประกอบ มิติ หรือระดับคุณภาพไว้ต่างๆ กัน แต่เมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่าองค์ประกอบของคุณภาพน่าจะมีเพียง 4 องค์ประกอบ อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล(2536)

- 1) การเข้าถึงบริการ ได้แก่ การเข้าถึงด้านภูมิศาสตร์ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านภาษา และการจัดองค์กรที่ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย เช่น ระบบนัดเวลาจัดบริการ
- 2) ลักษณะทางกายภาพที่น่าพอใจ หมายถึง บริการที่ไม่เกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผลทางด้านคลินิก แต่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น และยินดีที่จะกลับมาใช้บริการในครั้งต่อไป เมื่อมีความจำเป็น ลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในบริการที่จะได้รับ และมีความเต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการ ลักษณะดังกล่าว ได้แก่ ความสวยงาม ความสะอาดสบาย ความสะอาด ความเป็นส่วนตัว คนตรี การให้ความรู้และการหย่อนใจด้วยวิธีต่างๆ

- 3) คุณภาพด้านมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้ใช้บริการจะทำให้เกิดความเชื่อมั่น และการที่ทั้งสองฝ่ายจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการให้บริการทั้งด้านที่เป็นการแสดงความต้องการของผู้ใช้บริการ และด้านคำแนะนำที่ผู้ให้บริการจะได้รับประโยชน์ ทั้งนี้โดยอาศัยการให้ความเคารพ การรักษาความลับ ความสุภาพ การฟังและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตอบสนองอย่างเหมาะสม และการแสดงความเห็นอกเห็นใจ

4) คุณภาพด้านเทคนิค หมายถึง การให้บริการทางคลินิกที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็วและปลอดภัย และการที่ผู้ป่วยจะสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองได้ถึงระดับหนึ่ง

## 2.2 การกำหนดคุณภาพบริการ

การศึกษาคุณภาพการบริการ ได้มีการวิจัยทางการตลาดมาแล้วหลายครั้ง โดยเริ่มตั้งแต่ปี 1983 ได้มีการสร้างรูปแบบของคุณภาพบริการ (Service quality model) และเกณฑ์การวัดคุณภาพบริการ (Dimensions of Service quality) โดยการวัดจากการรับรู้ต่อบริการของผู้รับบริการว่าเป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่เพียงใด Parasuraman และคณะ (1985) และได้มีการวิจัยแล้ว นำไปพัฒนาเป็นรูปแบบของการบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งมีสิ่งชี้คุณภาพบริการ ดังนี้

2.2.1 เกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการ (Dimensions of quality) โดยการประเมินจากผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์ต่าง ๆ 10 ด้าน ดังนี้

- 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ อุปกรณ์เครื่องมือ บุคลากรและวัสดุในการติดต่อสื่อสาร
- 2) ความเชื่อมั่นวางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการตามที่ให้สัญญาไว้และมีความน่าเชื่อถือ
- 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความยินดีที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการและพร้อมที่จะให้บริการได้ในทันที
- 4) สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence) หมายถึง การมีความรู้ความสามารถทักษะในการบริการที่ให้และสามารถแสดงออกมาให้ผู้รับบริการประจักษ์ได้
- 5) ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy) หมายถึง ความสุภาพอ่อนโยน ให้เกียรติ มีน้ำใจและเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ
- 6) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความน่าไว้วางใจ เชื่อถือได้ ซึ่งเกิดจากความซื่อสัตย์และความจริงใจของผู้ให้บริการ
- 7) ความมั่นคงปลอดภัย (Security) หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน ชื่อเสียง ปราศจากความรู้สึกเสี่ยงอันตรายและข้อสงสัยต่าง ๆ รวมทั้งการรักษาความลับของผู้รับบริการ
- 8) การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมารับบริการ
- 9) การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง การให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้รับบริการ ใช้การสื่อสารด้วยภาษาที่ผู้รับบริการเข้าใจและรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ จากผู้รับบริการ

10) การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding the customer) หมายถึง การทำความเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการของตนเอง

จากการศึกษาวิจัยได้มีการพัฒนามาตลอดของ Parasuraman, Zeithaml และBerry (1985) คุณภาพบริการนั้น ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการ (Teas, 1993) เมื่อผู้รับบริการมารับบริการในครั้งนี้จะเปรียบเทียบบริการที่ตนได้รับจริงกับบริการที่คาดหวังไว้ และยังพบเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบริการจากผู้รับบริการ ซึ่งมี 10 ด้านดังกล่าวมาแล้ว Parasuraman และคณะ ได้นำเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการทั้ง 10 ด้านนั้นไปศึกษาวิจัยกับธุรกิจบริการต่าง ๆ โดยสร้างและใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพการบริการ ที่เรียกว่า SERVQUAL (Service quality) แล้วนำไปวิเคราะห์ค่าทางสถิติ และหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างมิติ ทั้ง 10 ด้าน จนกระทั่งค้นพบว่าเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการนั้นสามารถสรุปรวมมิติสำคัญที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการบริการได้เพียง 5 ด้านหลักเท่านั้น Zeithaml และคณะ(1990)

Servqual เป็นเครื่องมือสำหรับจัดคุณภาพบริการที่แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย 22 ข้อ เป็นการประเมินจากความคาดหวังในบริการของผู้รับบริการ และส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 22 ข้อ เช่นเดียวกัน แต่ประเมินจากการรับรู้ของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับจริง โดยที่เรียกเครื่องมือว่า RATER (Reliability, Assurance, Tangibles, Empathy และ Responsiveness) ซึ่งผู้รับบริการประเมินคุณภาพบริการจากเกณฑ์วัดคุณภาพบริการ 5 ด้าน ดังนี้ Tenner และ Detoro(1992)

1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ เครื่องมืออุปกรณ์ บุคลากร และการใช้สัญลักษณ์ หรือเอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารให้ผู้รับบริการได้สัมผัส และการบริการนั้นมีความเป็นรูปธรรมสามารถรับรู้ได้

2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการนั้น ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งมีความถูกต้อง เหมาะสม และมีความสม่ำเสมอในทุกครั้งของการบริการ ที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่ได้นั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้

3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน

4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึง ผู้ให้บริการมีทักษะความรู้

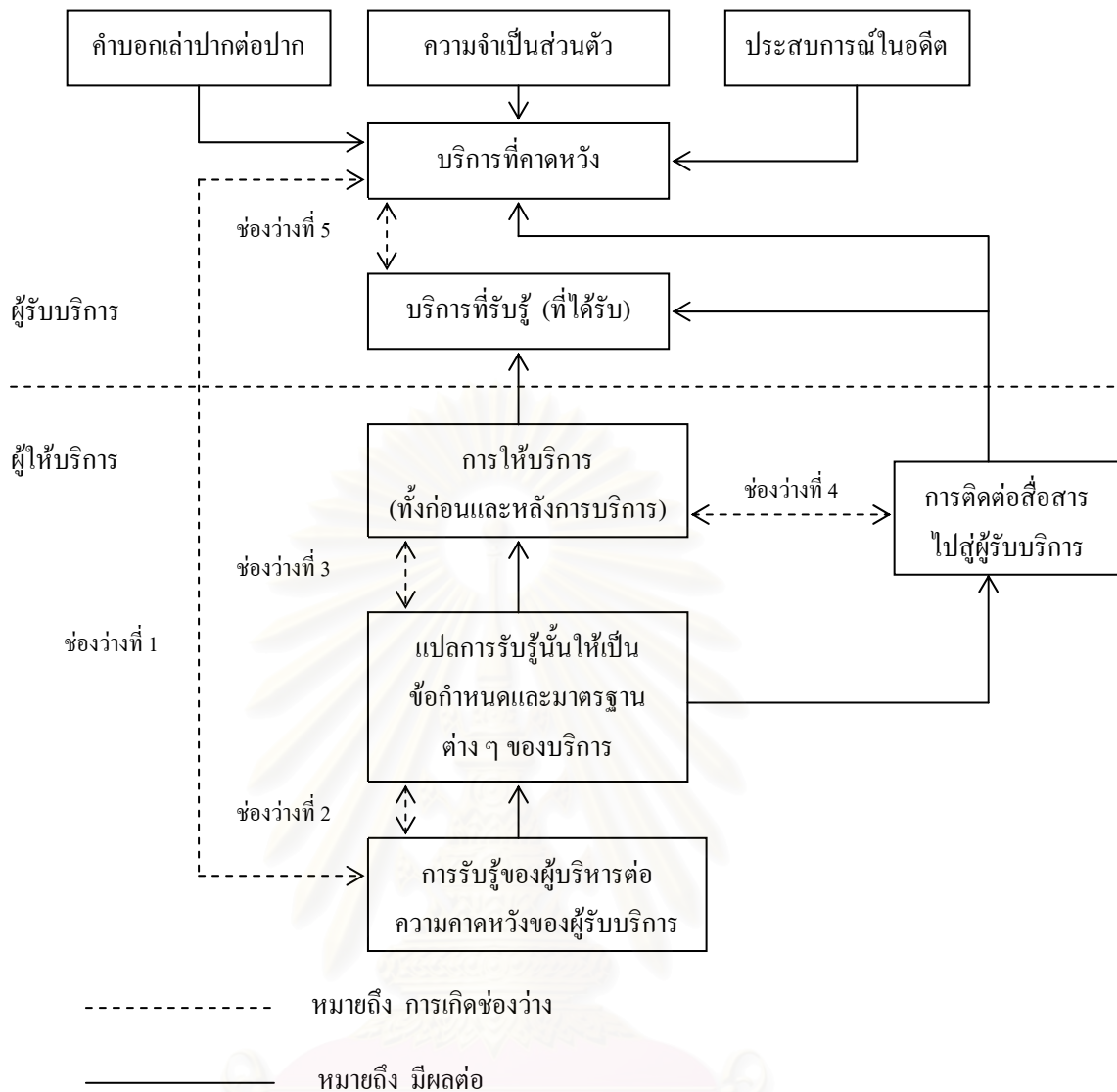
ความสามารถในการให้บริการ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพ มีกิริยาท่าทางและมารยาที่ดีในการให้บริการ สามารถที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจว่าจะได้บริการที่ดีที่สุด

5) ความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแล ความเอื้ออาทร เอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการในแต่ละคน

เกณฑ์วัดคุณภาพบริการ 5 ด้านนี้ ได้มีผู้นำมาใช้ในการวัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาล โดยวัดจากการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการซึ่งผลที่ได้แปรโดยตรงกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการ

2.2.2 ช่องว่างที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ การวิจัยของ Parasuraman และคณะ พบว่ามีสิ่งสำคัญที่จะทำให้การจัดบริการมีคุณภาพสูงก็คือการจัดบริการให้ผู้รับบริการรับรู้ตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ต้องไม่ให้เกิดช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ และการจัดบริการให้มีคุณภาพนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับกระบวนการซึ่งมีขั้นตอนต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กัน ซึ่งมีช่องว่าง (Gap) เกิดขึ้นระหว่างขั้นตอนต่าง ๆ ที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการนั้น ประกอบด้วยช่องว่าง 5 ช่อง Zeithaml และคณะ(1990) ดังแผนภาพที่ 1

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการกำหนดคุณภาพบริการของ Zeithaml และคณะ. (1990)

ที่มา : Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations, 1990 : 46

ช่องว่างที่ 1 เป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการ (Customers's expectation) และการรับรู้ถึงความคาดหวังนั้นของผู้บริหาร (Managements's perception)

โดยทั่วไปผู้บริหารอาจไม่ทราบหรือรับรู้ถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการได้ทั้งหมด หรืออาจจะยึดถือเอาความเข้าใจของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ จึงทำให้การให้บริการคลาดเคลื่อนไปจากความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ ดังเช่น ผู้บริหารอาจเข้าใจไม่ตรงกับ ความคาดหวังของผู้รับบริการ จึงใช้เงินจำนวนมากจัดอาคารสถานที่ให้ดูสวยงามหรูหรา แต่ ผู้รับบริการอาจต้องการเพียงความสะดวกความสบายและการบริการที่รวดเร็ว เนื่องจาก

ผู้บริหารไม่เข้าใจว่าผู้รับบริการคาดหวังอะไร และไม่ทราบข้อมูลที่แท้จริงจากผู้รับบริการ ซึ่งในช่องว่างที่ 1 นี้มีผลถึงช่องว่างที่ 2, 3, 4 โดยจะทำให้การจัดบริการที่ให้นั้น ผู้รับบริการสามารถรับรู้ได้ตรงกับความคาดหวังของผู้รับบริการ

ช่องว่างที่ 2 เป็นช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้บริหาร เรื่องความคาดหวังของผู้รับบริการ (Managements 's perception of customers' expectation) และการกำหนดลักษณะของคุณภาพบริการ (Service quality specification)

แม้ว่าผู้บริหารรับรู้ความคาดหวังของผู้รับบริการและทราบถึงความสำคัญ แต่ไม่ได้นำมากำหนดเป้าหมายหรือมาตรฐานของการให้บริการ ผู้บริหารอาจจะไม่ได้เอาใจใส่อย่างจริงจังถึงความคาดหวังของผู้รับบริการ แล้วนำมากำหนดลักษณะของบริการให้ได้คุณภาพ หรือกำหนดไว้ตามความเห็นของตนเท่านั้นด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการจัดบริการให้มีคุณภาพสูง แต่ไม่ได้มีการฝึกอบรมบุคลากร และมีการปรับปรุงบริการตามความต้องการของผู้รับบริการ

ช่องว่างที่ 3 เป็นช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพของบริการที่ได้กำหนดไว้ (Service quality specification) และบริการที่ให้ (Service delivery)

ผู้บริหารได้มีการกำหนดลักษณะของคุณภาพบริการไว้อย่างชัดเจนแล้ว แต่ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีผลทำให้การบริการที่จัดไม่เป็นไปตามที่ได้วางข้อกำหนดไว้จึงทำให้บริการไม่มีคุณภาพ เช่น บุคลากรขาดความสามารถ ได้รับการจูงใจในการทำงานไม่เพียงพอ มีงบประมาณจำกัดหรือน้อยเกินไป อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ล้าสมัย ขาดความพร้อมและความร่วมมือภายในองค์กร ซึ่งมีผลต่อการจัดบริการให้เป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่ผู้รับบริการคาดหวังไว้

ช่องว่างที่ 4 เป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ให้จริง (Service delivery) และการสื่อสารให้ผู้รับบริการรับทราบ (External communication)

การสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการได้รับรู้ หรือรับทราบถึงการบริการที่ให้นั้น มีผลต่อบริการที่จะรับรู้เมื่อได้รับบริการ ซึ่งบริการที่ผู้ให้บริการตั้งใจให้นั้น อาจต่างจากบริการที่ผู้รับบริการคิดว่าตนได้รับเนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ถ้าผู้ให้บริการประชาสัมพันธ์โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการตามที่ได้กำหนดเป้าหมายของคุณภาพไว้ล่วงหน้า หรือเกินความเป็นจริง อาจจะมีผลทำให้ความคาดหวังของผู้รับบริการ ในเรื่องการบริการคลาดเคลื่อนไปจากบริการที่ได้รับจริง ผู้รับบริการก็จะรู้สึกผิดหวังและประเมินว่าบริการที่ได้รับนั้นด้อยคุณภาพ

การเกิดปัญหาจากช่องว่างทั้ง 4 ช่องนั้น เกิดขึ้นจากผู้ให้บริการซึ่งมีผลต่อคุณภาพบริการที่ผู้รับบริการรับรู้ ซึ่งสาเหตุนั้นอาจจะมาจากลักษณะแนวโน้มทางการตลาด การขาดการติดต่อสื่อสารจากผู้ให้บริการถึงผู้บริหารระดับสูง การมีระดับชั้นของการบังคับบัญชามากเกินไป ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร การกำหนดเป้าหมาย การกำหนดมาตรฐานของงาน การรับรู้ต่อความเป็นไปได้ การทำงานเป็นทีม การจัดคนให้เหมาะสมกับงาน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

กับงาน การรับรู้ต่อการควบคุมตนเอง ระบบการนิเทศควบคุมงาน ความขัดแย้งในบทบาท ความไม่ชัดเจนในบทบาท การติดต่อสื่อสารแนวราบ และการให้สัญญาที่เกินความเป็นจริง Zeithaml และคณะ (1988)

ช่องว่างที่ 5 เป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ผู้มารับบริการรับรู้ (Perceived service) และบริการที่ผู้มารับบริการคาดหวังไว้ (Expected service)

บริการที่ผู้มารับบริการรับรู้เป็นผลจากบริการที่ให้ และการสื่อสารของผู้ให้บริการที่ให้ ผู้รับบริการรับทราบ และความคาดหวังของผู้รับบริการนั้นก็เป็ผลจากคำบอกเล่าของบุคคลอื่น ความต้องการของตนเองและประสบการณ์ในอดีต ซึ่งคุณภาพบริการนั้นจะขึ้นอยู่กับ ช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ถ้าหากบริการที่จัดให้ันผู้รับบริการได้รับรู้ว่าเป็นดีกว่าหรือเท่ากับที่คาดหวังไว้บริการนั้นจะถูกจัดว่ามีคุณภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ แต่หากบริการที่รับรู้ด้อยกว่าที่คาดไว้ผู้รับบริการก็จะประเมินว่าบริการไม่ดีหรือไม่มีคุณภาพ ทำให้ไม่เกิดความพึงพอใจ

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยผู้วิจัยจึงเลือกช่องว่างที่ 5 ซึ่งเป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ผู้มารับบริการรับรู้ และบริการที่ผู้มารับบริการคาดหวังไว้ มาศึกษาเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โดยมีเกณฑ์ 5 ด้านดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

การเกิดปัญหาของช่องว่างนี้เกิดจากการที่ผู้รับบริการมีเกณฑ์ในการวัดคุณภาพบริการต่างจากผู้ให้บริการ ซึ่งเกณฑ์นั้นประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการและความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ ซึ่ง จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537) ได้กล่าวไว้ว่า การประเมินคุณภาพบริการทางการแพทย์นั้น ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการจะเป็นผู้กำหนดและตัดสินคุณภาพของบริการ แต่ถ้ามองในเชิงการตลาดผู้ที่ควรตัดสินว่าบริการมีคุณภาพหรือไม่ก็คือ ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยนั่นเอง โดยเปรียบเทียบจากความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ

## 2.3 ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

### 2.3.1 ความหมายของความคาดหวัง

ความหมายของความคาดหวังได้มีผู้กล่าวถึงในทรรศนะที่แตกต่างกัน ซึ่งจะนำมาเสนอไว้โดยสังเขป ดังนี้

พจนานุกรมของ Webster's Dictionary (1988) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่าหมายถึง การคาดการณ์อนาคตในสิ่งที่ดี โดยที่ความคาดหวังนั้นอาจจะเป็นการคาดการณ์อนาคตในสิ่งที่ดีหรือไม่ดีก็ได้

Clay (1988) ได้กล่าวถึง ความคาดหวังต่อการกระทำหรือสถานการณ์ว่าเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอนาคตที่ดี หรือเป็นความมุ่งหวังที่ตั้งมเป็นระดับหรือค่าความน่าจะเป็นของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มุ่งหวังไว้



เต็มดวง เจริญสุข (2532) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่าเป็นความคิด ความรู้สึก ความต้องการ หรือความมุ่งหวังของบุคคลที่มีต่อบางอย่าง ซึ่งจะเป็นบุคคล เหตุการณ์ การกระทำ ฯลฯ เป็นการคิดไว้ล่วงหน้าและความคาดหวังจะเป็นไปตามประสบการณ์ของบุคคล

ประเทือง สุงสุวรรณ (2534) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังไว้ว่า ความคาดหวังเป็นความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิด อย่างมีวิจรรย์ญาณของบุคคลในการคาดคะเน หรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่คิดว่าควรมี ควรจะเป็น หรือควรเกิดขึ้นในอนาคต ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ และความคาดหวังนี้จะถูกต้องมากน้อยเพียงใด ขึ้นกับ ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นพอสรุปความหมายของความคาดหวังได้ว่าเป็นความคิด ความรู้สึกอย่างมีวิจรรย์ญาณของบุคคลที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่า ควรจะมีควรจะเป็น หรือควรเกิดขึ้นในอนาคต ตามความจำเป็นและความเหมาะสมของสถานการณ์ ซึ่งการคาดการณ์นี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล

### 2.3.2 ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความคาดหวัง ซึ่งเกิดจากผู้รับบริการเองนั้นมี 3 องค์ประกอบ คือ คำบอกเล่าปากต่อปาก (Word of mouth communications) ความต้องการส่วนบุคคล (Personal needs) และประสบการณ์ในอดีต (Past experience) และอีกองค์ประกอบหนึ่งเกิดขึ้นจากผู้ให้บริการ ซึ่งก็คือ การสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ไปสู่ผู้รับบริการ (External communications to customers) องค์ประกอบเหล่านี้มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการต่อ บริการที่ได้รับ Zeithaml และคณะ (1990) ความคาดหวังของผู้รับบริการนี้แบ่งได้ 2 ระดับ ซึ่งแตกต่างกันระหว่างระดับบริการที่ปรารถนาและระดับบริการที่เคยได้รับ ในระดับแรกเกิดจากผู้รับบริการหวังไว้ว่าควรจะได้รับหรือควรจะเป็น ส่วนในระดับที่สองผู้รับบริการได้รับบริการเหมือนที่ผ่านมาในครั้งก่อน ๆ ก็จะยอมรับบริการนี้ได้ Berry และ Parasuraman(1991) ในสถานบริการทางด้านสุขภาพหรือในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะมีความคาดหวังต่อบริการที่ได้รับโดยแปรตามทัศนคติ ประสบการณ์ที่เคยได้รับบริการ การได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารจากผู้ให้บริการ และลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล แล้วนำมาคาดการณ์ว่าจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลตามที่คาดหวังไว้ในเรื่องผลการรักษาพยาบาล พฤติกรรมการให้บริการและกระบวนการบริการ อาจคลาดเคลื่อนไปจากมาตรฐานของการรักษาพยาบาลที่กำหนดไว้ มีผลทำให้เกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ Oberst(1984)

Oliver (1980) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพบริการโดยการเปรียบเทียบบริการที่ได้รับจากประสบการณ์เดิมกับบริการที่คาดหวัง ถ้าเท่ากับหรือสูงกว่าความคาดหวังก็จะมีความรู้สึกในทางบวกทำให้เกิดความพึงพอใจ และประเมินว่าบริการนั้นมี

คุณภาพ แต่ถ้าบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวังก็จะมีความรู้สึกในทางลบ ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจและก็จะประเมินว่าบริการนั้นไม่มีคุณภาพ

Johnson และ Lyth(1991 ) ได้กล่าวไว้ว่า ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับว่า ควรเป็นไปตามการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งความคาดหวังนี้เกิดจากประสบการณ์การได้รับบริการที่ผ่านมา ประสบการณ์อื่น และการบริหารทางการตลาดของบริการนั้น ซึ่งในการตลาดของบริการต้องมีการสื่อสาร หรือการประชาสัมพันธ์ที่มีคุณภาพเพื่อให้ผู้รับบริการทราบถึงบริการที่เป็นจริง ถ้าเกินความเป็นจริงจากบริการที่ได้รับ ผู้รับบริการก็จะรู้สึกผิดหวัง แต่ถ้าน้อยกว่าความเป็นจริงก็ยากที่จะดึงดูดใจให้มีผู้มารับบริการได้ ผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพของบริการตามความพึงพอใจที่มีต่อบริการที่ได้รับ

Tenner และ Detoro (1992) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้รับบริการมีความต้องการที่จะให้ความคาดหวังของตนเอง บรรลุผลอย่างครบถ้วน และมีแนวโน้มที่จะยอมรับบริการนั้นได้ โดยการเปรียบเทียบประสบการณ์จริงที่เคยได้รับกับบริการจริง ก่อนที่จะชำระค่าบริการ การตัดสินใจว่าบริการใดไม่เป็นที่พึงพอใจ ก็คือ ความคาดหวังนั้นไม่ได้รับการตอบสนองนั่นเอง ผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจก็ต่อเมื่อได้รับการตอบสนอง และมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ให้บริการสามารถตอบสนองความคาดหวังได้มากที่สุด ดังนั้น ในหน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จในการบริการ จะต้องเป็นหน่วยงานที่สามารถทำนายลักษณะความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วนทุก ๆ ครั้ง โดยมีปัจจัยที่กำหนดความคาดหวังของผู้รับบริการดังนี้

- 1) ลักษณะบริการที่ผู้รับบริการต้องการ
- 2) ระดับของการปฏิบัติงานที่ผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจ
- 3) ความสัมพันธ์ของลักษณะงานบริการที่สำคัญ
- 4) ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อผลการปฏิบัติงานในปัจจุบัน

นอกจากนี้ Tenner และ Detoro ยังได้กล่าวถึงความคาดหวังของลูกค้าที่มีต่อผลิตภัณฑ์สินค้า หรือบริการนั้น มี 3 ระดับ ซึ่งความคาดหวังนี้เป็นการแสดงความต้องการของลูกค้าที่มีต่อบริการ ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นความคาดหวังขั้นพื้นฐานระดับต่ำสุดที่แสดงลักษณะของบริการที่ได้รับ อยู่เสมอ และถ้าไม่ได้รับก็จะเกิดความไม่พึงพอใจ

ระดับที่ 2 เป็นความคาดหวังที่เหนือขึ้นมาซึ่งแสดงถึงลักษณะเฉพาะ และความต้องการของผู้รับบริการที่จะเลือกรับบริการได้

ระดับที่ 3 เป็นความคาดหวังที่อยู่ในระดับสูงสุดซึ่งมีค่ามากกว่าลักษณะเฉพาะ และเป็นจุดเด่นของบริการที่ผู้รับบริการไม่ได้คาดหวังไว้ ผู้รับบริการจะเกิดความประทับใจ

Folkes(1994 ) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้รับบริการประเมินคุณภาพบริการจากความพึงพอใจที่มีต่อบริการ โดยการประเมินจากความคาดหวังที่

คาดการณ์ไว้กับบริการที่ได้รับ ถ้ามีความแตกต่างกันก็จะไม่พึงพอใจ และประเมินว่าบริการนั้นด้วยคุณภาพ ความคาดหวังของผู้รับบริการนั้นได้ผ่านการคิดอย่างมีวิจารณญาณแล้ว โดยการพิจารณาจากประสบการณ์การรับรู้ของตนเองในบริการที่ได้รับครั้งก่อนและการได้รับข่าวสาร เช่น จากหนังสือพิมพ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ถึงแม้ว่าบริการนั้นจะดีเพียงใดเมื่อได้รับข่าวสารที่ไม่ตรงกันบ่อยครั้ง ผู้รับบริการก็จะเกิดอคติต่อบริการนั้นได้

Stamatis (1996) ได้กล่าวไว้ว่า การบริการที่จะทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจต้องตอบสนองต่อความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการต้องทราบถึงระดับความคาดหวังที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจด้วย และระดับความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพนั้น มี 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นความคาดหวังปกติธรรมดาที่เป็นไปตามข้อกำหนดหรือตามที่สันนิษฐานไว้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการให้เลือดคาดว่าจะได้รับเลือดที่ถูกต้อง

ระดับที่ 2 เป็นความคาดหวังที่มากกว่าระดับที่ 1 ซึ่งก็คือบริการที่ได้รับนั้นมากกว่าความต้องการและลักษณะเฉพาะของการบริการมีผลทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ เช่น ผู้ป่วยคาดว่าหลังผ่าตัดไส้เลื่อนจะต้องปวดแผล แต่ไม่ปวดเลยและยังได้รับใบแจ้งคำรักษาที่ถูกต้อง

ระดับที่ 3 เป็นความคาดหวังที่มากกว่าระดับที่ 1, 2 ถ้าบริการที่ได้รับนั้นทำให้เกิดความพึงพอใจมากหรือประทับใจแสดงว่าบริการนั้นดีและดึงดูดใจให้กลับไปใช้บริการนั้นอีก เช่น ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างดีจากทุกคนที่เกี่ยวข้องจนกลับบ้าน ในวันต่อมาเขาต้องประหลาดใจมากที่บุคคลเหล่านั้นไปเยี่ยมเขาถึงบ้าน

ความคาดหวังของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยนั้น อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2534) ได้กล่าวไว้ว่าประชาชนทั่วไปถือว่าบริการด้านสุขภาพเป็นสิทธิเบื้องต้นที่ควรได้รับโดยให้ความคาดหวังต่อไปนี้

- 1) ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือในฐานะเป็นบุคคลหนึ่ง มากกว่าการเป็นโรคหนึ่งหรือกลุ่มอาการหนึ่ง
- 2) ได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อการดูแลรักษาตนเอง
- 3) ได้รับความสุขสบายตามสภาพการณ์ทางวิทยาศาสตร์แผนใหม่ที่เอื้ออำนวยในสถานการณ์ขณะนั้น
- 4) ได้รับการยอมรับในสภาพที่ต้องได้รับการช่วยเหลือพึ่งพา
- 5) ได้รับความช่วยเหลือให้เข้าใจสภาพการเจ็บป่วยขณะนั้นและการดูแลรักษาที่ตนพึงจะได้รับ
- 6) ได้รับการยอมรับในวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรมและความเชื่อถือทางศาสนาของตน
- 7) อาการที่ทรุดลงหรือการตายควรเป็นวิธีที่ตนตัดสินใจเลือกเอง

8) ได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่ตลอดระยะเวลาเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนั้นประชาชนยังมีความคาดหวังเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ดังนี้คือ

- 1) บริการด้านสุขภาพอนามัยได้จัดเตรียมไว้ พร้อมทั้งจะบริการให้ประชาชนอย่างสม่ำเสมอ และอย่างตลอดเวลา
- 2) เป็นลักษณะบริการเฉพาะบุคคล ตามสถานภาพความเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ๆ มากกว่าจะเป็นบริการในลักษณะงานประจำ
- 3) เป็นบริการที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมนั้น ตามค่านิยมและความเชื่อของสังคมนั้น ๆ ด้วย
- 4) เข้ารับบริการได้โดยง่ายไม่ว่าจะเป็นสถานที่ตั้ง การกำหนดตารางเวลาให้ ทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน ผู้รับบริการต้องสามารถเข้ารับได้โดยง่าย
- 5) มีการประสานงานที่ดีทางการส่งข่าวสารข้อมูลทางการรักษาพยาบาล ไม่ควรมีการขาดตกบกพร่อง แยกแยกหรือซ้ำซ้อนกัน
- 6) เป็นบริการที่มีความสมบูรณ์แบบ ผู้รับบริการได้รับครบถ้วนทั้งด้านการดูแลรักษา ป้องกันและฟื้นฟูสภาพ กงไว้ซึ่งการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537) ได้กล่าวไว้ว่าคุณภาพบริการทางการแพทย์เป็นผลจากการเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ถ้าบริการหนึ่ง ๆ สามารถตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้รับบริการได้ก็จะกล่าวว่าบริการนั้นมีคุณภาพ บริการนี้เป็นบริการที่เกี่ยวข้อง (Peripheral services) โดยผู้ให้บริการสามารถให้ร่วมกับบริการหลักที่ต้องการจริง ๆ (Core services) ซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมคุณภาพของบริการได้โดยแบ่งเป็น

1) บริการที่คาดหวังว่าจะได้รับ (Expected services) หมายถึง บริการข้างเคียงที่เกี่ยวข้องหลาย ๆ อย่างกับ Core services ที่ผู้รับบริการคาดหวังล่วงหน้าว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ เช่น นอกเหนือจากการรักษาที่ต้องการ ผู้ป่วยอาจคาดว่าจะได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็วได้รับความรู้และความเห็นอกเห็นใจด้วย เป็นต้น ความต้องการบริการในกลุ่มนี้จะเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ บุคคล เวลา และสถานที่ เช่น ในกรณีผู้ป่วยคนเดียวกันเมื่อตัดสินใจไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ จะมีความคาดหวังในบริการไม่เหมือนกับไปโรงพยาบาลเอกชน การได้รับบริการตามที่คาดหวังไว้ จะทำให้ผู้มารับบริการเกิดความพึงพอใจ (Satisfaction) และประเมินว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพหากไม่ได้รับบริการดังคาดหวังบริการนั้นย่อมมีคุณภาพด้อยลง

2) บริการที่อยู่นอกเหนือความคาดหมาย (Augmented services) หมายถึง บริการที่ผู้มารับบริการอยากจะได้รับแต่ไม่ได้คาดหวังว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐอาจคาดว่าต้องนั่งรอเป็นเวลานาน แต่กลับได้รับบริการที่รวดเร็วมก เป็นต้น การได้รับบริการเช่นนี้จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความปิติยินดีและอึ้งอึ้งใจ (Delight) อันเป็น

ความรู้สึกที่ยิ่งกว่าความพอใจ ส่งผลให้ประเมินว่าบริการที่ได้รับมีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้มารับบริการจะไม่ได้รับบริการประเภทนี้ก็ได้เกิดความไม่พึงพอใจแต่อย่างใด

ดังนั้น การประเมินความพึงพอใจของบริการทางการแพทย์จะประเมินจากมุมมองของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากบริการ โดยการเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้รับบริการกับการรับรู้ของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับ หากบริการที่ได้รับสามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการได้บริการนั้นย่อมทำให้เกิดความพึงพอใจ

## 2.4 การรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

### 2.4.1 ความหมายของการรับรู้

ความหมายของการรับรู้ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายทรรศนะ ดังนี้

พจนานุกรมของ Webster 's Dictionary (1985) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า การรับรู้ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

เทพพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ (2529) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการในการเลือกรับการจัดระเบียบ และการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่บุคคลพบเห็น หรือมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วยในสภาพแวดล้อมหนึ่ง ๆ

สถิต วงศ์สุวรรณ (2529) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า หมายถึง การรับสัมผัสสิ่งเร้าแล้วแปลความหมายได้

กรรณิการ์ สุวรรณโคต (2536) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้เลือกและแปลความหมายของสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้นประสาทสัมผัสและพาดพิงข้อมูลนี้ไปสู่การกระทำที่มีความหมาย

กันยา สุวรรณแสง (2536) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้ หมายถึง การใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึกตระลึกรู้ความหมายว่าเป็นอะไร

ประเทือง สูงสุวรรณ (2534) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความสามารถในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคลอันเนื่องมาจากการตีความหรือแปลความอาการสัมผัส (Sensation) ของร่างกายกับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

สุชา จันทรเฒ (2539) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าหมายถึง ขบวนการที่คนเรามีประสบการณ์กับวัตถุหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัส

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปความหมายของการรับรู้ได้ดังนี้ว่า การรับรู้ คือ กระบวนการที่บุคคลรับสัมผัสกับสิ่งเร้าภายนอก แล้วแปลความหมายนั้น โดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม เป็นเครื่องช่วยในการแปลความหมายสิ่งนั้น ๆ ออกมาเป็นความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึกนึกคิดของตนเอง

#### 2.4.2 การรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

Zeithaml และคณะ (1990) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้คุณภาพบริการนั้นเกิดขึ้นจากช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้บริการ ซึ่งการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อบริการนั้นเป็นผลมาจากการเกิดปัญหาตั้งแต่ช่องว่างที่ 1 ถึงช่องว่างที่ 5

การที่จะให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงคุณภาพบริการได้นั้นจะต้องพยายามลดช่องว่างหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากช่องว่างต่าง ๆ ให้น้อยลง

Teas (1993) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการเป็นการประเมินผลลัพธ์ของการบริการ ซึ่งเกิดจากการมีช่องว่างระหว่างความคาดหวังที่มีต่อบริการของผู้รับบริการและการรับรู้บริการ การเกิดช่องว่างนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงการบริการให้มีรูปแบบการรับรู้บริการที่มีคุณภาพเพื่อให้ช่องว่างดังกล่าวลดลง

Desarbo และคณะ(1994) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการนั้น สามารถนำมาสร้างเป็นรูปแบบคุณภาพบริการได้ โดยต้องมีสิ่งบ่งชี้ที่จะทำให้เกิดการรับรู้ได้ 3 ประการ ดังนี้

- 1) การให้บริการที่มีคุณภาพตามเทคนิควิธีการที่สำคัญของบริการนั้น
- 2) ผู้รับบริการสามารถรับรู้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ดังนั้น สิ่งสำคัญในการบริการก็คือการสร้างภาพของบริการให้เป็นที่น่าเชื่อถือของผู้รับบริการ
- 3) การรับรู้คุณภาพบริการเป็นการประเมินบริการจากผู้รับบริการ ซึ่งเกิดจากความแตกต่างระหว่างความคาดหวังบริการและการรับรู้บริการถ้าบริการที่ได้รับเป็นไปตามความคาดหวังก็จะประเมินบริการนั้นว่ามีคุณภาพ

ดังนั้น ในการประเมินความพึงพอใจของบริการทางการแพทย์ จึงขึ้นอยู่กับการพิจารณาเปรียบเทียบคุณภาพของบริการที่ได้รับกับคุณภาพของการบริการที่คาดหวัง ฉะนั้นคุณภาพของการบริการที่ดีจึงหมายถึง การได้รับบริการที่ตรงกับความต้องการหรือเกินความต้องการของผู้รับบริการผู้ให้บริการจึงจำเป็นต้องเข้าใจความคาดหวังของผู้รับบริการ และคำนึงถึงการรักษาคุณค่าของการบริการที่มีคุณภาพดี และผู้บริหารควรนำมาเป็นวัตถุประสงค์หรือนโยบายหลักขององค์กรโดยการสร้างภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลที่เน้นคุณภาพของการบริการที่ประทับใจ ผู้รับบริการเป็นหลัก

#### 2.5 การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก

บริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นงานที่ต้องทำโดยตรงกับสภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะของการเจ็บป่วย สภาพของผู้ป่วยดังกล่าวจะมีความแตกต่างกันมากทั้งทางด้านปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวกับ Anatomy and physiology สภาพจิตใจและอารมณ์ที่หลากหลาย ซึ่งความยุ่งยากซับซ้อนของการให้การพยาบาล ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย

แต่ละรายมากกว่าปัญหา อุปสรรคของการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

ดังนั้น การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างฉับไว มีความถูกต้องและเที่ยงตรง เป็นเรื่องที่สำคัญและต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในคลินิกสูง ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ยังมีอีกหลายประเด็นที่น่าจะเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบริการพยาบาล คือ

1. ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ปัจจุบันรูปแบบการเจ็บป่วยของประชาชนจะเปลี่ยนไปจากเดิม ส่วนใหญ่ภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มักจะเป็นโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ถูกต้อง สภาพการเป็นอยู่มีความเสี่ยงสูง เช่น โรคเอดส์ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน อุบัติเหตุต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งการให้การพยาบาลผู้ป่วยดังกล่าวที่ดีที่สุด ก็คือ การพัฒนาวิธีการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง

2. ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ จึงต้องมีการพัฒนาเทคนิคและกลวิธีการให้บริการพยาบาลให้มีความทันสมัย และสอดคล้องกับการรักษาอยู่เสมอ

3. ในยุคโลกาภิวัตน์เป็นยุคของโลกไร้พรมแดน ประชาชนสามารถได้รับข้อมูลข่าวสารทุกประเภทอย่างทั่วถึง จากการสื่อสารทุกชนิด ดังนั้น การให้บริการพยาบาลจะต้องมีวิธีการให้ข้อมูลที่แท้จริงถูกต้องและเที่ยงตรงอย่างสม่ำเสมอ

4. ด้านสิทธิมนุษยชน (Human right) ในยุคของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ประชาชนมีสิทธิเสรีภาพที่จะเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน มีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารทุกประเภท มีสิทธิที่จะมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัย ตลอดจนมีสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี

#### 2.5.1 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล Katherine(1995)

การพัฒนา (Development) แปลตามพจนานุกรม หมายถึง การปรับปรุงของเดิมให้ดีขึ้นทำให้กว้างขวาง ขยายใหญ่ขึ้น มีความเจริญก้าวหน้า หรือหมายถึงการสร้างขึ้นมาใหม่ เป็นกระบวนการของการเจริญเติบโต

คุณภาพ (Quality) ตามความหมายของการประกันคุณภาพ ISO. 8402 หมายถึง ลักษณะที่ปรากฏให้เห็นภายนอก และลักษณะที่มีได้ปรากฏให้เห็นของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่สามารถสร้างหลักประกันในด้านความสามารถ ทำให้ลูกค้าพึงพอใจ ตามที่ลูกค้าต้องการได้

### 2.5.2 ลักษณะของการพัฒนาคุณภาพพยาบาล

การพัฒนาอาจทำได้โดยการปรับปรุงงานให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเดิม หรือโดยการพัฒนางานให้มีคุณภาพสอดคล้องกับนโยบาย และเป้าหมายของการพัฒนาสาธารณสุข ทั้งของสถาบันและของหน่วยงาน ซึ่งเกณฑ์หรือมาตรฐานของงานที่กำหนดขึ้น สามารถที่จะยกระดับคุณภาพได้เสมอเมื่อหน่วยงานมีความพร้อม ทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ อาคารสถานที่ และงบประมาณ



### 2.5.3 หลักการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

- 1) ต้องทำการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรทางการพยาบาลและคุณภาพของงานบริการพยาบาลควบคู่กันไปตลอดเวลา
- 2) การดำเนินการพัฒนาต้องกระทำโดยการร่วมมือร่วมใจของผู้รับผิดชอบนั้น ๆ เองไม่ใช่เกิดจากการบังคับ บุคลากรของหน่วยงานนั้น ๆ มองเห็นปัญหา และมีความต้องการที่จะพัฒนางานที่กระทำอยู่ให้ดีขึ้น ทันสมัยขึ้น
- 3) การพัฒนาคุณภาพบริการ ต้องมีการวิเคราะห์งาน หาปัญหาและส่วนขาดหรือข้อบกพร่องของการให้การพยาบาลให้ได้ก่อน (Caring) ทั้งนี้ เพื่อใช้เป็นข้อบ่งชี้ของการกำหนดเครื่องมือ และกลวิธีการพัฒนาที่ตรงประเด็น
- 4) การดำเนินการพัฒนาต้องจัดทำแผนพัฒนาและกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจนในแต่ละปี
- 5) การพัฒนาจะเกิดประโยชน์สูงสุด โดยต้องทำอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาสม่ำเสมอ และทำการพัฒนาบริการพยาบาลทุกประเภทไปพร้อม ๆ กัน



## 2.5.4 แนวทางและกลวิธีดำเนินการ

### ด้านบุคลากร

1. พัฒนาความรู้ ความสามารถเฉพาะทางให้กับบุคลากรทางการแพทย์ทุกประเภท ระดับ โดยพิจารณาตามขอบเขต ลักษณะงานที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ
2. พัฒนา “ทัศนคติ” ต่อการให้บริการพยาบาล เพื่อให้มีจิตใจรักการบริการเป็นผู้ให้บริการที่ดี (Service mind) อยู่เสมอ
3. พัฒนา คุณธรรม จริยธรรมในการให้บริการ
4. พัฒนาบุคลิกภาพของบุคลากรทุกระดับให้มีความเป็นผู้นำ และมีความน่าเชื่อถือทางด้านสุขภาพอนามัย

### แนวทางดำเนินการ ควรแบ่งออก

1. Pre – service คือ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาลเฉพาะทางที่จำเป็นและสำคัญแก่บุคลากรที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ ในหน่วยงานที่มีลักษณะการบริการแก่ผู้ป่วย Critical ill เช่น หอผู้ป่วยไอซียู ห้องผ่าตัด หน่วยอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน ออร์โธปิดิกส์ ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรก่อนปฏิบัติจริง
2. In – service โดยการจัดอบรมเสริมความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ ในระหว่างปฏิบัติงานเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาการเสริมความรู้ให้เหมาะสมกับลักษณะงานที่ปฏิบัติ เช่น เทคนิคการพยาบาลเฉพาะทาง เทคนิคและกลวิธีการบริหารการพยาบาล การบันทึกทางการแพทย์ การจำแนกประเภทผู้ป่วย การประเมินคุณภาพการพยาบาล และอื่น ๆ เป็นต้น

วิธีดำเนินการพัฒนาบุคลากร ควรเสริมความรู้ทั้งด้านเทคนิคการพยาบาลเฉพาะทาง และกลวิธีการให้บริการพยาบาลแก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับอย่างครอบคลุม

### ด้านการบริการพยาบาล

1. พัฒนาเทคนิคปฏิบัติการพยาบาลให้มีความถูกต้อง ไม่ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อน เกิดการชอกช้ำ เกิดการติดเชื้อหรือเกิดอุบัติเหตุ
2. พัฒนากลวิธีการให้บริการพยาบาล โดยเน้นที่
  - 2.1 ตัวผู้ให้บริการเป็นหลัก แทนการเน้นที่กิจกรรมของงานเป็นหลัก และการทำงาน Routine (Consumer oriented not task oriented)
  - 2.2 ใช้บริการ “เชิงรุก” โดยมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุข (Community oriented)
  - 2.3 จัดกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม
  - 2.4 ให้การพยาบาลในลักษณะของ “ทีมการพยาบาล”

โดย

### 3. พัฒนาระบบบริการให้เอื้ออำนวยต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ

- 3.1 ให้มีความสะดวก รวดเร็ว คล่องตัว
- 3.2 มีความถูกต้อง และมีกิจกรรมครบถ้วน
- 3.3 ประหยัดค่าใช้จ่าย แรงงาน และอุปกรณ์
- 3.4 มีความปลอดภัย ไม่เกิดการติดเชื้อ
- 3.5 ผู้ใช้บริการพอใจ และประทับใจในบริการ

#### 2.5.5 เครื่องมือประกอบการพัฒนาบริการพยาบาล

1) แบบวิเคราะห์งานการพยาบาลทุกประเภท เช่น แบบหรือเกณฑ์การวิเคราะห์งานผู้ป่วยนอก ออร์โทปิดิกส์ งานหออภิบาลผู้ป่วย งานห้องผ่าตัด งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานสูติกรรม งานบริหารการพยาบาล เกณฑ์การวิเคราะห์เทคนิคการปฏิบัติต่าง ๆ

#### 2) มาตรฐานการพยาบาลที่ควรมี

##### 2.1 มาตรฐานโครงสร้างงานเกี่ยวกับ

- 1) ด้านบุคลากร
- 2) ด้านอุปกรณ์
- 3) ด้านการจัดการอาคารสถานที่
- 4) ด้านการจัดระบบบริการ

##### 2.2 มาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรค หรือมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย

ประเภทต่าง ๆ

##### 2.3 มาตรฐานเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล

##### 2.4 มาตรฐานการบันทึกการพยาบาล

3) คู่มือการปฏิบัติงาน ขอบเขตหน้าที่ และลักษณะงานแต่ละประเภท

4) นโยบายและเป้าหมายการจัดบริการพยาบาลทุกประเภทของสถานบริการ

ของหน่วยงาน

5) แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8

#### 2.5.6 เทคนิคดำเนินการ

##### ขั้นที่ 1 การเตรียมการพัฒนา

1.1 จัดเตรียมเอกสาร เช่น แบบวิเคราะห์งานมาตรฐานการพยาบาลคู่มือต่าง ๆ

1.2 พิจารณาข้อมูลข่าวสารประกอบการพัฒนา เช่น นโยบาย แผนงานเป้าหมาย Vission/ Mission ของสถาบัน และหน่วยงาน

- 1.3 กำหนดแผนงานเป้าหมาย และกลวิธีการพัฒนา
- 1.4 จัดทำมาตรฐานการพยาบาลทั้งด้านโครงสร้างกระบวนการปฏิบัติและผลลัพธ์ของการบริการ

## ขั้นที่ 2 ดำเนินการพัฒนา

- 2.1 จัดตั้งคณะทำงานพัฒนาบริการพยาบาลของหน่วยงาน
- 2.2 อบรมเสริมความรู้เกี่ยวกับเทคนิค และกลวิธีการวิเคราะห์งานการกำหนดแนวทางปรับปรุง และเทคนิคการพัฒนางานให้กับคณะทำงานพัฒนา
- 2.3 วิเคราะห์ลักษณะงาน ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานตามมาตรฐานการบริการที่กำหนด โดยใช้เทคนิคการสังเกต การสัมภาษณ์ การสำรวจ และการตรวจสอบ เพื่อหาส่วนขาดและตัวชี้วัดการพัฒนา
- 2.4 ดำเนินการพัฒนาบริการพยาบาล ตามปัญหาและส่วนขาดของงานที่วิเคราะห์ได้โดยใช้เทคนิค /กลวิธี
  - การเสริมความรู้ให้กับบุคลากร
  - ปรับปรุงเทคนิคการบริการ และระบบงาน
  - จัดทำแนวทางปฏิบัติงาน เช่น เอกสาร คู่มือ

## ขั้นที่ 3 การประเมินผลการพัฒนา

ภายหลังดำเนินการพัฒนาแล้ว ต้องมีการติดตาม ประเมินผล โดยอาจกำหนดระยะเวลาเป็นทุก 3 – 6 เดือน เป้าหมายของการประเมินผล คือ

1. ประเมินผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนา จาก
  - 1.1 ความถูกต้อง สะดวก รวดเร็วของการจัดบริการ
  - 1.2 ผลลัพธ์ของการให้การพยาบาล โดยดูที่การเปลี่ยนแปลงที่ผู้ใช้บริการ ทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย
2. ประเมินความรู้ ความสามารถของบุคลากร โดยพิจารณาที่

เทคนิคปฏิบัติและผลกระทบที่เกิดขึ้น

## สรุป

การพัฒนาบริการพยาบาลเป็นกิจกรรมหลักที่พยาบาลทุกคน ต้องให้ความสำคัญ และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยแนวทางและกลวิธีการพัฒนา “เน้นที่ผู้ป่วยและครอบครัว” เป็นหลัก พยายามจัดกิจกรรมการพยาบาล (Caring) ให้เด่นชัดตั้งแต่ระยะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนกลับไปอยู่บ้านอย่างมีความสุข

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

จากพจนานุกรมทางจิตวิทยา ความพึงพอใจ คือ สภาวะของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมายใด ๆ ก็ได้ หรือคือสภาพสุดท้ายของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จโดยแรงกระตุ้นของวัตถุประสงค์ของความรู้สึก

Risser (1975) ได้ให้ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อความต้องการพื้นฐานทั้งร่างกายและจิตใจได้รับการตอบสนองพฤติกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจของมนุษย์ เป็นความพยายามที่จะจัดความตึงเครียดหรือความกระวนกระวาย หรือภาวะไม่สมดุลในร่างกาย เมื่อสามารถจัดสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวออกไปได้ มนุษย์ย่อมจะได้รับความพึงพอใจในสิ่งที่ต้องการ ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ผู้ให้บริการประสบความสำเร็จในการทำให้สมดุลระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยให้ค่ากับความหวังของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องที่มีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลให้การพยาบาลเป็นระดับของความสอดคล้องระหว่างคาดหวังที่ผู้ป่วยมีต่อการดูแลให้การพยาบาลในอุดมคติกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการดูแลให้การพยาบาลที่ได้รับจริง

Ware และคณะ(1978) กล่าวถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยไว้ว่าเป็นแนวคิดที่มีหลายด้าน โดยให้นิยามด้านต่าง ๆ ไว้ดังนี้

1. ศิลปะของการดูแล คือ ปริมาณของการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย
2. เทคนิคคุณภาพของการดูแล คือ ความมีประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ให้บริการ อันบ่งบอกถึงควมมีมาตรฐานสูงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา
3. ความสะดวกสบาย คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเตรียม เพื่อให้ได้รับการดูแลจากแพทย์
4. การเงิน คือ ความสามารถที่จะจ่ายเพื่อการบริการ หรือการเตรียมสำหรับการจ่าย
5. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของสถานที่ให้การดูแล
6. ความพร้อม คือ ความพร้อมของบริการสุขภาพ บริการของแพทย์และความพร้อมของผู้ให้บริการ

7. ความต่อเนื่องของการดูแล คือ ความต่อเนื่องในการให้การดูแล หรือความสม่ำเสมอของแหล่งที่ให้การดูแล

8. ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการดูแล คือ ความมีประโยชน์และความช่วยเหลือของผู้ให้บริการทางการแพทย์ และระเบียบที่ให้การรักษา เพื่อจะทำให้สภาวะทางสุขภาพดีขึ้น หรือคงสภาพเดิมไว้

### 3.1 ทฤษฎีความพึงพอใจ

Maslow (1970) ได้กล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ และความพึงพอใจของมนุษย์ไว้ว่า มนุษย์เป็นสิ่งที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุดเป็นธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการอย่างหนึ่ง ได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว จะมีความต้องการอย่างอื่นเข้าแทนที่เป็นเช่นนี้เรื่อยไป นั่นคือ เมื่อเกิดความปรารถนาขึ้นก็จะมีแรงขับการกระทำที่จะปลุกเร้า แล้วเกิดความพึงพอใจขึ้น จากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่จะปรากฏขึ้นอยู่กับความต้องการ หรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคล และเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูง

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวถึง ความสอดคล้องระหว่างการพิจารณาที่คำนึงถึงความ เป็นองค์รวมของบุคคลกับความต้องการของมนุษย์โดยทั่วไป ดังนี้คือ

1) ความต้องการด้านชีว-กาย (Biophysical needs) คือ ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs)

2) ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-social-physical needs) คือ ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs)

3) ความต้องการด้านจิต-สังคม (Psycho social need) คือ ความต้องการด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพาการสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Interpersonal relationship needs)

4) ความต้องการด้านจิต-สังคม และจิตวิญญาณ (Psycho-social and spiritual needs)

### 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการพยาบาล

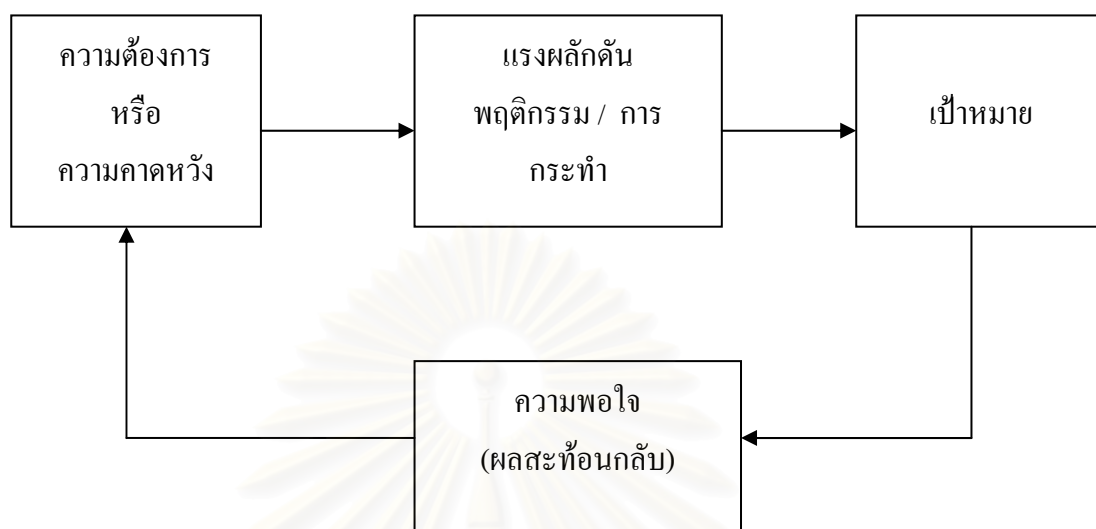
ความหมายของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจตามความหมายของพจนานุกรมด้านจิตวิทยา Chaplin(1968)

ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นความรู้สึกของผู้ที่มารับบริการต่อสถานบริการตามประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าไปติดต่อขอรับบริการในสถานบริการนั้น ๆ

Mullin (1985) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ หลาย ๆ ด้าน เป็นสภาพภายในที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เกิดจากมนุษย์จะมีแรงผลักดันบางประการในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากการที่ตนเองพยายามจะบรรลุถึงเป้าหมายบางอย่าง เพื่อที่จะสนองตอบต่อความต้องการหรือความ

คาดหวังที่มีอยู่ และเมื่อบรรลุเป้าหมายนั้นแล้ว จะเกิดความพึงพอใจเป็นผลสะท้อนกลับไปยังจุดเริ่มต้น เป็นกระบวนการหมุนเวียนต่อไปอีก ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



ที่มา : Mullin and Luarie (1985) Management and organizational behavior. London : Company: 230.

Stimson และ Webb (1975) อ้างถึงใน วิชา ศุภกิจพิศัญกุล (2525) กล่าวว่า ความพึงพอใจเกี่ยวข้องกับความเข้าใจในผลของการดูแลที่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ป่วย นอกจากนี้ความพึงพอใจยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติของคน ซึ่งมีประสบการณ์การให้บริการทางการแพทย์

สรุปแล้วความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของผู้รับบริการที่เกิดจากประสบการณ์ที่เข้าไปใช้บริการในสถานที่หนึ่ง และประสบการณ์นั้นเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการมากน้อยเพียงใด

ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับการปฏิบัติการดูแลจากพยาบาล สิ่งที่แสดงถึงคุณภาพของการจัดการบริการพยาบาล อันเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการ ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการพยาบาล ซึ่งพบว่ามีปัจจัย 5 ประการที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย คือ ประสิทธิภาพของโครงสร้างและองค์กร ความพร้อมในสิ่งอำนวยความสะดวก ความสามารถ และคุณสมบัติของพยาบาล และองค์กรอาจเกิดจากความไม่ประทับใจในบุคลิกลักษณะ และความสามารถทางเทคนิคของพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะติดตัวพยาบาลอยู่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และจากการศึกษาอีกหลายครั้งพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อบุคลิกภาพ

ของพยาบาล ความรวดเร็ว และประสิทธิภาพของบริการ ความรู้ และทักษะ นอกจากนี้ พฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจมากที่สุดของผู้รับบริการ คือการตอบสนองความต้องการหรือร้องขอซ้ำ

อุคมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2534) กล่าวถึง ความพึงพอใจว่าเป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคนที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้รับบริการเข้าไปใช้บริการในสถานที่บริการนั้น และประสบการณ์นั้นเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกัน

ดังนั้น การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต้องขึ้นอยู่กับความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการ ซึ่งความพึงพอใจของบุคคลจะเกิดจากประสบการณ์ หรือการบรรลุในสิ่งที่เขาคาดหวัง ดังนั้น การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับจะสามารถประเมินได้จากความสอดคล้องของความคาดหวังกับการรับรู้ต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ

พรจันทร์ สุวรรณชาติ (2534) ได้สรุปความคาดหวังของผู้รับบริการได้ดังนี้

1. ผู้ให้บริการเป็นผู้ที่มีความสามารถของวิชาชีพ สามารถให้ความมั่นคง ปลอดภัย และเอาใจใส่ผู้รับบริการอยู่เสมอ
2. ผู้ให้บริการมีคุณสมบัติส่วนตัว เป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผู้รับบริการประสงค์ที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล และต้องการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษาพยาบาลตนเอง
4. ผู้รับบริการประสงค์ที่จะได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการที่จะสงวน และดำรงความอิสระแก่ตนเอง จึงคาดหวังว่าผู้ให้บริการจะสามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสม
5. ผู้ให้บริการให้การยอมรับบริการในฐานะบุคคล และตระหนักถึงสิทธิของผู้รับบริการเสมอ และจากการศึกษาในการดูแลผู้ป่วยของ Ware และคณะ (1978) ได้สรุปลักษณะความพึงพอใจและความกังวลของผู้รับบริการทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 8 ด้าน ดังนี้
  - 1) ศิลปการดูแล (Art of care) หมายถึง ปริมาณและคุณภาพการดูแลที่แสดงออก โดยความเป็นมิตร ความอดทน ความจริงใจ และความห่วงใย
  - 2) เทคนิคการดูแล (Technical quality of care) หมายถึง ทักษะต่าง ๆ ในการดูแลความสามารถของผู้ให้การดูแล อุปกรณ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ ประสบการณ์ ความชำนาญ ความแม่นยำ และการอธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมที่กระทำ
  - 3) ความสะดวกสบาย (Accessability / convenience) หมายถึง เวลาในการให้บริการ การรอคอย ระยะทาง ความสะดวก เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์
  - 4) ค่าใช้จ่าย (Finances) ความคุ้มค่าระหว่างรายจ่ายและบริการที่ได้รับความยืดหยุ่นของค่าใช้จ่าย และความรอบคอบของการประกัน

5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง ความสะดวกทางด้านสถานที่ ความสะอาด และแสงสว่าง

6) ความพร้อมในการให้บริการ (Availability) หมายถึง การให้บริการที่พร้อมทั้งด้านบุคลากร การบริการ มีปริมาณเจ้าหน้าที่เพียงพอในการดูแล และความพร้อมที่จะให้บริการ

7) ความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) หมายถึง การให้บริการอย่างครบถ้วน โดยผู้ให้บริการคนเดียวกัน ในสถานบริการเดียวกัน

8) ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ (Efficiency / outcome of care) หมายถึง ประสิทธิภาพในการช่วยให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น หรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

Aday และ Anderson (1975) อ้างถึงใน วิภา ครุรงค์พิศิษฐ์กุล (2525) ได้ศึกษาความพึงพอใจในบริการในประชาชนที่มารับบริการด้านการรักษา จำนวน 4,966 คน ในปี ค.ศ.1970 ด้วยการสัมภาษณ์พบว่าเรื่องที่ประชาชนหรือผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจมากที่สุด คือ ความสะดวกในการรับบริการ และค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ดังนั้น Aday และ Anderson ได้ชี้ให้เห็นถึงพื้นฐาน 6 ประเภทที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริการด้านการรักษาพยาบาล ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับบริการ ซึ่งแยกเป็น
  - 1.1 การใช้เวลาคอยในสถานบริการ
  - 1.2 การได้รับการดูแลรักษาเมื่อมีความต้องการ
  - 1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ ซึ่งแยกเป็น
  - 2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
  - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยอันได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ
  - 2.3 แพทย์ได้มีการติดตามรักษา
3. ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการ ได้แก่ การแสดงอรรถาธิบายท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ แยกออกเป็นข้อมูล 2 ประการ คือ
  - 4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย
  - 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้ยา เป็นต้น
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ ได้แก่ คุณภาพการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล



6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

สรุป ความพึงพอใจในการบริการเป็นความรู้สึกของผู้รับบริการที่คาดหวังว่าตนเองจะได้รับจากผู้ให้บริการทั้งในด้านสถานที่ บุคลากร ความเอาใจใส่ดูแล ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และค่านึงถึงสิทธิแห่งความเป็นมนุษย์ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและค่าใช้จ่าย ความรวดเร็วในการให้บริการ ความสามารถ เทคนิคการดูแลตลอดช่วงระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของ Parasuraman และคณะ มาใช้ในการทดสอบความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมาให้กับผู้รับบริการ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการสอนให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งการสอนผู้รับบริการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล Caffarella (1984) อันแสดงถึงบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถสอนและให้คำแนะนำเพื่อสนองความต้องการในการเรียนรู้ของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความสำเร็จในการสอนผู้รับบริการ จะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง และส่งผลกระทบต่อชีวิตของเขาอย่างต่อเนื่อง เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุกในอนาคต Rorden (1987)

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ต่างประเทศ

Oberst (1984) ได้ศึกษาวิธีการวัดคุณภาพการบริการและความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า สิ่งอำนวยความสะดวกสบายในการบริการต้องประกอบด้วย เวลาที่รอกคอย การบอกเล่าผู้ป่วยและช่วยอำนวยความสะดวกต่าง ๆ การให้การดูแลรักษาที่เพียงพอ สถานที่พักผ่อนที่มีความเหมาะสม และพฤติกรรมในการติดต่อสื่อสารของพยาบาล

Babakus และคณะ (1991) ได้ศึกษาปัจจัยกำหนดคุณภาพบริการจากแหล่งข้อมูลที่ผู้รับบริการคัดสรรมาตรวจสอบให้ความเชื่อถือมากที่สุด พบว่าแหล่งข้อมูลที่ผู้รับบริการใช้บ่อย มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดคือ แพทย์ รองลงมาคือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ ส่วนแหล่งข้อมูลที่ผู้รับบริการใช้น้อยแต่มีความน่าเชื่อถือ คือ พยาบาล จากผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดโฆษณาประชาสัมพันธ์ได้ ตามความเชื่อของผู้รับบริการ ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจตามความเชื่อของข้อมูล

Leming (1991) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลแนวใหม่ โดยนำแนวคิดการตลาดเข้ามาประยุกต์ใช้ เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด ซึ่งลูกค้าในที่นี้มี 2 ลักษณะ คือ

- 1) ลูกค้าภายใน หมายถึง ตัวผู้ป่วย ญาติ แพทย์ พยาบาล ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง
- 2) ลูกค้าภายนอก หมายถึง บุคคลที่อยู่รอบข้างคอยให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยทางอ้อม เช่น ผู้บริหาร

ผลการศึกษาพบว่า การจัดบริการให้มีคุณภาพต้องตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าทั้งภายในและภายนอกโดยให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด ซึ่งผู้บริหารการพยาบาลสามารถจัดการบริการได้ตามบทบาทของตน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเชื่อถือนับบริการของลูกค้า

Anderson(1995) ได้ศึกษาการวัดคุณภาพบริการที่คลินิกทางด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัย โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ (SERVQUAL) ซึ่งมีเกณฑ์ 5 ประการ ดังนี้ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ 2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 5) ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการพบว่าคุณภาพบริการนั้นแปรตามความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

Youssef และคณะ(1996) ได้ศึกษาคุณภาพในการดูแลทางด้านสุขภาพอนามัยในโรงพยาบาลที่มีการบริการทางด้านสุขภาพอนามัยแห่งชาติ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ (SERVQUAL) ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเปรียบเทียบกับระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กับการรับรู้ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งมีเกณฑ์ 5 ประการ ในการประเมินก็คือ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ 2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 5) ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ พบว่ามีความแตกต่างกันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ในประเทศไทย

สุภา เบญจพร และคณะ (2537) ได้ศึกษาความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลรามารับดี ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมีความคาดหวังในกิจกรรมพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง แต่จากความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติจริงจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดแล้ว พบว่า ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีเท่าที่ควร และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงใน

กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังสูงกว่าความเป็นจริงในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

พวงเพชร ชุมศรี (2537) ได้ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลต่อความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ที่หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลแพร์ ผลการวิจัยพบว่าความต้องการสูงสุดที่ญาติต้องการได้แก่ มีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสนใจดูแลผู้ป่วย ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ความต้องการของญาติต่ำที่สุด คือ การมีพระมาเยี่ยม การได้รับคำบอกเล่าว่าจะทำพิธีทางศาสนาอะไรได้บ้าง ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และได้รับการกระตุ้นให้ระบายความต้องการของญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อนเนก สุภรินันท์ (2537) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจกับความคาดหวังของผู้ป่วยในแผนกโรกระบบประสาทโรงพยาบาลประสาทสงขลา พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม และสถานที่ด้านคุณภาพการบริการด้านมนุษยสัมพันธ์ ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจแตกต่างจากความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

พนิดา คำยุ (2538) ได้ศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล และการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานครพบว่าคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า การรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลสูงกว่าคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539) ได้ศึกษาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย โดยประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 9 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาสามารถนำมาจัดลำดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลโดยเรียงตามลำดับได้ ดังนี้ 1) โรงพยาบาลมูลนิธิ 2) โรงพยาบาลเอกชน และ 3) โรงพยาบาลของรัฐ ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลและคำแนะนำจากแพทย์มาก และการที่ผู้ป่วยรู้จักแพทย์ สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อันดีต่อกันผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐรู้จักแพทย์น้อยกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน

สกวาดิ ดวงเด่น (2539) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง และที่หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความคาดหวังของผู้ป่วยมากกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวังทุกหมวด ยกเว้นหมวดความเป็นรูปธรรมของบริการ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยน้อยกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวัง

วาริ วนิชปัญญาพล (2539) ได้ศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล และการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลต่อความคาดหวังของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า บริการพยาบาลที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคาดหวังและที่ผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน อยู่ในระดับเดียวกัน คือระดับมาก ผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมากกว่าที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคาดหวัง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังต่อบริการกับการรับรู้บริการ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับบริการแล้ว พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยคะแนนความคาดหวังต่อบริการสูงกว่าการรับรู้บริการ

วรรณฤติ ภูทอง (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการด้านคุณภาพบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ประกันตนกับคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ประกันตนรับรู้ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการที่ผู้ประกันตนรับรู้อยู่ในระดับไม่พึงพอใจและตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ประกันตนรับรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การมุ่งเน้นการวิจัยทางการตลาด ด้านการกำหนดมาตรฐานบริการ การจัดคนให้เหมาะกับงาน ยกเว้นความไม่ชัดเจนในบทบาท และตัวแปรที่พยากรณ์คุณภาพการพยาบาล ได้แก่ การจัดคนให้เหมาะกับงาน ความไม่ชัดเจนในบทบาท การมุ่งเน้นการวิจัยทางการตลาดและด้านการกำหนดมาตรฐานบริการ

สุพัตรา เหลี่ยมวราจตุร (2540) ได้ศึกษาคุณภาพบริการงานกายอุปกรณ์ ศูนย์สิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพบริการโดยรวมอยู่ในระดับดี และพบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ ชนิดของกายอุปกรณ์ และจำนวนครั้งที่มารับบริการ ที่แตกต่างกันนั้นมีผลทำให้การรับรู้คุณภาพบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ยกเว้น เพศ ที่อยู่ปัจจุบัน และแหล่งข้อมูลข่าวสาร

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการ ในแนวคิดทางการตลาดนั้น พบว่า งานบริการทุกประเภทซึ่งรวมทั้งบริการทางการแพทย์ด้วย ควรให้ความสำคัญและยึดถือความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นบรรทัดฐานในการวางแผน และดำเนินการจัดบริการให้สามารถสนองตอบความต้องการต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง และสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เมื่อคุณภาพของบริการถูกประเมินโดยผู้รับบริการ ดังนั้น ถ้าบริการหนึ่งๆ สามารถตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการได้ ก็จะกล่าวได้ว่าบริการนั้นมีคุณภาพทำให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งความพึงพอใจนั้นขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบของผู้รับบริการระหว่างบริการที่คาดหวังไว้ล่วงหน้า (Expected services) กับบริการที่ได้รับในความคิดของผู้รับบริการ (Perceived services) เป็นสำคัญ ซึ่งได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพบริการในธุรกิจการบริการต่าง

ๆ มาตลอด จนพบว่าเกณฑ์ที่กำหนดคุณภาพบริการ และทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจนั้น ประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ ดังนั้น จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความพึงพอใจในบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการ ตามแนวคิดของ Parasuraman และคณะ (1990) โดยใช้เกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการ 5 ประการดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

#### 4. โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์

การให้บริการสุขภาพในยุคแข่งขันเช่นปัจจุบัน ผู้บริการจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ โดยการนำแนวคิดส่วนประสมทางการตลาดเข้าใช้พัฒนาคุณภาพ การให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ โดยมุ่งที่การให้ความรู้ให้ตรงกับความคาดหวังในบริการที่ผู้รับบริการต้องการหรือคิดว่าควรจะได้รับบริการอย่างไร เมื่อเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐโดยที่มีไม่เป็นการสอนอย่างเดียว แต่ยังได้รับความเพลิดเพลินจากการได้เข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยมีกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม โดยมุ่งให้พยาบาลได้ใช้ความสามารถของวิชาชีพของตนในการสอนผู้รับบริการ ทั้งสอนโดยตรงและสอนโดยการนำเข้าสู่การชมวีดิทัศน์ 2 เรื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้และความเพลิดเพลินได้ ประจักษ์ด้วยตนเอง แทนการบอกเล่าเพียงอย่างเดียว ซึ่งการให้ความรู้ในหลายรูปแบบ รวมทั้งการเปิดอภิปราย ให้พูดคุยซักถามปัญหาจะช่วยให้ผู้รับบริการได้ประสบการณ์ตรง และสามารถนำไปปฏิบัติได้

##### 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีนั้น ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความรู้เหมาะสมที่สุดที่จะสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล

##### 4.1.1 การสอน (Teaching)

น้อมฤดี จงพยุงะ (2519) ได้กล่าวว่า การสอน หมายถึง การจัดสถานการณ์ สถานการณ์ หรือกิจกรรม หรือส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์ อันจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ โดยสะดวกและง่ายดาย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เรียนมีความเจริญงอกงาม และพัฒนาการทั้งทางกาย ทางสมอง อารมณ์ และสังคม

ชาญชัย ศรีไสยเพชร (2525) ได้กล่าวว่า การสอน หมายถึง การจัดสภาพการณ์ สถานการณ์ หรือ กิจกรรมอย่างมีจุดหมาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์ อันจะเป็นผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ง่ายขึ้นและเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังส่งเสริมหรืออำนวยความสะดวกให้ผู้เรียนได้

เจริญงอกงาม ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา และสามารถปรับตัวเองให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

#### 4.1.2 ความหมายของความรู้

พจนานุกรม Webster's Dictionary (1997)อ้างถึงใน นวลลักษณ์ บุญบง (2541) ให้ความหมายของความรู้ คือ ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และโครงสร้าง เกิดจากการศึกษาหรือค้นคว้า ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับสถานที่ บุคคล หรือสิ่งของ ได้มาจากการสังเกต ประสบการณ์ หรือการรายงาน ซึ่งต้องชัดเจนและใช้เวลา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 )อ้างถึงใน นวลลักษณ์ บุญบง( 2541) กล่าวว่าความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงแต่จดจำได้ โดยการนึกถึง มองเห็น ซึ่งการจำได้นี้ไม่ต้องใช้กระบวนการคิดที่สลับซับซ้อนมากนัก

กล่าวโดยสรุป ความรู้ หมายถึง พฤติกรรมหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดจากกระบวนการคิดที่ไม่สลับซับซ้อนซึ่งได้มาจากการสังเกตจดจำนึกคิด การศึกษาค้นคว้า การรายงานหรือประสบการณ์ อันเป็นข้อเท็จจริงไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ บุคคล หรือสิ่งของ

วิธีการให้ความรู้ในการพยาบาล สมจิต หนูเจริญกุล( 2539) ประกอบด้วย

4.1.2.1 การสอน วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะ กระบวนการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง การสอนจะต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการ ให้ผู้รับบริการได้มีส่วนในการรู้จักควบคุมตนเองหลักในการสอนมีดังนี้ คือ

- 1) สอนในสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการเรียนรู้
- 2) เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม เพื่อให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้มากขึ้น
- 3) ความพร้อมของผู้รับฟังต้องมีพอ
- 4) การเรียนรู้จะเพิ่มมากขึ้นจากการมีส่วนร่วม และการฝึกปฏิบัติ เช่น การฝึกนวดยาอินชูลินในผู้ป่วยเบาหวาน
- 5) การประเมินผล
- 6) เนื้อหา และวิธีการสอน จะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้รับบริการแต่ละคน
- 7) ต้องคำนึงถึงการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น สถานที่อุปกรณ์
- 8) สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

9) เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการ

4.1.2.2 การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม ในกรณีที่ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้

4.1.2.3 การสนับสนุนเป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดี แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวด หรือทุกข์ทรมานจากโรค หรือเหตุการณ์ที่ประสบ สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง

4.1.2.4 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

4.1.3 ประเภทการสอนสุขภาพของผู้ป่วยนอก

ดรุณี ชุณหะวัต (2526) ได้แบ่งประเภทของการสอนสุขภาพไว้ดังนี้

1) การสอนแบบมวลชน

2) การสอนแบบกลุ่ม จัดทำในคลินิกเฉพาะโรค

3) การสอนเป็นรายบุคคล มีความสำคัญและจำเป็นในการให้ความรู้เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วยเป็นการให้ความรู้ที่ตรงกับปัญหาการเจ็บป่วย และความต้องการของผู้ป่วย ซึ่ง ดรุณี ชุณหะวัต (2526) กล่าวว่า พยาบาลจะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการทราบ และเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยควรทราบ หรือจำเป็นในการรักษาด้วย ซึ่งได้แก่

3.1) ผู้ป่วยเป็นโรคอะไร มีสาเหตุอะไร มีอาการเป็นอย่างไร

3.2) จะได้รับการรักษาอย่างไร ถ้ารักษาทางยาผู้ป่วยควรได้ทราบว่ามียาอะไรบ้าง มีผลดีและผลเสียจากการใช้ยาอย่างไร

3.3) การติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยควรปฏิบัติตนอย่างไร

3.4) เมื่อมีปัญหาด้านอารมณ์ การปรับตัวจะขอคำแนะนำปรึกษาจากใคร

4.1.4 การให้คำแนะนำ

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การซักถามอาการต่าง ๆ ตลอดจนการพูดคุยในเรื่องการดำรงชีวิตประจำวันนั้น พยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ข้อมูล คำแนะนำต่าง ๆ ตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีการวางแผนร่วมกัน วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากผู้ป่วย ตามความเป็นจริงและเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย มีความเป็นมิตร พร้อมทั้งจะให้ช่วยเหลือ สนับสนุนกับผู้ป่วยทุกขณะ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมสื่อสารที่แสดงถึง ลักษณะของความเป็นผู้ใหญ่ ที่จะแสดง

ออกมาให้เห็นในลักษณะท่าทีที่เป็นมิตร มีความมั่นใจ กระตือรือร้น เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยอย่างละเอียด เรวดี ลือพงษ์ลักษณ์ (2538)

#### 4.1.5 ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเอง และรับผิดชอบตนเองด้านสุขภาพอนามัย สุภาภรณ์ พรหมดิราษ (2541)

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายว่า เป็นการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการใช้ยา และการปฏิบัติตนหลังได้รับบริการ

Orem (1980) อ้างถึงใน สุภาภรณ์ พรหมดิราษ (2541) นักการพยาบาลผู้มีชื่อเสียง ให้ความหมายว่าเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิการของตนเอง การดูแลตนเองเป็นเรื่องธรรมชาติ และเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม

นพ. ประเวศ วะสี (2528) ได้จำแนกสาเหตุการเจ็บป่วยไว้ว่า

1) เกิดจากความยากจน และความไม่รู้ จำนวน 30 – 90 % พบว่า คนไทยเจ็บป่วยด้วยสาเหตุนี้ จึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยอย่างไม่สมควรเจ็บป่วยมากเกินไป

2) กรรมพันธุ์ได้รับจากบรรพบุรุษ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เป็นต้น

3) สิ่งแวดล้อม สกปรก และมีผลภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ

4) พฤติกรรม ซึ่งกำหนดว่าจะมีสุขภาพดีหรือไม่ดี เช่น พฤติกรรมการ

รับประทานอาหาร การรักษาความสะอาด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่

5) ระบบบริการไม่มีระบบป้องกัน เน้นการรักษาเป็นส่วนใหญ่ จึงต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในส่วนนี้มาก

6) ระบบการบริการไม่เพียงพอ และไม่ดีพอ

กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี 2535 – 2539 สรุปสาเหตุและการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการเจ็บป่วยของประชาชนในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1) กลุ่มโรคที่เกิดจากความยากจน ได้แก่

1.1 โรคทุพโภชนาการ การขาดสารอาหารต่าง ๆ

1.2 โรคติดต่อที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม เช่น โรคติดเชื้อ นำโดยแมลง

โรคติดเชื้อทางน้ำ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

1.3 โรคทางทันตสาธารณสุข



2) ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากมลพิษทางสภาวะแวดล้อมเนื่องจากการเจริญเติบโตทางด้านอุตสาหกรรมของประเทศ ยังผลให้เกิดมลพิษทางสภาวะแวดล้อม โลหะหนัก สารเคมีที่เสื่อมสภาพ สารพิษจากยากำจัดศัตรูพืช

3) ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากการบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ ภาวะความไม่ปลอดภัยในอาหาร ภาชนะอุปกรณ์ และสถานที่ปรุงประกอบอาหาร

4) กลุ่มโรคที่เกิดจากความมั่งคั่ง หรือมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนา ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในวิถีการดำเนินชีวิตที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มโรคไม่ติดต่อมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การขาดการออกกำลังกาย

5) การขาดแคลนบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้การบริการไม่เพียงพอ ในอดีตเน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค

จากการวิเคราะห์ของธนาคารโลก และองค์การอนามัยโลก พบว่า ค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ ใช้จ่ายน้อยที่สุดต่อภาค DALYS LOSS 1 หน่วย ได้แก่ การใช้จ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพกับป้องกันโรค และสาธารณสุขมูลฐาน

(DALY = Disability – Adjusted Life Years : เครื่องชี้วัดภาวะจากโรคที่เกิดจากการตายก่อนวัยอันควร และความพิการทำให้สูญเสียโอกาสที่จะมีชีวิตอยู่อย่างสุขภาพดี)

ในประเทศไทยเมื่อพิจารณาตั้งแต่อดีตที่ผ่านมาพบว่า งบประมาณทางการสาธารณสุขส่วนใหญ่จะอยู่ที่การรักษาพยาบาล โดยจะใช้งบประมาณเกือบร้อยละ 60 ของงบประมาณในแต่ละปี ในขณะที่งบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีสัดส่วนร้อยละ 20 และไม่ได้มีการเพิ่มอย่างชัดเจน กิจกรรมทางการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จึงไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร ฝ่ายโครงการและงบประมาณ กองแผนงานสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข( 2537)

นอกจากนี้ระบบการส่งต่อ (Referral system) ยังเป็นอีกสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้ค่าใช้จ่ายทางการรักษาพยาบาลมีอัตราสูงในไทย ทั้งนี้เพราะการรับการรักษาพยาบาลในขั้นต้น เช่น สถานีอนามัย ไม่ได้รับความนิยม และไว้นือเชื่อใจต่อการให้บริการ ประชาชนจำนวนไม่น้อยที่ไปใช้บริการตามโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ในเมือง เพราะคิดว่าคุณภาพการบริการดีกว่า ทำให้ค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงขึ้นเมื่อเทียบกับแนวทางการรักษาที่อยู่ในรูปแบบเดียวกัน

นอกจากปัญหาเรื่องระบบการส่งต่อแล้ว การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจากสถิติการตายของคนไทย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ อุบัติเหตุ และการเป็นพิษ (มะเร็ง) ซึ่งทั้ง 3 โรคดังกล่าวต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ต้องใช้เทคโนโลยี และยาที่มีราคาแพง ส่งผลกระทบต่อภาครัฐที่ต้องลงทุนจ่ายงบประมาณไปในด้านการรักษาพยาบาลจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และที่สำคัญที่สุด คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน

โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดขึ้นเป็นนโยบาย ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540 – 2544) อันได้แก่

1) การส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้ และสร้างทัศนคติที่ถูกต้องแก่ประชาชน ให้รู้จักการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนการดูแลรักษาเบื้องต้นสำหรับโรคง่าย ๆ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตชุมชน

2) การส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีสิทธิรับรู้ และเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร อันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และสามารถเลือกบริโภคสินค้าที่มีคุณภาพและปลอดภัย

3) สนับสนุนการณรงค์ฝ่ายสื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนให้ได้รับการบริการด้านฟื้นฟูสุขภาพ

#### 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

4.2.1 ความหมายของพฤติกรรม โดยทั่วไปหมายถึง กิจกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำ เป็นลักษณะการแสดงออกที่สังเกตได้ และไม่อาจสังเกตเห็นได้ โดยพื้นฐานทางจิตวิทยามีความเชื่อว่า พฤติกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำย่อมมีเหตุผล มีจุดมุ่งหมายและในขณะที่เดียวกันก็มีแรงจูงใจ หรือสิ่งกระตุ้นให้กระทำด้วยเหตุที่ว่าจุดมุ่งหมายนั้น เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ เมื่อมนุษย์ได้แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความต้องการหรือจุดมุ่งหมายแล้วพฤติกรรมก็สิ้นสุดลง มนุษย์ก็อยู่ในภาวะสมดุล (Homeostasis)

4.2.2 พฤติกรรมอนามัยหรือพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) มีลักษณะเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่ว ๆ ไป แต่เน้นเฉพาะเรื่องสุขภาพเท่านั้น เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย ได้แก่ การอาบน้ำ การแปรงฟัน เป็นต้น และเมื่อกล่าวถึงพฤติกรรมอนามัยมักกล่าวรวมถึงพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ประสบการณ์ ความรู้ สังคม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ อีกมาก

จึงสรุปความหมายของพฤติกรรมอนามัยว่าหมายถึง การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาให้เห็นว่าถูกต้องตามหลักสุขภาพ มีผลทำให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี ไม่เป็นโรค และป้องกันมิให้เกิดโรค หรือไม่อยู่ในสภาวะที่เป็นโรคได้ง่าย ซึ่งก็สอดคล้องกับแนวคิดของ ทวีทองหงษ์วิวัฒน์ (2533) ซึ่งได้กล่าวถึงพฤติกรรมอนามัยว่า เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจัดกระทำเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วย

#### 4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

เทพพนม เมืองแมน และคณะ (2529) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลพบว่า การรับรู้ ทัศนคติ ค่านิยม และการได้รับการจูงใจ ทำให้การแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายประการ ซึ่งอาจแยกเป็น 2 ประเภท คือ ส่วนที่เป็นลักษณะนิสัยส่วนตัวของมนุษย์แต่ละคน เช่น ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ บุคลิกภาพ อีกประเภทหนึ่ง เป็นกระบวนการทางสังคม ซึ่งไม่เกี่ยวกับลักษณะนิสัยส่วนตัวของบุคคล เช่น สิ่งกระตุ้น

พฤติกรรม (Stimulus object) ความเข้มข้นของสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม (Strength of stimulus object) และสถานการณ์ (Situation) ในขณะที่Pender(1987) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสำคัญของสภาวะสุขภาพ ความอ่อนแอ คุณค่าของการค้นหาโรคในระยะแรก ความเอาใจจริงเอาใจ ความต้องการ การกระทำ ในสิ่งที่คิดตลอดจนระดับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน

2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้น ได้แก่ ความสนใจคำแนะนำของบุคคลอื่น แบบแผนของครอบครัว และความคาดหวังของเพื่อน

3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การยอมรับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในวัฒนธรรมนั้น แรงดันของกลุ่มบุคคลในสังคม และคำแนะนำจากแหล่งให้บริการทางด้านสุขภาพ

#### 4.4 แนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

พฤติกรรมอนามัยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนได้จะต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ มี 2 ชนิด คือ 1) การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ (Formal learning) เป็นการเรียนรู้ที่จะรักษาตามบทเรียน มีรูปแบบ วิธีการสอน มีครูผู้ทำการสอน ซึ่งลักษณะการเรียนรู้แบบนี้จะเป็นการเรียนในชั้นเรียน ในโรงเรียน สถาบันการศึกษา มหาวิทยาลัย 2) การเรียนรู้ตามโอกาสหรือการเรียนรู้ที่ไม่มีรูปแบบ (Incidental learning) เป็นการเรียนรู้ตามโอกาสต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ใหม่ เป็นการเรียนรู้ที่ได้มาจากการที่ได้เผชิญสิ่งต่าง ๆ ที่แวดล้อมรอบตัวเรา เช่น การเรียนรู้จากการอ่าน ฟังข่าวสาร จากสื่อมวลชน จากคำบอกเล่าของผู้อื่น

กระบวนการเรียนรู้ เพื่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยหรืออีกนัยหนึ่งเรียกว่า วิธีการทางสุขศึกษา ซึ่งวิธีการนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2522) กล่าวว่า คือ กระบวนการ (Process) ที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ ซึ่งมีผลทำให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน ได้รับความรู้ เกิดทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี การให้สุขศึกษาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น การให้สุขศึกษารายบุคคล รายกลุ่ม และมวลชน วิธีการทั้งหลายต่างก็มีความสำคัญในบางสถานการณ์ อาจใช้วิธีการหนึ่งก็ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี แต่ในบางสถานการณ์อาจต้องใช้วิธีอื่น ๆ จึงจะประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการให้บริการสุขศึกษา และมีภาวะแวดล้อมต่าง ๆ และพบว่าวิธีการให้สุขศึกษาวิธีเดียวไม่มี นักสุขศึกษาควรจะใช้หลาย ๆ วิธีให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ และสิ่งแวดล้อม ในการถ่ายทอดความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติไปยังกลุ่มเป้าหมายโดยคำนึงถึงเนื้อหา การให้สุขศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็นปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีความสนใจในเรื่องนั้น ๆ มากยิ่งขึ้น และสามารถประยุกต์สิ่งที่ได้รับไปใช้ในการแก้ปัญหาตนเองได้ ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตจริง

#### 4.5 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี ทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น และ พฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม และการรับรู้ จินตนา ยูนิพันธ์(2532)

Murray และ Zentner (1993) อ้างถึงใน ปาริชาติ สุขสวัสดิพร( 2543) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

Palank (1991)อ้างถึงใน ปาริชาติ สุขสวัสดิพร (2543) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก (Well – Being) พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด

Walker, Sechrist และ Pender (1987) อ้างถึงใน ปาริชาติ สุขสวัสดิพร(2543) กล่าวว่า วิธีการดำเนินชีวิต (Life style) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความหมายเหมือนกัน โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิตมีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล

Pender (1987)อ้างถึงใน ปาริชาติ สุขสวัสดิพร(2543) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อช่วยเพิ่มระดับความผาสุก และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ชุมชน และสังคม ซึ่งเน้นถึงความพยายามในการกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทางบวกที่บุคคลกระทำเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกและการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ชุมชน และสังคม ซึ่งเน้นที่การกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น และต้องกระทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการดำเนินชีวิตของตนเอง

#### ลักษณะของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

Pender (1996) กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างแบบประเมินแบบแผนชีวิตและนิสัยสุขภาพ โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรม 10 ด้าน ดังนี้ (Pender, 1996)

- 1) ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General competence in self-care)
- 2) การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional practices)
- 3) การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or recreational activity)
- 4) รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns)

- 5) การจัดการกับความเครียด (Stress management)
- 6) การตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่าของตน (Self – actualization)
- 7) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose)
- 8) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with others)
- 9) การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental control)
- 10) การใช้ระบบบริการสุขภาพ (Use of health care system)

#### 4.6 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพในยุคปัจจุบัน และให้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการในการมาโรงพยาบาลย่อมคาดหวังว่าตนเองจะได้รับความรู้เพิ่มขึ้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการที่จะจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้รับบริการ

##### 4.6.1 การดูแลสุขภาพโดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ในอดีตการศึกษายังกระจายไปไม่ทั่วถึงครอบคลุมประชากร ประชาชนยังมีความเชื่อที่ผิดในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพหลายประการ เช่น เชื่อว่าโรคร้ายไข้เจ็บ และอุบัติเหตุต่าง ๆ เกิดขึ้นจากเคราะห์กรรม หรือการกระทำของภูติผีปีศาจ ที่มีอำนาจเหนือการควบคุมจัดการของมนุษย์ แต่ปัจจุบันเทคโนโลยี การสื่อสาร และการศึกษาเจริญก้าวหน้าขึ้น ทำให้ประชาชนมีความเข้าใจและมีแนวคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น เช่น ตระหนักว่าทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ และสุขภาพเป็นเรื่องเฉพาะของบุคคลที่มีอาจหยิบยื่นให้แก่กันและกันได้ การที่จะมีสุขภาพที่ดีได้ไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นเองแต่เกิดจากการที่บุคคลรู้จักบำรุงรักษาสุขภาพอย่างถูกต้องบนพื้นฐานของหลักการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ รวมทั้งต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจึงจะเกิดผล

แม้ว่าในปัจจุบันวิทยาการ และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข จะมีความเจริญก้าวหน้าอย่างมาก แต่บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขก็ยังกระจายไปไม่ทั่วถึงประชาชน รวมทั้งบริการดังกล่าวมีราคาแพงและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง ในด้านการกระจายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันก็ยังไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในเขตชนบทจะมีความขาดแคลนมาก ด้วยเหตุนี้แนวคิดในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง จึงได้รับการกล่าวขานอย่างมาก ด้วยเป็นแนวคิดที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อการพึ่งตนเอง ควบคุมตนเอง และรับผิดชอบตนเอง

##### 4.6.2 การดูแลสุขภาพตนเอง (Self health care)

เป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การวิเคราะห์โรค รวมทั้งการรักษาในขั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเอง ซึ่งจากแนวคิดนี้สามารถจำแนกบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองได้ว่าประกอบด้วย

- 1) การทำนุบำรุงรักษาสุขภาพของตน

- 2) การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ
- 3) การวินิจฉัยความผิดปกติ หรือพยากรณ์สภาพที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง
- 4) การรักษาตัวเองด้วยวิธีการต่าง ๆ รวมถึงการใช้ยา
- 5) การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาที่วิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขได้จัดให้ และ  
การมีส่วนร่วมหรือตัดสินใจต่อแผนการรักษาพยาบาล

ในการดำรงชีวิตตามปกติของคนเรา เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง เบื้องแรกคือการทำนุบำรุงสุขภาพ และป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ โดยให้ความสนใจและเอาใจใส่ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญดังต่อไปนี้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ได้แก่

- 1) การโภชนาการ
- 2) การออกกำลังกาย
- 3) การพักผ่อน
- 4) การนันทนาการ
- 5) การขับถ่าย

#### 4.6.3 โภชนาการเพื่อสุขภาพ

โภชนาการ หมายถึง วิทยาศาสตร์แขนงหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับอาหาร การเปลี่ยนแปลงและการใช้ประโยชน์ของอาหารในร่างกาย รวมทั้งผลของอาหารที่มีต่อสุขภาพ

อาหาร หมายถึง วัตถุที่มนุษย์รับเข้าร่างกายโดยวิธีใด ๆ ก็ตามแล้วก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายในด้านการสร้างเสริมความเจริญเติบโตช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่เสื่อมสภาพ ทั้งยังช่วยในการกำจัดของเสียออกจากร่างกาย ส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง และมีสุขภาพดี การที่อาหารจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายตามที่ได้กล่าวมานั้น ก็ต่อเมื่ออาหารที่รับประทานเข้าไปถูกย่อยผ่านกระบวนการ Oxidation และเปลี่ยนเป็นพลังงานเพื่อให้ร่างกายนำไปใช้ตามลักษณะและปริมาณของกิจกรรมต่าง ๆ ที่กระทำและตามช่วงวัยของบุคคล การบริโภคอาหารที่มีคุณค่า และปลอดภัย ร่างกายจะสามารถนำสารอาหารที่มีไปใช้ได้เต็มที่ ไม่ถูกขัดขวางจากกระบวนการใด ๆ ทำให้มีผลต่อสุขภาพในด้านต่าง ๆ ดังนี้

##### 4.6.3.1 สุขภาพกาย

- 1) ทำให้ร่างกายเจริญเติบโต บุคคลที่ได้รับอาหารครบถ้วน จะทำให้โครงสร้างของร่างกายดี รูปร่างสมส่วน ผิวพรรณแจ่มใส กล้ามเนื้อสมบูรณ์ สำหรับวัยเด็กส่วนสูงและน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว
- 2) ทำให้ร่างกายแข็งแรง มีความต้านทานโรคสูง
- 3) ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงาน บุคคลที่ได้รับอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะทำให้มีพลังงานที่จะใช้ในการทำงานและประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ใน

ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงข้าม ผู้ที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอจะทำงานได้น้อย และเหนื่อยเร็ว

4) ทำให้ไม่แก่ก่อนวัยและมีอายุยืน ผู้ที่ได้รับอาหารครบถ้วนจะทำให้การสร้างเซลล์ใหม่เป็นไปด้วยดี ทำให้กล้ามเนื้อแน่น คูดซัน กระฉับกระเฉง

5) มีผลต่อการมีครรภ์และสุขภาพของเด็ก หญิงมีครรภ์ที่ได้รับอาหารครบถ้วนและเพียงพอจะช่วยลดอัตราการแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด และครรภ์เป็นพิษ ทารกในครรภ์จะสมบูรณ์แข็งแรง สติปัญญาดีและมีความต้านทานโรคสูง

#### 4.6.3.2 สุขภาพจิต

อาหารนับว่ามีผลโดยตรงต่อสุขภาพจิต การได้รับอาหารที่ถูกต้องและเพียงพอจะทำให้บุคคลมีความมั่นคงในอารมณ์ กระตือรือร้น สดชื่นแจ่มใส มีสมาธิ ดังผลจากข้อค้นพบของนักโภชนาศาสตร์ และนักวิทยาศาสตร์หลายท่าน มีความเห็นตรงกันว่า อารมณ์ของมนุษย์ขึ้นอยู่กับสารที่สมองได้รับ โภชนาสาร (nutrients) ที่จำเป็นสำหรับการทำงานของเซลล์สมอง ได้แก่ วิตามิน แร่ธาตุ และกรดอะมิโนต่าง ๆ Roden (1987) ได้กล่าวถึงสภาวะทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากการขาดสารอาหารที่จำเป็นก่อให้เกิดผลดังนี้

- 1) การขาดวิตามินบีหนึ่ง ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร จิตใจหดหู่ หงุดหงิด สับสน ความจำเสื่อม ขาดสมาธิ
- 2) การขาดวิตามินบีสอง ทำให้จิตใจหดหู่
- 3) การขาดวิตามินบีสาม ทำให้อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ มีอาการประสาท ตื่นเต้น หงุดหงิด สับสน กลัว จิตใจหดหู่ และประสาทหลอน
- 4) การขาดกรดแพนโทเทนิก ทำให้จิตใจหดหู่ไม่สามารถทนต่อความเครียด
- 5) การขาดวิตามินบีสิบสอง ทำให้ตั้งสมาธิยาก ความจำเสื่อม จิตใจหดหู่ หงุดหงิดอย่างแรง ประสาทหลอน
- 6) การขาดโปแตสเซียม ทำให้หงุดหงิด มีอาการทางประสาท ควบคุมอารมณ์ไม่อยู่
- 7) การขาดแคลเซียม ทำให้ตื่นตื้นง่าย ประสาทเหนื่อยอ่อน อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เครียด
- 8) การขาดแมกนีเซียม ทำให้เป็นโรคประสาท
- 9) การขาดกรดอะมิโนทรีโอนีน (Threonine) ทำให้หงุดหงิด เข้ากับคนยาก
- 10) การขาดกรดอะมิโนไลซีน (Lysine) ทำให้ไม่สามารถตั้งสมาธิได้

#### 4.6.3.3 พัฒนาการทางสมอง

ผลจากการค้นคว้าทดลองหลายประการของนักวิทยาศาสตร์ แสดงให้เห็นว่า พัฒนาการทางสมองของมนุษย์จะเกิดขึ้นได้ดีต้องอาศัยภาวะโภชนาการด้วย เนื่องจากสารอาหารต่าง ๆ มีผลต่อสภาวะแวดล้อมทางเคมีของเซลล์สมอง หากเกิดการขาดสารอาหารจะมีผลทำให้องค์ประกอบที่สำคัญของสมองเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะในช่วงวัยที่สมองกำลังเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว เช่น ขณะอยู่ในครรภ์มารดา วัยทารก และวัยก่อนเรียน ถ้าหากการขาดอาหารมีความรุนแรง จะทำให้พัฒนาการทางสมองของทารกและเด็กหยุดชะงัก ซึ่งความผิดปกติ และความบกพร่องของสมองหากเกิดขึ้นแล้วจะแก้ไขได้ยาก

#### 4.7 การบริโภคอาหารเพื่อการรักษาสุขภาพ

1) บริโภคอาหารให้มีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน บุคคลจะมีความต้องการอาหารในปริมาณที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพัฒนาการและลักษณะของกิจกรรมในชีวิตของบุคคลในวัยนั้น ๆ เช่น ในวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเจริญเติบโตทางร่างกายและมีพัฒนาการทางอารมณ์รวดเร็ววัยหนึ่ง นอกจากนี้วัยรุ่นยังมีกิจกรรมทางร่างกายที่ต้องการพลังงานจากอาหารพอสมควร

2) กำหนดประเภทของอาหารในแต่ละมื้อและแต่ละวันอย่างเหมาะสม โดยพยายามกำหนดสัดส่วนของอาหารทั้ง 5 หมู่ ให้เหมาะสมเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

3) เลือกรับประทานอาหารที่จะไม่ก่อให้เกิดภาวะความเจ็บป่วย หรือความผิดปกติต่าง ๆ แก่ร่างกาย ทั้งในปัจจุบันและในช่วงวัยต่อไปของชีวิต เพราะความเจ็บป่วยและความผิดปกติบางอย่างมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร เช่น อาหารที่ผ่านกรรมวิธีปิ้ง ย่าง หรือรมควัน จะก่อให้เกิดสารไนโตรซามีน (Nitrosamines) PAH (Polycyclic Aromatic Hydrocarbon) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง หรือการรับประทานอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง หรือรับประทานอาหารรสเค็มจัดเป็นประจำ อาจก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจบางชนิดเมื่อเข้าสู่วัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ

4) ให้ความสำคัญต่ออาหารทุกมื้อเท่าเทียมกัน และพยายามวางแผนกิจกรรมประจำวัน ให้สามารถรับประทานอาหารทุกมื้อได้สม่ำเสมอ ไม่ละเลยอาหารบางมื้อ หรือให้ความสำคัญกับอาหารบางมื้อมากเกินไป ในภาวะปัจจุบันมักพบว่าอาหารเช้ามักเป็นอาหารที่ถูกละเลย เนื่องจากภาระดำเนินชีวิตประจำวันที่เร่งรีบ ทั้งที่เป็นอาหารมื้อที่มีความสำคัญต่อสุขภาพมากและมักให้ความสำคัญกับอาหารมื้อเย็นมาก เนื่องจากเป็นเวลาที่สมาชิกของครอบครัวอยู่พร้อมหน้า ไม่ต้องเร่งรีบแข่งกับเวลา แต่แท้ที่จริงแล้วอาหารทุกมื้อมีความสำคัญเท่าเทียมกัน

5) ฝึกให้มีบริโภคนิสัยที่ดี เช่น ไม่รับประทานอาหารจุบจิบ หรือรับประทานอาหารระหว่างมื้อไม่รับประทานอาหารตามใจชอบที่อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ เช่น อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ อาหารที่มีรสจัด อาหารหมักดอง เป็นต้น



6) เลือกรับประทานอาหารหลาย ๆ ชนิดสลับเปลี่ยนหมุนเวียนกัน ไม่ควรรับประทานอาหารซ้ำซาก เพราะถ้าอาหารดังกล่าวมีสิ่งที่เป็นอันตรายอยู่จะทำให้เราได้รับสารนั้นอยู่ตลอดเวลา ทำให้สารพิษนั้นสะสมอยู่ในร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายได้

7) พยายามหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารตามบาทวิถีโดยไม่จำเป็น เพราะมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับสารพิษและเกิดโรคติดต่อได้ง่าย หากจำเป็นต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน ควรเลือกร้านอาหารที่มีสุขลักษณะที่ดี ผู้ขายและผู้บริการมีสุขนิสัยและสุขภาพดี

8) ตระหนักถึงความสัมพันธ์ของอาหารกับการรักษาสุขภาพด้านอื่น ๆ และปฏิบัติตัวตามความเกี่ยวข้องนั้นอย่างเหมาะสม เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพทุก ๆ ด้านไปพร้อม ๆ กัน เช่น ความสัมพันธ์ของอาหารกับการพักผ่อน อาหารบางชนิดช่วยการนอนหลับและทำให้นอนหลับได้นานขึ้น การดื่มนมอุ่น ๆ 1 แก้วก่อนเข้านอนจะช่วยให้หลับได้ดี เพราะในนมมีกรดอะมิโน L – Tryptophan สูง ซึ่งเป็นกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกายและช่วยการนอนหลับ ในทางตรงข้าม ส่วนประกอบของอาหารหรือเครื่องดื่บบางชนิด เช่น ชา กาแฟ ชอคโกแลต น้ำอัดลมบางชนิดที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ซึ่งเป็นสารกระตุ้นที่มีฤทธิ์อยู่นานและคงทน ถ้าเรารับประทานอาหารเหล่านี้ก็อาจส่งผลทำให้นอนไม่หลับในเวลากลางคืนได้

#### 4.8 การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หมายถึง การประกอบกิจกรรมที่ทำให้สนุกเพลิดเพลิน แต่ต้องเป็นการบำรุงร่างกายให้แข็งแรง สร้างเสริมสมรรถภาพของร่างกาย และผ่อนคลายความเครียดทางจิตใจ

##### 4.8.1 ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้รับการกระตุ้นให้ทำงาน เช่น ระบบประสาทจะตื่นตัว ควบคุมและประสานงานการเคลื่อนไหว ระบบกล้ามเนื้อทำหน้าที่หดตัว สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่อออกกำลังกาย สรุปได้ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่อออกกำลังกาย

ระบบ	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ผล
<b>ระบบหัวใจและการไหลเวียน</b>		
(1) อัตราเต้นและความแรงในการหดตัวเพิ่มขึ้น	การเพิ่มการทำงานของระบบซิมพาเทติก และการลดการทำงานของระบบพาราซิมพาเทติก	เพิ่มปริมาณโลหิตที่สูบฉีดออกจากหัวใจภายใน 1 หน่วยเวลา (cardiac output)
(2) หลอดเลือดแดงขยายตัวในกล้ามเนื้อที่กำลังทำงาน	สารที่ออกฤทธิ์เฉพาะที่ในการขยายหลอดเลือดแดงและผลของอีพิเนฟริน	เพิ่มอัตราไหลของเลือดไปสู่กล้ามเนื้อโครงร่าง ลดความต้านทานรอบนอก
(3) หลอดเลือดแดงบีบตัวในอวัยวะภายในช่องท้อง	การเพิ่มการทำงานของระบบซิมพาเทติกไปสู่หลอดเลือด	ช่วยรักษาความดันเลือดแดงส่งเลือดไปสู่กล้ามเนื้อที่กำลังทำงาน
(4) ปริมาณเลือดกลับหัวใจเพิ่มขึ้น	ความต้านทานรอบนอกลดลง ผลของระบบซิมพาเทติกในการทำให้หลอดเลือดดำบีบตัว การทำงานเหมือนเครื่องสูบน้ำของการหายใจและกล้ามเนื้อ	ช่วยเพิ่มปริมาณโลหิตที่สูบฉีดออกจากหัวใจ

ระบบ	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ผล
<b>ระบบหายใจ</b>		
(1) ความลึกและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น	การกระตุ้นศูนย์ควบคุมการหายใจในระบบประสาทกลางเพิ่มขึ้น	เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซ
(2) สมรรถนะการแพร่เพิ่ม	ผลของการมีเลือดไปสู่ปอดมากขึ้น	เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซขึ้น
<b>ระบบต่อมไร้ท่อ</b>		
(1) ระดับ epinephrine และ norepinephrine เพิ่มขึ้นในกระแสเลือด	การเพิ่มการทำงานของระบบซิมพาเทติก	กระตุ้นการสลายของไกลโคเจนและไขมัน
(2) ระดับคอร์ติโซนเพิ่มขึ้นในพลาสมา	การเพิ่มการหลั่งของฮอร์โมนกระตุ้น ACTH จากไฮโปทาลามัส	กระตุ้นการสลายของไกลโคเจนและไขมัน
(3) ระดับอินซูลินลดลง	ผลของการกระตุ้นระบบซิมพาเทติกที่ไปสู่ตับอ่อน	ยับยั้งการเปลี่ยนกลูโคสไปเป็นไกลโคเจน
(4) ระดับกลูคาγονเพิ่มขึ้น	ผลของการกระตุ้นระบบซิมพาเทติกที่ไปสู่ตับอ่อน	เพิ่มการสลายของไกลโคเจนและไขมัน

ระบบ	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ผล
<b>ระบบควบคุมอุณหภูมิ</b>		
(1) อุณหภูมิแกนร่างกายเพิ่มขึ้น	จุดกำหนดอุณหภูมิของศูนย์อุณหภูมิในไฮโปทาลามัสเพิ่มขึ้น	เพิ่มอัตราเร็วของปฏิกิริยาในกระบวนการเมตาบอลิซึม ช่วยในการปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดง
(2) อัตราไหลของเลือดไปสู่ผิวหนังเพิ่มขึ้น	ผลของการกระตุ้นระบบซิมพาเทติกที่ไปสู่หลอดเลือดที่ผิวหนัง	เพิ่มอัตราเร็วในการระบายความร้อนไปสู่สิ่งแวดล้อม
(3) การหลั่งเหงื่อเพิ่มขึ้น	ผลของการกระตุ้นระบบซิมพาเทติกที่ไปสู่ต่อมเหงื่อที่ผิวหนัง	เพิ่มอัตราเร็วในการระบายความร้อนไปสู่สิ่งแวดล้อม

การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งของการดำรงชีวิต แต่การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพควรจะต้องมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ โดยการเลือกประเภทการออกกำลังกายให้เหมาะสม ตามจุดประสงค์ที่ต้องการสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคล

#### 4.8.2 ประเภทของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายหากจำแนกตามผลที่เกิดต่อสุขภาพ สามารถจำแนกได้ 4 ประเภท ดังนี้

1) การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้ต้องการออกซิเจนสำหรับการสร้างพลังงานตลอดช่วงเวลาของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิก จะช่วยให้การทำงานของระบบหัวใจ และระบบไหลเวียนโลหิตให้ดีขึ้น ตัวอย่างกิจกรรมการออกกำลังกายประเภทนี้ เช่น การว่ายน้ำ การถีบจักรยาน การเดินแอโรบิก การวิ่งเหยาะ เป็นต้น

2) การออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิก (Anarobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ต้องการให้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาสั้น ๆ ตามความต้องการของการออกแรงของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายประเภทนี้ ช่วยให้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้ช่วยส่งเสริมการทำงาน

ของระบบหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต ตัวอย่างกิจกรรมการออกกำลังกายประเภทนี้ เช่น การวิ่งแข่ง การยกน้ำหนัก เป็นต้น

3) การออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความแข็งแรงและคงทน (Strength and endurance) เป็นการออกกำลังกายซึ่งทำให้เกิดความแข็งแรง ความคงทนของระบบกล้ามเนื้อ และระบบโครงร่างของร่างกาย ตัวอย่างกิจกรรมการออกกำลังกายประเภทนี้ เช่น การฝึกยกน้ำหนัก การเพาะกาย เป็นต้น

4) การออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น (Stretching activities) เป็นการเคลื่อนไหวที่ทำให้กล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ได้ยืดตัว เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายประเภทนี้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ทรวดทรงดีขึ้นรวมทั้งทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายจากการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ตัวอย่างกิจกรรมการออกกำลังกายประเภทนี้ เช่น การเดินระบำ เป็นต้น

#### 4.8.3 การดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย ประกอบด้วยกิจกรรมหลายประเภทตามที่ได้กล่าวมาแล้ว เราสามารถเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายได้ตามความสนใจและความถนัดและสามารถจัดโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพโดยยึดหลักดังนี้

1) ความถี่ของการออกกำลังกาย หมายถึง จำนวนครั้งของการออกกำลังกาย เพื่อให้มีสมรรถภาพทางร่างกายที่ดี ควรออกกำลังกาย 3 – 5 ครั้ง/สัปดาห์

2) ความเข้มในการออกกำลังกาย หรือบางคนอาจเรียกว่า ความหนักเบาของการออกกำลังกาย ถ้าเราออกกำลังกายที่มีความเข้มต่ำเกินไป ก็จะไม่ช่วยพัฒนาระบบการทำงานของระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต แต่ถ้าออกกำลังกายมากเกินไป ก็จะทำให้ร่างกายเกิดความเมื่อยล้าและอาจเกิดการบาดเจ็บได้

วิธีการตรวจสอบค่าความเข้มในการออกกำลังกายว่าเหมาะสมกับเราหรือไม่ สามารถทำได้โดยการตรวจนับอัตราการเต้นของชีพจรขณะพักดี แล้วนำมาหาค่าโดยการนำ  $220 - \text{อายุ}$  ปัจจุบัน เช่น นายอำนาจ อายุ 18 ปี อัตราเต้นของชีพจรสูงสุด =  $220 - 18 = 202$

3) ระยะเวลาของการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายให้หัวใจเต้นร้อยละ 60 – 85 ของอัตราเต้นสูงสุดประมาณ 20 – 30 นาที

4) ขั้นตอนการออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน การปฏิบัติตามขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้องดังต่อไปนี้ จะทำให้การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

ขั้นที่ 1 ขึ้นอบอุ่นร่างกาย (Warm – up) เป็นขั้นเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย กล่าวคือ การอบอุ่นร่างกายอย่างสมบูรณ์ประมาณ 5 – 15 นาที จะช่วยทำให้

กล้ามเนื้อและเอ็นยึดตัว พร้อมสำหรับการเคลื่อนไหวที่จะเกิดขึ้นตามมา ทำให้ไม่เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ

ขั้นที่ 2 ขั้นการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ (Conditioning) เป็นการออกกำลังกายที่ทำต่อเนื่องให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นถึงระดับร้อยละ 60 – 85 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุดนาน 20 – 30 นาที

ขั้นที่ 3 ขั้นลดการออกกำลังกายจนหยุด (Cool – down) เป็นขั้นลดความเข้มข้นของการออกกำลังกายหลังจากออกกำลังกายอย่างเต็มที่แล้ว เพื่อให้อัตราการเต้นของหัวใจ กลับเข้าสู่ภาวะปกติ

5) พยายามสร้างนิสัยให้รักการออกกำลังกาย ทำให้รู้สึกว่าการออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ควรจดบันทึกการออกกำลังกายควบคู่ไปกับการตรวจสอบสุขภาพด้วย

6) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีกิจกรรมประเภทที่เราขาดทักษะพื้นฐานที่จำเป็น เช่น ถ้าเราว่ายน้ำไม่เป็นก็ไม่ควรออกไปออกกำลังกายโดยเล่นสกีน้ำ เป็นต้น

#### 4.9 การพักผ่อน

การพักผ่อนเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต่อสุขภาพมาก เช่นเดียวกับการปฏิบัติตัวทางสุขภาพหรือสุขบัญญัติด้านอื่น ๆ คนทั่วไปมักเข้าใจว่าการพักผ่อนหมายถึง การนอนหลับ แท้ที่จริงแล้วการพักผ่อนของบุคคลแต่ละคนอาจมีความหมายแตกต่างกัน เช่น บางคนการพักผ่อนหมายถึง ความเป็นอิสระจากการถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก บางคนการพักผ่อนหมายถึง การที่เขาใช้เวลาอยู่ตามลำพังเป็นส่วนตัว แต่ไม่ว่าการพักผ่อนจะมีความหมายอย่างไรก็ตาม หากเรารู้จักเลือกวิธีการพักผ่อนที่เหมาะสมก็จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญอีกทางหนึ่ง

##### 4.9.1 ลักษณะของการพักผ่อน

คนแต่ละคนจะมีวิธีการพักผ่อนที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ เพศ เวลา ความชอบของบุคคล ฯลฯ อย่างไรก็ตามเราอาจแบ่งการพักผ่อนออกได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ ได้แก่ การพักผ่อนโดยการนอนหลับ และการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการพักผ่อน เช่น การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การฟังดนตรี การชมภาพยนตร์ การชมโทรทัศน์ ฯลฯ การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการพักผ่อนนั้น แต่ละคนก็อาจเลือกปฏิบัติได้ตามความพอใจของตน ซึ่งจะแตกต่างกันตามที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่การพักผ่อนโดยการนอนหลับนั้น เป็นกิจกรรมการพักผ่อนที่ทุกคนปฏิบัติ ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะการพักผ่อนโดยการนอนหลับ เพื่อให้รู้ถึงวิธีการนอนหลับที่เป็นการพักผ่อนที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างแท้จริง

##### 4.9.2 ประโยชน์ของการนอนหลับ

ทุกคนคงเคยได้ยินคำพูดที่ว่า “การนอนหลับเป็นวิธีการพักผ่อนที่ดีที่สุด” สาเหตุที่มีคำกล่าวเช่นนี้คงเนื่องจากการนอนหลับมีคุณค่าต่อสุขภาพ ดังนี้

1) การนอนหลับเป็นการสะสมพลังงานของร่างกายเพราะในการดำรงชีวิตประจำวันคนเรามีกิจกรรมมากมายที่ต้องใช้พลังงาน การนอนหลับเป็นการส่งเสริมกระบวนการสร้างพลังงานของร่างกาย เพื่อทดแทนพลังงานที่สูญเสียไป

2) การนอนหลับมีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโตของสมองและการสร้างเซลล์สมองใหม่

3) การนอนหลับเป็นการฟื้นฟูความรู้สึกของบุคคลให้ดีขึ้นภายหลังการกระทำกิจกรรมที่เมื่อยล้าในแต่ละวัน

4) การนอนหลับจะทำให้เกิดปัญหา และช่วยให้อารมณ์สดชื่น หากจะสังเกตพบว่าถ้าเรานอนหลับไม่เพียงพอเป็นเวลาต่อเนื่องนาน ๆ จะทำให้เกิดความหงุดหงิดและมีอารมณ์ขุ่นมัว

#### 4.9.3 การดูแลตนเองเรื่องการนอนหลับ

การปฏิบัติตนเพื่อให้นอนหลับได้ดีควรมีสุขปฏิบัติดังนี้

1) มีการวางแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีเวลาสำหรับการนอนที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เช่น บุคคลในช่วงวัยรุ่น (อายุ 13 – 19 ปี) ควรนอนหลับวันละ 8 – 10 ชั่วโมง

2) ในกรณีที่การดำเนินชีวิตผิดไปจากปกติ เช่น เจ็บป่วย เครียด ควรวางแผนเพิ่มการนอนหลับให้มากขึ้น

3) ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 3 วัน วันละอย่างน้อย 20 นาที เพราะการออกกำลังกายจะช่วยให้นอนหลับได้ดี แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายก่อนการเข้านอนเพราะจะทำให้นอนไม่หลับ

4) กระทำในสิ่งที่จะช่วยให้การนอนหลับสมบูรณ์ เช่น

4.1) ดื่มนมอุ่น ๆ ครั้งแก้วก่อนนอน เพราะในนมมีกรดอะมิโนที่จำเป็นสำหรับร่างกายคือ แอล – ทริปโตเฟน (L – Tryptophan Amino Acid) ซึ่งจะช่วยให้การนอนหลับและทำให้นอนหลับได้นานขึ้น

4.2) พยายามหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ช็อกโกแลต น้ำอัดลมบางชนิด เพราะคาเฟอีนเป็นสารกระตุ้นที่มีฤทธิ์อยู่นานและคงทน

4.3) จัดให้มีความสบายทางกายที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับให้มากที่สุด เช่น จัดที่นอนให้สะอาดเพื่อไม่ให้เกิดความรำคาญหรือรบกวนเวลานอน สวมเสื้อผ้าที่สบาย จัดอุณหภูมิและการระบายถ่ายเทอากาศของห้องนอนให้เหมาะสม

4.4) หลีกเลี่ยงการนำวัสดุอุปกรณ์ที่อาจเป็นสิ่งรบกวนระหว่างการนอนหลับไว้ใกล้ที่นอน เช่น โทรศัพท์ เพราะจะทำให้การนอนหลับถูกรบกวนได้

#### 4.10 การนันทนาการ

การดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบันทุกคนต้องรีบเร่ง หรือแข่งขันกับเวลา เพื่อให้สามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตตามภาระหน้าที่ของตน ทำให้คนเกิดความเหน็ดเหนื่อยและความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้น การหาเวลาว่างเท่าที่มีอยู่ในการเลือกทำกิจกรรมที่เราพอใจก็จะทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความตึงเครียดทางร่างกาย และจิตใจก็ได้รับการพักผ่อน พร้อมทั้งจะเผชิญกับภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติต่อไป

##### 4.10.1 ประเภทของกิจกรรมนันทนาการ

กิจกรรมนันทนาการ เป็นกิจกรรมที่ทำตามความสมัครใจในยามว่าง เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินและผ่อนคลายความตึงเครียด กิจกรรมนันทนาการแบ่งออกได้เป็นหลายประเภท เช่น

- 1) กิจกรรมด้านการกีฬาและการออกกำลังกาย ได้แก่ การเล่นกีฬา และการออกกำลังกายตามความสมัครใจ เช่น เล่นฟุตบอล ตะกร้อ วายน้ำ เต้นแอโรบิก ฯลฯ
- 2) กิจกรรมดนตรีและการแสดง รวมทั้งการเล่นดนตรี ชมการแสดงดนตรี ละคร ภาพยนตร์ และการแสดงอื่น ๆ เช่น การแสดงตลก ฯลฯ
- 3) กิจกรรมการพอรันรำ เต้นรำและกิจกรรมเข้าจังหวะ ได้แก่ กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายประกอบดนตรี
- 4) กิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ กิจกรรมที่มีการพบปะสังสรรค์ระหว่างสมาชิกของครอบครัว สมาคม หรือสังคม เช่น งานเลี้ยงปีใหม่ งานเลี้ยงสังสรรค์โอกาสพิเศษ งานวันตรุษ วันสงกรานต์ ฯลฯ กิจกรรมประเภทนี้นอกจากจะเป็นการนันทนาการแล้วยังเป็นกิจกรรมที่สร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันอีกด้วย
- 5) กิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก อาจจะเป็นงานประเภทเก็บสะสมสิ่งที่ชอบ หรือสนใจ เช่น แสตมป์ ภาพถ่าย เหริยญาปณ์ เครื่องลายคราม ฯลฯ หรือเป็นงานประเภทประดิษฐ์ เช่น การเย็บปักถักร้อย การจัดดอกไม้ การวาดรูป
- 6) กิจกรรมกลางแจ้งหรือนอกบ้าน เช่น การทัศนศึกษาตามสถานที่ต่าง ๆ การไปเที่ยวชมธรรมชาติ การปีนเขา การตั้งค่ายพักแรม ฯลฯ

##### 4.10.2 การเลือกกิจกรรมนันทนาการ

กิจกรรมนันทนาการมีหลายประเภทดังที่กล่าวมาแล้วกิจกรรมนันทนาการแต่ละประเภทอาจให้ประโยชน์แก่บุคคลหนึ่ง แต่อาจเป็นอันตรายต่ออีกบุคคลหนึ่งก็ได้ เช่น กิจกรรมการปีนเขา อาจเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับคนที่มีร่างกายแข็งแรง และอยู่ในวัยหนุ่มสาว แต่เป็นอันตรายต่อคนสูงอายุ หรือคนที่มีร่างกายไม่แข็งแรง เป็นต้น ดังนั้น ในการจะเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการใด ๆ ควรได้มีการพิจารณาเลือกให้เหมาะสม ตามหลักการดังนี้

- 1) สภาวะสุขภาพ สุขภาพร่างกายนั้น เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญมากต่อการ



พิจารณาเลือกกิจกรรมนั้นหนาการ กล่าวคือ เลือกให้เหมาะสมกับเพศ วัย รูปร่าง และความพร้อมของร่างกายเพราะแม้ว่าเราจะมี ความชอบหรือสนใจในกิจกรรมนั้นหนาการนั้น ๆ แต่หากทำกิจกรรมนั้นแล้วอาจเกิดโทษ หรืออันตรายต่อสุขภาพ เราก็ควรเลือกกิจกรรมอื่นที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของเรามากกว่า เช่น คนเป็นโรคหัวใจ ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมปั่นเขา เพราะเป็นการออกกำลังกายหนัก หรือหลีกเลี่ยงกิจกรรม ชมภาพยนตร์ ละคร การแสดงที่โลดโผน ตื่นเต้น หวาดเสียว เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

2) ความปลอดภัย ควรเลือกกิจกรรมนั้นหนาการที่มีความปลอดภัยต่อชีวิต และทรัพย์สิน และหลีกเลี่ยงกิจกรรมนั้นหนาการที่เสี่ยงอันตราย กิจกรรมนั้นหนาการต่างชนิดกัน จะมีความเสี่ยงต่ออันตรายต่างกัน แม้กิจกรรมนั้นหนาการชนิดเดียวกันก็อาจมีความปลอดภัยต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยประกอบอื่น ๆ เช่น การไปฟังดนตรี หรือไปชมการแสดงควรเลือกชมในเวลากลางวัน จะมีความปลอดภัยมากกว่าการชมในเวลากลางคืน เพราะยามวิกาลมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายต่าง ๆ ได้มากกว่า

3) ลักษณะภารกิจประจำวัน การเลือกกิจกรรมนั้นหนาการ ต้องคำนึงถึงภารกิจที่กระทำในแต่ละวันด้วย เช่น บุคคลที่ทำงานโดยใช้สมองมากกว่าการใช้แรงงาน ควรเลือกกิจกรรมนั้นหนาการที่ต้องออกกำลังกาย เพื่อเป็นการผ่อนคลาย และเพิ่มสมรรถภาพทางกายไปในตัว แต่หากบุคคลที่ทำงานใช้แรงงานอยู่แล้วก็ไม่ควรเลือกใช้กิจกรรมที่ต้องออกกำลังกายมากเกินไป ควรใช้กิจกรรมเบา ๆ เช่น การอ่านหนังสือ เล่นดนตรี ชมการแสดง เป็นต้น

4) ฐานะเศรษฐกิจ ควรเลือกกิจกรรมนั้นหนาการที่ประหยัด แต่ให้ประโยชน์มาก และเหมาะสมกับฐานะเศรษฐกิจของเรา การเลือกกิจกรรมนั้นหนาการที่ต้องสิ้นเปลืองมาก แม้ว่าเราจะได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลิน แต่อาจทำให้เป็นภาระหรือก่อความเดือดร้อนให้แก่ผู้ปกครองหรือครอบครัวได้

5) ความสนใจและความถนัด การเลือกกิจกรรมนั้นหนาการที่เราสนใจ และมีความถนัดจะทำให้เราเกิดความพึงพอใจ เพลิดเพลินในการทำกิจกรรมนั้น และสามารถทำกิจกรรมนั้นให้ประสบความสำเร็จได้ด้วยดี

6) ศิลธรรม และวัฒนธรรม กิจกรรมนั้นหนาการบางชนิด แม้ว่าจะให้ความสนุกสนาน เพลิดเพลินแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนั้น ๆ แต่หากขัดต่อจารีตประเพณี วัฒนธรรม หรือขัดต่อกฎหมายแล้วก็ควรหลีกเลี่ยงอย่างเด็ดขาด เช่น การล่าสัตว์ป่าคุ้มครอง การพนันขันต่อที่ผิดกฎหมาย เป็นต้น

การเลือกกิจกรรมนั้นหนาการดังกล่าว นอกจากการเลือกกิจกรรมที่ให้ประโยชน์ต่อตนเองแล้ว หากสามารถก่อให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนรวมได้ก็จะเป็นสิ่งที่ดีมาก ได้แก่ การทำกิจกรรม อาสาสมัครเพื่อสาธารณประโยชน์ เช่น การพัฒนาชุมชน กิจกรรมการส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม เป็นต้น

#### 4.11 การจับถ่าย

เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่ควรให้ความเอาใจใส่และดูแลสุขภาพ เพื่อให้ระบบการจับถ่ายดำเนินไปได้อย่างปกติ เพราะหากระบบจับถ่ายเกิดความผิดปกติขึ้นก็จะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพตามมา เช่น ท้องผูก ก็จะทำให้เกิดความอึดอัด และอาจเกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคริดสีดวงทวาร เป็นแผลในลำไส้ เป็นต้น

การดูแลตนเองในเรื่องการจับถ่าย

1) รับประทานอาหารให้เป็นเวลาไม่ควรกินจุบจิบระหว่างมื้ออาหารหลัก เพราะจะทำให้หลังน้ำย่อยผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้ท้องอืด อาหารไม่ย่อย เป็นต้น

2) ฝึกให้มีนิสัยการจับถ่ายที่ดี เช่น ไม่กลั้นปัสสาวะเมื่อรู้สึกปวด เพราะจะทำให้กล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะไม่สามารถควบคุมการปัสสาวะได้

3) รับประทานอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผักและผลไม้ เพราะอาหารดังกล่าวจะมีกากอาหารทำให้การจับถ่ายดี

4) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกายมีส่วนทำให้ระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานได้ดีขึ้น

5) หากมีความผิดปกติเกิดขึ้นต่อระบบจับถ่าย ควรรีบหาทางแก้ไขโดยเร็ว โดยยึดหลักการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น หากเกิดอาการท้องผูก ควรปฏิบัติตนโดยการดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานอาหารจำพวกเส้นใยให้มาก ๆ ควรหลีกเลี่ยงการทานยาระบายเป็นประจำเมื่อเกิดอาการท้องผูกเพราะจะทำให้ร่างกายเกิดการปรับตัว แต่ควรรับประทานอาหารที่ช่วยระบบการย่อยอาหาร เช่น พืชสมุนไพรบางอย่างจะช่วยระบบการย่อยอาหารได้ เช่น

1) จี่เหล็ทจะมีฤทธิ์ช่วยระบายอย่างอ่อน ๆ โดยมากใช้ใบในการปรุงอาหารแต่ว่าลำต้น ดอก ใบ และผล ก็สามารถนำมาต้มน้ำดื่มก่อนอาหารและก่อนนอน

2) กระชาย กระเทียม กระเพรา ขมิ้น ตะไคร้ จิง สมุนไพรไทยดังกล่าวจะช่วยทำให้ระบบย่อยอาหารได้ดี แก้ปัญหาเรื่องท้องผูก ท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด

นอกจากการดูแลตนเองในด้านปัจจัยพื้นฐานที่ได้กล่าวมาแล้ว เยาวชนและประชาชนควรปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาพดีในที่สุด

#### 4.12 สุขบัญญัติแห่งชาติ

จากสภาพปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเห็นได้จากปัญหาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) และแนวโน้มปัญหาสาธารณสุขในอนาคต ส่วนใหญ่เป็นสาธารณสุขในกลุ่มปัญหาโรคไม่ติดต่อ และมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจึงเป็นเรื่องจำเป็น และสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพในสภาวะปัจจุบัน

การปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ เป็นบรรทัดฐานสำหรับการสร้างเสริม และปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้เกิดขึ้นกับประชาชนตามนโยบายการสุศึกษาแห่งชาติ เพื่อให้เยาวชนและประชาชนทั่วไปยึดเป็นแนวปฏิบัติขั้นพื้นฐาน เพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

สุขบัญญัติ คือ ข้อกำหนดที่เด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไปพึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นนิสัยเพื่อให้มีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น การส่งเสริมสุขบัญญัติจึงเป็นวิธีหนึ่งในการสร้างเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อให้เด็กเยาวชน และประชาชนปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้

คณะกรรมการสุศึกษา ซึ่งแต่งตั้งโดยอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี ได้ร่วมกันพิจารณาสุขบัญญัติแห่งชาติ และเห็นสมควรให้นำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาอนุมัติและประกาศใช้ “สุขบัญญัติแห่งชาติ” เมื่อ พ.ศ. 2539 เพื่อให้กระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปเผยแพร่แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายนำไปปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างและปลูกฝังพฤติกรรมที่ถูกต้องนำไปสู่การมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมต่อไป

สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ

- 1) ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
- 2) รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
- 3) ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย
- 4) รับประทานอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด

สติคุณา

- 5) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
- 6) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
- 7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
- 8) ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี
- 9) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส
- 10) มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

แนวทางปฏิบัติขั้นพื้นฐานตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

- 1) ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
  - อาบน้ำให้สะอาดทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
  - สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
  - ตัดเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอ
  - ถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน

- ใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ไม่อับชื้น และให้อบอุ่นเพียงพอ
  - จัดเก็บของใช้ให้เป็นระเบียบ
- 2) รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
    - ถูฟันหรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหาร
    - หลีกเลี่ยงการกินลูกอม ลูกกวาด ทอฟฟี่ เป็นต้น
    - ตรวจสอบสุขภาพในช่องปากอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
    - แปรงฟันทุกวันอย่างถูกวิธีอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน
    - ห้ามใช้ฟันกัด ขบเคี้ยวของแข็ง
  - 3) ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย
    - ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่ายทุกครั้ง
  - 4) รับประทานอาหารสุก สะอาด ปราศจากอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด

#### สติปัญญา

- เลือกซื้ออาหารที่สด สะอาด ปราศจากสารอันตราย
  - รับประทานอาหารที่มีการเตรียม การประกอบอาหาร และใส่ภาชนะที่สะอาด
  - รับประทานอาหารที่ปรุงเสร็จใหม่ๆ
  - ไม่รับประทานอาหารที่ใส่สี มีสารอันตราย เช่น สีข้อมผ้า ยากันบูด ผงชูรส บอแรกซ์ ยาฆ่าแมลง ฟอร์มัลลิน เป็นต้น
  - รับประทานอาหารให้เป็นเวลา
  - รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ในปริมาณที่เหมาะสม
  - ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เช่น น้ำประปา น้ำต้ม น้ำฝน น้ำที่ผ่านการกลั่นกรอง น้ำกลั่น น้ำที่ผ่านกระบวนการผลิตอย่างถูกวิธี เป็นต้น
  - หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัด เผ็ดจัด และของหมักดอง
  - หลีกเลี่ยงของกินเล่น
- 5) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
    - งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน
    - สร้างเสริมค่านิยม รักเดียวใจเดียว รักนวลสงวนตัว ไม่ชิงสุกก่อนหาม (มีคู่ครองเมื่อเวลาอันควร)
  - 6) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
    - สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกันทำงานบ้าน
    - มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในครอบครัว
    - มีการปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา
    - เพื่อแผ่หัวใจไมตรีให้กับสมาชิกในครอบครัว

- มีกิจกรรมรื่นเริงสร้างสรรค์และพักผ่อนภายในครอบครัว
- 7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
- ระวังในการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน เช่น ไฟฟ้า เต้าแก๊ส ของมีคม จุดธูป เทียนบูชาพระ ไม้ขีดไฟ เป็นต้น
  - ระวังในการป้องกันอุบัติเหตุในที่สาธารณะ เช่น ปฏิบัติตามกฎหมายแห่งความปลอดภัยจากการจราจรทางบก ทางน้ำ ป้องกันอันตรายจากโรงฝึกงาน ห้องปฏิบัติการ เขตก่อสร้าง หลีกเลี่ยงการชุมนุมห้อมล้อมในขณะที่เกิดอุบัติเหตุ
- 8) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี
- ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
  - ออกกำลังกายและเล่นกีฬาให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวัย
  - เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายอย่างสนุกสนาน
  - ตรวจสุขภาพโดยแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- 9) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
- พักผ่อนให้เพียงพอ
  - เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ควรหาทางผ่อนคลาย โดยการปรึกษาผู้ใกล้ชิดที่ไว้ใจได้ หรือเข้าหาสิ่งบันเทิงใจ เช่น เล่นกีฬา ฟังเพลง ดูภาพยนตร์ เป็นต้น
  - ทำงานอดิเรกในยามว่าง
  - ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา
- 10) มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม
- ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด
  - อนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อม เช่น ชุมชน ป่า น้ำ สัตว์ป่า เป็นต้น
  - หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะต่อสิ่งแวดล้อม เช่น พลาสติก สเปร์ย เป็นต้น
  - ทิ้งขยะในที่รองรับ
  - มีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ
  - มีการกำจัดน้ำทิ้งในครัวเรือนและโรงเรียนที่ถูกต้อง

#### 4.13 ความจำเป็นในการแสดงถึงความสำนึกในหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาล

การที่จะตัดสินว่าใครควรเป็นผู้ที่เหมาะสมที่จะรับผิดชอบการสอนผู้รับบริการนั้น ผู้ที่สมควรเป็นผู้ที่มีโอกาสติดต่อหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด Close (1988) ดังนั้น บุคคลที่เหมาะสมที่สุดในการสอนผู้รับบริการก็คือ “พยาบาล” นั่นเอง ทั้งนี้เพราะพยาบาลอยู่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้พยาบาลยังมีความรู้เกี่ยวกับโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยากรณ์โรค สามารถสังเกตผู้รับบริการได้ดี สามารถเลือกใช้คำพูดที่ทำให้ผู้รับบริการ

เข้าใจได้ สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ อีกทั้งสามารถประเมินความต้องการในการเรียนรู้และความพร้อมที่จะเรียนรู้ของผู้รับบริการได้ Narrow (1979) และ Winslow (1976)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยที่แสดงถึง การยอมรับของผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพว่าพยาบาลควรเป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการสอนผู้รับบริการ ดังเช่น การศึกษาของ Close (1988) พบว่าร้อยละ 69 ของแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ ลงความเห็นว่าเป็นพยาบาลควรเป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการสอนผู้รับบริการ และร้อยละ 75 ของพยาบาลสำนักว่าการสอนผู้รับบริการเป็นหน้าที่รับผิดชอบของพวกเขาที่มีอาจจะเลยได้

หากมองในแง่ความนึกคิดของผู้ป่วยว่า พยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการนั้นเป็นแบบใด จากการศึกษาของ Webb และ Hope (1995) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 103 คน พบว่าผู้ป่วยชอบพยาบาลที่ใจดี มีเมตตา มีความเอื้ออาทร ให้ความรู้สึกรักที่เป็นมิตร และเข้าหาได้ง่าย สำหรับกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยคิดว่ามีความสำคัญต่อเขา ก็คือ การฟังผู้ป่วยระบายความกลัดกลุ้ม กังวลใจ และสอนให้เขาเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เขาเป็นอยู่ สิ่งที่เขาจะต้องประสบหรือจะต้องปฏิบัติเพื่อให้เขาสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยให้เขาฟื้นคืนสู่สภาพปกติ และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดังเดิม

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าการสอนผู้รับบริการเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของพยาบาล และเป็นหน้าที่ที่ผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพอื่น ๆ และผู้รับบริการคาดหวังอีกด้วย

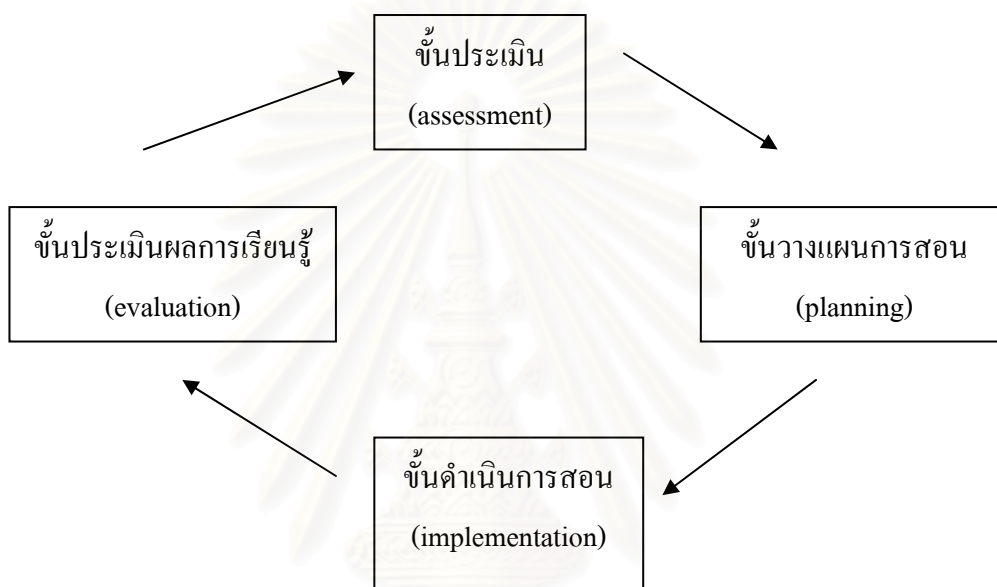
นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นแหล่งข้อมูลที่ผู้รับบริการสามารถเข้าหาได้โดยตรงในทันที และเป็นเสมือนผู้แปลความหมายของข้อมูลที่แพทย์ได้ให้แก่ผู้รับบริการ Miburn และคณะ (1995) จะเห็นว่าบางครั้งผู้รับบริการไม่เข้าใจสิ่งที่ได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ผู้รับบริการจะแก้ปัญหาโดยการซักถามพยาบาลเพื่อให้เกิดความกระจ่างยิ่งขึ้น เหตุนี้พยาบาลจึงควรเยี่ยมชมตรวจผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เสมอ เพื่อเป็นตัวกลางประสานความเข้าใจที่ดีและถูกต้องแก่ผู้รับบริการ

อีกสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญก็คือการสอนผู้รับบริการที่มีคุณภาพ จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว กับพยาบาลผู้ให้การดูแลอีกด้วย โดยพยาบาลต้องตระหนักอยู่เสมอว่าผู้ป่วยมีความเป็นอิสระและเป็นบุคคลคนหนึ่ง ภายใต้อัมพันธภาพดังกล่าว พยาบาลจะต้องส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคของเขาได้ และลดความรู้สึกที่ท้อแท้สิ้นหวังลง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง อีกทั้งสามารถพัฒนาไปสู่ความเป็นอิสระจากระบบบริการสุขภาพ และบรรลุถึงคุณภาพสุขภาพที่ดี ที่สุด อันนำไปสู่ความมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและครอบครัวด้วย Ali (1993)

#### 4.13.1 กระบวนการสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล

การสอนผู้รับบริการเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกระบวนการพยาบาล (Nursing process) อันมีรากฐานมาจากแบบจำลองการแก้ปัญหา (The problem – solving model)

ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นประเมิน (Assessment) 2) ขั้นวางแผนการสอน (Planning) 3) ขั้นดำเนินการสอน (Implementation) และ 4) ขั้นประเมินผลการเรียนรู้ (Evaluation) ขั้นตอนเหล่านี้แม้ดูเหมือนเป็นกระบวนการที่เป็นเส้นตรง (A linear process) แต่จริงๆ แล้วไม่ใช่ ทั้งนี้เพราะขั้นประเมิน และขั้นประเมินผลการเรียนรู้ จะมีความต่อเนื่องกัน เพื่อที่พยาบาลสามารถปรับแผนและกลวิธีในการสอนได้เหมาะสมกับสภาพการณ์มากที่สุด Gessner(1989) ดังแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 กระบวนการสอนผู้รับบริการ

#### 1) ขั้นประเมิน

ขั้นตอนแรกของกระบวนการสอนผู้รับบริการ คือการประเมิน ซึ่งจะเป็นการประเมินเกี่ยวกับผู้รับบริการ และสภาพแวดล้อมในการสอนผู้รับบริการ

การประเมินผู้รับบริการ เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อให้ทราบถึงความต้องการในการเรียนรู้ และความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้รับบริการ

ข้อมูลที่พยาบาลประเมินได้จากแหล่งต่าง ๆ เช่น จากผู้ป่วย ญาติ ทีมสุขภาพ หรือบันทึกทางการแพทย์ หรือทางการพยาบาลต่าง ๆ จะมีคุณค่าต่อการวางแผนการสอนให้สอดคล้องกับความต้องการในการเรียนรู้และสภาพของผู้รับบริการและการที่ผู้รับบริการได้บรรลุความต้องการในการเรียนรู้ของตนจะก่อให้เกิดความสนใจและเป็นแรงจูงใจในการเรียนรู้ของผู้รับบริการในวันข้างหน้าต่อไปด้วย Gessner (1989)

สำหรับการประเมินสภาพแวดล้อมในการสอนผู้รับบริการ จะเป็นการประเมินทรัพยากร และการสนับสนุนต่าง ๆ ที่จะเอื้อให้การสอนผู้รับบริการสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ พยาบาลควรมีการประเมินสภาพแวดล้อมก่อนที่จะสอนเสมอ เพราะจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการสอนได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่

## 2) ชั้นวางแผนการสอน

หลังจากที่พยาบาลได้ประเมินผู้รับบริการแล้วพยาบาลจะต้องวางแผนการสอนให้สอดคล้องกับความต้องการในการเรียนรู้ของผู้รับบริการ โดยแผนการสอนจะประกอบด้วยวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ เนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน สื่อการสอน และการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้รับบริการ

ในการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องการบรรลุถึงนั้น พยาบาลต้องเขียนให้สามารถวัดได้ และเป็นที่น่าสนใจและยอมรับของผู้รับบริการ โดยควรมุ่งเน้นที่ผลของการเรียนรู้ของผู้รับบริการมากกว่าการสอนหรือตัวผู้สอน และที่สำคัญวัตถุประสงค์ที่กำหนดต้องมีความเป็นไปได้ในเวลาสอนที่มีอยู่จำกัดด้วย Gessner(1989)

ในส่วนของเนื้อหาที่สอนพยาบาลต้องแยกแยะให้ได้ว่าเนื้อหาใดที่ผู้รับบริการจำเป็นต้องทราบ (Must know) ควรทราบ (Useful to know) และน่าจะทราบ (Nice to know) รวมทั้งความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่มีความจำเป็นต่อการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่ต้องบรรลุ

สำหรับกิจกรรมการเรียนการสอนที่กำหนดไว้ในแผนการสอนนั้น จะต้องจัดให้เหมาะสมหรือตรงกับลักษณะการเรียนรู้ (Learning style) ของผู้รับบริการ และขณะเดียวกันต้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ด้วย

ในส่วนของการสื่อการสอน พยาบาลต้องระบุนวัตกรรม อุปกรณ์ และวิธีการต่าง ๆ ที่พยาบาลจะต้องใช้ประกอบการสอนอย่างเป็นลำดับขั้นตอน เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ พยาบาลจะต้องเลือกสื่อการสอนให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ เนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน และลักษณะของผู้รับบริการ นอกจากนี้ในแผนการสอนควรมีการกำหนดวิธีการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้รับบริการด้วยว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่โดยวิธีการประเมินผลนั้นต้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ที่กำหนด และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริง

## 3) ขั้นตอนการสอน

ในขั้นนี้จะเป็นการนำแผนการสอนไปสู่การปฏิบัติจริง ในขณะที่สอนพยาบาลอาจต้องใช้เทคนิคต่าง ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ เทคนิคการจูงใจ เทคนิคการตั้งคำถาม เทคนิคการติดต่อสื่อสาร เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้รับบริการ

ในขณะที่พยาบาลดำเนินการสอนไปตามแผน ควรมีการประเมินผลการเรียนรู้ของ



ผู้รับบริการเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการสอนว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ หากไม่มีความก้าวหน้าเท่าที่ควร พยาบาลก็ควรมีการปรับเปลี่ยนแผนการสอนใหม่ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และพยาบาลควรถามตนเองว่ามีกลยุทธ์ในการสอนใดที่มีประสิทธิผลกว่านี้หรือไม่ เนื้อหาที่มีความเหมาะสมและเหมาะกับระดับความเข้าใจของผู้รับบริการหรือไม่ ฯลฯ ซึ่งคำตอบของคำถามเหล่านี้จะเป็นแนวทางในการช่วยปรับปรุงแผนการสอนให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป Gessner(1989)

#### 4) ชั้นประเมินผลการเรียนรู้

การประเมินผลการเรียนรู้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการสอนผู้รับบริการซึ่งพยาบาลสามารถกระทำเมื่อสิ้นสุดบทเรียนหนึ่ง ๆ หรือเมื่อสิ้นสุดในแต่ละหัวข้อย่อยของบทเรียนนั้น ๆ Redman (1993) เพื่อประเมินผลว่าผู้รับบริการได้รับความรู้ความเข้าใจ หรือมีทักษะในสิ่งที่ได้รับการสอนมากน้อยเพียงใด Gessner(1989)

การประเมินผลการเรียนรู้ของผู้รับบริการในบางเรื่อง อาจกระทำได้ยากในขณะที่ผู้รับบริการอยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากพฤติกรรมนั้นจะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้รับบริการกลับไปบ้านแล้ว Gessner(1989) เช่น การสอนให้ผู้รับบริการซึ่งเป็นทั้งโรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) และไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure) สามารถจัดหรือเลือกอาหารได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะของโรคในสภาพแวดล้อม (บ้าน ที่ทำงาน และการเข้าสังคม)ของผู้รับบริการเอง อย่างไรก็ตามในขณะที่พยาบาลและผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในระหว่างการเรียนการสอนนั้น พยาบาลควรสร้างหรือจัดหาโอกาสให้ผู้รับบริการได้แสดงว่าเขาได้เรียนรู้อะไรบ้าง Resler(1983) เช่น จากกรณีตัวอย่างข้างต้น พยาบาลอาจสมมติสถานการณ์ว่าถ้าผู้รับบริการได้ไปงานเลี้ยงสังสรรค์กับเพื่อน ๆ เขาจะรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะโรคของเขาได้อย่างไร ทั้งนี้พยาบาลควรให้ผู้รับบริการตอบด้วยความเข้าใจและด้วยคำพูดของเขาเอง แม้คำตอบนั้นมีความถูกต้องก็ตาม แต่พยาบาลก็ควรให้ผู้รับบริการตรวจสอบตัวเองว่า แนวทางการปฏิบัตินั้นมีความเป็นไปได้มากน้อยแค่ไหนในสถานการณ์จริง ทั้งนี้เพราะการสอนนี้จะมีคุณค่าก็ต่อเมื่อผู้รับบริการสามารถดูแลตัวเองได้ดีจริง ๆ ในสภาพแวดล้อมของเขา ดังนั้น กระบวนการประเมินผลการเรียนรู้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพราะพยาบาลไม่ควรที่จะด่วนสรุปว่าการสอนได้ทำให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้เสมอไป โดยที่ไม่ได้มีการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้รับบริการ Annand(1992) พยาบาลจึงควรประเมินผลการเรียนรู้ของผู้รับบริการอย่างระมัดระวัง และมีความถูกต้องเที่ยงตรงที่สุด และหากผลการประเมินผลการเรียนรู้ พบว่าไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ พยาบาลอาจจำเป็นต้องประเมินผู้รับบริการใหม่ หรือมีการปรับปรุงการเรียนการสอนให้มีความเหมาะสมกับผู้รับบริการยิ่งขึ้น

#### 4.13.2 หลักการสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล

คำว่า “หลักการ” พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539) ได้กล่าวว่า หลักการหมายถึง หลักสาระสำคัญในการดำเนินการ ดังนั้นหลักการสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล จึงหมายถึงหลักสาระสำคัญในการดำเนินการสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งหลักการสอน 3 ประการใหญ่ ๆ คือ หลักการสอนเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง หลักการสอนเพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมของผู้รับบริการ และหลักการสอนผู้รับบริการที่เป็นผู้ใหญ่

##### 1) หลักการสอนเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง

การสอนผู้รับบริการ ผู้ซึ่งกำลังประสบปัญหาความไม่สุขสบายทั้งกายและใจ มีความทุกข์ทรมานจากโรค มีความผันแปรด้านจิตอารมณ์ เนื่องจากยังไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเจ็บป่วย หรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิตให้มีความสามารถดูแลตนเอง หรือการสอนญาติผู้ซึ่งมีความเครียด ความวิตกกังวลกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกับปัญหาต่าง ๆ ที่ต้องแบกรับให้สามารถ ดูแลผู้ป่วยได้นั้น ไม่ใช่เป็นสิ่งที่ทำได้โดยง่าย จากแนวคิดเดิมที่เชื่อว่า ถ้าการสอนทำให้บุคคลมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง บุคคลนั้นจะมีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามไปด้วยนั้น จากการวิจัยมากมายที่ผ่านมาพบว่าความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ปานกลาง หรือไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ดังนั้น โดยลำพังความรู้และทัศนคติจึงไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลสามารถ ดูแลตนเอง สมจิต หนูเจริญกุล(2534) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลจะพัฒนาการดูแลตนเอง ได้นั้น เขาจะต้องมีความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (Foundational capabilities and disposition) ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ซึ่งมี 2 ประการ คือ ประการที่ 1 เป็นความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) นั่นคือ มีความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ เช่น ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน คำนวณ การหาเหตุผล และการใช้เหตุผล รวมทั้งมีระบบประสาทสัมผัสที่ดี สามารถรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเองได้ ส่วนประการที่ 2 เป็นคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ได้แก่ เห็นคุณค่าในตนเอง มีนิสัยประจำตัวที่ดี มีความตั้งใจ เข้าใจในตนเอง ยอมรับตนเอง ห่วงใยในตนเอง รู้จักจัดลำดับความสำคัญ และแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนสามารถจัดการกับตนเองได้

จากความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานนี้ จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ สมจิต หนูเจริญกุล(2534) ซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่ มีความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง สามารถควบคุมพลังงานให้เพียงพอสำหรับริเริ่ม และปฏิบัติตามการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้เคลื่อนไหว เพื่อปฏิบัติการดูแลตนเองให้สำเร็จลุล่วงและต่อเนื่อง สามารถใช้เหตุและผล มีแรงจูงใจ มีทักษะการตัดสินใจ และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ สามารถแสวงหาความรู้ มี

ทักษะในการใช้กระบวนการคิดและสติปัญญา การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การจัดระบบและปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยสอดแทรกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน สมจิต หนูเจริญกุล (2534)

จากพลังความสามารถ 10 ประการนี้ จะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองต่อไป โดยต้องมีความสามารถในการคาดการณ์สถานการณ์ที่เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนการตัดสินใจเพื่อกระทำในสิ่งที่ควร และลงมือปฏิบัติจนบังเกิดผล เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น ดังนั้น ในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้รับบริการ พยาบาลนอกจากจะต้องพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองแก่ผู้รับบริการแล้ว ยังต้องเป็นผู้เอื้ออำนวย หรือเป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์แก่ผู้รับบริการ เช่น การให้ความเป็นกันเอง การพูดให้กำลังใจ การปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยเมตตา การสัมผัสที่อ่อนโยน การฟังอย่างตั้งใจ การพูดด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยนและแสดงถึงความเคารพในศักดิ์ศรีของมนุษย์ ซึ่งทุกอย่างนี้ พยาบาลต้องแสดงออกและสนองตอบต่อผู้รับบริการอย่างจริงจัง สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้รับบริการ รู้สึกว่าตนนั้นมีคุณค่าและมีความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งจะเป็นแรงบันดาลใจให้สามารถริเริ่ม และมีความเพียรพยายามเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองให้ได้ในที่สุด

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลยังต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้วย ซึ่งสิ่งแวดล้อมในที่นี้ได้แก่ การพัฒนาทางกาย หรือการแก้ไขระบบประสาทสัมผัสให้เอื้อต่อการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและคุณค่า การใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นทางบวก การจัดโอกาสให้ผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แง่คิด คำแนะนำ การสนับสนุน การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และในบางกรณีพยาบาลอาจจำเป็นต้องจัดหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สถานเอนามัย ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น เพื่อให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้รับบริการให้เป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง

## 2) หลักการสอนเพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมของผู้รับบริการ

ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วยที่มีอยู่ในปัจจุบันอย่างมากมาย มีสาเหตุมาจากประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม เช่น การมีบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย เสพติดสิ่งมีนเมา สูบบุหรี่ มีความเครียดสูง และขาดความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด มีพฤติกรรมทางเพศที่สำส่อนและไม่ปลอดภัย เป็นต้น การที่จะให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องนั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อน เพราะว่าพฤติกรรมเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งบางพฤติกรรมก็สั่งสมมาตั้งแต่เด็ก อีกประการหนึ่งพฤติกรรมบาง

อย่างของบุคคลยังถูกควบคุมและหล่อหลอมโดยสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ดังนั้น เราจึงจำเป็นต้องทราบองค์ประกอบ ทั้งทางด้านจิตวิทยาและสังคมวิทยา ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ มิฉะนั้นแล้วบุคคลซึ่งได้รับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว เมื่อกลับไปสู่สิ่งแวดล้อมก็อาจกลับไปมีพฤติกรรมเหมือนเดิมอีกได้ บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528)

การที่จะทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ทำได้หลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละแบบจะมีหลักการที่แตกต่างกันออกไป ส่วนรูปแบบที่มีการนำมาใช้กันค่อนข้างบ่อย ก็คือ การปรับพฤติกรรม (Behavior modification) ซึ่งมีหลักการและสมมติฐานดังนี้ บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528)

1. พฤติกรรมของบุคคล เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นได้เรียนรู้และยึดถือปฏิบัติจนเป็นนิสัย
2. พฤติกรรมดั้งเดิมสามารถจะปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ได้โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้
3. หากเราศึกษาให้เข้าใจถึง องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาและสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเราจะสามารถส่งเสริมให้บุคคลนั้นปรับพฤติกรรมของตนและสามารถปฏิบัติต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะกลับไปสู่สภาพแวดล้อมเดิมก็ตาม
4. บุคคลหากได้รับการพัฒนา และมีแรงกระตุ้นที่เหมาะสมจะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนให้ปฏิบัติไปในทิศทางที่ถูกต้องได้ (Behavioral self control)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า กระบวนการเรียนรู้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งส่วนหนึ่งอาศัยแนวคิดจากนักจิตวิทยาสาขาพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) สิวัดน์ วัฒนวงศ์(2524) ที่มองว่า “การเรียนรู้เป็นกระบวนการ ซึ่งพฤติกรรมถูกเปลี่ยนแปลงได้รับการตกแต่ง หรือถูกควบคุม” จากแนวคิดนี้ได้แสดงถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ 2 องค์ประกอบด้วยกัน คือ

1. การควบคุมพฤติกรรม (Control) กล่าวคือ พฤติกรรมต่าง ๆ ในการเรียนรู้ นั้นสามารถอาศัยสภาวะการณ์และเงื่อนไข (Condition) เพื่อช่วยในการควบคุมพฤติกรรมได้ เช่น ใช้กฎการรู้ผลลัพท์ (Law of effect) เป็นเงื่อนไขในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการเรียนรู้ ตัวอย่างเช่น การยกตัวอย่างข้อเสียในการไม่ควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานว่าอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวายได้
2. การตกแต่งพฤติกรรม (Shaping) เป็นการอาศัยแรงเสริม (Reinforcement) ช่วยในการตกแต่งพฤติกรรม เช่น การยิ้ม พยักหน้า หรือการกล่าวคำชมเชยเมื่อผู้รับบริการปฏิบัติได้ถูกต้อง เป็นต้น

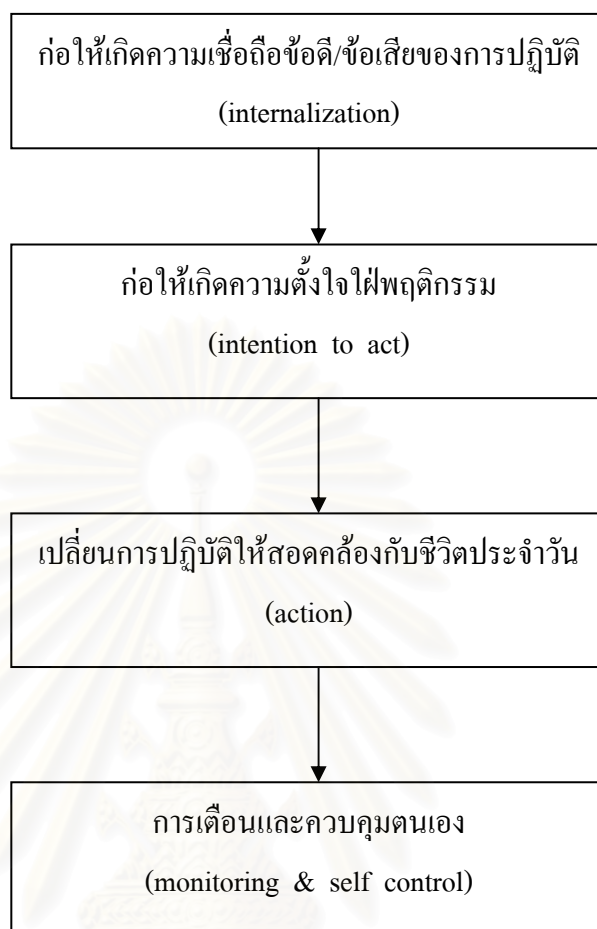
ในการปรับพฤติกรรมของบุคคล นอกจากอาศัยแนวคิดด้านพฤติกรรมนิยม ซึ่งเน้นการเรียนรู้ว่าเกิดจากผลของการกระทำต่อสิ่งเร้าภายนอกแล้ว ยังต้องอาศัยแนวคิดจากนักจิตวิทยา สาขา

มนุษยนิยม (Humanism) ร่วมด้วย ซึ่งมี ความเห็นที่แตกต่างออกไปว่า ในการเรียนรู้ที่บุคคล จะต้องมีความรู้สึกและลักษณะทางสติปัญญาต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ และการเรียนรู้ ต้องมีลักษณะที่เรียกว่า “ผู้เรียนต้องเริ่มต้นในการเรียนรู้เอง” (Self – initiated) ถึงแม้ว่าบรรดาสิ่งเร้าทั้งหลายจะมาจากภายนอกก็ตาม แต่การค้นพบ หรือความเข้าใจจะต้องเกิดในตัวผู้เรียนเอง รวมทั้ง

ทราบด้วยว่าได้บรรลุถึงสิ่งที่ตนเองต้องการหรือไม่ สรุปแล้วในการเรียนรู้ที่ ผู้เรียนจะได้รับ ประสบการณ์ทั้งหมดด้วยตัวเอง โดยเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self – directed learning) จากตัว ปัญหา

กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งการเรียนรู้ที่ผู้เรียนจะต้องมีความต้องการ มีความสามารถและมีความรับผิดชอบในการช่วยให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องด้วยตัวของผู้เรียนเอง สุวัฒน์ วัฒนวงศ์(2524)

เพราะฉะนั้นการที่จะให้ผู้รับบริการประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมนั้น สิ่งสำคัญ คือ พยายามจะต้องช่วยให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้ถึง “การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง” (Behavioral self control) ซึ่งต้องอาศัยแนวคิดทางด้านมนุษยนิยมมาประยุกต์ใช้ร่วมด้วย โดยการให้ผู้รับบริการ ได้เข้าใจถึงพฤติกรรมของตนเอง ได้ริเริ่มปฏิบัติ และควบคุมตนเองให้เป็นไปตามแนวทางที่ตั้งไว้ โดยอาจแสดงเป็นขั้นตอนต่อไปนี้ บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์(2528) ดังแผนภาพที่ 4



แผนภาพที่ 4 ขั้นตอนการควบคุมพฤติกรรมตนเอง บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์(2528)

ดังนั้น ในการสอนผู้รับบริการเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือควบคุมพฤติกรรมตนเองได้นั้น พยาบาลพึงอาศัยหลักการดังต่อไปนี้

1. การส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง โดยอาศัยกลวิธีในการสอนที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้รับบริการ ทั้งนี้เพราะความรู้ ความเข้าใจและความเชื่อด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการปรับพฤติกรรมของบุคคล

สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพนั้น เป็นการแสดงออกในเชิงการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคในการรักษา และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพจะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งการดูแลสุขภาพของตนเอง และการสร้างความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีได้ เกลิมพล ต้นสกุล และรุ่งโรจน์ พุ่มรีว( 2539)

ดังนั้น ในการสอนผู้รับบริการ พยาบาลต้องมีการประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อต่อสุขภาพของผู้รับบริการก่อนเสมอ จากนั้นจึงจัดเนื้อหา และกิจกรรมการเรียนการสอนให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยเริ่มจากง่ายไปสู่ยากเป็นลำดับขั้นตอน มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันในการเรียนรู้แต่ละหน่วย และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างเต็มที่ เช่น การกระตุ้นให้ผู้รับบริการร่วมอภิปราย แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นร่วมกับการให้แรงเสริมอย่างเหมาะสม

2. การนำสู่พฤติกรรมใหม่ (Tailoring the behavior) โดยพยาบาลช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้คำปรึกษาหารือร่วมกับผู้รับบริการ ในการวางแผนการปรับพฤติกรรมใหม่ที่ถูกต้องเหมาะสม โดยให้สอดคล้องกับอุปนิสัย ท้องถิ่น วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การละเว้นการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง แล้วหันมารับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ เป็นต้น สิ่งสำคัญผู้รับบริการจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนและเล็งเห็นคุณค่าในพฤติกรรมใหม่ที่มีต่อคุณภาพชีวิต มีความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติ และตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง และลงมือกระทำด้วยตนเองเมื่อปฏิบัติเป็นประจำ ก็จะช่วยทำให้ พฤติกรรมใหม่ติดเป็นนิสัยได้

3. การเตือนความจำ (Reminders) โดยพยาบาลสร้างแรงกระตุ้นให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น การมีจดหมายเตือนให้ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละครั้งหรืออาจเป็นคำขวัญหรือรูปภาพที่กระตุ้นให้มารดานำบุตรไปรับวัคซีน หรือเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นต้น

4. การวางกรอบหรือตกแต่งพฤติกรรม (Shaping) โดยอาศัยแรงเสริมเมื่อผู้รับบริการสามารถปฏิบัติได้ใกล้เคียงกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อให้เกิดกำลังใจและความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติต่อไป ยกตัวอย่างเช่น ให้การชมเชยเมื่อผู้ป่วยบริหารหัวใจไหล่ข้างที่ผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้ถูกต้องทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

5. การส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีการเตือนและควบคุมตนเอง (Monitoring และ self control) โดยพยาบาลอาจใช้วิธีกระตุ้นให้ผู้รับบริการศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพ หรือพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งสิ่งนี้จะมีประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรมของผู้รับบริการ เช่น การให้ผู้ป่วยเบาหวานตรวจและบันทึกระดับน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเอง แล้วปรับการรับประทาน อาหารให้เหมาะสมกับระดับน้ำตาล พร้อมทั้งจดบันทึกรายการและปริมาณอาหารที่ได้รับประทาน เพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่ตนต้องปฏิบัติว่าห่างไกลกันแค่ไหน และทำอย่างไรจึงจะบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

6. การให้คำมั่นสัญญา (Contingency contracting) ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ หรือระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว โดยผู้รับบริการจะเป็นผู้วางเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติเอง ลงมือปฏิบัติและควบคุมตนเองให้เป็นไปตามแผน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคข้อ

ต่อเสื่อม (Osteoarthritis) ให้คำมั่นสัญญาว่าจะลดน้ำหนักลง 2 กิโลกรัม ภายในเวลา 3 เดือน มีการวางแผนจัดรายการอาหารสำหรับการลดน้ำหนักและดำเนินไปตามแผน พร้อมทั้งติดตามประเมินผลด้วยตนเองว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่

### 3) หลักการสอนผู้รับบริการที่เป็นผู้ใหญ่

นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้นในการสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาลพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่จะเป็นผู้ใหญ่ จึงมีคำถามว่าผู้ใหญ่เรียนรู้ได้อย่างไร

#### 3.1 การเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult learning)

ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ได้มีการศึกษาและพัฒนามาจากแนวความคิดของ Edward (1968) ตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 19 ต่อมาภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง นักการศึกษาผู้ใหญ่จำนวนมากได้ศึกษาค้นคว้าจนได้พยานหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพิ่มขึ้นว่าผู้ใหญ่สามารถเรียนรู้ได้ รวมทั้งได้พบว่ากระบวนการเกี่ยวกับด้านความสนใจและความสามารถนั้นแตกต่างจากการเรียนรู้ของเด็กเป็นอันมาก และต่อมานักการศึกษาผู้ใหญ่ที่มีชื่อเสียงของสหรัฐอเมริกาได้สรุปทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่สมัยใหม่ (Modern adult learning theory) ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้ สุวัฒน์ วัฒนวงศ์(2524)

##### 3.1.1 ความต้องการและความสนใจ (Needs and interests)

ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีถ้าตรงกับความต้องการ และความสนใจในประสบการณ์ที่ผ่านมาดังนั้นในการสอนผู้รับบริการ พยาบาลควรเริ่มต้นที่ผู้รับบริการต้องการหรือให้ความสนใจเป็นหลัก

##### 3.1.2 สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต (Life situations)

การเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะได้ผลดี ถ้าถือเอาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ใหญ่เป็นศูนย์กลางในการเรียนการสอน (Life – centered) ดังนั้น ในการสอนผู้รับบริการ ยึดถือสถานการณ์ทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้รับบริการเป็นหลักสำคัญ มิใช่ที่ตัวเนื้อหาสาระทั้งหลาย

##### 3.1.3 การวิเคราะห์ประสบการณ์ (Analysis of experience)

เนื่องจากประสบการณ์เป็นแหล่งการเรียนรู้ที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับผู้ใหญ่ ดังนั้น หลักในการสอนผู้รับบริการที่เป็นผู้ใหญ่ก็คือพยาบาลจะต้องวิเคราะห์ประสบการณ์ของผู้รับบริการแต่ละคนอย่างละเอียดว่ามีส่วนใดของประสบการณ์ที่สามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการเรียนการสอนได้บ้าง



### 3.1.4 ผู้ใหญ่ต้องการเป็นผู้นำตนเอง (Self-directing)

ความต้องการที่อยู่ในส่วนลึกของผู้ใหญ่ ก็คือ ความรู้สึกต้องการเป็นผู้นำตนเอง ดังนั้น พยายามควรวางบทบาทอยู่ในกระบวนการค้นหาคำตอบร่วมกับผู้รับบริการ (Mutual inquiry) มากกว่าแค่ทำหน้าที่ส่งผ่านหรือเป็นสื่อถ่ายทอดความรู้ แล้วประเมินผลว่าผู้รับบริการคล้อยตามหรือไม่เท่านั้น

### 3.1.5 ความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual difference)

ความแตกต่างระหว่างบุคคลจะมีเพิ่มมากขึ้นในแต่ละบุคคล เมื่อมีอายุมากขึ้น และความสามารถในการเรียนรู้ในแต่ละขั้นของผู้ใหญ่ (Pace of learning) ย่อมเป็นไปตามความสามารถของผู้ใหญ่แต่ละคน ดังนั้น พยายามจะต้องวางแผนการสอน ดำเนินการสอน และประเมินผลการเรียนรู้โดยคำนึงถึงเรื่องนี้ และให้เหมาะสมกับความแตกต่างกันระหว่างบุคคลด้วย

ผู้ใหญ่ที่ตระหนักถึงศักยภาพในการเรียนรู้ของตนจะมีพลังความสามารถที่จะเรียน (Empowered to learn) โดยมีความต้องการเป็นผู้ที่มีส่วนร่วม (An active participant) ในกระบวนการเรียนการสอนมากกว่าการเป็นผู้รับ (A passive recipient) แต่ฝ่ายเดียว Gessner (1989) ดังนั้นผู้สอนจึงควรหลีกเลี่ยงท่าทีการสอนที่ถือว่าตนมีอำนาจเหนือกว่าผู้เรียนที่เปรียบประดุจบิดา มารดา สอนบุตร (Paternalism) เพราะทำให้ผู้เรียนรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง อันเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ได้

ดังนั้น วิธีการสอนผู้ใหญ่จึงควรรวมถึงการอภิปราย และการแก้ปัญหา ร่วมกันมากกว่าการสอนสั่งตามวิธีการสอนเด็ก จะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง การที่ผู้สอนรู้ซึ่งถึงคุณลักษณะประสบการณ์ชีวิตของผู้เรียนสิ่งนี้จะมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้แก่ผู้เรียน อย่างไรก็ตามประสบการณ์ในอดีตอาจส่งผลทางลบต่อการเรียนรู้ได้เช่นกัน หากบุคคลเคยมีความเชื่อหรือความรู้ความเข้าใจอย่างผิด ๆ Padberg และ Padberg(1990) ได้บันทึกความเข้าใจผิดและความเชื่อที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุว่าการตีกระทบ กระแทกเต้านมเป็นเหตุให้เกิดมะเร็ง หรือการรักษา มะเร็ง ทำให้เลวร้ายยิ่งกว่าตัวโรคของมันเอง ดังนั้นผู้สอนควรทราบถึงภูมิหลังของบุคคล และมีความไวต่อข้อมูลที่ผู้เรียนรับรู้มาอย่างผิด ๆ และความเชื่อของผู้เรียนด้วย

ในการสร้างความพร้อมในการเรียนให้เกิดขึ้นนั้น ไม่ใช่ทำให้รอคอยอยู่เฉย ๆ แต่ทำได้โดยใช้วิธีการกระตุ้นในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสร้างความมุงหวัง หรือเป้าหมายในระดับสูง และกระบวนการวินิจฉัยตนเอง การช่วยให้ผู้ใหญ่ได้พัฒนาตนเอง เรียกว่า “แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์” (Achievement motives) และการทำให้การเรียนรู้มีความเหมาะสม ผู้ใหญ่ส่วนมากมักจะมีการเรียนรู้ โดยอาศัยปัญหาเป็นศูนย์กลาง (Problem – centered) สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2524)

ผู้ใหญ่จะเรียนได้ดีที่สุดเมื่อปัญหาที่เขากำลังศึกษานั้นมีความสำคัญต่อเขา ดังนั้น ผู้สอนจึงจำเป็นต้องระบุให้ได้ว่าจะอะไรเป็นปัญหาที่สำคัญของเขาในขณะนั้น ผู้ใหญ่ต้องการที่จะเห็นประโยชน์ทันทีทันใด (The immediate benefits) จากประสบการณ์การเรียนรู้มากกว่าการเห็นผลในระยะยาว (The long-term effects) นั่นคือ ผู้ใหญ่ต้องการนำความรู้ไปใช้แก้ปัญหาโดยเร็วที่สุดหรือในอนาคตอันใกล้ แต่จะไม่ค่อยสนใจที่จะเรียนรู้หากปัญหานั้นยังไม่เกิด เหตุนี้ในการสอนผู้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันโรค หรือภาวะแทรกซ้อนจึงไม่ค่อยได้ผล ตัวอย่างเช่น การสอนให้ผู้ป่วยกระดูกหักที่ต้องนอนพักบนเตียงเป็นเวลานาน ผู้ป่วยอาจมองไม่เห็นประโยชน์ของการสอนการปฏิบัติตัว เพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การพลิกตะแคงตัว การบริหารกายหายใจลึก ๆ การดื่มน้ำมาก ๆ และการบริหารข้อต่อต่าง ๆ สุวัฒน์ วัฒนวงศ์(2524)

สรุปการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ แผนกผู้ป่วยนอก นอกจากการสอน การกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว พยายามเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการเรียน และมีความรับผิดชอบต่อกระบวนการเรียนรู้ ตั้งแต่การวางแผน และการลงมือกระทำด้วยตนเอง โดยพยายามเสนอความคิดเกี่ยวกับทางเลือกต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีการเรียนการสอน และการใช้สื่อต่างๆ ที่พอจะหามาได้ และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้เลือกตามความสมัครใจ นอกจากนี้พยายามควรมีการไต่ถาม อภิปรายหรือสนทนาร่วมกันกับผู้รับบริการเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ ตลอดจนการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาที่ผู้รับบริการประสบอยู่ หรือเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้

การที่พยาบาลให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการเรียน มีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบระหว่างกัน จะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีการแสดงออก มีความคิดของตนเอง มีจิตสำนึก และรู้สถานภาพบทบาทของตนเองจากสภาพที่เป็นจริงของสังคมปัจจุบัน ซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ และพัฒนาตนเองจนถึงขีดสูงสุด

ดังนั้น พยาบาลที่เคยมีประสบการณ์สอนในลักษณะเป็นผู้บอก หรือผู้อธิบายแต่ฝ่ายเดียวจึงควรเปลี่ยนทักษะและวิธีการสอนใหม่ มาเป็นแบบตั้งคำถาม มีการสนทนาร่วมกัน และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน โดยคำนึงถึงตัวผู้รับบริการเป็นสำคัญ ตลอดจนพิจารณาถึงสภาพสังคม วัฒนธรรม ลักษณะของโรค และปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการประกอบไปด้วย

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากยังไม่มีผู้ทำการวิจัยในผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกับความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยจึงเสนอผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในด้านอื่น ๆ ดังนี้

แสงสุรีย์ ทศนพูนชัย (2540) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการอบรมเพื่อการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลเลิศจีน จำนวน 122 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 61 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง 1 และ 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์ (2538) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 240 คน ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เป็นกลุ่มทดลอง 101 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 103 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผลการวิจัยสรุปได้ว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านารรับรู้ ความคาดหวัง ความตั้งใจ และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ประกิจ วงศ์ประเสริฐ (2537) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาผู้ใหญ่ชาย จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 97 คน เป็นกลุ่มทดลอง 45 คน เปรียบเทียบ 52 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาใช้เวลา 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่จัดขึ้นมีผลทำให้รู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำถูกต้องมากกว่าเดิมด้วย แต่การใช้โปรแกรมสุขศึกษานี้ยังไม่ส่งผลให้นักศึกษาผู้ใหญ่ชาย มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ได้อย่างจริงจัง เพราะระยะเวลาการทดลองค่อนข้างสั้น แต่สามารถส่งผลให้นักศึกษาผู้ใหญ่ชายมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ โดยใช้ถุงยางอนามัยอยู่แล้ว ใช้ถุงยางอนามัยถูกต้องมากขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

จันทนา วังกะออม (2540) อ่างถึงใน จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยประยุกต์ทฤษฎี ความสามารถในตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ขาดพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง จำนวน 31 คน โดยจัดโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยฝึกการออกกำลังกายสัปดาห์ละครั้ง ร่วมกับการฝึกออกกำลังกายที่บ้านตามโปรแกรม พบว่าสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความหวัง ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการออกกำลังกาย และความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย เพิ่มมากกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.001 และ 0.0115 ตามลำดับ และมีการเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ส่งผลให้ภาวะสุขภาพและความสมบูรณ์ทางกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.003 และที่ระดับต่ำกว่า 0.0001

นุชรี ไล่พันธ์ (2542) อ้างถึงใน จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดของลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องชนิดถาวร ที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 14 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 7 คน และกลุ่มควบคุม 7 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎี การรับรู้ ความสามารถของเบนจามิน พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องที่ได้รับการสอนตามโปรแกรม มีคะแนนการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ

วนิดา อินทราชา (2538) อ้างถึงใน จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 20 ราย หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งกลุ่มที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับข้อมูล สูงกว่าก่อนได้รับข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Hom (1991) อ้างถึงใน วนิดา อินทราชา (2538) อ้างถึงใน จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนมากกว่า และมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ

Aili (2000) อ้างถึงใน จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ศึกษาการรับรู้การสนับสนุนด้าน ข้อมูล และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาล First Teaching Hospital of Xian Medical University และ Xian Tuberculosis Hospital จำนวน 94 ราย พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .875$ )

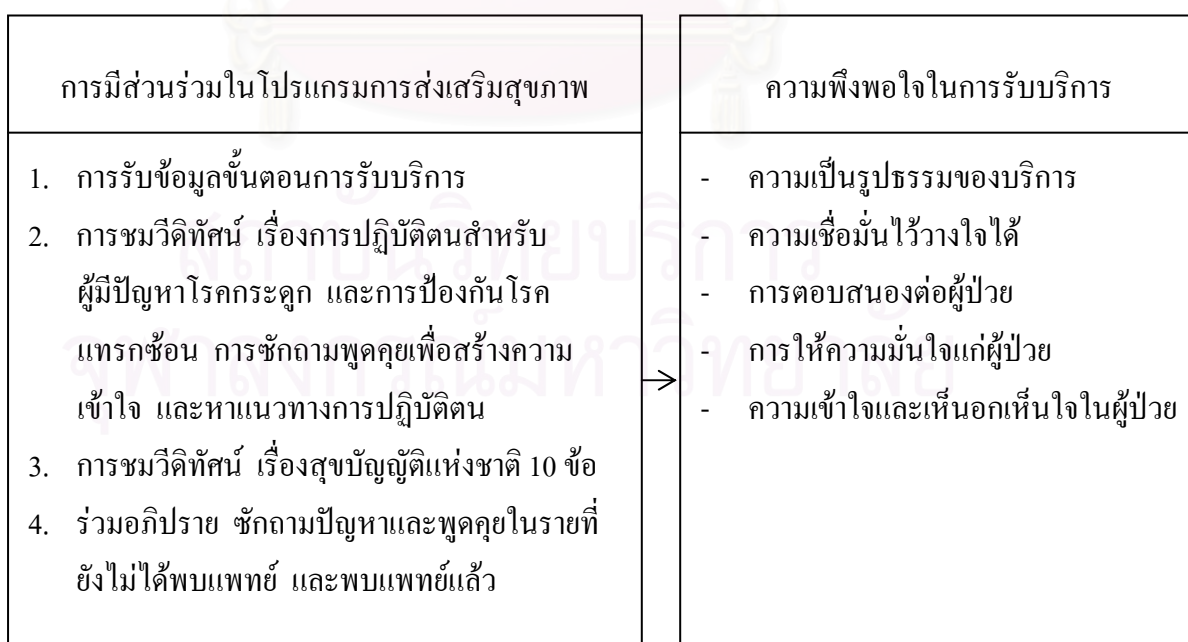
### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกับความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วย ที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกลาง นี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึง

ปัญหาของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ พบว่า ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ ต้องการทราบความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคกระดูก เนื่องจากอาการเจ็บป่วยของโรคต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าโรคแผนกอื่น ๆ รวมทั้งมีโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาและติดตามผลนาน ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก รวมทั้งเวลาที่รอคอยพบแพทย์ ผู้ป่วยต้องใช้เวลามาก ผู้วิจัยจึงจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้รับบริการในช่วงเวลาขณะรอคอยรับบริการ และเลือกแนวคิดของ Parasuraman และคณะ (1990) โดยศึกษาเปรียบเทียบจากความคาดหวังในบริการและการรับรู้ในบริการที่ได้รับ เพื่อประเมินความพึงพอใจระหว่างผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมในโปรแกรม และมีได้เข้าร่วมในโปรแกรมว่ามีความพึงพอใจมากขึ้นหรือไม่ ซึ่งโครงการส่งเสริมสุขภาพนี้มีกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรมคือ

- 1) การรับข้อมูลขั้นตอนการรับบริการ
- 2) การให้ชมวิดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน การซักถามพูดคุยเพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนักในคุณค่าแห่งตน เพื่อให้เกิดความต้องการการเรียนรู้ และหาแนวทางการปฏิบัติตนด้วยตนเอง
- 3) การให้ชมวิดิทัศน์ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ข้อ และ
- 4) การร่วมอภิปราย ซักถามปัญหา และพูดคุยในรายที่ยังไม่ได้พบแพทย์ หรือพบแพทย์แล้ว มีปัญหาข้อสงสัยมาร่วมอภิปรายหาแนวทางแก้ไขซึ่งกันและกัน

#### กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม วัด 2 ครั้ง (Control group pretest - posttest design) โดยเสริมสร้างบรรยากาศในขณะที่นั่งรอคอยพบแพทย์ในกลุ่มทดลองจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้ในระหว่างเวลารอคอยรับบริการส่วนกลุ่มควบคุมให้นั่งรอคอยพบแพทย์หรือรอรับบริการตามปกติ เพื่อเปรียบเทียบการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม และไม่ได้รับโปรแกรม ในแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีแบบแผนการวิจัยดังนี้

$O_1$	X	$O_2$	กลุ่มทดลอง
$O_1$		$O_2$	กลุ่มควบคุม

- $O_1$  หมายถึง การวัดความคาดหวังก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ และก่อนได้รับการดูแลตามปกติ
- $O_2$  หมายถึง การวัดการรับรู้หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ และหลังได้รับการดูแลตามปกติ
- X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาโรคกระดูกทั่วไป ที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ ซึ่งเป็นแผนกที่โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร จัดขึ้นเพื่อให้บริการตรวจรักษาโรคกระดูกทั่วไป ตั้งแต่เวลา 08.00 – 16.00 น. และไม่ได้รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล คอยรับบริการแล้วกลับบ้านได้ อายุ 15 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาโรคกระดูกที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2545 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2545 มาโรงพยาบาลกลางเป็นครั้งแรก จำนวน 60 คน โดยเป็นผู้ป่วยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีสติสัมปชัญญะดี พุดและตอบคำถามได้
2. คัดเลือกผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15 – 80 ปี ทั้งชายและหญิง

3. สามารถเข้าร่วมและเต็มใจเข้ารับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ
4. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม Burns และ Grove( 1993) ดังนั้นจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยสำรวจผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โดยทำการสำรวจทุกวันเวลาราชการ ตั้งแต่ 07.00 – 11.00 น. โดยดูรายละเอียดที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย คูวันที่ทำบัตร ตรงกับวันที่ผู้ป่วยมารับบริการมีคุณสมบัติตามที่ต้องการ คือมารับบริการเป็นครั้งแรก
2. จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน หรือใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ จึงจับคู่ตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา เช่น ประถมศึกษากับประถมศึกษา ปริญญาตรีกับปริญญาตรี เนื่องจากตัวแปรทั้งสามมีผลต่อการเรียนรู้และความพึงพอใจ โดยจัดให้ผู้ป่วย 30 คนแรกเป็นกลุ่มทดลอง และ 30 คนหลังเป็นกลุ่มควบคุม โดยใน 2 สัปดาห์แรกให้เป็นกลุ่มทดลองจนครบ 30 คน และใน 2 สัปดาห์หลังให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน สร้างสัมพันธภาพ ทักทาย พูดคุย แนะนำผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการทดลอง พร้อมถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการทดลอง
3. ทำการสำรวจและคัดเลือกจนได้จำนวนกลุ่มทดลองครบ 30 คน
4. เมื่อได้กลุ่มทดลองครบแล้ว ในช่วง 2 สัปดาห์หลัง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่ และจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม โดยมีวิธีการคัดเลือกเหมือนคัดเลือกกลุ่มทดลอง จับคู่กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	เพศ		อายุ		ระดับการศึกษา	
	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม
1	หญิง	หญิง	18	18	มัธยมต้น	มัธยมต้น
2	หญิง	หญิง	19	19	ประถม	ประถม
3	หญิง	หญิง	21	25	ประถม	ประถม
4	หญิง	หญิง	22	26	ประถม	ประถม
5	หญิง	หญิง	25	27	มัธยมปลาย	มัธยมปลาย
6	หญิง	หญิง	26	29	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
7	หญิง	หญิง	30	31	ประถม	ประถม
8	หญิง	หญิง	31	32	ประถม	ประถม
9	หญิง	หญิง	35	34	มัธยมต้น	มัธยมต้น
10	หญิง	หญิง	37	36	มัธยมปลาย	มัธยมปลาย
11	หญิง	หญิง	38	37	มัธยมปลาย	มัธยมปลาย
12	หญิง	หญิง	39	38	ประถม	ประถม
13	หญิง	หญิง	40	40	ประถม	ประถม
14	หญิง	หญิง	41	42	ประถม	ประถม
15	หญิง	หญิง	42	43	ประถม	ประถม
16	หญิง	หญิง	43	44	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
17	หญิง	หญิง	44	45	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
18	ชาย	หญิง	45	46	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
19	ชาย	ชาย	46	47	อนุปริญญา	อนุปริญญา
20	ชาย	ชาย	47	49	อนุปริญญา	อนุปริญญา
21	ชาย	ชาย	48	50	ประถม	ประถม
22	ชาย	ชาย	49	51	ประถม	ประถม
23	ชาย	ชาย	51	52	ประถม	ประถม
24	ชาย	ชาย	55	54	ประถม	ประถม



ตารางที่ 1 (ต่อ)

คู่ที่	เพศ		อายุ		ระดับการศึกษา	
	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม
25	ชาย	ชาย	59	56	ไม่ได้ศึกษา	ไม่ได้ศึกษา
26	ชาย	ชาย	60	57	มัธยมปลาย	มัธยมปลาย
27	ชาย	ชาย	65	59	มัธยมปลาย	มัธยมปลาย
28	ชาย	ชาย	69	60	มัธยมปลาย	มัธยมปลาย
29	ชาย	ชาย	70	61	ปริญญาโท	ปริญญาโท
30	ชาย	ชาย	72	62	มัธยมต้น	มัธยมปลาย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ตอน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดของ Pender (1987) และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ แผนการจัดกิจกรรมของพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านกระดูกที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล การปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาโรคกระดูกและการป้องกันโรคแทรกซ้อน การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิต ลักษณะกิจกรรม คือ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้วยการซักถามพูดคุย ชมวิดิทัศน์ เพื่อสร้างความเข้าใจ และหาแนวทางการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับสภาพความเจ็บป่วยของตน โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยศึกษาแนวคิดจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสำรวจและสอบถามขั้นตอนการรับบริการกับหัวหน้าแผนกต่าง ๆ มีสาระครอบคลุมในด้านขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล 10 ขั้นตอน สัมภาษณ์ผู้รับบริการที่แผนกออร์โธปิดิกส์ เพื่อศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ เดินทางไปที่ห้องสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอรายละเอียดสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ รวมทั้งตัวอย่างบทวิทยุทัศน์สำหรับเด็กชั้นประถมศึกษา เพื่อศึกษาเนื้อหาสาระที่มีอยู่ก่อน

1.2 กำหนดสาระของกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามข้อมูลพื้นฐานในข้อ 1.1 จำแนกได้ 4 กิจกรรม ดังนี้ (ดังภาคผนวก ก)

กิจกรรมที่ 1 ขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล มี 10 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) ขั้นตอนการทำบัตร
- 2) ขั้นตอนการติดต่อที่เคาน์เตอร์พยาบาล
- 3) ขั้นตอนการเลือกแพทย์เจ้าของไข้
- 4) ขั้นตอนการเข้าพบแพทย์
- 5) ขั้นตอนการถ่ายเอกซเรย์ที่ส่วนต่าง ๆ ของกระดูก
- 6) ขั้นตอนการเข้ารับการรักษา ทำแผล เข้าเฝือก หรือดึงกระดูกให้เข้าที่
- 7) ขั้นตอนการชื้อยาและชำระเงิน
- 8) ขั้นตอนการติดตามผลตามนัด
- 9) ขั้นตอนการรับบริการที่ห้องชันสูตรโรค
- 10) ขั้นตอนการรับบริการที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู (ห้องกายภาพบำบัด)

กิจกรรมที่ 2 การให้ชมวิทยุทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคกระดูก และป้องกันโรคแทรกซ้อน มี 7 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การรับประทานอาหารเพื่อช่วยให้กระดูกมีการเชื่อมติดกันเร็วขึ้น
- 2) การรับประทานยาให้ถูกวิธี
- 3) การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่าง ๆ และป้องกันกล้ามเนื้อลีบ
- 4) การป้องกันแผลกดทับ
- 5) การป้องกันปอดบวม
- 6) การป้องกันการเกิดนิ่วในไต
- 7) การป้องกันกระดูกพรุน

กิจกรรมที่ 3 การให้ชมวิทยุทัศน์ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิต ได้แก่

- 1) ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด

- 2) รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
- 3) ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย
- 4) รับประทานอาหารสุกสะอาดปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด

#### สีจูดฉลาด

- 5) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
- 6) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
- 7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
- 8) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี
- 9) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
- 10) มีสำนึกต่อส่วนรวมร่วมสร้างสรรค์สังคม

กิจกรรมที่ 4 การอภิปรายปัญหา กำหนดสาระ ปัญหาที่พบบ่อยของผู้ป่วยโรคกระดูก เช่น การปฏิบัติตนขณะมีแผล การดูแลแผลที่บ้าน

#### 1.3 การสร้างโปรแกรมตามกิจกรรม

##### 1.3.1 แนวคิดการสร้างโปรแกรม

- 1) เป็นโปรแกรมที่ครอบคลุมเนื้อหาสาระ สำหรับผู้รับบริการที่มาใช้บริการครั้งแรกที่โรงพยาบาลกลาง
- 2) นำเสนอความรู้การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกระดูกทั่ว ๆ ไป และวิธีป้องกันโรคแทรกซ้อนที่มักเกิดกับผู้ป่วยโรคกระดูก
- 3) นำเสนอพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิต เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดี สามารถดูแลตนเองได้ เป็นการให้บริการเชิงรุก
- 4) ใช้วัสดุและอุปกรณ์จริงในการสร้างบทวิดิทัศน์
- 5) คัดเลือกตัวแสดง บ้าน สถานที่ถ่ายทำ ฉากต่าง ๆ
- 6) นำเสนอเป็นภาพพลิก และวิดิทัศน์ที่เสนอเป็นภาพประกอบเรื่องและการบรรยาย

##### 7) ใช้ภาษาพูดในการสื่อข้อความ

#### 1.3.2 กำหนดวัตถุประสงค์ สถานการณ์ กิจกรรมตามสาระของวิดิทัศน์

กิจกรรมที่ 1 การรับข้อมูลขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ ใช้เวลา

5 – 10 นาที

- เขียนคู่มือแผนการสอน ขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ 10 ขั้นตอน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรอคอยขณะพบแพทย์ สร้างความมั่นใจในการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ

- สถานการณ์และกิจกรรมการสอน ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพ

การอธิบาย พร้อมภาพพลิก และแจกใบจุลสารขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ การพูดคุย  
ยิ้มแย้ม ทักทาย สังเกตดูความสนใจและความพร้อมในการเข้ากิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การให้ชมวีดิทัศน์ การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคกระดูก และ  
การป้องกันโรคแทรกซ้อน ใช้เวลา 5 – 10 นาที

- เขียนบท Scrip กำหนดฉาก ตัวแสดง อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการถ่ายทำ เช่น  
อาหาร ยา น้ำดื่ม ผัก ผลไม้ คนเข้าเฟือกแขนและขา กำลังออกกำลังกาย

- สถานการณ์และกิจกรรม ประกอบด้วย การสาธิตตัวอย่างอาหารที่มี  
แคลเซียมสูง เช่น ปลาตัวเล็ก ๆ ผักใบเขียว ตัวอย่างผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง การรับประทานยาก่อน  
อาหารและหลังอาหารให้ถูกวิธี การปฏิบัติตน การออกกำลังกาย การป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 3 การให้ชมวีดิทัศน์สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ใช้เวลา  
5 – 10 นาที

- เขียนบท Scrip กำหนดฉาก ตัวแสดง บ้าน จัดฉากเตรียมอุปกรณ์ ห้องครัว  
ของมีคม เครื่องใช้ไฟฟ้า การกำจัดขยะ สารเคมี การปิดถังแก๊ส การดับรูปเทียน การปิดไฟ  
ก่อนนอน

- สถานการณ์และกิจกรรม ประกอบด้วย การแสดงวิธีการอาบน้ำ การแปรงฟัน  
การล้างมือ การขับถ่ายให้เป็นเวลา การรับประทานอาหารสุกสะอาด ร้อน ไม้ใส่สีฉูดฉาด การ  
หลีกเลี่ยงของมีนเมา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น  
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิต

1.4 กำหนดสื่อของโปรแกรมในกิจกรรมที่ 1 ใช้ภาพพลิกที่เขียนบนกระดาษ  
โปสเตอร์ และติดบนฟิวเจอร์บอร์ด รวมทั้งหมด 10 ภาพ เขียน Flow Chart ของขั้นตอนการรับ  
บริการที่แผนกต่าง ๆ 10 ขั้นตอน พิมพ์เป็นใบจุลสารบนกระดาษ A4 เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถ  
เก็บไว้ดูได้ เมื่อไปรับบริการตามแผนกต่างๆ จะได้ศึกษาอีกครั้ง เพื่อสร้างความมั่นใจในการรับ  
บริการ สำหรับสื่อของกิจกรรมที่ 2 และ 3 นำเสนอในรูปวีดิทัศน์ ทำให้สามารถเน้นจุดสำคัญของ  
เรื่องที่ต้องการให้ผู้รับบริการได้ทราบเท่ากัน เพราะมีภาพและเสียงเป็นการดึงดูดความสนใจ และ  
ให้ประสบการณ์ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้

#### 1.5 ดำเนินการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

1) เขียนคู่มือขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ 10 ขั้นตอนบนกระดาษ  
โปสเตอร์ และติดบนฟิวเจอร์บอร์ด

2) เขียนบทวีดิทัศน์การปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาโรคกระดูก และการ  
ป้องกันโรคแทรกซ้อน 7 ข้อ ใช้เวลาในการแสดงและอธิบาย ประมาณ 7 นาที

3) เขียนบทวีดิทัศน์สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ให้ครอบคลุมเนื้อหาของ  
กฎกระทรวง ใช้เวลาประมาณ 7 นาที การเขียนบทสำหรับการถ่ายทำ โดยผู้วิจัยแปลงข้อมูล

เกี่ยวกับการปฏิบัติตนออกมาเป็นภาพ และถ่ายทอดออกมาเป็นตัวหนังสือ เพื่อให้ผู้ป่วยถ่ายวีดิทัศน์ ถ่ายทอดออกมาเป็นภาพอีกทอดหนึ่ง

4) นำโปรแกรมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา การหาคุณภาพของโปรแกรม การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านออร์โธปิดิกส์ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้ชำนาญการทางออร์โธปิดิกส์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน พยาบาลด้านออร์โธปิดิกส์ 2 ท่าน (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความตรงทางโครงสร้าง ความครอบคลุมทางเนื้อหาความถูกต้องเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นการแก้ไขดังนี้

ก) ควรปรับเนื้อหาในบทวีดิทัศน์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกระดูกให้มีเฉพาะผู้ป่วยนอก ตัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับผู้ป่วยในออก เช่น การปฏิบัติตนขณะดื่งกระดูกให้เข้าที่ ออกเพราะเป็นการรักษาของผู้ป่วยใน

ข) ควรปรับคำพูดการใช้ภาษาเขียนแทนภาษาพูด เช่น การรับประทานยาแก้แอกเสบฆ่าเชื้อโรคแทนการรับประทานก่อนและหลังรับประทานอาหาร การสะกดคำผิด เช่น โรงพยาบาลเลิศสิน แทน โรงพยาบาลเลิศสิน

ค) แบบฟอร์มที่ใช้ในการเขียนบท ผู้วิจัยใช้แบบการแบ่งหน้ากระดาษออกเป็น 2 ส่วน ส่วนซ้ายเป็นภาพกิจกรรม (Video) และตัวหนังสือ ส่วนขวาเป็นเสียง (Audio) ตามตัวหนังสือฝั่งซ้าย ในส่วนของภาพผู้วิจัยบอกเลขลำดับฉาก ช็อต (Shot) สถานที่ของฉาก บทบาทของผู้แสดง ขนาดของภาพ มุมกล้อง และความต่อเนื่องของภาพแต่ละช็อตหรือฉากอย่างชัดเจน ส่วนทางด้านขวามือเป็นเสียง โดยมีเสียงประกอบ และการบรรยายภาพด้วยข้อความสั้น ๆ กะทัดรัด เข้าใจง่าย ใช้ภาษาพูดในการสื่อข้อความ เพื่อให้เป็นธรรมชาติ และมีความต่อเนื่องในแต่ละฉาก

5) ผู้วิจัยนำบทวีดิทัศน์ที่สำเร็จแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการสร้าง และถ่ายทำ เทปวีดิทัศน์ ตรวจสอบความเหมาะสมของภาพและภาษาที่ใช้ ผู้วิจัยแก้ไขบทวีดิทัศน์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำบทวีดิทัศน์ไปถ่ายทำ

6) การถ่ายทำ ผู้วิจัยและผู้ถ่ายทำวีดิทัศน์ ประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับกระบวนการผลิตสื่อวีดิทัศน์ตามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ เช่น อาหาร อุปกรณ์การอาบน้ำ สระผม เสื้อผ้า การกำกับบทก่อนการแสดงจริง และซักซ้อมความเข้าใจกับผู้ถ่ายทำวีดิทัศน์อีกครั้งหนึ่งตามบทวีดิทัศน์ผู้วิจัยและผู้ถ่ายวีดิทัศน์ได้ถ่ายทำบันทึกเทปการปฏิบัติตน สำหรับผู้มีปัญหาโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน และสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ

เป็นตอน ๆ เพื่อนำมาตัดต่อให้เข้ากันภายหลัง ภายหลังถ่ายทำ ผู้วิจัยและผู้ถ่ายวิดีโอได้คัดเลือกภาพตอนต่าง ๆ ที่บันทึกไว้แล้วมาต่อกันอย่างสมบูรณ์ พร้อมบันทึกเสียงบรรยาย และเสียงดนตรีตามบทวิดีโอ ผู้วิจัยนำบทวิดีโอไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโสตทัศนอุปกรณ์ตรวจสอบความตรงอีกครั้งหนึ่ง และแก้ไขความเร็วของตัวหนังสือในบทวิดีโอ ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ก่อนนำไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลเลิศจิน

#### 1.6 การทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

นำขั้นตอนการรับบริการไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยครั้งแรกนำไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลกลาง 30 คน และนำบทวิดีโอไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลเลิศจิน 10 คน รวม 40 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้านตามความคาดหวัง = .97 และค่าความเที่ยงด้านตามการรับรู้ = .96

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คือ แบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Parasuraman และคณะ (1990) โดยศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของความคาดหวังในบริการและการรับรู้ในบริการของผู้ป่วยมี 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน เหตุจูงใจในการมารับบริการ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจที่ผู้รับบริการคาดหวังไว้ก่อนที่จะรับบริการที่โรงพยาบาล

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจที่ผู้รับบริการรับรู้ภายหลังที่ได้รับบริการแล้ว ซึ่งแบบประเมินตอนที่ 2 และตอนที่ 3 นี้ มีจำนวนข้อกระทงและข้อความเหมือนกันต่างกันเฉพาะคำถามขึ้นต้นว่า ท่านคาดหวัง และท่านได้รับบริการซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ

ความเป็นรูปธรรมของบริการ	จำนวน 4 ข้อ
ความเชื่อถือไว้วางใจได้	จำนวน 5 ข้อ
การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที	จำนวน 4 ข้อ
การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	จำนวน 4 ข้อ
ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ	จำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์ในการเลือกตอบและให้คะแนนความคิดเห็น

ในแบบประเมินตอนที่ 2 เป็นคะแนนของความคาดหวังมีเกณฑ์ในการเลือกตอบและให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 มาตรา (1 – 7) โดยให้คะแนนดังนี้

- 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าโรงพยาบาลที่ดีควรมีคุณลักษณะตามที่กล่าวถึง
- 6 เห็นด้วย หมายถึง เห็นด้วยว่าโรงพยาบาลที่ดีควรมีคุณลักษณะตามที่กล่าวถึง
- 5 ก่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง ก่อนข้างเห็นด้วยว่าโรงพยาบาลที่ดีควรมีลักษณะตามที่กล่าวถึง
- 4 เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ไม่แน่ใจว่าโรงพยาบาลที่ดีควรมีคุณลักษณะตามที่กล่าวถึง
- 3 ก่อนข้างไม่เห็นด้วย หมายถึง ก่อนข้างไม่เห็นด้วยว่าโรงพยาบาลที่ดีควรมีคุณลักษณะตามที่กล่าวถึง
- 2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยว่าโรงพยาบาลที่ดีควรมีคุณลักษณะตามที่กล่าวถึง
- 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าโรงพยาบาลที่ดีควรมีคุณลักษณะตามที่กล่าวถึง

สำหรับในแบบประเมินส่วนที่เป็นคะแนนของการรับรู้ มีเกณฑ์ในการเลือกตอบและให้คะแนนตามความคิดเห็น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 (มาตรา 1 – 7) โดยให้คะแนนดังนี้

- 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าสถานการณ์ที่ระบุอยู่ในข้อความนั้นเกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล
- 6 เห็นด้วย หมายถึง เห็นด้วยสถานการณ์ที่ระบุอยู่ในข้อความนั้นเกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล
- 5 ก่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง ก่อนข้างเห็นด้วยว่าสถานการณ์ที่ระบุอยู่ในข้อความนั้นเกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล
- 4 เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ไม่แน่ใจว่าสถานการณ์ที่ระบุอยู่ในข้อความนั้นเกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล
- 3 ก่อนข้างไม่เห็นด้วย หมายถึง ก่อนข้างไม่เห็นด้วยว่าสถานการณ์ที่ระบุอยู่ในข้อความนั้นเกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล
- 2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยว่าสถานการณ์ที่ระบุอยู่ในข้อความนั้นเกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล
- 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าสถานการณ์ที่ระบุอยู่ในข้อความนั้นเกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล

### เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	7 คะแนน
เห็นด้วย	6 คะแนน
ค่อนข้างเห็นด้วย	5 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	4 คะแนน
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน

#### การแปลคะแนนความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ = คะแนนการรับรู้ – คะแนนความคาดหวัง

เมื่อ ผลต่างคะแนนเป็นบวก แสดงว่า พอใจ

ผลต่างคะแนนเป็นลบ แสดงว่า ไม่พอใจ

ตอนที่ 4 แบบประเมินผลการเรียนรู้ในสิ่งที่ได้สอนไปแล้ว ประกอบด้วยข้อคำถาม ผิดและถูก จำนวน 10 ข้อ ดังภาคผนวก ข

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความคาดหวัง และการรับรู้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (รายชื่อปรากฏในภาคผนวก ก ลำดับที่ 1 – 5) โดยประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความแต่ละข้อและความครอบคลุมสาระในแต่ละเรื่อง เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้น ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีข้อเสนอแนะในประเด็น ดังนี้

- 1) ปรับข้อความในบางข้อให้เป็นรูปธรรม มีความกระชับ และเข้าใจง่าย
- 2) ปรับเนื้อหาในข้อคำถามให้ตรงกับเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

จำนวน 5 ข้อ

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความคาดหวังในบริการ และแบบประเมินการรับรู้ในบริการไปวัดกับผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ที่โรงพยาบาลเลิศจิน และกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่โรงพยาบาลกลาง ที่ไม่ได้ใช้เป็นกลุ่ม



ตัวอย่างในการวิจัยนี้นำไปหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient alpha of cronbach coefficient) ยวดี ภาษา และคณะ(2537) เมื่อรวมทั้ง 2 โรงพยาบาลได้ค่าความเที่ยงตรงตามความคาดหวัง และการรับรู้เท่ากับ .9771 และ .9647

## ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลกลาง 10 ขั้นตอน ข้อมูลด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคกระดูกและการป้องกันโรคแทรกซ้อน ศึกษาข้อมูลสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของกระทรวงสาธารณสุข

1.2 จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ (รายละเอียดปรากฏในภาคผนวก ค)

1.3 นำหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย จาก บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิศจิน และ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อหัวหน้าแผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิศจิน และโรงพยาบาลกลาง เพื่อขอความร่วมมือในการทดลอง

1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 5 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอำนวยความสะดวกแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม

1.6 จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการทดลอง

### 2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 ระยะเวลาการทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ เริ่มตั้งแต่วันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2545 ถึงวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2545 ทำการทดลองเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 3 – 5 คน ในห้องตรวจโรคที่มีพัดลมและปราศจากเสียงรบกวน โดยกำหนดให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ให้โปรแกรม

ระยะก่อนเข้ากิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

ระยะเวลา 5 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย

การประเมินผล ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

2.1.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

## ต่อกลุ่มตัวอย่าง

2.1.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมแบบประเมินความคาดหวัง  
ในบริการที่กลุ่มตัวอย่างตอบเรียบร้อยแล้ว

### 2.2 ระยะเวลา มีขั้นตอนดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ข้อมูลขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ 10 ขั้นตอน

ระยะเวลา 7 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้ขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ

การประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจดี สนใจฟัง ตอบคำถามเมื่อไม่เข้าใจ

2.2.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมมีทั้งหมด 4 กิจกรรม  
ถ้ากลุ่มตัวอย่างคนใดได้รับการเรียกชื่อให้เข้าพบแพทย์ก่อนจบ โปรแกรม หลังจากพบแพทย์แล้ว  
ขอให้กลับมาเข้าโปรแกรมต่อจนครบ เพื่อจะได้ตอบแบบประเมินการรับรู้ในบริการที่ได้รับ และ  
แบบประเมินความรู้ที่ได้ชมวิดีโอไปแล้ว

2.2.2 ผู้วิจัยสอนกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายขั้นตอนการรับบริการด้วยภาพพลิก  
และแจกใบจุลสารขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ 10 ขั้นตอน

2.2.3 เมื่อจบกิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพัก 1 – 2 นาที พร้อมสังเกตดู  
ความเข้าใจและความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามในรายที่ไม่เข้าใจ

2.2.4 ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรมที่ 2 โดยการเปิดวิดีโอ เรื่อง การปฏิบัติตัวของ  
ผู้ป่วยโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน ให้กลุ่มตัวอย่างชม พร้อมสังเกตดูความสนใจ  
และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 5 – 6 นาที หลังจากจบให้พัก พร้อมเปิดโอกาสให้  
ซักถามข้อข้องใจ

กิจกรรมที่ 2 การให้ชมวิดีโอการปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาโรคกระดูก และการป้องกัน  
โรคแทรกซ้อน

ระยะเวลา 7 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้การปฏิบัติตน โรคกระดูกและสามารถป้องกัน

โรคแทรกซ้อนต่าง ๆ

การประเมินผล ผู้ป่วยสนใจชมไม่มองที่อื่น ไม่พูดคุยกัน เมื่อชมเสร็จบอกว่าดีมาก เข้าใจแล้ว

2.2.5 ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรมที่ 3 โดยการเปิดวิดีโอ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ  
10 ประการ ให้กลุ่มตัวอย่างชม ใช้เวลา 5 – 10 นาที หลังจากจบให้พัก พุดคุย และสังเกตการมี  
ส่วนร่วม การซักถามปัญหาให้ไปพบแพทย์ได้ในรายที่แพทย์เรียกชื่อเข้าตรวจ

กิจกรรมที่ 3 การให้ชมวิดีโอ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ข้อ

ระยะเวลา 7 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ

การประเมินผล ผู้ป่วยชมวิดิทัศน์ไม่พูดคุยกัน

2.2.6 ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรมที่ 4 อภิปรายปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยพูดคุยซักถามความเข้าใจ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดระบายความในใจ กิจกรรมที่ 4 อภิปรายปัญหาและตอบคำถาม

ระยะเวลา 10 นาที

วัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ซักถามและพูดคุยในรายที่มีปัญหาไม่กล้าถามแพทย์

การประเมินผล ผู้ป่วยซักถามปัญหาของตน และพูดคุยกันเอง ให้คำแนะนำเพื่อนได้

2.2.7 ผู้วิจัยสรุปโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ติดตามและจดจำไปใช้ภายหลัง

2.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

2.3.1 ให้กลุ่มตัวอย่างพัก 10 นาที เพื่อพูดคุยและเข้าพบแพทย์ หรือซ้อยยาที่ห้องจ่ายยา

2.3.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการวัดความพึงพอใจ โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการรับรู้ในบริการที่ได้รับ และตอบแบบประเมินผลการเรียนรู้หลังชมวิดิทัศน์ ซึ่งมีผู้ตอบแบบประเมินการเรียนรู้ได้ถูกต้อง 10 ข้อ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.3 ตอบได้ 9 ข้อ มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.6 ตอบได้ 8 ข้อ มี 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 และตอบได้ 7 ข้อ มี 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.6 ผู้วิจัยพูดคุยและอธิบายให้เข้าใจในข้อที่ตอบผิด ผู้ป่วยขอบคุณที่ให้ความเข้าใจ และความรู้ในครั้งนี้

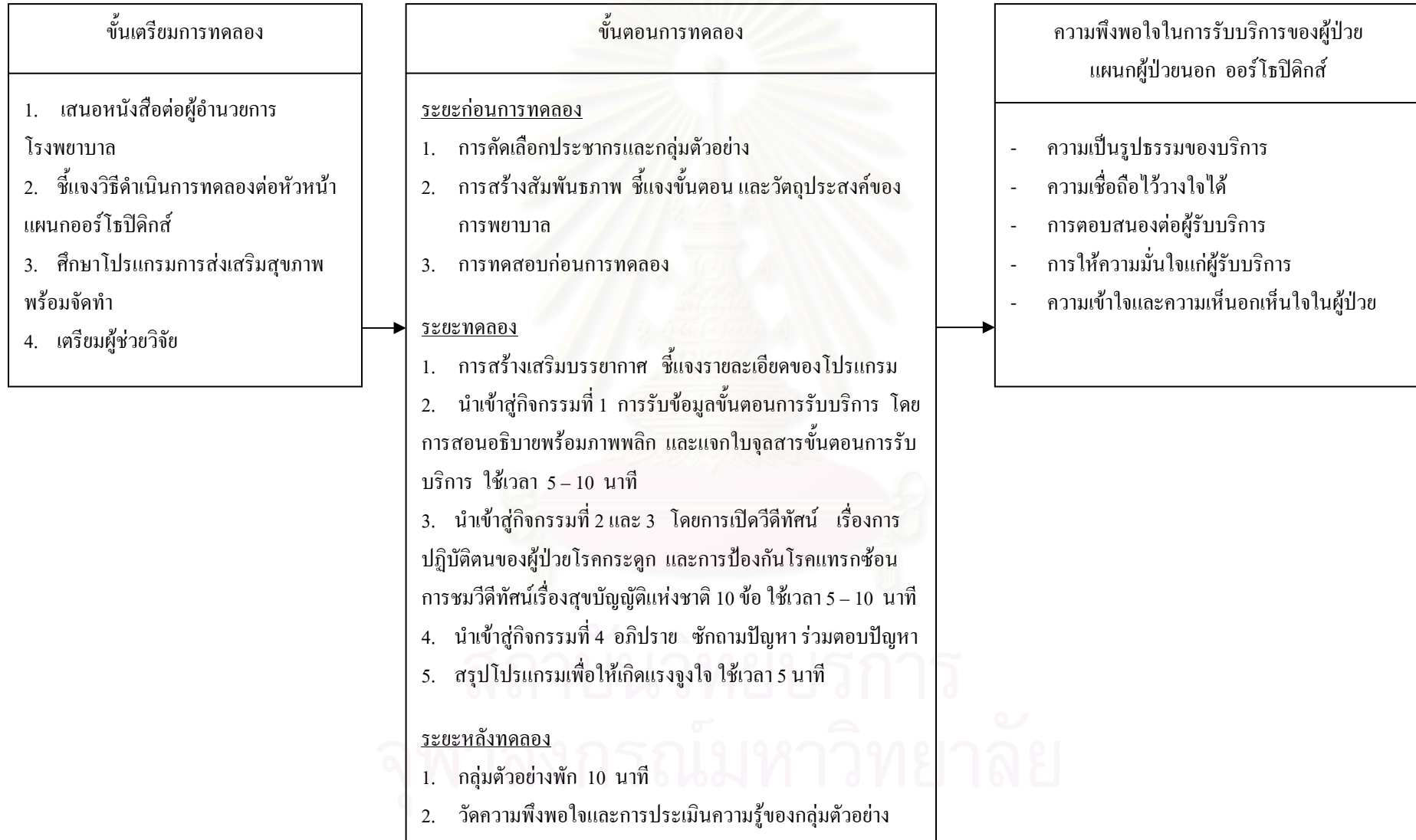
สำหรับในกลุ่มควบคุม หลังจากคัดเลือกกลุ่มควบคุมที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว จัดให้เข้ารับการตรวจตามปกติ โดยให้ตอบแบบประเมินความคาดหวังในบริการที่ต้องการก่อนเข้าพบแพทย์ และให้ตอบแบบประเมินการรับรู้ในบริการที่ได้รับหลังจากรับยาเสร็จเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistic Package for the Social Science) มาคำนวณหาค่าสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยนอก ทำการวิเคราะห์โดยใช้ค่าแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
2. ข้อมูลแบบประเมินความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที่ Paired t-test การวิจัยครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แผนภาพที่ 5 ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ต่อความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการวัดความพึงพอใจจากผลต่างของความคาดหวังในบริการ และการรับรู้ในบริการที่ได้รับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอ ดังนี้

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายข้อ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายด้าน

และ โดยรวม

**ตอนที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ หญิง	17	56.7	19	63.3	36	60
ชาย	13	43.3	11	36.7	24	40
อายุ 15 – 20 ปี	2	6.7	2	6.7	4	6.7
21 – 30 ปี	5	16.7	4	13.3	9	15.0
31 – 40 ปี	6	20.0	6	20	12	20.0
41 – 50 ปี	9	30	8	26.7	17	28.3
51 – 60 ปี	4	13.3	7	23.3	11	18.3
60 ปีขึ้นไป	4	13.3	3	10.0	7	11.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วุฒิการศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	1	3.3	1	3.3	2	3.3
ป.1 – ป.6	13	43.3	12	40.0	25	41.7
ม.1 – ม.3	3	10.0	2	6.7	5	8.3
ม.4 – ม.6 หรือ ปวช.	6	20.0	5	16.7	11	18.3
อนุปริญญา หรือ ปวส.	2	6.7	2	6.7	4	6.7
ปริญญาตรี	4	13.3	6	20.0	10	16.7
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.3	2	6.7	3	5.0
สถานภาพสมรส						
โสด	7	23.3	11	36.7	18	30
คู่	21	70	12	40	33	55
หม้าย / หย่า / แยก	2	6.7	7	23.3	9	15
ศาสนา พุทธ						
คริสต์	1	3.3	0	0	1	1.7
อาชีพ						
รับจ้าง	12	40	6	20	18	30
ค้าขาย	5	16.7	3	10	8	13.3
นักเรียน / นักศึกษา	1	3.3	1	3.3	2	3.3
รับราชการ	4	13.3	5	16.7	9	15.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	0	3	10	3	5.0
รัฐวิสาหกิจ	0	0	6	20	6	10
แม่บ้าน	5	16.7	4	13.3	9	15.0
อื่น ๆ						

ตารางที่ 2 (ต่อ)

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้						
0 – 3,000 บาท	8	26.7	6	20	14	23.3
3,001 – 6,000 บาท	3	10.0	4	13.3	7	11.7
6,001 – 9,000 บาท	4	13.3	6	20	10	16.7
9,001 – 12,000 บาท	3	10	3	10	6	10
12,001 – 15,000 บาท	7	23.3	5	16.7	12	20
15,000 บาทขึ้นไป	5	16.7	6	20	11	18.3
แรงจูงใจที่มาโรงพยาบาล						
เคยรับบริการมาก่อน	0	0	1	3.3	1	1.7
จากคำบอกเล่าของคนอื่น	17	56.7	20	66.7	37	61.7
ชื่อเสียงของโรงพยาบาล	10	33.3	4	13.3	14	23.3
ใกล้บ้านสะดวกในการเดินทาง	2	6.7	5	16.7	7	11.7
ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น	1	3.3	0	0	1	1.7
ชนิดของโรค						
โรคของกระดูกเอง	13	43.3	19	63.3	32	53.3
การติดเชื้อของกระดูก	9	30	5	16.7	14	23.3
กระดูกหักจากอุบัติเหตุ	1	3.3	0	0	1	1.7
กระดูกและข้อเสื่อมตามวัย	7	23.3	6	20	13	21.7
เลือกแพทย์เจ้าของไข้						
เลือก	15	50	11	36.7	26	43.3
ไม่เลือก	15	50	19	63.3	34	56.7

จากตารางที่ 2 พบว่า

เพศ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกออร์โธปิดิกส์ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 60 และร้อยละ 40 ตามลำดับ)

อายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 28.3) รองลงมา มีอายุ 31 – 40 ปี (ร้อยละ 20) อายุ 51 – 60 ปี (ร้อยละ 18.3) ตามลำดับ ส่วนที่มีอายุระหว่าง 15 – 20 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.7)

การศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีวุฒิการศึกษาระดับ ป.1 – ป.6 จำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 41.7) รองลงมา มีวุฒิการศึกษา ระดับ ม.4 – ม.6 หรือ ปวช. (ร้อยละ 18.3) ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 16.7) ตามลำดับ ส่วนไม่ได้รับการศึกษา มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.3)

สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 55) รองลงมา มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 30) ตามลำดับ ส่วนที่สถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 15)

ศาสนา กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ มากที่สุด (ร้อยละ 98.3) และนับถือศาสนาคริสต์ น้อยที่สุด (ร้อยละ 1.7)

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด (ร้อยละ 30) รองลงมามีอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 15) อาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 15) ตามลำดับ ส่วนอาชีพนักเรียน/นักศึกษา มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.3)

รายได้ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ระหว่าง 0 – 3,000 บาท/เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 23.3) รองลงมามีรายได้ระหว่าง 12,001 – 15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 20.0) มีรายได้ระหว่าง 15,000 บาท (ร้อยละ 18.0) ตามลำดับ และส่วนที่มีรายได้ระหว่าง 9,001 – 12,000 บาท/เดือน มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 10.0)

สาเหตุที่ตัดสินใจ (แรงจูงใจ) มารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสาเหตุในการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลนี้ จากคำบอกเล่าของผู้อื่นมากที่สุด (ร้อยละ 61.7) รองลงมา คือ สาเหตุจากชื่อเสียงของโรงพยาบาล (ร้อยละ 23.3) สาเหตุจากใกล้บ้านสะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 11.7) ตามลำดับ สาเหตุจากส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น น้อยที่สุด (ร้อยละ 1.7) (เคยรับบริการมาก่อน หมายถึง เคยมากับญาติขณะเป็นเด็ก)

ชนิดของโรค กลุ่มตัวอย่างมีชนิดของโรคเป็นโรคกระดูกเอง มากที่สุด (ร้อยละ 53.3) รองลงมาการติดเชื้อของกระดูก (ร้อยละ 23.3) กระดูกและข้อเสื่อมตามวัย (ร้อยละ 21.7) ตามลำดับ กระดูกหักจากอุบัติเหตุ น้อยที่สุด (ร้อยละ 1.7)

การเลือกแพทย์เจ้าของไข้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เลือกแพทย์เจ้าของไข้ มากที่สุด (ร้อยละ 56.7) รองลงมาเลือกแพทย์เจ้าของไข้ (ร้อยละ 43.3)



## ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
รวมคะแนนทุกด้าน	7.13	14.76	-4.96	30.15	2.10*
ด้านความเป็นรูปธรรม	1.96	2.78	-1.40	5.99	2.94*
ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้	.86	4.13	-.46	7.03	.91
ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที	1.16	3.36	-.80	7.57	1.27
ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	1.90	3.92	-1.43	5.75	2.93*
ด้านการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ	1.23	4.14	-.86	7.71	1.38

\* $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความพึงพอใจในการรับบริการ สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความพึงพอใจด้านความเป็นรูปธรรมและด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นรายข้อ

คะแนนความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D.	t
<u>ความเป็นรูปธรรมของบริการ</u>					
1. ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ตามขั้นตอนการรับบริการแต่ละจุด	.56	1.27	-.10	1.93	1.54
2. ทราบและเข้าใจวิธีการใช้บริการแผนกต่าง ๆ ดีขึ้น	.56	.85	-.16	1.70	2.48*
3. ได้รับความรู้และวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น	.50	.82	-.63	1.65	3.61*
4. ได้รับบริการที่เหมาะสมเท่าเทียมทุกคน	.33	.99	-.50	1.47	2.61*
<u>ความเชื่อถือไว้วางใจได้</u>					
1. เมื่อขอคำแนะนำหรือขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่สามารถตอบสนองความต้องการได้	.07	1.08	-.16	2.26	.50
2. เมื่อผู้ป่วยมาถึงพยาบาลสามารถประเมินสภาพของผู้ป่วยจำแนกประเภทและความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยได้	.36	1.12	.16	1.70	.48
3. แพทย์ที่ตรวจรักษาเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ	.07	.86	-.16	1.70	.69
4. พยาบาลสามารถอธิบายให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยได้	.16	1.17	-.13	1.38	.97
5. คิดว่าได้รับการตรวจและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม	.20	1.27	-.16	1.46	1.16

ตารางที่ 4 (ต่อ)

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D.	t
<u>การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที</u>					
1. แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ ให้บริการที่สะดวกรวดเร็วรอไม่นาน	.56	1.40	-.66	2.38	2.33*
2. ขั้นตอนการรับบริการในแต่ ละจุดใช้เวลาเหมาะสม	.23	.93	.66	5.39	.44
3. แพทย์ออกตรวจรักษาตามวัน และเวลา	.23	.97	-.43	1.59	1.72*
4. การตรวจเป็นไปตามขั้นตอน ที่ถูกต้องเหมาะสม	.13	1.19	-.36	1.35	1.46
<u>การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ</u>					
1. ได้รับความรู้ คำแนะนำ และขั้นตอนต่าง ๆ ดีขึ้น	.30	1.39	-.20	1.97	1.24
2. สามารถนำความรู้ไป ประยุกต์ใช้ได้เข้าใจมากขึ้น	.36	1.09	-.30	1.76	1.86*
3. ทราบวิธีป้องกันโรค แทรกซ้อนต่าง ๆ มากขึ้น	.66	1.09	-.46	1.40	3.70*
4. มีความมั่นใจในบริการ ของโรงพยาบาลมากขึ้น	.56	1.04	-.46	1.47	3.26*
<u>การเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ในผู้รับบริการ</u>					
1. เจ้าหน้าที่แผนกต่าง ๆ ที่ไปใช้บริการยินดีตอบคำถาม และให้ข้อมูลอื่น ๆ	.33	1.15	-.23	2.06	1.31

ตารางที่ 4 (ต่อ)

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	t
2. ได้รับการดูแลและเอาใจใส่ดี	.33	.88	-.10	2.00	1.10
3. เจ้าหน้าที่รัฐสีกเป็นมิตร ยิ้มแย้มทักทายดี	-.16	.83	-.13	1.75	.09
4. ท่านได้รับการตอบสนอง ความต้องการตามความเหมาะสม	.30	1.20	-.30	1.26	2.09*
5. เจ้าหน้าที่ให้บริการดูญาติ	.43	1.10	-.10	1.53	1.64*

\*p &lt; .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ความพึงพอใจในการรับบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีความพึงพอใจในเรื่อง ทราบและเข้าใจวิธีการใช้บริการแผนกต่าง ๆ ดีขึ้น ได้รับความรู้และวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ได้รับการที่เหมาะสมเท่าเทียมทุกคน สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความพึงพอใจในการรับบริการด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีความพึงพอใจในเรื่อง แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ ให้บริการที่สะดวกรวดเร็วรอไม่นาน และแพทย์ออกตรวจรักษาตามวันและเวลา สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความพึงพอใจในการรับบริการด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความพึงพอใจเรื่อง สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้เข้าใจมากขึ้น ทราบวิธีป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ มากขึ้น และมีความมั่นใจในบริการของโรงพยาบาลมากขึ้น สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความพึงพอใจในการรับบริการด้านการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความพึงพอใจเรื่องได้รับการตอบสนองความต้องการตามความเหมาะสม และเจ้าหน้าที่ให้บริการดูญาติ สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ออกแบบการทดลอง เป็นแบบศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest control group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อ ความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจะมีความพึงพอใจ สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการ ที่แผนกออร์โธปิดิกส์ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการ วิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกออร์โธปิดิกส์ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ระหว่าง วันที่ 1 – 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2545 อายุ 15 ปีขึ้นไป ยินดีเข้าร่วมการทดลอง คัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา จำนวน 60 คน โดยให้ 30 คนแรกเป็นกลุ่มทดลอง และ 30 คนหลังเป็นกลุ่มควบคุมจับคู่โดยการใช้วิธี Matched pair ตามอายุ เพศ และระดับการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม การส่งเสริมสุขภาพและแบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ มี 4 กิจกรรม ได้แก่ การรับข้อมูลขั้นตอนการรับบริการ การให้ชมวิดิทัศน์การปฏิบัติตนสำหรับ ผู้ป่วยโรคกระดูกและการป้องกันโรคแทรกซ้อน การให้ชมวิดิทัศน์สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ และการอภิปราย พูดคุยปัญหา ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจตามความคาดหวัง และการรับรู้ ในบริการที่ได้รับเป็นคำถามให้เลือก อย่างละ 22 ข้อ ในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ 4 ข้อ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ 5 ข้อ การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที 4 ข้อ การให้ความมั่นใจแก่ ผู้รับบริการ 4 ข้อ และการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ 5 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 4 ขั้น ขั้นที่ 1 การสร้างโปรแกรมการส่งเสริม สุขภาพ สร้างคู่มือขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ และสร้างวิดิทัศน์ ขั้นที่ 2 สร้างเครื่องมือ วัดความพึงพอใจ ขั้นที่ 3 ขั้นเตรียมการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการทดลองต่อหัวหน้าแผนก ออร์โธปิดิกส์ ที่จะดำเนินการทดลอง และผู้ช่วยวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลอง และจัดเตรียมสถานที่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นที่ 4 ขั้นดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น ระยะก่อน

การทดลองสร้างสัมพันธภาพ จัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งในห้องที่จัดเตรียมไว้ซึ่งแจ้งขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ให้ตอบแบบประเมินความคาดหวังในบริการที่ต้องการ และระยะทดลอง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องขั้นตอนการรับบริการด้วยภาพพลิก พร้อมแจกใบจุลสารขั้นตอนการรับบริการนำเข้าสู่การชมวิดิทัศน์ การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน และสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เปิดโอกาสให้ซักถาม อภิปรายปัญหา จากนั้นสรุปความรู้ที่ให้ และประเมินผลการเรียนรู้โดยให้ตอบแบบประเมินความรู้ว่าเข้าใจหรือไม่ อธิบายข้อที่ตอบผิดเพื่อให้เข้าใจให้ถูกต้อง สำหรับกลุ่มควบคุมให้ได้รับการดูแลตามปกติ จากพยาบาลประจำแผนกออร์โธปิดิกส์ ให้ตอบแบบประเมินความคาดหวังในบริการก่อนเข้าพบแพทย์ และให้ตอบการประเมินการรับรู้ในบริการ หลังจากพบแพทย์ได้รับยาเรียบร้อยแล้ว หรือกำลังรอรับยาหน้าห้องจ่ายยา

การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนระดับความคาดหวังในบริการที่ต้องการและการรับรู้ในบริการที่ได้รับวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) คำนวณค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนการประเมินความพึงพอใจในกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t – test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีความพึงพอใจในการรับบริการสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ในการรับบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการและด้านความเชื่อถือไว้วางใจ ได้สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

#### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร มีผลการวิจัย ดังนี้

ความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หลังจากที่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริม

สุขภาพ นั่นคือ การได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ทั้งนี้ เป็นไปตามแนวคิดของ Parasuraman และคณะ (1990) ที่พบว่า ความพึงพอใจ หมายถึงผลต่างของความคาดหวังในบริการที่ต้องการ และการรับรู้ในบริการที่ได้รับ ประกอบด้วย ความพึงพอใจ 5 ด้าน ดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีความพึงพอใจ ในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าการให้ผู้ป่วยบริการได้รับความรู้เรื่องขั้นตอนการรับบริการ ได้ชมวีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน การให้ผู้ป่วยบริการได้ชมวีดิทัศน์สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ การอภิปราย พุดคุยปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยบริการ ทำให้ผู้ป่วยบริการได้เห็นถึงลักษณะทางกายภาพของบริการ สามารถรับรู้ได้ สัมผัสได้ มองเห็นได้ เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการมีการสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ไปสู่ผู้ป่วยบริการ ทำให้ผู้ป่วยบริการมีการยอมรับว่าควรจะได้รับบริการเช่นไร เหมือนที่เคยได้รับหรือไม่ เช่น ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารจากผู้ให้บริการ ทำให้เกิดความพึงพอใจ สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความเชื่อถือไว้วางใจ ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีความพึงพอใจ ในด้านความเชื่อถือไว้วางใจไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกออร์โธปิดิกส์ ส่วนใหญ่อายุ 41 – 50 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ มีประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ จากโรงพยาบาลอื่นมา (มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงดังคำกล่าวของPender(1996) อ้างถึงใน จิตสมร วุฒิพงษ์(2543) ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ได้รับ และลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับ ความสำคัญของสถานะสุขภาพ คุณค่าของการค้นหาโรค ความเอาใจจริงเอาใจ ความต้องการการกระทำในสิ่งที่ดี ตลอดจนความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ การยอมรับพฤติกรรมสุขภาพในวัฒนธรรมนั้น จึงไม่พบความแตกต่างด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ เพราะผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพิ่งมารับบริการที่โรงพยาบาล กลางเป็นครั้งแรก ยังไม่ทราบว่าการที่รับนั้นถูกต้องเหมาะสมตรงกับสัญญาที่ให้ไว้หรือไม่ และมีความสม่ำเสมอในทุกครั้งของบริการหรือไม่ จนทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ ดังนั้น ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงให้ความพึงพอใจในด้านนี้ไม่แตกต่างกัน

3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างด้านความพึงพอใจในการรับบริการ เพราะผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกมักมีความคาดหวังต่อบริการพยาบาลสูงทุกด้านโดยเฉพาะในด้านารได้รับบริการที่รวดเร็ว และจากการสัมภาษณ์ ผู้รับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยใช้เวลา 2 ชั่วโมง 12 นาที กว่าจะได้พบแพทย์ ซึ่งตรงกับผลงานของ สุชาติ ตรีทิพย์ธิคุณ และคณะ (2530) และ วิภา ดุรงค์พิศิษฐกุล (2525) ที่

พบว่าปัญหาผู้ป่วยไม่พึงพอใจคือรอคอยนาน ทำให้ผลต่างของความคาดหวังและการรับรู้ในบริการ มีค่าน้อย จึงไม่พบความแตกต่างด้านความพึงพอใจของทั้ง 2 กลุ่ม

4. การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความพึงพอใจในด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ มีการให้ความรู้เรื่องขั้นตอนการรับบริการในแต่ละจุด ทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจในการรับบริการมีความเชื่อมั่น การได้ชมวีดิทัศน์ทำให้ทราบวิธีป้องกันโรคแทรกซ้อน และวิธีเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง ตลอดจนการอภิปรายปัญหาของผู้รับบริการ ทำให้เข้าใจการเจ็บป่วยในโรคของตนเองมากขึ้น ทราบวิธีปฏิบัติดีขึ้นเพราะบริการพยาบาลมีลักษณะเฉพาะ คือ มองไม่เห็น จับต้องไม่ได้ ผลัดเก็บไว้ไม่ได้ คุณภาพบริการจะเกิดขึ้นขณะพยาบาลลงมือปฏิบัติการพยาบาล การให้ความรู้ การให้ชมวีดิทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการปฏิบัติตน การอภิปรายเพื่อซักถามปัญหา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรับบริการ จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และนำไปพูดปากต่อปาก ทำให้มีผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาลมากขึ้นเพื่อรายได้และความอยู่รอดของโรงพยาบาลในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน ที่ต้องการให้ประชาชนมีการดูแลตนเองมากขึ้น และให้โรงพยาบาลมีการปรับแนวไปในรูปส่งเสริมสุขภาพ เพราะเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า

5. ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ ไม่พบความแตกต่างด้านความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจสรุปได้ว่า เนื่องจากผู้รับบริการเพิ่งมาโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ยังไม่คุ้นเคยกับประสบการณ์ที่ตนเองเคยได้รับมาจากที่โรงพยาบาลอื่น ๆ และงานบริการผู้ป่วยนอก ปัจจุบันมีผู้มาใช้บริการเพิ่มขึ้นทุกวัน แต่อัตราบุคลากรเท่าเดิม ไม่มีการทดแทนเจ้าหน้าที่ที่กรณีทีบุคคลนั้นออกจากงานไปทำให้ภาระงานมากขึ้น เจ้าหน้าที่แผนกต่าง ๆ ต้องทำงานแข่งกับเวลา พยาบาลต้องปรับตัวกับแพทย์ที่สลับกันออกตรวจทุกวัน และต้องปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพต้องใช้เวลาที่ละคน ดังนั้น ความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ในฐานะของสิ่งที่มีชีวิตจิตใจและมีคุณค่าจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด และเป็นพื้นฐานของจริยธรรม คือ ความเข้าใจในคุณค่าของมนุษย์ซึ่งผู้รับบริการต้องการมาก การให้คำแนะนำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และป้องกันโรคแทรกซ้อน ต้องอาศัยความเอื้ออาทร เอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยการให้เวลาเอาใจเขามาใส่ใจเรา คิดว่าถ้าเป็นญาติของเราจะให้อะไรแก่เขาได้ เราจะให้คำแนะนำที่ดีที่สุด ให้คำปรึกษาที่ดีที่สุด และให้การพยาบาลที่ดีที่สุด เพราะผู้รับบริการ คือ ญาติพี่น้องของเรา แต่เนื่องจากมีผู้มารับบริการมากเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ดังนั้น การสร้างความตระหนักในคุณค่าของงานบริการพยาบาล จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจ และเกิดความพึงพอใจ ต้องเพิ่มจำนวนบุคลากรในการให้บริการให้เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการด้วย



### ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพครั้งนี้ พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ และด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการเพียง 2 ด้าน ยังขาดด้านการให้ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที และด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้ป่วย ผู้ให้บริการพยาบาล โดยเฉพาะผู้บริหารอาจใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ เช่น ระดมความคิดของผู้ให้บริการ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยให้ผู้รับบริการเสนอความคิดเห็นใส่กล่องรับความคิดเห็น เพื่อนำไปปรับปรุงการให้บริการในแผนกของตน

2. มีการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพหลาย ๆ แนว เช่น มีห้องสำหรับออกกำลังกาย ห้องสำหรับชมวิดีโอทัศน์เรื่องต่าง ๆ ห้องพักผ่อนคลายเครียด ห้องอภิปรายปัญหา ซึ่งผู้รับบริการสามารถเข้าไปใช้บริการได้ ขณะที่รอคอยพบแพทย์เพราะสามารถประมาณเวลาได้ว่าแพทย์จะมาเมื่อใด อาจจะมีเสียงเรียกชื่อของตนตามห้องต่าง ๆ ที่กำลังใช้บริการอยู่ และให้ผู้รับบริการประเมินความพึงพอใจในบริการที่ได้รับต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึก ศึกษาความต้องการของผู้รับบริการที่แท้จริง เพื่อนำมาปรับปรุงโปรแกรมต่อไป
2. มีการศึกษาอย่างต่อเนื่องถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ
3. มีการประชุมระดับผู้บริหารโรงพยาบาลถึงปัญหาบริการที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข เพื่อทำการศึกษาวิจัยต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรณีการ์ สุวรรณโคตร. (2536). บทบาทด้านการปรับสภาพการรับรู้ต่อภาวะเครียด. เอกสารการสอนชุดวิชามนโมนติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-7. กรุงเทพมหานคร: นำงการพิมพ์.
- กันยา สุวรรณแสง. (2536). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา.
- คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2535). แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535 - 2539. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- คณะอนุกรรมการวิชาการกลุ่มงานผู้ป่วยนอกร่วมกับกลุ่มงานอุบัติเหตุและนิติเวชวิทยา. (2537). รายงานการวิจัยเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลกลาง: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง. โรงพยาบาลกลาง. กรุงเทพมหานคร
- งานเวชระเบียนและสถิติ. (2543). รายงานสถิติผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง. กรุงเทพมหานคร: สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (เอกสารอัดสำเนา).
- จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์. (2538). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534). รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). คู่มือการฝึกอบรมพยาบาลการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสาธารณสุข. สภาการพยาบาล.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2537). คุณภาพของการบริการทางการแพทย์กับแนวคิดทางการตลาด. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 38(4):169 - 178.
- เฉลิมพล ต้นสกุล และรุ่งโรจน์ พุ่มรีว. (2539). การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขศึกษา 19(7): 21 - 31.
- ชาญชัย ศรีไสยเพชร. (2525). ทักษะและเทคนิคการสอน. (ม.ป.ท.)
- ครุณี ชุนหะวัต. (2526). ทัศนคติของผู้ป่วยต่อพยาบาลก่อนและหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ ครุศาสตรมหาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เต็มดวง เจริญสุข. (2532). การศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลตามความคาดหวังกับ

- ความเป็นจริงของผู้คลอดและพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2533). พฤติกรรมสุขภาพ. รายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพศูนย์ประสานงาน  
ทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา.  
เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. (2529). พฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพมหานคร:  
ไทยวัฒนาพานิช.
- นวลลักษณ์ บุษบง. (2541). ตัวประกอบคุณภาพบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ตามความคาดหวัง  
ของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุชรี ไล่พันธ์. (2542). ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและ  
พฤติกรรมการดูแลช่องเปิดของลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้เปิดลำไส้ใหญ่ออกทาง  
หน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
อายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). การมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารสุขศึกษา 8(2): 65 – 70.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). การแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรม. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนา  
วิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ. ครั้งที่ 2 เรื่อง การสุขศึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาพ. วันที่ 8 – 11  
พฤษภาคม 2528 ณ โรงแรมเอเชีย พัทยา จังหวัดชลบุรี. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์  
ศรีอนันต์.
- ประกิจ วงศ์ประเสริฐ. (2537). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรค  
เอดส์ของนักศึกษาผู้ใหญ่ชาย จังหวัดสมุทรปราการ. หลักสูตรปริญญาสาธารณสุข  
ศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเทือง สูงสุวรรณ. (2534). การศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของครูต่อสภาพแวดล้อม  
โรงเรียนของโรงเรียนเอกชนในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษามหาบัณฑิต  
สาขาลิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2522). การสอนสุขศึกษา ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพมหานคร:  
ไทยวัฒนาพานิช.
- ประวิทย์ และ วิจิตรา จงวิศาล. (2537). คู่มือทำกิจกรรม กลุ่มสร้างคุณภาพงาน.  
กรุงเทพมหานคร: เจริญผล.
- ประเวศ ะสี. (2528). หมอประจำบ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

- ปาริชาติ สุขสวัสดิพร. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลค่านิยมทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในสถาบันกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาล เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2534). ทรัพยากรกับการบริหารการพยาบาล. เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล หน่วยที่ 11 – 13. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- พวงเพชร ชุมศรี. (2537). การรับรู้ของบทบาทต่อความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแพร่. พุทธชินราชเวชสาร 11(3): 97 – 100.
- พนิดา คำยุ. (2538). การศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2539). เอกสารประกอบคำบรรยายเรื่องลูกค้าสัมพันธ์กับการบริการ. (อัดสำเนา).
- ขงยุทธ์ วัชรคุลย์ และเล็ก ปริวิสุทธิ์. (2545). โรคกระดูกและข้อที่พบบ่อยในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- ยุวดี ฤชา และคณะ. (2537). วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์การพิมพ์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.
- เรวดี ลือพงศ์ลักษณ์. (2538). การวิเคราะห์พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา อินทราชา. (2538). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วารี วนิชปัญญาพล. (2539). ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลและการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลต่อความคาดหวังของผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิภา ครุรงค์พิศิษฐ์กุล. (2525). ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรามาริบัติ.  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, สุภัทลยา คงสวัสดิ์ และ Sara Bennett. (2539).  
 คุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 4(1):  
 158 – 168.
- วีระพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์. (2539). คุณภาพในงานบริการ. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริม  
 เทคโนโลยี (ไทย – ญี่ปุ่น).
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์, ปริญ ลักขิตานัน และสุกร เสรีรัตน์. (2539). การบริการการตลาดยุคใหม่.  
 กรุงเทพมหานคร: พัฒนาศึกษา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร:  
 วิสิฐสิน.
- สกวาดิ ดวงเด่น. (2539). การศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย  
 รับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 โทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถิต วงศ์สุวรรณ. (2529). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร: เจริญรัตน์การพิมพ์.  
 สาธารณสุข, กระทบวง. (2536). สถิติสาธารณสุข.
- สาธารณสุข, กระทบวง. (2537). นโยบายโครงการและงบประมาณ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์  
 กองแผนงานสาธารณสุข. กระทบวงสาธารณสุข.
- สุชา จันทร์เอม. (2539). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 9. ฉบับแก้ไข กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาติ ตรีทิพย์ธิคุณ และคณะ. (2530). รายงานการวิจัยเรื่องปัญหาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล  
 จิตเวช ขอนแก่น. กองสุขภาพจิต. กรมการแพทย์ กระทบวงสาธารณสุข.
- สุพัตรา เหลี่ยมวรารังกูร. (2540). คุณภาพบริการงานกายอุปกรณ์ ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟู  
 สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 โทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารโรงพยาบาล คณะวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภา เบญจพร, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และวิณา บัลลังก์โพธิ์. (2537). ความคิดเห็นใน  
 กิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อเจ้าหน้าที่  
 ห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลรามาริบัติ. รามาริบัติพยาบาลสาร 38(1): 22 – 29.
- สุภาภรณ์ พรหมดีราช. (2541). ความพึงพอใจของผู้ดูแลการสุขภาพกับการดูแลตนเอง.  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารโรงพยาบาล คณะวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2524). หลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: ทิพย์อักษรการพิมพ์.
- แสงสุรีย์ ทัศนพูนชัย. (2540). ความเครียดกับสุขภาพ. วารสารเพื่อสุขภาพ 7, 41(2): 184 – 187.
- คำลี เปลี่ยนบางช้าง. (2520). บทบาทของโรงพยาบาลในการให้บริการอนามัยผสมผสาน.  
แพทยสภาสาร 6(1): 547.
- คำลี เปลี่ยนบางช้าง. (2543). รวมบทความ ปาฐกถา ญัฐ ภมรประวัติ. ครั้งที่ 8 – 14  
(พ.ศ.2537 – 2543) ณ ห้องประชุม ญัฐ ภมรประวัติ สถาบันพัฒนาการสาธารณสุข  
อาเซียน กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- อรทัย รวยอาจิน. (2533). การศึกษาคำเป็นไปได้ในกรณีผสมผสานการปฏิบัติงานระหว่าง  
บุคลากรของรัฐ และผู้นำชุมชนในงานควบคุมโรคเท้าช้าง : รายงานการวิจัย.  
ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพินท์ บุนนาค, อัจฉรา เอ็นซ์. (2538). สรุปผลการวิจัยเบื้องต้นโครงการศึกษาความพึงพอใจ  
และความต้องการของประชาชนต่อศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลชุมชนใน  
สังกัดกรุงเทพมหานคร. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. (2536). การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อความอยู่รอดของบริการสุขภาพใน  
ภาครัฐ. สานความหวังสู่ความเป็นเลิศของโรงพยาบาลรัฐ ในวาระครบรอบ 60 ปี  
ของ นายแพทย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตร. กรุงเทพฯ: สุรสีห์การพิมพ์.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. (2542). รายงานความก้าวหน้า “การปรับปรุงคู่มือการประเมินสถานพยาบาล  
ประกันสังคม.” สำนักงานประกันสังคม. (เอกสารอัดสำเนา).
- อนง สุภินันท์. (2537). เปรียบเทียบความพึงพอใจกับความคาดหวังของผู้ป่วยในแผนกระบบ  
ประสาทของโรงพยาบาลประสาทสงขลา. วารสารกรมการแพทย์ 19 (8): 293 – 298.
- โอวาท นิตินันท์ประภาส. (2539). อาหารเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

### ภาษาอังกฤษ

- Aili, I. (2000). Perceived information support and self-care behavior among pulmonary  
tuberculosis patient. Master’s Thesis, Department of Nursing Science, Graduate School,  
Chiang Mai University.
- Ali, N.S. (1993). Preparing student nurses for patient education. Nurse Education 18 (2):  
27–29.
- American Heritage Dictionary Second College Edition. (1976). Boston: Houghton Mifflin.
- American Medical Association, Council of Medical Service. (1986). Quality of Care  
256: 1032–1034.
- Anderson, E.A. (1995). Measuring service quality at a university health clinic. Journal of

Health Care Quality Assurance 8 (2): 32–37.

- Annand, F. (1992) . A Challenge for the 1990 S : patient education  
Journal of Ophthalmic Nursing and Technology 11 (5):206-210.
- Babakus, E., et al. (1991). Issues in the practice of cosmetic surgery: Consumers' use of information and perceptions of service quality. Journal of Health Care Marketing 13 (9): 12–18.
- Berry, L.L. and Parasuraman, A. (1991). Marketing service: Competing through time. New York: The Free Press.
- Boesch, E.E. (1972). Communication between doctors and patients in Thailand. Part I, West Germany: University of The Sarr Press.
- Brown, S.W., Gummesson, E., Edvardson, B. and Gusta ,V.B. (1991). Service quality: Multidisciplinary and multinational perspectives. Massachusetts: Lexington Books.
- Burns, N., and Grove, S.K. (1993). The practice of nursing research: Conduct critique and utilization. (2 nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunder.
- Caffarella, R.S. (1984). The nurse's role in hospital based patient education programs for adults. The Journal of Continuing Education in Nursing (6): 222-223.
- Chaplin, J.P. (1968). Dictionary of Psychology. Oxford: Penquin Books Press.
- Clay, R. (1988). Chambery English Dictionary. London: Bunny Soffolk.
- Close, A. (1988) . Patient education a literature review. Journal of Advanced Nursing 13 (2): 203–213.
- Crosby, P.B. (1979). Quality is free: The art of making quality certain. New York: New American Library.
- Desarbo, W.S., Hulf, L., Rolandelli, M.M. and Choi, J. (1994). On the measurement of perceived service quality: A conjoint analysis approach. In R.T. Rust and R.L. Oliver (Eds), Service quality: New directions in theory an practice . Thousand Daks, C.A.,: Sage.
- Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment (Vol.1). Ann Arbor, MI Health: Administration Press.
- Edward,A.L.(1968). Experimental design in psychological research. U.S.A.: Holt Rinehart and Winton.
- Folkes, V.S. (1994). How consumers predict service quality. In R.T. Rust and R.L. Oliver

- (Eds.), Service quality: New directions in theory and practice.  
Thousand Oaks, C.A.: Sage.
- Gessner, B.A. (1989). Adult education: the cornerstone of patient teaching nursing clinics of North America 24 (3):589–595.
- Gillies, D.A. (1994). Nursing management a systems approach. (3 rd ed.).  
Philadelphia: W.B. Saunders.
- Jaeger ,B.J., Kaluzny,A.D. and Roth, A. (1993). Case studies in health administration.  
(Vol.9). Chicago, Illinois: Foundation of the American college of health care executives.
- Johnson, R. and Lyth, D. (1991). Implementing the integration of customer expectations and operational capability. In S.W. Brown, E. Gummerson, B. Edvardsson and B. Gustavsson (Eds.), Service quality: Multidisciplinary and multinational perspectives . Massachusetts: Lexington Books.
- Katherine ,W.V. (1995). Nursing management, concepts and issues. (2 nd ed.).  
Philadelphia: JB Lippincott.
- Kotler, P. (1994). Marketing management: Analysis planing implementation and control.  
(8 th ed.) . Englewood Cliffs, N.J.: Prentice–Hall.
- Krouse, H.J. (2001). Video modelling to educate patients. Journal of Advanced Nursing  
33 (6): 748–757.
- Leming, T.S. (1991). Quality customer service: Nursing 's new challenge nursing  
Administration Quarterly15: 6–12.
- Maslow, A.H. (1970). Motivation an personality / A.H. Maslow . New York:  
Harper and Row, Publishers.
- Mc, Nealy. (1994). Making customer satisfaction happen: a strategy for delighting customer.  
London: Chapman & Hall.
- Milburn, M., et al. (1995). Nursing care that patient value. British Journal  
of Nursing 4 (18):. 1094–1098.
- Mullin, L.J. (1985). Management an organizational behavior. London: Company.
- Murray, R.B. and Zentner, J.P. (1993). Nursing assessment and health promotion–strategies through the life span. (5 th ed.). Norwalk: Appleton and Lange.
- Narrow, B.W. (1979). Patient teaching in nursing practice. New York: John Wiley and sons.



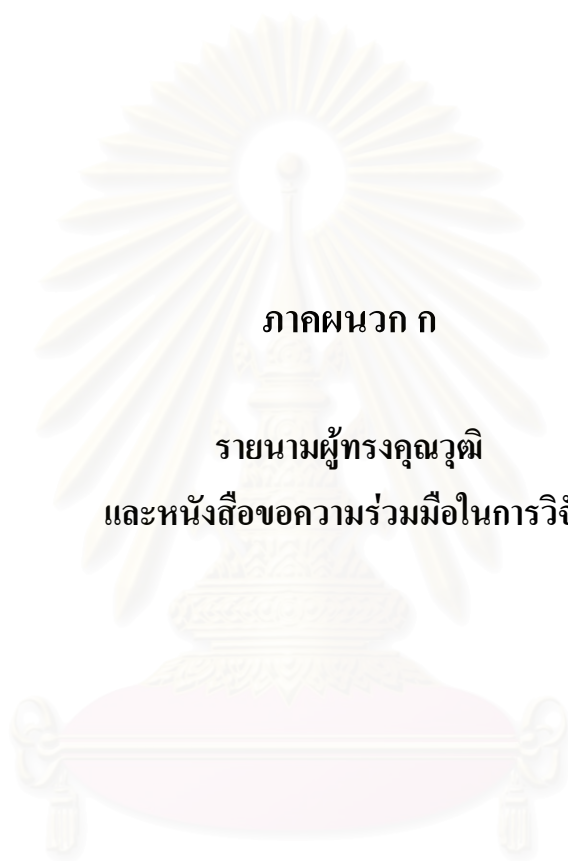
- Oberst, M.T. (1984). Patients perception of care: Measurement of quality and satisfaction  
Cancer 15: 2365-2367.
- Oliver, R.L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction  
decision. Journal of Marketing Research 17: 460-469.
- Oxford University. (1989). The Oxford English Dictionary. (2 nd ed.), (Vol.5). Oxford  
England: Oxford University Press.
- Padberg, R.M. and Padberg, L.F. (1990). Strengthening the effectiveness of  
patient education: Applying principle of adult education on collogue nursing forum  
17 (1): 65 – 69.
- Palank, C.L. (1991). Determinants of health-promotion behavior: A review of current  
research. Nursing clinics of North America 26: 815-832.
- Parasuraman., et.al.(1985). A conceptual model of service quality and its implications for  
future research, Journal of Marketing. 49 (4): 41-50.
- Parasuraman., et al. (1990). Delivering quality service: Balancing customer perceptions  
and expectation . New York: The Free Press.
- Parasuraman, A. (1991). Marketing research. (2 nd ed.) . Reading, M.A.: Addison Wesley.
- Pender, N.J. (1987). Health promotion in nursing practice. (2 nd ed.). Norwalk: Appleton and  
lange.
- Pender, NJ. (1996). Health promotion in nursing practice. (3 rd ed.). Norwalk: Appleton and  
lange.
- Redman, B.K. (1993). The process of pateint education. (7 th ed). St.Louis: MosbyYear  
Book.
- Resler, M.M. (1983). Teaching strategies that promote adherence. Nursing clinics  
of North America 18 (4): 799-811.
- Risser, N.L. (1975). Development of and instrument to measure patient satisfaction with  
nurses and nursing care in primary care setting. Nursing Research 24: 45-52.
- Rorden, J.W. (1987). Nurses as health teacher: A practical guide. Philadelphia: W.B.  
Saunders. Rogers. Communication strategies for family planning.
- Stamatis, D.H. (1996). Total quality service: Principle, practices and implementation.  
Delray Beach, E.L.: St. Louis Press.
- Teas, R. T. (1953). Expectation, performance evaluation and consumers perceptions of  
quality. Journal of Marketting 57: 18-34.

- Tenner, A.R. and Detoro, L.J. (1992). Total quality management: Three step to continuous improvement. Reading, M.A.: Addison–Wesley.
- Porter, T., O' Grady. (1995). Managing Along The Continuum: A New Paradigm For The Clinical Manager Nursing Administration Quarterly : 1–11.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R. and Pender, N.J. (1987). The health promotion lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. Nursing Research 36: 76–81.
- Ware, J.E. Davis, A. and Stewart, A.L. (1978). The measurement and meaning of patient satisfaction. Health & Medical Care Service Review(Vol.1): 1-15.
- Webb, C. and Hope, K. (1995). What kind of nurses do patients want. ? Journal of Clinical Nursing 4 (2): 101–108.
- Webster's Dictionary. (1988). United States of America: G. and C. Merriam.
- Winslow, E.H. (1976). The role of nurse in patient education. Nursing Clinics of North America 11 (2) .: 213–221.
- Wylic, L.C. (1994). Case in public relations management. Lincoln wood, Illinois: NTC Business Books.
- Youssef, F.N., Nel, D. and Boraird, T. (1996). Health care quality in NHS hospitals international. Journal of Health Care Quality Assurance 9 (1): 15–28.
- Zeithaml, V.A., Berry, L.L. and Parasuraman, A. (1988). Communication and control process in the delivery of service quality. Journal of Marketing 52: 35–48.
- Zeithaml, et. al. (1990). Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations. New York: The Free Press.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ  
และหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือ

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ไพรัช ฐะเศรษฐกุล      | หัวหน้าสถาบันออร์โธปิดิกส์<br>โรงพยาบาลเลิดสิน                                     |
| 2. นายแพทย์วิกรม จารุสถิรกุล     | หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์<br>โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร                        |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉวี มากพุ่ม | หัวหน้าภาควิชาออร์โธปิดิกส์<br>คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์            |
| 4. นางแสง สนิทม่วง               | หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์<br>โรงพยาบาลเลิดสิน                                   |
| 5. นางสาวศิลป์ กิตติมนตรีชัย     | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.<br>แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์<br>โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร |

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/ ๒๕๕๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

26 มีนาคม 2545

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

เนื่องด้วย นางอรกานต์ ชินพงษ์พานิช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ต่อความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ ใ้ขอความร่วมมือให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานเรื่อง วัน เวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือให้ นางอรกานต์ ชินพงษ์พานิช ได้ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับ ความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ประนอม รอดคำดี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)  
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก
งานจัดสรรศึกษา	โทร. 02-2189825 โทรสาร 02-2189806
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-2189800-1
ชื่อนิสิต	นางอรกานต์ ชินพงษ์พานิช โทร. 02-2126772 02-2216141 คอ 2704 01-4339241

ที่ ทม 0342/ 479



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

๑๖ มีนาคม 2545

เรื่อง ขอกับรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

เนื่องด้วย นางอรกานต์ ชินพงษ์พานิช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ต่อความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงใคร่ขอความร่วมมือให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจและโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ จากผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกลาง ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานเรื่องวันเวลาในการตอบแบบสอบถามการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือให้ นางอรกานต์ ชินพงษ์พานิช ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ถ้าเนาเรียน

งานจัดการศึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

- 1) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง
  - 2) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง
- โทร. 02-2189825 โทรสาร 02-2189806  
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-2189800-1  
นางอรกานต์ ชินพงษ์พานิช โทร. 02-2126772 02-2216141 ต่อ 2704 01-4339241

ที่ ทม 0342/479



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

26 มีนาคม 2545

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นางอรกานต์ ชินพงษ์พานิช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ต่อความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉวี มากพุ่ม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉวี มากพุ่ม
งานจัดการศึกษา	โทร. 02-2189825 โทรสาร 02-2189806
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-2189800-1
ชื่อนิสิต	นางอรกานต์ ชินพงษ์พานิช โทร. 02-2126772 02-2216141 ต่อ 2704 01-4339241





ภาคผนวก ข

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในแต่ละชุด ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของ(Cronbach's Coefficient) มีสูตร ดังนี้ (ยูวดี ฤชา และคณะ, 2537)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

- $\alpha$  คือ สัมประสิทธิ์ครอนบาค  
 n คือ จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม  
 $\sum S_i^2$  คือ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ  
 $S_t^2$  คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

2. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคาดหวังต่อการบริการที่ต้องการ

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

- เมื่อ  $\bar{X}$  คือ ค่าเฉลี่ย  
 $\sum X$  คือ ผลรวมของคะแนนที่ได้จากข้อคำถาม 22 ข้อ  
 N คือ จำนวนข้อคำถาม

$$S.D. = \sqrt{\frac{\sum X^2 - (\sum X)^2}{n-1}}$$

- เมื่อ S.D. คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
 $\sum X^2$  คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัวกำลังสอง  
 $\sum X$  คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว  
 $n$  คือ จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

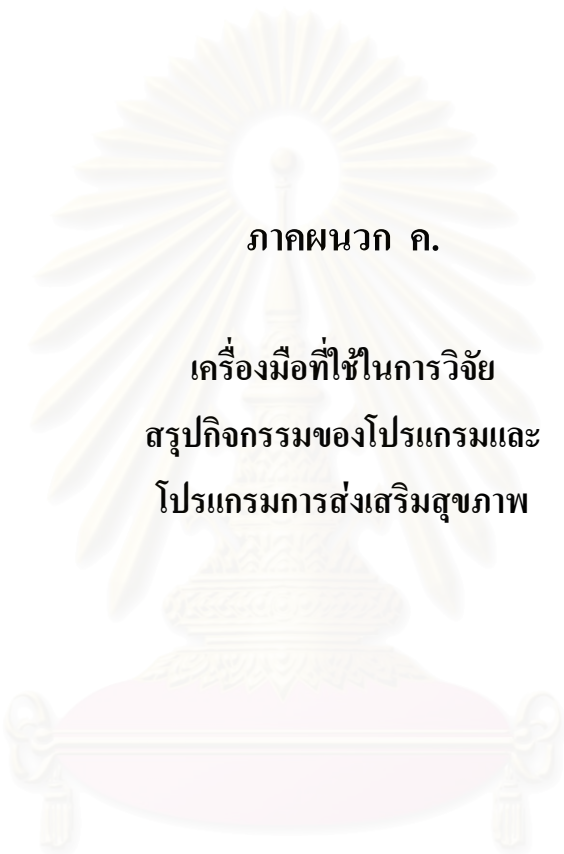
3. เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมใน โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและไม่มีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ paired sample t-test ยูวดี ภาษา และคณะ(2537)

$$S_p^2 = \frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 1) S_2^2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1)}$$

เมื่อ  $n_1$  และ  $n_2$  เป็นขนาดของตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 และ 2  
 $n_1 - 1$  และ  $n_2 - 1$  เป็นค่าขององศาแห่งความอิสระของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และ 2  
ตามลำดับ

$$t = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{S_p^2 \left( \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

ค่าองศาแห่งความอิสระ (df) คือ  $n_1 + n_2 - 2$  และค่าขอบเขตวิกฤตของ  $t$  คือ  $\pm t_{\alpha/2} (n_1 + n_2 - 2)$



ภาคผนวก ค.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย  
สรุปกิจกรรมของโปรแกรมและ  
โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สรุปกิจกรรมของโปรแกรม

ลำดับที่ของ โปรแกรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม		สิ่งที่ใช้	เวลา สถานที่	เนื้อหา
		พยาบาล	ผู้ป่วย			
1	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอนการรับบริการที่แผนกกระดูก และแผนกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้อง</p> <p>3. เพื่อลดความวิตกกังวลขณะรอรับบริการตามแผนกต่าง ๆ</p>	<p>1. ศึกษาขั้นตอนการให้บริการของแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล 10 ขั้นตอน</p> <p>2. ชักถามและขอความคิดเห็น คำแนะนำจากหัวหน้าหน่วยงานให้บริการตามแผนกต่าง ๆ</p> <p>3. นำข้อมูลที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญและลำดับการรับบริการก่อนหลัง</p> <p>4. เขียนโปรแกรมที่ 1 ออกมาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง</p> <p>5. ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ</p> <p>6. ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียง</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพ</p> <p>2. ให้คำแนะนำ</p> <p>3. อธิบายให้เข้าใจให้ข้อมูล และคัดเลือกตัวอย่าง เพื่อเข้ารับการทดลอง</p> <p>4. ทำการทดลองตามโปรแกรมที่ 1</p> <p>5. ให้ตอบแบบสอบถาม ความพึงพอใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม</p>	<p>1. ภาพพlica จากกระดาษโปสเตอร์</p> <p>2. บูลสาร ขั้นตอนการรับบริการตามแผนกต่าง ๆ</p>	<p>- เวลา 07.30 - 08.30 น.</p> <p>- ในวันราชการจันทร์ - ศุกร์</p> <p>- ที่แผนกกระดูกผู้ป่วยนอก</p>	<p><u>โปรแกรมที่ 1</u> ขั้นตอนการรับบริการที่แผนกกระดูกผู้ป่วยนอก แบ่งเป็น</p> <p>1.1 ขั้นตอนการทำบัตร</p> <p>1.2 ขั้นตอนการติดต่อที่เคาน์เตอร์พยาบาล</p> <p>1.3 ขั้นตอนการเลือกแพทย์เจ้าของไข้</p> <p>1.4 ขั้นตอนการเข้าพบแพทย์</p> <p>1.5 ขั้นตอนการถ่ายเอกซเรย์ส่วนต่าง ๆ ของกระดูก</p> <p>1.6 ขั้นตอนการเข้ารับการรักษาเข้าชื่อ ทำผลเข้าเฝือก หรือดิ่งกระดูกให้เข้าที่</p> <p>1.7 ขั้นตอนการซื้อยาและการชำระเงิน</p> <p>1.8 ขั้นตอนการติดตามผลตามนัด</p> <p>1.9 ขั้นตอนการรับบริการที่ห้องชันสูตรโรค (ห้อง Lab)</p> <p>1.10 ขั้นตอนการรับบริการที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู (ห้องกายภาพบำบัด)</p>

## สรุปกิจกรรมของโปรแกรม

ลำดับที่ของ โปรแกรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม		สิ่งที่ใช้	เวลา สถานที่	เนื้อหา
		พยาบาล	ผู้ป่วย			
2	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางกระดูกมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่เร็วขึ้น</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีโรคแทรกซ้อนใด ๆ ขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่บ้าน</p>	<p>7. ปรับปรุงเครื่องมือตาม ที่ผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ แนะนำ</p> <p>1. ศึกษาวิธีการปฏิบัติตน สำหรับผู้ป่วยกระดูกจาก ตำรา เอกสารต่าง ๆ</p> <p>2. ศึกษาวิธีการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน ต่าง ๆ ที่มักพบในผู้ป่วย โรคกระดูก</p> <p>3. จัดลำดับความสำคัญ ของเนื้อเรื่อง</p> <p>4. เขียนโปรแกรมที่ 2 มี 7 ข้อ</p> <p>5. นำโปรแกรมให้อาจารย์ ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ</p>	<p>1. อธิบายให้ผู้เข้าร่วม การวิจัยทราบแนวทางการ ปฏิบัติตน</p> <p>2. ให้ผู้ป่วยซักถาม ข้อข้องใจ หรือสงสัย ในรายที่ยังไม่ถึงคิว ตรวจ</p> <p>3. สอบถามความ เข้าใจ</p>	<p>1. เครื่องเล่นวีดิทัศน์</p> <p>2. วีดิทัศน์การปฏิบัติ ตนสำหรับผู้ป่วยโรค กระดูก และการ ป้องกันโรคแทรกซ้อน</p> <p>3. สายต่อสายไฟ</p> <p>4. เครื่องรับโทรทัศน์</p>	<p>- เวลา 07.30 - 08.30 น.</p> <p>- ในวันราชการจันทร์ - ศุกร์</p> <p>- ที่แผนกกระดูกผู้ป่วยนอก</p>	<p><u>โปรแกรมที่ 2</u> การปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหา โรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน แบ่งเป็น 7 ข้อ</p> <p>2.1 การรับประทานอาหารเพื่อช่วยให้กระดูก หายเร็วขึ้น</p> <p>2.2 การรับประทานยาให้ถูกวิธี</p> <p>2.3 การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการยึดติด ของข้อต่อต่าง ๆ และกล้ามเนื้อลีบ</p> <p>2.4 การป้องกันแผลกดทับ</p> <p>2.5 การป้องกันปอดบวม</p> <p>2.6 การป้องกันการเกิดนิ่วในไต</p> <p>2.7 การป้องกันโรคกระดูกพรุนในวัยทอง</p>

## สรุปกิจกรรมของ โปรแกรม

ลำดับที่ของ โปรแกรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม		สิ่งที่ใช้	เวลา สถานที่	เนื้อหา
		พยาบาล	ผู้ป่วย			
3	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้ได้มาซึ่งการมีสุขภาพดี</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ยังไม่ถึงคิวตรวจได้รับความรู้ความเข้าใจในสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ</p>	<p>6. แก้ไขโปรแกรมตามที่อาจารย์ และผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ</p> <p>7. เขียนบทวีดิทัศน์</p> <p>8. ปรีกษาผู้เชี่ยวชาญด้านวีดิทัศน์ เพื่อถ่ายทำวีดิทัศน์</p> <p>9. ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>10. แก้ไขตามที่อาจารย์และผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ</p> <p>1. ศึกษาข้อมูลสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ</p> <p>2. เขียน Scrip บท และฉากที่ควรจะมีในวีดิทัศน์</p> <p>3. ปรีกษาผู้เชี่ยวชาญด้านวีดิทัศน์</p>	<p>1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง</p> <p>2. สร้างสั้มพันสภาพเจริญเข้าร่วมการทดลอง</p> <p>3. ให้ผู้ป่วยเข้ารับโปรแกรมที่ 1 - 3 ในรายที่ยังไม่ถึงคิวตรวจ</p>	<p>1. วีดิทัศน์</p> <p>2. เครื่องรับโทรทัศน์</p> <p>3. เครื่องฉายวีดิทัศน์</p> <p>4. สายไฟและอุปกรณ์ต่าง ๆ</p>	<p>- เวลา 07.30 - 08.30 น.</p> <p>- ในวันราชการจันทร์ - ศุกร์</p> <p>- ที่แผนกกระดูกผู้ป่วยนอก</p>	<p><u>โปรแกรมที่ 3</u> แนวทางปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ</p> <p>3.1 ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด</p> <p>3.2 รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง</p> <p>3.3 ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย</p>

## สรุปกิจกรรมของโปรแกรม

ลำดับที่ของ โปรแกรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม		สิ่งที่ใช้	เวลา สถานที่	เนื้อหา
		พยาบาล	ผู้ป่วย			
		4. นำ Scrip ที่เขียนให้ อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจ ความถูกต้องของเนื้อหา และสำนวน 5. จัดทำวีดิทัศน์หลังตรวจ เนื้อหาแล้ว 6. ทดลองฉายกับกลุ่ม ตัวอย่างที่โรงพยาบาล เลิศสิน 7. แก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ แนะนำ 8. ดำเนินการวิจัย	4. ให้พบแพทย์ในราย ที่ถึงคิวตรวจ 5. ให้ตอบแบบประเมิน ความพึงพอใจในกลุ่ม ทดลอง และกลุ่ม ควบคุม			3.4 กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสาร อันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสุนัข 3.5 งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ 3.6 สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น 3.7 ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท 3.8 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพ ประจำปี 3.9 ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ 3.10 มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม



## สรุปกิจกรรมของโปรแกรม

ลำดับที่ของ โปรแกรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม		สิ่งที่ใช้	เวลา สถานที่	เนื้อหา
		พยาบาล	ผู้ป่วย			
4	เพื่อให้ผู้ป่วยได้ ซักถามและได้รับ คำแนะนำที่ถูกต้อง หลังพบแพทย์	1. อภิปรายและตอบคำถาม ในรายที่มีเวลาและสนใจ 2. ให้คำแนะนำในรายที่ พบแพทย์แล้ว 3. ให้โอกาสผู้ป่วยพูดคุย ปัญหาของตน ช่วยแนะ ทางแก้ปัญหา	1. ให้ผู้ป่วยแสดง ความคิดเห็นและ พูดคุยระหว่าง ผู้ป่วยและญาติ 2. สร้างสัมพันธภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยกระดุก เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และกล้าแสดงความ คิดเห็น	1. กระดานโน้ต 2. ดินสอ และปากกา เพื่อจดปัญหาต่าง ๆ ที่พูดคุย	- 07.30 - 08.30 น. - ในวันราชการจันทร์ - ศุกร์ #NAME?	<u>โปรแกรมที่ 4</u> เป็นการพูดคุย อภิปรายปัญหาและให้ คำแนะนำในรายที่ผู้ป่วยพบแพทย์แล้ว แต่ยังไม่เข้าใจการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

## โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ มี 4 กิจกรรม

### กิจกรรมที่ 1

การให้ผู้รับบริการทราบขั้นตอนการรับบริการที่แผนกกระดูกผู้ป่วยนอก ขั้นตอนต่าง ๆ ที่ผู้รับบริการที่มาโรงพยาบาลครั้งแรกควรทราบ มีดังนี้

1. ขั้นตอนการทำบัตร โดยผู้วิจัยศึกษาขั้นตอนต่าง ๆ ของการรับบริการในแผนกต่าง ๆ ที่ผู้รับบริการจะต้องเกี่ยวข้องด้วย แล้วนำมาเขียนเป็นคู่มือการรับบริการตามแผนกต่าง ๆ ดังนี้
  - 1.1 เมื่อมาถึงโรงพยาบาลให้ผู้รับบริการไปยังแผนกทำบัตรผู้ป่วยนอกใหม่ หรือแผนกประชาสัมพันธ์ จะมีหน่วยกรอกประวัติขอทำบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก
  - 1.2 จะมีเจ้าหน้าที่หรือผู้สูงอายุอาสาสมัครคอยให้คำแนะนำ และกรอกข้อมูลในใบขอทำบัตรใหม่ด้วยดินสอ ในรายที่เขียนไม่ได้ให้แจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อช่วยบันทึกให้
  - 1.3 เมื่อกรอกใบขอทำบัตรเสร็จ นำไปที่จุดคัดกรองเพื่อลงทะเบียนว่าจะตรวจแผนกใด
  - 1.4 นำใบที่ลงทะเบียนแล้วไปเสียไว้ที่ช่องทำบัตรใหม่ แผนกคอมพิวเตอร์เพื่อรอเจ้าหน้าที่ป้อนข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์
  - 1.5 นั่งรอเรียกชื่อเพื่อรับบัตรเล็ก (บัตรประจำตัวผู้ป่วยนอก) พร้อมได้รับคำแนะนำให้เดินไปยังแผนกที่ต้องการตรวจ คือ ห้องตรวจโรคกระดูก (ห้องเฟือก)
  - 1.6 นำบัตรรายงานผู้ป่วย (OPD Card) ยื่นที่เคาน์เตอร์พยาบาลห้องเฟือก
2. ขั้นตอนการติดต่อที่เคาน์เตอร์พยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาขั้นตอนต่าง ๆ ตามหน่วยงานนั้น ๆ ว่ามีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างไรบ้าง แล้วนำมาเขียนเป็นคู่มือการปฏิบัติสำหรับผู้รับบริการ ดังนี้
  - 2.1 หลังจากผู้รับบริการยื่นบัตรที่แผนกคอมพิวเตอร์ และเจ้าหน้าที่เรียกให้มารับบัตรเล็ก (บัตรประจำตัวผู้ป่วยนอก) พร้อมให้เดินถือใบรายงานผู้ป่วยนอก (OPD Card) ไปติดต่อที่แผนกกระดูก (ห้องเฟือก)
  - 2.2 นำ OPD Card ยื่นที่เคาน์เตอร์พยาบาลพร้อมระบุชื่อแพทย์ที่ต้องการตรวจให้กับเจ้าหน้าที่ในรายที่เลือกแพทย์เจ้าของไข้ได้
  - 2.3 พยาบาลจะซักประวัติและทำใบบันทึกของแผนกกระดูก (Fracture record) เพื่อแนบพร้อมใบ OPD Card ใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที เสร็จแล้วให้ไปนั่งรอที่เก้าอี้ฝั่งตรงข้ามเคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อรอเจ้าหน้าที่เรียกอีกครั้งเมื่อถึงคิวพบแพทย์
3. ขั้นตอนการเลือกแพทย์เจ้าของไข้ ผู้วิจัยศึกษาการออกตรวจ OPD ของแพทย์กระดูกนำมาเขียนเป็นคู่มือ ดังนี้

- 3.1 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าเป็นวันนี้แพทย์สาย 1 หรือสาย 2 ออกตรวจ
- 3.2 โดยแพทย์สาย 1 จะออกตรวจทุกวันจันทร์และวันพุธ โดยมีออกตรวจ 4 คน
- 3.3 แพทย์สาย 2 จะออกตรวจทุกวันอังคารและวันศุกร์ โดยมีออกตรวจ 4 คน
- 3.4 วันพฤหัสบดีรับตรวจเฉพาะผู้ป่วยใหม่ และผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่รับตรวจผู้ป่วยเก่า
4. ขั้นตอนการเข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยศึกษาสอบถามขั้นตอนการเข้าพบแพทย์กับเจ้าหน้าที่ห้องเฟือกแล้วนำมาเขียนเป็นคู่มือการปฏิบัติ ดังนี้
  - 4.1 เมื่อเจ้าหน้าที่เรียกชื่อให้เข้าไปนั่งรอข้างในห้องตรวจ ให้เตรียมฟิล์มเก่าไปด้วย เพื่อให้แพทย์ดูเปรียบเทียบในรายที่มีฟิล์มจากข้างนอกมาด้วย พยาบาลห้องเฟือกจะให้คำแนะนำว่าให้คอยหน้าห้องเลขที่เท่าใดพร้อมชื่อแพทย์ที่รอตรวจ และให้เลขคิวของผู้ป่วยโดยดูหมายเลขลำดับหน้าห้องตรวจ เพื่อจะได้ทราบว่าอีกกี่คนจะถึงคิวของตน
  - 4.2 ในรายที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ให้ญาติหรือผู้ดูแลเล่าอาการต่าง ๆ ให้แพทย์ทราบ พร้อมบอกชนิดของยาที่เคยแพ้อาการต่าง ๆ ที่แพ้ยา เพื่อแพทย์จะได้เลือกยาให้เหมาะสมกับตน
  - 4.3 ในรายที่ต้องเอกซเรย์ส่วนต่าง ๆ ของกระดูกใหม่ เพื่อการวินิจฉัยโรคที่ต้องการ เมื่อแพทย์เขียนใบส่งตรวจเอกซเรย์แล้ว นำใบส่งตรวจเอกซเรย์ไปติดต่อแผนกเอกซเรย์พร้อมบัตรเล็กผู้ป่วย
  - 4.4 ในรายที่ต้องนัดมาเข้าซื้อกระดูกหรือทำแผล หรือใส่เฟือกให้ผู้รับบริการติดต่อพยาบาลด้านนอกอีกครั้ง
5. ขั้นตอนการถ่ายเอกซเรย์ส่วนต่าง ๆ ของกระดูก ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการที่ห้องเอกซเรย์และนำมาเขียนเป็นคู่มือการปฏิบัติ ดังนี้
  - 5.1 นำใบส่งตรวจเอกซเรย์ขึ้นที่เคาน์เตอร์ห้องถ่ายเอกซเรย์ พร้อมบัตรเล็กเพื่อลงเลขที่ของฟิล์มเอกซเรย์
  - 5.2 ชำระเงินค่าเอกซเรย์ ท่าละ 60 – 80 บาท ที่เคาน์เตอร์เก็บเงินด้านขวาห้องเอกซเรย์
  - 5.3 นั่งรอหน้าห้องเอกซเรย์ เพื่อรอคิว ถอดเครื่องประดับและเสื้อชั้นในที่มีโลหะออกจากบริเวณที่ต้องการถ่ายเอกซเรย์ เช่น นาฬิกา เข็มขัด แหวนต่าง ๆ
  - 5.4 เมื่อเอกซเรย์เสร็จให้กลับไปรอพบแพทย์ที่ห้องตรวจ ใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที
  - 5.5 เมื่อแพทย์ดูฟิล์มแล้วจะอธิบายให้ผู้รับบริการทราบว่าต้องทำการรักษาด้วยวิธีใดต่อไป พร้อมให้ใบสั่งยาเพื่อซื้อยารับประทานก่อน พร้อมนัดให้มาพบแพทย์อีกในสัปดาห์ต่อไป

- 5.6 ส่วนในรายที่ต้องได้รับการผ่าตัด แพทย์จะอธิบายให้ทราบว่าจะต้องทำวิธีใด ค่าใช้จ่ายประมาณเท่าใด เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจ ถ้าผู้ป่วยพร้อมแพทย์จะเขียนใบเพื่อรับตัวไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในต่อไป ให้นำใบ admit ติดต่อพยาบาลที่เคาน์เตอร์เพื่อจองเตียงพิเศษหรือเตียงสามัญต่อไป
6. ขั้นตอนการเข้ารับการรักษา ทำแผล เข้าฝือก หรือดิ่งกระดูกให้เข้าที่ ผู้วิจัยศึกษาขั้นตอนนี้และนำมาเขียนเป็นคู่มือการรับบริการ ดังนี้
- 6.1 เมื่อแพทย์ดูฟิล์มเอกซเรย์แล้ว จะให้คำแนะนำผู้ป่วยพร้อมเขียนคำสั่งการรักษาในแผ่นกระดาษ
- 6.2 ให้นำคำสั่งนั้นไปที่ห้องทำการพยาบาลด้านใน เพื่อเจ้าหน้าที่พยาบาลจะได้เตรียมยา อุปกรณ์การทำแผล อุปกรณ์การเข้าฝือก เมื่อพร้อมแล้วจะเชิญแพทย์ให้มาฉีดยาเข้าข้อ หรือดิ่งกระดูกเข้าที่หรือดูแผลเพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องต่อไป
7. ขั้นตอนการซื้อยาและชำระเงิน ผู้วิจัยศึกษาขั้นตอนนี้และนำมาเขียนเป็นคู่มือการรับบริการ ดังนี้
- 7.1 เมื่อแพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วยเสร็จจะเขียนใบสั่งยาให้ผู้ป่วยนำไปสั่งยาไปยื่นที่แผนกเภสัชเพื่อตีราคายา
- 7.2 นำใบสั่งยาที่ตีราคาแล้วไปชำระที่จุดชำระเงินด้านข้าง พร้อมแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบในรายที่เบิกต้นสังกัดได้ จะได้ตรวจสอบใบเสร็จรับเงินว่า ชื่อ – สกุล ถูกต้อง
- 7.3 เมื่อชำระเงินค่ายาเรียบร้อยแล้ว ให้นำใบสั่งยาขึ้นที่ห้องยาอีกครั้ง แล้วนั่งรอประมาณ 10 – 15 นาที เมื่อเจ้าหน้าที่จัดยาเสร็จจะเรียกชื่อให้มารับยา และคำแนะนำการรับประทานยา ถ้าไม่เข้าใจให้ซักถามได้
8. ขั้นตอนการติดตามผลตามนัด ผู้วิจัยได้ศึกษาขั้นตอน และนำมาเขียนเป็นคู่มือการรับบริการ ดังนี้
- 8.1 เมื่อผู้ป่วยพบแพทย์แล้วให้กลับมาพบแพทย์อีกใน 1 – 2 สัปดาห์ต่อไป หรือตามวันที่แพทย์นัด
- 8.2 ให้มาตรงวันที่รักษา เช่น เคยมาวันจันทร์หรือวันพุธ ให้กลับมาวันจันทร์ หรือวันพุธต่อไป ถ้ามาตรวจวันอังคารและศุกร์ให้กลับมาอีกวันอังคารและวันศุกร์ เพื่อจะได้พบแพทย์คนเดิม
- 8.3 ให้มาพบแพทย์ก่อนกำหนดวันนัดได้ในกรณีมีอาการไม่ดีขึ้น หรือแย่ลงกว่าเดิม เช่น มีไข้ บวม ชา ปวดมากขึ้น
9. ขั้นตอนการรับบริการที่ห้องชันสูตรโรค (ห้อง Lab) ผู้วิจัยได้ศึกษาขั้นตอนนี้ที่ห้องชันสูตรโรค และนำมาเขียนเป็นคู่มือการรับบริการ ดังนี้

- 9.1 ในรายที่แพทย์ต้องการตรวจวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยมีน้ำตาลในเลือดสูงเท่าใดหรือมีการติดเชื้อในร่างกายหรือไม่ แพทย์จะเขียนใบสั่งเจาะเลือด (Lab) ให้ผู้ป่วยนำไปสั่งเจาะเลือด (Lab) ไปยื่นที่ชั้นสองตึกอำนวยการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่คิดราคาค่าบริการเจาะเลือด
  - 9.2 นำใบคิดราคาไปชำระเงินที่แผนกการเงินข้างห้องเอกซเรย์ หรือห้องจ่ายยาก็ได้เสร็จแล้วนำไปเจาะเลือดยื่นห้องชันสูตรอีกครั้ง และนั่งรอเรียกชื่อเพื่อเจาะเลือดต่อไป ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที
  - 9.3 เมื่อเจาะเลือดแล้วถามเจ้าหน้าที่ว่าให้คอยผล หรือนัดมาฟังผลสัปดาห์หน้าในรายที่ให้คอยผล ใช้เวลา 15 – 30 นาที ถ้านานเกิน 1 ชั่วโมงให้ติดต่อเจ้าหน้าที่อีกครั้ง ระหว่างคอยอาจไปรับประทานอาหารหรือทำธุระอย่างอื่นก่อนก็ได้
  - 9.4 เมื่อได้เวลานัด นำผลเลือดกลับไปพบแพทย์คนเดิม เพื่อรับใบสั่งยาต่อไป ส่วนในรายที่รับผลสัปดาห์หน้า เจ้าหน้าที่จะให้ใบนัดมารับผลเลือดอีกใบ
10. ขั้นตอนการรับบริการที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู (ห้องกายภาพบำบัด) ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการรับบริการที่ห้องเวชศาสตร์ฟื้นฟู และนำมาเขียนเป็นคู่มือ ดังนี้
- 10.1 ในรายที่ต้องใช้เวชศาสตร์ฟื้นฟูช่วยในการรักษา แพทย์จะเขียนใบส่งตัวให้นำใบส่งตัวไปติดต่อที่เคาน์เตอร์ห้องกายภาพบำบัดเพื่อลงทะเบียนและรอพบแพทย์
  - 10.2 แพทย์หรือนักกายภาพบำบัดจะอธิบายให้เข้าใจขั้นตอนการบำบัดรักษา โดยใช้ความร้อนประคบหรือกระตุ้นโดยใช้ไฟฟ้าแล้วแต่กรณี
  - 10.3 ในรายที่ต้องฝึกกล้ามเนื้อหรือหัดงอส่วนต่าง ๆ ของอวัยวะจะมีเจ้าหน้าที่คอยช่วยและสอนให้ปฏิบัติตาม
  - 10.4 ให้มายื่นบัตรตามที่นัดทุกครั้ง จนกว่าจะจบคอร์สการรักษา

## **กิจกรรมที่ 2** ในรายที่ยังไม่ถึงคิวตรวจ

การให้ความรู้ด้านการปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาโรคกระดูกและการป้องกันโรคแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสาร การสัมภาษณ์ผู้รับบริการ และจากประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยมาทำให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แล้วนำมาเขียนเป็นคู่มือแนวทางปฏิบัติและนำไปผลิตเป็นสื่อวีดิทัศน์ ดังภาคผนวก จ

1. การรับประทานอาหารเพื่อช่วยให้กระดูกหายเร็วขึ้น
  - 1.1 เลือกรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาตัวเล็ก ๆ
  - 1.2 การรับประทานอาหารวิตามินซีสูง เพื่อช่วยให้แผลหายเร็ว เช่น ฝรั่ง มะละกอ มะเขือเทศ

- 1.3 การรับประทานอาหารโปรตีนสูง เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เช่น เนื้อ นม ไข่ ถั่วต่าง ๆ
  - 1.4 เลือกรับประทานผัก ผลไม้มาก ๆ ดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อป้องกันท้องผูก เนื่องจากผู้ป่วยกระดูกมักถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ลำไส้ทำงานน้อยลง
2. การรับประทานยาให้ถูกวิธี
    - 2.1 การรับประทานยาแก้ปวดก่อนหรือหลังรับประทานอาหาร 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ยาหลังอาหารต้องทานหลังรับประทานอาหารจริง ๆ เพื่อป้องกันโรคกระเพาะอาหาร เพราะยาแก้ปวดในโรคกระดูกมักบดบังรสของยา
    - 2.2 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะซีดจากโรคกระเพาะอาหาร โดยสังเกตสีของอุจจาระ ถ้าเป็นสีดำ ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร เปลือกตาต่างซีดให้รีบพามาพบแพทย์ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ทานยาแก้ปวดกระดูกนาน ๆ ให้ญาติหรือผู้ดูแลช่วยสังเกตผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เพราะผู้ป่วยทานยาแก้ปวดกระดูกเวลามีเลือดออกในกระเพาะอาหารจะรู้สึกปวดท้อง
3. การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่อต่าง ๆ และกล้ามเนื้อ
    - 3.1 ในรายผู้ป่วยเข้าเฝือกต้องบริหารกล้ามเนื้อที่อยู่ในเฝือก โดยการเกร็งกล้ามเนื้อที่บริเวณข้อต่อและส่วนปลายของข้อต่อ
    - 3.2 ในรายผู้ป่วยทำ Traction ทั้ง skin traction และ skeletal traction ต้องเกร็งกล้ามเนื้อบ่อย ๆ เช้า เย็น
    - 3.3 ในรายที่อยู่บนเตียงต้องบริหารข้อต่อต่าง ๆ เช่น หัวไหล่ ข้อศอก ข้อเข่า ข้อสะโพก
4. การป้องกันแผลกดทับ
    - 4.1 ในรายที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ญาติหรือผู้ดูแลต้องพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หมั่นนวดบริเวณปุ่มกระดูก และรักษาความสะอาดของผิวหนังให้แห้งอยู่เสมอ ผ้าปูที่นอนต้องเรียบสะอาด
    - 4.2 ให้นอนเตียงลม (alpha bed) ที่มีการปรับระดับแรงดันลมเพื่อป้องกันแผลกดทับ (bedsore)
    - 4.3 ใช้ฟองน้ำหรือผ้าขนสัตว์หรือถุงมือน้ำรองบริเวณปุ่มกระดูก เวลาพลิกตะแคงตัวต้องจัดทำให้เหมาะสม
5. การป้องกันปอดบวม
    - 5.1 ในรายที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องเปลี่ยนท่านอนให้บ่อย ๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ และให้หายใจลึก ๆ เคาะปอดในรายช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
    - 5.2 จัด Position โดยการไขเตียงให้นั่งหรือให้นั่ง wheel chair

6. การป้องกันการเกิดน้ำในไต
  - 6.1 เนื่องจากผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้น้อย เมื่อปัสสาวะเป็นค้างจะทำให้เกิดการตกตะกอนได้มาก การนอนหงายทำให้เกิดการอุดตันของน้ำปัสสาวะต้องเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ
  - 6.2 การได้รับน้ำน้อยความเข้มข้นของแคลเซียมจะเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดนิ่วและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ ป้องกันโดยดื่มน้ำมาก ๆ และเปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ
7. การป้องกันการกระดูกพรุน
  - 7.1 การไม่มี Activity ไม่ได้ลงน้ำหนักหรือยืน ทำให้สูญเสียแคลเซียมจากกระดูก เป็นผลให้กระดูกบาง ป้องกันโดยให้ผู้ป่วยหัดยืนบนเตียงที่ปรับระดับได้ (tilt table)
  - 7.2 ให้เพิ่มอาหารแคลเซียมสูง ปลาตัวเล็ก ๆ นมถั่วเหลือง

**กิจกรรมที่ 3** ในรายที่ยังไม่ถึงคิวตรวจหรือตรวจเสร็จแล้วแต่เข้าโปรแกรมไม่ครบให้กลับมาเข้าโปรแกรมจนครบ

การให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ข้อ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยศึกษาวิธีทัศนที่มีอยู่แล้วของกระทรวงสาธารณสุข แล้วนำมาดัดแปลงสร้างใหม่ให้เข้าใจง่ายขึ้น โดยมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (ดังภาคผนวก ฉ)

1. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
  - (1) อาบน้ำให้สะอาดทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
  - (2) สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
  - (3) ตัดเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอ
  - (4) ถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน
  - (5) ใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ไม่อับชื้น และให้อบอุ่นเพียงพอ
  - (6) จัดเก็บของใช้ให้เป็นระเบียบ
2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
  - (1) ถูฟันหรือบ้วนปากหลังกินอาหาร
  - (2) หลีกเลี่ยงการกินลูกอม ลูกกวาด ทอฟฟี่ เป็นต้น
  - (3) ตรวจสอบสุขภาพในช่องปากอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
  - (4) แปรงฟันทุกวันอย่างถูกวิธีอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน
  - (5) ห้ามใช้ฟันกัด ขบเคี้ยวของแข็ง

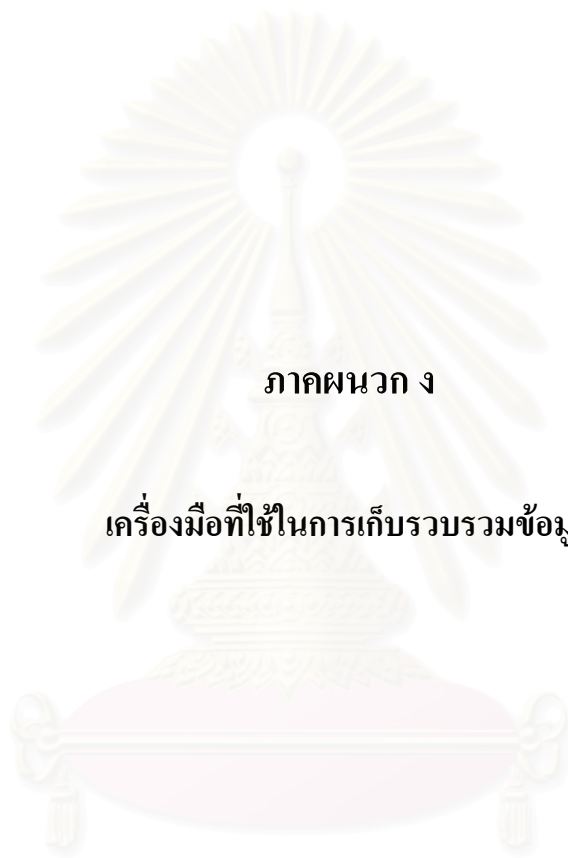
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย
  - (1) ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่ายทุกครั้ง
4. กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีฉูดฉาด
  - (1) เลือกซื้ออาหารที่สด สะอาด ปราศจากสารอันตราย
  - (2) กินอาหารที่มีการเตรียม การประกอบอาหาร และใส่ในภาชนะที่สะอาด
  - (3) กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ
  - (4) ไม่กินอาหารที่ใส่สี มีสารอันตราย เช่น สีข้อมฟ้า ยากันบูด ผงชูรส บอแรกซ์ ยาฆ่าแมลง ฟอรัมาลิน เป็นต้น
  - (5) กินอาหารให้เป็นเวลา
  - (6) กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ในปริมาณที่พอเหมาะ
  - (7) ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เช่น น้ำประปา น้ำดื่ม น้ำฝน น้ำที่ผ่านการกลั่นกรอง น้ำกลั่น น้ำที่ผ่านกระบวนการผลิตอย่างถูกต้องวิธี เป็นต้น
  - (8) หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัด เผ็ดจัด และของหมักดอง
  - (9) หลีกเลี่ยงของกินเล่น
5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
  - (1) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน
  - (2) สร้างเสริมค่านิยม รักเดียวใจเดียว รักนวลสงวนตัว ไม่ชิงสุกก่อนห่าม (มีคู่ครองเมื่อถึงเวลาอันควร)
6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
  - (1) สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกันทำงานบ้าน
  - (2) มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในครอบครัว
  - (3) มีการปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา
  - (4) เพื่อแผ่หัวใจไมตรีให้กับสมาชิกในครอบครัว
  - (5) มีกิจกรรมรื่นเริงสังสรรค์และพักผ่อนภายในครอบครัว
7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
  - (1) ระมัดระวังในการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น ไฟฟ้า เต้าแก๊ส ของมีคม จุดธูปเทียนบูชาพระ ไม้ขีดไฟ เป็นต้น
  - (2) ระมัดระวังในการป้องกันอุบัติเหตุในที่สาธารณะ เช่น ปฏิบัติตามกฎหมายแห่งความปลอดภัยจากการจราจรทางบก ทางน้ำ ป้องกันอันตรายจาก โรงฝึกงาน ห้องปฏิบัติการ เขตก่อสร้าง หลีกเลี่ยงการชุมนุมห้อมล้อม ในขณะที่เกิดอุบัติเหตุ



8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี
  - (1) ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
  - (2) ออกกำลังกายและเล่นกีฬาให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวัย
  - (3) เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายอย่างสนุกสนาน
  - (4) ตรวจสุขภาพโดยแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
  - (1) พักผ่อนให้เพียงพอ
  - (2) เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ควรหาทางผ่อนคลายโดยการปรึกษาผู้ใกล้ชิดที่ไว้ใจได้ หรือเข้าหาสิ่งบันเทิงใจ เช่น เล่นกีฬา ฟังเพลง ดูภาพยนตร์ เป็นต้น
  - (3) ทำงานอดิเรกในยามว่าง
  - (4) ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา
10. มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม
  - (1) ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด
  - (2) อนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อม เช่น ชุมชน ป่า น้ำ สัตว์ป่า เป็นต้น
  - (3) ทิ้งขยะในที่รองรับ
  - (4) หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม เช่น พลาสติก สเปรย์ เป็นต้น
  - (5) มีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ
  - (6) มีการกำจัดน้ำทิ้งในครัวเรือนและโรงเรียนที่ถูกต้อง

**กิจกรรมที่ 4** เป็นการพูดคุย อภิปรายปัญหา และให้คำแนะนำในรายที่พบแพทย์แล้ว แต่ยังไม่เข้าใจวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดให้คำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริง

1. เพศ ( ) หญิง ( ) ชาย
2. อายุ
 

( ) 15 – 20 ปี	( ) 31 - 40 ปี	( ) 51 – 60 ปี
( ) 21 – 30 ปี	( ) 41 – 50 ปี	( ) 61 ปีขึ้นไป
3. วุฒิกการศึกษา
 

( ) ไม่ได้ศึกษา	( ) ม.4 – ม.6 หรือ ปวช.	( ) สูงกว่าปริญญาตรี
( ) ป.1 – ป.6	( ) อนุปริญญา หรือ ปวส.	( ) อื่น ๆ โปรดระบุ .....
( ) ม.1 – ม.3	( ) ปริญญาตรี	
4. สถานภาพสมรส
 

( ) โสด	( ) คู่	( ) หม้าย / หย่า / หรือแยกกันอยู่
---------	---------	-----------------------------------
5. ท่านนับถือศาสนาใด
 

( ) พุทธ	( ) อิสลาม	
( ) คริสต์	( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....	
6. อาชีพ
 

( ) รับจ้าง	( ) ค้าขาย	( ) นักเรียน / นักศึกษา
( ) รับราชการ	( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ	( ) เกษตรกรรม
( ) รัฐวิสาหกิจ	( ) แม่บ้าน	( ) อื่น ๆ โปรดระบุ .....
7. รายได้
 

( ) 0 – 3,000 บาท /เดือน	( ) 6,001 – 9,000 บาท /เดือน	( ) 12,001 – 15,000 บาท /เดือน
( ) 3,001 – 6,000 บาท /เดือน	( ) 9,001 – 12,000 บาท /เดือน	( ) 15,000 บาท/เดือนขึ้นไป
8. สาเหตุที่ท่านตัดสินใจมารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้
 

( ) เคยรับบริการมาก่อน	( ) ชื่อเสียงของโรงพยาบาล
( ) จากคำบอกเล่าของคนอื่น	( ) ใกล้บ้านสะดวกในการเดินทาง

- ( ) จากการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล ( ) ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น
9. สาเหตุหรือชนิดของโรคที่เป็น
- ( ) โรคของกระดูกเอง ( ) การติดเชื้อของกระดูก
- ( ) กระดูกหักจากอุบัติเหตุ ( ) กระดูกและข้อเสื่อมตามวัย
10. การเลือกแพทย์เจ้าของไข้
- ( ) เลือก ( ) ไม่เลือก



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 2 แบบประเมินความคาดหวังในบริการที่ต้องการ

### คำชี้แจง

ความคาดหวังของผู้รับบริการ

ในฐานะที่ท่านเคยใช้บริการการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลอื่น ในความคิดเห็นของท่านที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล ท่านคิดว่าโรงพยาบาลที่ดีตามที่ท่านคาดหวังไว้ว่า ควรจะมีหรือควรจะเป็น โรงพยาบาลที่มีคุณลักษณะและการให้บริการที่ดี ซึ่งจะกล่าวถึงแต่ละข้อความต่อไปนี้มาน้อยเพียงใด

ขอให้ท่าน โปรดบอกหมายเลขเพียงหมายเลขเดียวเท่านั้น โดยแต่ละหมายเลขมีความหมายดังนี้

หมายเลข 1	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าน้อยที่สุด
หมายเลข 2	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยอย่างมาก มีค่าน้อย
หมายเลข 3	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยค่อนข้างมาก มีค่าค่อนข้างน้อย
หมายเลข 4	หมายถึง	ท่านมีความเห็นปานกลาง มีค่าปานกลาง
หมายเลข 5	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยค่อนข้างมาก มีค่าค่อนข้างมาก
หมายเลข 6	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยอย่างมาก มีค่ามาก
หมายเลข 7	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่ามากที่สุด

คำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิด โปรดตอบให้ครบทุกข้อ และขอให้ท่านตอบตามที่ท่านเห็นว่าเป็นจริงที่สุด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1	2	3	4	5	6	7
ความคาดหวัง น้อยที่สุด	ความคาดหวัง น้อย	ความคาดหวัง ค่อนข้างน้อย	ความคาดหวัง ปานกลาง	ความคาดหวัง ค่อนข้างมาก	ความคาดหวัง มาก	ความคาดหวัง มากที่สุด

#### ความเป็นรูปธรรมของบริการ 4 ข้อ

1. ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ตามขั้นตอนการรับบริการแต่ละจุด ..... 1 2 3 4 5 6 7
2. ทราบ และเข้าใจวิธีการใช้บริการแผนกต่าง ๆ ดีขึ้น ..... 1 2 3 4 5 6 7
3. ได้รับความรู้และวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ..... 1 2 3 4 5 6 7
4. ได้รับบริการที่เหมาะสมเท่าเทียมทุกคน ..... 1 2 3 4 5 6 7

#### ความเชื่อถือไว้วางใจได้ 5 ข้อ

1. เมื่อท่านขอคำแนะนำหรือขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่  
เจ้าหน้าที่สามารถตอบสนองความต้องการของท่าน ..... 1 2 3 4 5 6 7
2. เมื่อผู้ป่วยมาถึงพยาบาลสามารถประเมินสภาพของผู้ป่วย  
จำแนกประเภทและความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยได้ ..... 1 2 3 4 5 6 7
3. แพทย์ที่ตรวจรักษาท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ..... 1 2 3 4 5 6 7
4. พยาบาลสามารถอธิบายให้ความรู้ความเข้าใจแก่ท่าน ..... 1 2 3 4 5 6 7
5. ท่านคิดว่าท่านได้รับการตรวจและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ..... 1 2 3 4 5 6 7

#### การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที 4 ข้อ

1. แผนกผู้ป่วยนอกออกอร์โธปิดิกส์ให้บริการที่สะดวกรวดเร็วรอไม่นาน ..... 1 2 3 4 5 6 7
2. ขั้นตอนการรับบริการในแต่ละจุดใช้เวลาเหมาะสม ..... 1 2 3 4 5 6 7
3. แพทย์ออกตรวจรักษาตามวันและเวลา ..... 1 2 3 4 5 6 7
4. การตรวจเป็นไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องเหมาะสม ..... 1 2 3 4 5 6 7

#### การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 4 ข้อ

1. ได้รับความรู้ คำแนะนำ และขั้นตอนต่าง ๆ ดีขึ้น ..... 1 2 3 4 5 6 7
2. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้เข้าใจมากขึ้น ..... 1 2 3 4 5 6 7
3. ทราบวิธีป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ มากขึ้น ..... 1 2 3 4 5 6 7
4. มีความมั่นใจในบริการของโรงพยาบาลมากขึ้น ..... 1 2 3 4 5 6 7

#### การเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ 5 ข้อ

1. เจ้าหน้าที่แผนกต่าง ๆ ที่ไปใช้บริการยินดีตอบคำถามและให้ข้อมูลอื่น ๆ ..... 1 2 3 4 5 6 7
2. ท่านได้รับการดูแลและเอาใจใส่ดี ..... 1 2 3 4 5 6 7
3. เจ้าหน้าที่รู้สึกเป็นมิตร ยิ้มแย้มทักทายดี ..... 1 2 3 4 5 6 7
4. ท่านได้รับการตอบสนองความต้องการตามความเหมาะสม ..... 1 2 3 4 5 6 7
5. เจ้าหน้าที่ให้บริการสุจริต ..... 1 2 3 4 5 6 7

### ตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้บริการของผู้รับบริการ

#### คำชี้แจง

การรับรู้บริการภายหลังที่รับบริการแล้ว

ข้อความในรายการต่อไปนี้ เป็นการอธิบายถึงความรู้สึกของท่านที่มีต่อบริการของโรงพยาบาลที่ท่านกำลังรับบริการรักษาพยาบาลอยู่ในขณะนี้ โดยที่ท่านคิดว่าบริการที่ได้รับนั้นเป็นจริงตามความรู้สึกของท่าน ซึ่งโรงพยาบาลแห่งนี้มีคุณลักษณะและการบริการดังที่อธิบายไว้ในข้อความดังที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้

ขอให้ท่าน โปรดบอกหมายเลขเพียงหมายเลขเดียวเท่านั้น โดยแต่ละหมายเลขมีความหมายดังนี้

- |           |         |  |
|-----------|---------|--|
| หมายเลข 1 | หมายถึง | ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าน้อยที่สุด     |
| หมายเลข 2 | หมายถึง | ท่านไม่เห็นด้วยอย่างมาก มีค่าน้อย            |
| หมายเลข 3 | หมายถึง | ท่านไม่เห็นด้วยค่อนข้างมาก มีค่าค่อนข้างน้อย |
| หมายเลข 4 | หมายถึง | ท่านมีความเห็นปานกลาง มีค่าปานกลาง           |
| หมายเลข 5 | หมายถึง | ท่านเห็นด้วยค่อนข้างมาก มีค่าค่อนข้างมาก     |
| หมายเลข 6 | หมายถึง | ท่านเห็นด้วยอย่างมาก มีค่ามาก                |
| หมายเลข 7 | หมายถึง | ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่ามากที่สุด         |

คำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิด โปรดตอบให้ครบทุกข้อ และขอให้ท่านตอบตามที่ท่านเห็นว่าเป็นจริงที่สุด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1	2	3	4	5	6	7
การรับรู้ น้อยที่สุด	การรับรู้ น้อย	การรับรู้ ค่อนข้างน้อย	การรับรู้ ปานกลาง	การรับรู้ ค่อนข้างมาก	การรับรู้ มาก	การรับรู้ มากที่สุด

#### ความเป็นรูปธรรมของบริการ 4 ข้อ

1. ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ตามขั้นตอนการรับบริการแต่ละจุด ..... 1 2 3 4 5 6 7
2. ทราบ และเข้าใจวิธีการใช้บริการแผนกต่าง ๆ ดีขึ้น ..... 1 2 3 4 5 6 7
3. ได้รับความรู้และวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ..... 1 2 3 4 5 6 7
4. ได้รับบริการที่เหมาะสมเท่าเทียมทุกคน ..... 1 2 3 4 5 6 7

#### ความเชื่อถือไว้วางใจได้ 5 ข้อ

1. เมื่อท่านขอคำแนะนำหรือขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่  
เจ้าหน้าที่สามารถตอบสนองความต้องการของท่าน ..... 1 2 3 4 5 6 7
2. เมื่อผู้ป่วยมาถึงพยาบาลสามารถประเมินสภาพของผู้ป่วย  
จำแนกประเภทและความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยได้ ..... 1 2 3 4 5 6 7
3. แพทย์ที่ตรวจรักษาท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ..... 1 2 3 4 5 6 7
4. พยาบาลสามารถอธิบายให้ความรู้ความเข้าใจแก่ท่าน ..... 1 2 3 4 5 6 7
5. ท่านคิดว่าท่านได้รับการตรวจและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ..... 1 2 3 4 5 6 7

#### การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที 4 ข้อ

1. แผนกผู้ป่วยนอกออกอร์โธปิดิกส์ให้บริการที่สะดวกรวดเร็วรอไม่นาน ..... 1 2 3 4 5 6 7
2. ขั้นตอนการรับบริการในแต่ละจุดใช้เวลาเหมาะสม ..... 1 2 3 4 5 6 7
3. แพทย์ออกตรวจรักษาตามวันและเวลา ..... 1 2 3 4 5 6 7
4. การตรวจเป็นไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องเหมาะสม ..... 1 2 3 4 5 6 7

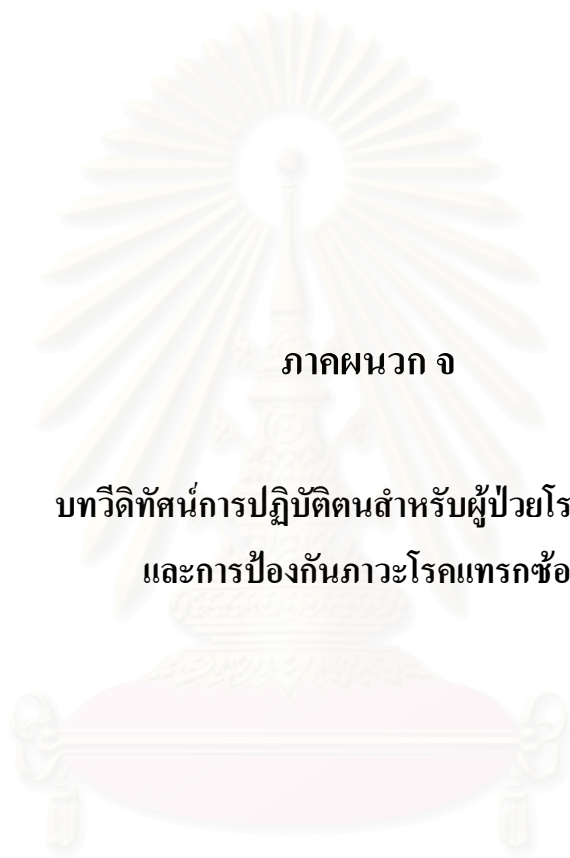
#### การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 4 ข้อ

1. ได้รับความรู้ คำแนะนำ และขั้นตอนต่าง ๆ ดีขึ้น ..... 1 2 3 4 5 6 7
2. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้เข้าใจมากขึ้น ..... 1 2 3 4 5 6 7
3. ทราบวิธีป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ มากขึ้น ..... 1 2 3 4 5 6 7
4. มีความมั่นใจในบริการของโรงพยาบาลมากขึ้น ..... 1 2 3 4 5 6 7

#### การเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ 5 ข้อ

1. เจ้าหน้าที่แผนกต่าง ๆ ที่ไปใช้บริการยินดีตอบคำถามและให้ข้อมูลอื่น ๆ ..... 1 2 3 4 5 6 7
2. ท่านได้รับการดูแลและเอาใจใส่ดี ..... 1 2 3 4 5 6 7
3. เจ้าหน้าที่รู้สึกเป็นมิตร ยิ้มแย้มทักทายดี ..... 1 2 3 4 5 6 7
4. ท่านได้รับการตอบสนองความต้องการตามความเหมาะสม ..... 1 2 3 4 5 6 7
5. เจ้าหน้าที่ให้บริการสุจริต ..... 1 2 3 4 5 6 7





ภาคผนวก จ

บทวิดิทัศน์การปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคกระดูก  
และการป้องกันภาวะโรคแทรกซ้อน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทวีดิทัศน์ การปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
1	LOGO คณะพยาบาลศาสตร์ (ตราพระเกี้ยว) (CU) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เสียงดนตรี	2 วินาที
2	Caption ชื่อเรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาเรื่องโรค กระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน (CU)	เสียงดนตรี การปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน	10 วินาที
3	Caption ชื่อเรื่อง ภาพผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์	เสียงดนตรี	2 วินาที
4	Caption ผู้ดำเนินงาน	เสียงดนตรี	2 วินาที
5	Caption จัดทำโดย (MS)	เสียงดนตรี	2 วินาที
6	Caption จัดทำโดย (MS)	เสียงดนตรี	2 วินาที
7	คู่มือแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้ผู้มีปัญหา โรคกระดูกหายจากโรคเร็วขึ้น และเป็นการ ป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น มี 7 ขั้นตอน ดังนี้ (CU)  1. การรับประทานอาหารเพื่อช่วยให้ กระดูกมีการเชื่อมติดกันเร็วขึ้น โดย - เลือกรับประทานอาหารที่มี แคลเซียมสูง เพื่อช่วยเสริมสร้างกระดูก เช่น ปลาตัวเล็ก ๆ ผลไม้แห้งจากถั่วเหลือง ผักใบเขียว  ภาพ คนกำลังรับประทานอาหารบนโต๊ะ อาหารมีปลาทอดตัวเล็ก ๆ ใส่จาน (CU) Freeze action ที่ตัวปลา  ภาพ นำนมถั่วเหลืองใส่แก้ววางบนโต๊ะ อาหาร (CU)  ภาพ ผัดผักบุ้งใส่จาน (CU)	คู่มือแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้ผู้มีปัญหา โรคกระดูกหายจากโรคเร็วขึ้น และเป็นการ ป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจ เกิดขึ้นมี 7 ขั้นตอน ดังนี้  1. การรับประทานอาหารเพื่อช่วยให้ กระดูกมีการเชื่อมติดกันเร็วขึ้น โดย - เลือกรับประทานอาหารที่มี แคลเซียมสูง เพื่อช่วยเสริมสร้างกระดูก เช่น ปลาตัวเล็ก ๆ ผลไม้แห้งจากถั่วเหลือง ผักใบเขียว	60 วินาที

บทวีดีทัศน์ การปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
	<p>- เลือกรับประทานอาหารวิตามินซีสูง เพื่อช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น เช่น ฝรั่ง มะละกอ มะเขือเทศ ผักใบเขียว</p> <p>ภาพ ผลไม้ใส่จานวางอยู่บนโต๊ะอาหาร มีฝรั่ง มะละกอสุก มะเขือเทศ ผักผักบุง แองจิ๊ดใบตำลึง (CU)</p> <p>- เลือกรับประทานอาหารโปรตีนสูง เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เช่น เนื้อ นม ไข่ ถั่วต่าง เนื้อปลาต่าง ๆ</p> <p>ภาพ ปลาทูทอคใส่จานวางบนโต๊ะอาหาร</p> <p>ภาพ ถั่วต่าง ๆ เช่น ถั่วลิสงต้ม ถั่ว น้ามนถั่วเหลือง ไข่ต้ม</p> <p>- เลือกรับประทานผักและผลไม้ต่าง ๆ คั้นน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 – 3 ลิตร เพื่อป้องกันท้องผูก เนื่องจากผู้ป่วยกระดูกมักถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ลำไส้ทำงานน้อยลง</p> <p>ภาพ ผักสดและผลไม้ต่าง ๆ น้ำคั้นสะอาดใส่ขวดและแก้วน้ำวางบนโต๊ะอาหาร</p>	<p>- เลือกรับประทานอาหารที่มีวิตามินสูง เพื่อช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น เช่น การรับประทานฝรั่ง มะละกอ มะเขือเทศ ผักใบเขียว</p> <p>- เลือกรับประทานอาหารโปรตีนสูง เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เช่น เนื้อ นม ไข่ ถั่วต่าง เนื้อปลาต่าง ๆ</p> <p>- เลือกรับประทานผักและผลไม้ต่าง ๆ คั้นน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 – 3 ลิตร เพื่อป้องกันท้องผูก เนื่องจากผู้ป่วยกระดูกมักถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ลำไส้ทำงานน้อยลง</p>	
8	<p>2. การรับประทานยาให้ถูกวิธี</p> <p>2.1 การรับประทานยาแก้แอสเสบฆ่าเชื้อ ให้รับประทานยาก่อนอาหาร 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของยาแก้แอสเสบฆ่าเชื้อ</p> <p>ภาพ คนกำลังคั้นน้ำเพื่อรับประทานยาก่อนอาหาร</p> <p>ภาพนาฬิกา 11.30 น.</p>	<p>2. การรับประทานยาให้ถูกวิธี</p> <p>2.1 การรับประทานยาแก้แอสเสบฆ่าเชื้อ ให้รับประทานยาก่อนอาหาร 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของยาแก้แอสเสบฆ่าเชื้อ</p>	

บทวีดีทัศน์ การปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาโรคระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
	<p>ยาหลังอาหารต้องรับประทานหลังอาหารทันที เพื่อป้องกันโรคระดูก – อาหาร เพราะยารักษาโรคระดูกส่วนใหญ่ มีฤทธิ์ทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหาร</p> <p>ภาพ คนกำลังดื่มน้ำและรับประทานยา หลังรับประทานยาเสร็จ</p> <p>ภาพนาฬิกา 12.30 น.</p> <p>2.2 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะซีด เนื่องจากมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร โดยสังเกตสีของอุจจาระ ถ้าเป็นสีดำโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาบำรุงเลือดใด ๆ ผู้ป่วยซึมลง เบื่ออาหาร เปลือกตาล่างซีด ให้รีบพามาพบแพทย์ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่รับประทานยารักษาโรคระดูกต่อเนื่องเป็นเวลานาน ให้ญาติหรือผู้ดูแลช่วยสังเกต ผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เพราะผู้ป่วยบางรายรับประทานยารักษาโรคระดูก เวลาไม่เลือดออกในกระเพาะอาหารอาจจะไม่มีอาการปวดท้องได้</p> <p>ภาพ ญาติผู้ป่วยกำลังดึงเปลือกตาล่างของผู้ป่วยลงด้วยนิ้วหัวแม่มือ</p>	<p>ยาหลังอาหารต้องรับประทานหลังอาหารทันที เพื่อป้องกันโรคระดูก – อาหาร เพราะยารักษาโรคระดูกส่วนใหญ่ มีฤทธิ์ทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหาร</p> <p>2.2 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะซีด เนื่องจากมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร โดยสังเกตสีของอุจจาระ ถ้าเป็นสีดำโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาบำรุงเลือดใด ๆ ผู้ป่วยซึมลง เบื่ออาหาร เปลือกตาล่างซีด ให้รีบพามาพบแพทย์ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่รับประทานยารักษาโรคระดูกต่อเนื่องเป็นเวลานาน ให้ญาติหรือผู้ดูแลช่วยสังเกต ผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เพราะผู้ป่วยบางรายรับประทานยารักษาโรคระดูก เวลาไม่เลือดออกในกระเพาะอาหารอาจจะไม่มีอาการปวดท้องได้</p>	
9	<p>3. การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่าง ๆ และป้องกันกล้ามเนื้อลีบ</p> <p>3.1 ในรายที่ใส่ฝีกแขนต้องกำมือและแบมือบ่อย ๆ เวลานอนให้ยกแขนไว้บนหมอนเหนือศีรษะ เพื่อป้องกันหัวไหล่ติด</p>	<p>3. การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่าง ๆ และป้องกันกล้ามเนื้อลีบ</p> <p>3.2 ในรายที่ใส่ฝีกแขนต้องกำมือและแบมือบ่อย ๆ เวลานอนให้ยกแขนไว้บนหมอนเหนือศีรษะ เพื่อป้องกันหัวไหล่ติด</p>	

บทวีดีทัศน์ การปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
	<p>ภาพ คนใส่เฝือกที่ต้นแขนถึงข้อมือทำท่า (กำมือและแบมือ) ท่านอนยกแขนไว้เหนือศีรษะและยกขึ้นลงบ่อย ๆ</p> <p>3.2 ในรายผู้ป่วยเข้าเฝือกที่ขาต้องบริหารกล้ามเนื้อที่อยู่ในเฝือก โดยการเกร็งกล้ามเนื้อที่บริเวณหัวเข่า กดข้อเข่าลงกับที่นอนนับ 1 – 10 แล้วพัก ทำวันละ 100 ครั้ง และบริหารปลายเท้า โดยกระดกปลายเท้าขึ้นนับ 1 – 10 และกระดกปลายเท้าลงนับ 1 – 10 ทำวันละ 100 ครั้ง เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบ</p> <p>ภาพ ผู้ป่วยเข้าเฝือกที่ขากำลังเกร็งกล้ามเนื้อที่บริเวณหัวเข่า กดข้อเข่าลงกับที่นอนนับ 1 – 10 แล้วพัก ทำซ้ำ 2 ครั้ง</p> <p>ภาพ ผู้ป่วยบริหารปลายเท้า โดยกระดกปลายเท้าขึ้นนับ 1 – 10 และกระดกปลายเท้าลงนับ 1 – 10 ทำซ้ำ 2 ครั้ง</p>	<p>3.2 ในรายผู้ป่วยเข้าเฝือกที่ขาต้องบริหารกล้ามเนื้อที่อยู่ในเฝือก โดยการเกร็งกล้ามเนื้อที่บริเวณหัวเข่า กดข้อเข่าลงกับที่นอนนับ 1 – 10 แล้วพักทำวันละ 100 ครั้ง และบริหารปลายเท้า โดยกระดกปลายเท้าขึ้นนับ 1 – 10 และกระดกปลายเท้าลงนับ 1 – 10 ทำวันละ 100 ครั้ง เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบ</p>	
10	<p>4. การป้องกันแผลกดทับ</p> <p>4.1 ในรายที่ผู้ป่วยช่วยตัวเองไม่ได้หรือช่วยตัวเองได้น้อย ญาติหรือผู้ดูแลต้องพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย ทุก 2 ชั่วโมง หมั่นนวดบริเวณปุ่มกระดูก และรักษาความสะอาดของผิวหนังให้แห้งอยู่เสมอ ผ้าปูที่นอนต้องเรียบสะอาดและตึง</p> <p>ภาพ ผู้สูงอายุนอนบนเตียงท่าตะแคง มีญาติกำลังพลิกตัวให้ และนวดกันกบด้วยนิ้วมือ</p> <p>ภาพ ญาติกำลังดึงผ้าปูที่นอนให้ตึง</p>	<p>4. การป้องกันแผลกดทับ</p> <p>4.1 ในรายที่ผู้ป่วยช่วยตัวเองไม่ได้หรือช่วยตัวเองได้น้อย ญาติหรือผู้ดูแลต้องพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย ทุก 2 ชั่วโมง หมั่นนวดบริเวณปุ่มกระดูก และรักษาความสะอาดของผิวหนังให้แห้งอยู่เสมอ ผ้าปูที่นอนต้องเรียบสะอาดและตึง</p>	

## บทวีดีทัศน์ การปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
	<p>4.2 ให้นอนเตียงลม (alpha bed) ที่มีการปรับระดับแรงดันลม ทุก 2 นาที เพื่อป้องกันแผลกดทับ (bed sore)</p> <p>ภาพ เตียงลม (alpha bed)</p> <p>4.3 ใช้ฟองน้ำหรือผ้าขนสัตว์ หรือ ถุงมือนํารองบริเวณปุ่มกระดูก เวลาพลิก ตะแคงตัวต้องจัดทำให้เหมาะสม</p> <p>ภาพ ผู้ป่วยนอนตะแคง มีฟองน้ำตัดเป็น ก้อนสี่เหลี่ยม หรือถุงมือ Disposable ใต้นํารองอยู่ใต้ข้อเท้าบริเวณตาตุ่ม</p>	<p>4.2 ให้นอนเตียงลม (alpha bed) ที่มีการปรับระดับแรงดันลม ทุก 2 นาที เพื่อป้องกันแผลกดทับ (bed sore)</p> <p>4.3 ใช้ฟองน้ำหรือผ้าขนสัตว์ หรือ ถุงมือนํารองบริเวณปุ่มกระดูก เวลาพลิก ตะแคงตัวต้องจัดทำให้เหมาะสม</p>	
11	<p>5. การป้องกันปอดบวม</p> <p>5.1 ในรายที่ช่วยตัวเองไม่ได้ต้องเปลี่ยน ท่านอนให้บ่อย ๆ โดยไขหัวเตียงให้สูงหรือ พยุงให้นั่งบ่อย ๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอและ ให้หายใจเข้าออกลึก ๆ เคาะปอดในรายที่ ช่วยตัวเองไม่ได้เวลาพลิกตะแคงตัว</p> <p>ภาพ ผู้ดูแลกำลังช่วยพยุงผู้ป่วยให้ลุกนั่ง</p> <p>ภาพ ผู้ดูแลกำลังเคาะปอดให้ผู้ป่วย ท่านอนตะแคง</p> <p>5.2 จัดท่า (position) โดยการไขเตียง ให้นั่ง หรือให้นั่งรถเข็น (wheel chair) บ่อย ๆ</p> <p>ภาพ ผู้ป่วยนั่งอยู่บนเตียง</p> <p>ภาพ ผู้ป่วยนั่งรถเข็น</p>	<p>5. การป้องกันปอดบวม</p> <p>5.1 ในรายที่ช่วยตัวเองไม่ได้ต้อง เปลี่ยนท่านอนให้บ่อย ๆ โดยไขหัวเตียงให้ สูงหรือพยุงให้นั่งบ่อย ๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วย ไอและให้หายใจเข้าออกลึก ๆ เคาะปอดใน รายที่ช่วยตัวเองไม่ได้เวลาพลิกตะแคงตัว</p> <p>5.2 จัดท่าโดยการไขเตียง ให้นั่ง หรือให้นั่งรถเข็นบ่อย ๆ</p>	

บทวีดีทัศน์ การปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
12	<p>6. การป้องกันการเกิดนิ้วในไต</p> <p>6.1 เนื่องจากผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้น้อย เมื่อปีสภาวะเป็นต่างจะทำให้เกิดการตกตะกอนได้มาก การนอนท่าเดียวนาน ๆ ทำให้เกิดการขังน้ำปัสสาวะ ต้องเปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ</p> <p>ภาพ ญาติกำลังเปลี่ยนท่านอนของผู้ป่วย พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย</p> <p>6.2 การดื่มน้ำน้อย ความเข้มข้นของแคลเซียมจะเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดนิ้วและการติดเชื้อโรคระบบทางเดินปัสสาวะได้ ป้องกันโดยดื่มน้ำมาก ๆ ประมาณวันละ 2 – 3 ลิตร และเปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ</p> <p>ภาพ ญาติกำลังให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาด</p> <p>ภาพ ญาติจัดท่านอนให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว</p>	<p>6. การป้องกันการเกิดนิ้วในไต</p> <p>6.1 เนื่องจากผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้น้อย เมื่อปีสภาวะเป็นต่างจะทำให้เกิดการตกตะกอนได้มาก การนอนท่าเดียวนาน ๆ ทำให้เกิดการขังน้ำปัสสาวะ</p> <p>6.2 การดื่มน้ำน้อย ความเข้มข้นของแคลเซียมจะเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดนิ้วและการติดเชื้อโรคระบบทางเดินปัสสาวะได้ ป้องกันโดยดื่มน้ำมาก ๆ ประมาณวันละ 2 – 3 ลิตร และเปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ</p>	
13	<p>7. การป้องกันกระดูกพรุน</p> <p>7.1 การไม่เคลื่อนไหว ไม่ได้ลงน้ำหนักหรือยืน ทำให้ร่างกายเสียแคลเซียมจากกระดูก เป็นผลให้กระดูกบาง การป้องกันกระดูกพรุนทำได้โดยให้ผู้ป่วยหัดยืนบนเตียงที่ปรับระดับได้ (tilt table) หรือยืนข้างเตียงผู้ป่วยบ่อย ๆ</p> <p>ภาพ ผู้ป่วยหัดยืนที่ห้องกายภาพบำบัด หรือข้างเตียงผู้ป่วย</p> <p>7.2 ให้เพิ่มอาหารแคลเซียมสูง เช่น ปลาตัวเล็ก ๆ ผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง ผักใบเขียว</p>	<p>7. การป้องกันกระดูกพรุน</p> <p>7.1 การไม่เคลื่อนไหว ไม่ได้ลงน้ำหนักหรือยืน ทำให้ร่างกายเสียแคลเซียมจากกระดูก เป็นผลให้กระดูกบาง การป้องกันกระดูกพรุนทำได้โดยให้ผู้ป่วยหัดยืนบนเตียงที่ปรับระดับได้ (tilt table) หรือยืนข้างเตียงผู้ป่วยบ่อย ๆ</p> <p>7.2 ให้เพิ่มอาหารแคลเซียมสูง เช่น ปลาตัวเล็ก ๆ ผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง ผักใบเขียว</p>	

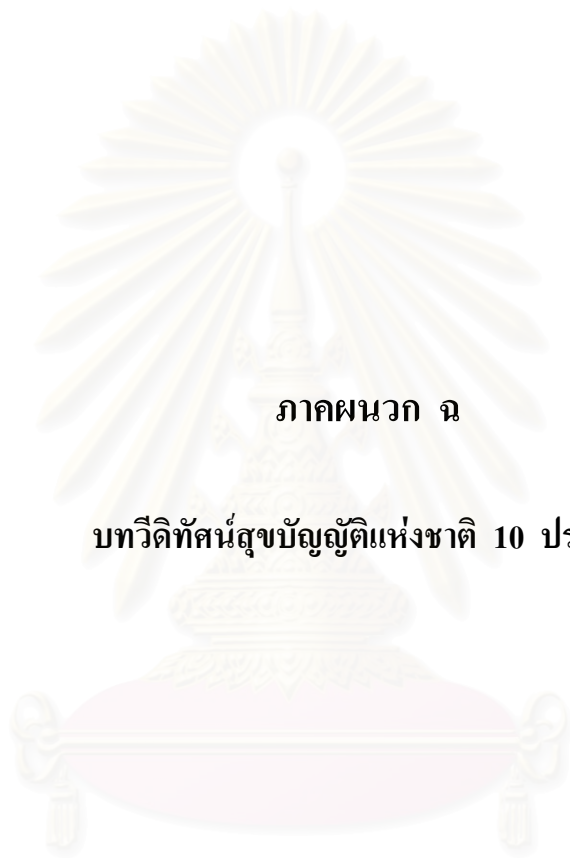
บทวีดีทัศน์ การปฏิบัติตนสำหรับผู้มีปัญหาโรคกระดูก และการป้องกันโรคแทรกซ้อน

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
	<p>ภาพ ปลาทอดตัวเล็ก ๆ ใส่จาน นมถั่วเหลืองใส่แก้ว ผัดผักบุ้งใส่จาน วางอยู่บนโต๊ะอาหาร</p>		



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ฉ

บทวิดิทัศน์สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
1	LOGO คณะพยาบาลศาสตร์ (ตราพระเกี้ยว) จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย (CU)	เสียงดนตรี	2 วินาที
2	CAPTION ชื่อเรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ (CU)	เสียงดนตรี สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ	2 วินาที
3	CAPTION ชื่อผู้จัดทำ ภาพผู้คนในโรงพยาบาล (LS)	เสียงดนตรี	2 วินาที
4	CAPTION ผู้ดำเนินงาน (MS)	เสียงดนตรี	2 วินาที
5	CAPTION จัดทำโดย (MS)	เสียงดนตรี	2 วินาที
6	CAPTION ผู้จัดทำ (MS)	เสียงดนตรี	2 วินาที
7	- ภาพพยาบาลกำลังให้น้ำเกลือ ผู้ป่วยในโรงพยาบาล - ภาพตึกโรงพยาบาลกลาง แผนกผู้ป่วยนอก - ภาพตึกโรงพยาบาลศิริราช - ภาพตึกโรงพยาบาลรามารบดิ - ภาพตึกโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ (LS)	จากสภาพปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันได้ เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสของการเปลี่ยนแปลง ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเห็นได้จากปัญหา สาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 – 8 และแนวโน้มทางปัญหาสาธารณสุขในอนาคต ซึ่ง มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนเป็น สำคัญ	30 วินาที
8	- ผู้คนในสถานที่ทำงาน - ผู้คนในการเดินทาง - ภาพคนโหนรถเมล์ - ภาพรถติดตามถนน (LS)	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จึงเป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญต่อการแก้ไขปัญหา สุขภาพในสภาวะปัจจุบัน	10 วินาที
9	- ภาพผู้คนในวัยต่าง ๆ ภาพทารก, วัยอนุบาล, วัยประถม, มัธยม, มหาวิทยาลัย, วัยทำงาน, วัยชรา, กำลังทำสมาธิ	สุขบัญญัติ คือ ข้อกำหนดที่เด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไปพึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จนเป็นนิสัย เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ	10 วินาที

	ออกกำลังกาย (MS)		
ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
10	- ภาพคนเข้ารับการปรึกษาทาง การแพทย์กับหมอ, พยาบาล (CU)	การส่งเสริมสุขบัญญัติจึงเป็นกลวิธีหนึ่งในการ เสริมสร้างและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์ของประเทศ	10 วินาที
11	- ตัวหนังสือ สุขบัญญัติ (CU) แห่งชาติ 10 ประการ 1. ดูแลรักษาร่างกายและ ของใช้ให้สะอาด ภาพเร็ว ๆ คนกำลังอาบน้ำ ภาพเร็ว ๆ คนกำลังสระผม ภาพเร็ว ๆ คนกำลังตัดเล็บ ภาพเร็ว ๆ คนกำลังเข้าห้องน้ำ ภาพเร็ว ๆ คนแต่งกายสะอาด อบอุ่น ภาพเร็ว ๆ ภาพบ้านที่จัด ข้าวของเรียบร้อย เช่น ตู้เสื้อผ้า ห้องนอน ห้องครัว	เสียงดนตรีคั่นภาพ สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ มีดังนี้ 1. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด โดย - อาบน้ำให้สะอาดทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง - สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง - ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอ - ถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน - ใสเสื้อผ้าที่สะอาดไม่อับชื้น และให้ความ อบอุ่นเพียงพอ - จัดเก็บของใช้ให้เป็นระเบียบ	60 วินาที
12	2. ตัวหนังสือ รักษาฟันให้ แข็งแรงและแปรงฟันทุกวัน อย่างถูกต้อง - ภาพเร็ว ๆ คนกำลังแปรงฟัน, บ้วนปาก - ภาพเร็ว ๆ คนทำท่าเมิน ลูกกวาด, ทอฟฟี่ - ภาพคนกำลังอ้าปากให้ ทันตแพทย์ตรวจฟัน - ภาพฟันกำลังกัดกระดุก (action) และมีเครื่องหมาย X อยู่บน	เสียงดนตรีคั่นภาพ 2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่าง ถูกต้อง - แปรงฟันหรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหาร ทุกครั้ง - หลีกเลี่ยงการอมลูกอม ลูกกวาด ทอฟฟี่ เป็นต้น - ตรวจสอบสภาพในช่องปากอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง - แปรงฟันทุกวันอย่างถูกวิธีอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน - ห้ามใช้ฟันกัด ขบเคี้ยวของแข็ง	60 วินาที

	รูปภาพ (เป็น Freeze action X ที่กระตุก)		
ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
13	<p>3. ตัวหนังสือ [ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร และหลังการขับถ่าย] (CU)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาพคนกำลังล้างมือ ฟอกสบู่ ที่อ่างล้างมือในร้านอาหาร และที่บ้าน</li> <li>- ภาพคนกำลังล้างมือ ฟอกสบู่ ที่อ่างล้างมือหน้าห้องสุขา</li> </ul>	<p>3. ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร และหลังการขับถ่าย เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายทางปาก และป้องกันเชื้อโรคหรือไขพยาธิที่อาจติดมากับมือหลังขับถ่าย</p>	15 วินาที

<p>14</p>	<p>4. ตัวหนังสือ [รับประทาน อาหาร สะอาด ปราศจาก สารอันตราย และหลีกเลี่ยง อาหารรสจัด สีฉูดฉาด] (CU) ภาพ คนกำลังเดินซื้ออาหาร ที่ตลาด ภาพ คนกำลังเตรียมอาหาร ใส่จานที่สะอาด ภาพ คนกำลังรับประทาน อาหารที่มีควันขึ้น ภาพ คนทำท่าเมินอาหาร สีฉูดฉาด กวนเขียง ใส่กรอกสีแดง ภาพ คนกำลังรับประทาน อาหารมีนาฬิกาบอกเวลา 12.00 น. ภาพ อาหารครบ 5 หมู่ (ถ้วยเตี้ยวาดหน้า) CU ภาพ คนกำลังดื่มน้ำสะอาด ภาพ ของหวาน มะม่วงดอง มีเครื่องหมาย X อยู่บน ภาพขนมถุง ๆ (CU)</p>	<p>4. รับประทานอาหารสุก สะอาด ปราศจากสาร อันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีฉูดฉาด โดย - เลือกซื้ออาหารที่สด สะอาด ปราศจากสาร อันตราย - รับประทานอาหารที่มีการเตรียม การประกอบ อาหาร และใส่ภาชนะที่สะอาด - รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ - ไม่รับประทานอาหารที่ใส่สี มีสารอันตราย เช่น สีข้อมผ้า ยากันบูด ผงชูรส บอแรกซ์ ยาฆ่าแมลง ฟอร์มาลิน เป็นต้น - รับประทานอาหารให้เป็นเวลา - รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ในปริมาณที่ พอเหมาะ - ดื่มน้ำที่สะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เช่น น้ำประปา น้ำดื่ม น้ำฝน น้ำที่ผ่านการกลั่นกรอง น้ำกลั่น น้ำที่ผ่านกระบวนการผลิตอย่างถูกวิธี เป็น ต้น - หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัด เผ็ดจัด และของหมักดอง - หลีกเลี่ยงของรับประทานเล่น</p>	<p>60 วินาที</p>
-----------	--	--	------------------

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
<p>15</p>	<p>5. ภาพตัวหนังสือ [งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนันและ การสำส่อนทางเพศ] ภาพ คนสูบบุหรี่ มีเครื่องหมาย X อยู่ข้างบนภาพบุหรี่ (CU) (เป็น Freeze action ที่บุหรี่) ภาพ คนดื่มเหล้าตามร้าน</p>	<p>5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการ สำส่อนทางเพศ โดย - งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน - สร้างเสริมค่านิยม รักเดียวใจเดียว รักนวลสงวนตัว ไม่ชิงสุกก่อนห่าม (มีคู่ครองเมื่อถึงเวลาอันควร)</p>	<p>20 วินาที</p>

	<p>อาหารมีเครื่องหมาย X อยู่ข้างบนภาพ (เป็น Freeze action ที่ขวดเหล้า)</p> <p>ภาพ คนที่สนามม้า มีเครื่องหมาย X อยู่ข้างบนภาพ (เป็น Freeze action ที่ภาพคนขี่ม้า)</p> <p>ภาพ แห่ลงอาบอบนวด มีเครื่องหมาย X อยู่ข้างบนภาพ</p>		
16	<p>ภาพตัวหนังสือ [สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น] (CU)</p> <p>ภาพ สมาชิกในครอบครัวช่วยกันทำงานบ้าน</p> <p>ภาพ สมาชิกรับประทานอาหารพร้อมกันพูดคุยกัน</p> <p>ภาพ สมาชิกในบ้านนั่งล้อมวงที่โซฟาหรือเสื่อ กำลังคุยกัน</p> <p>ภาพ คุณแม่กำลังมัดกับข้าว คุณพ่อกำลังล้างชาม คุณลูกกำลังจัดโต๊ะอาหาร ลูกคนเล็กกำลังรินน้ำใส่แก้ว</p>	<p>6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกันทำงานบ้าน</li> <li>- มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในครอบครัว</li> <li>- มีการปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา</li> <li>- เพื่อผ่อนคลายไม่ตรีให้กับสมาชิกในครอบครัว</li> <li>- มีกิจกรรมรื่นเริงสังสรรค์และพักผ่อนภายในครอบครัว</li> </ul>	30 วินาที
ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
	ภาพ ครอบครัวกำลังว่ายน้ำที่ทะเล หรือไปสวนสนุก		
17	<p>7. ภาพตัวหนังสือ [ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท] CU</p> <p>ภาพ สายไฟในบ้าน ปลั๊กไฟที่มีสายต่อพ่วงหลาย ๆ</p>	<p>7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระวังระวังในการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น การใช้ไฟฟ้า การปิดเตาแก๊ส การเก็บของมีคม ควรดับรูปเทียน บูชาพระ และ</li> </ul>	30 วินาที

	<p>สาย มีเครื่องหมาย X อยู่บนรูปภาพ (CU) (เป็น Freeze action ที่ปลั๊กไฟ) ภาพ คุณแม่กำลังปิดหัวเตาแก๊ส (CU) ภาพ ของมีคมในบ้านมีที่เก็บที่มิดชิด เด็กเอื้อมไม่ถึง ภาพ คนกำลังดับไฟ, ดับรูปเทียนก่อนเข้าห้องนอน ภาพ ตัวหนังสือ [ปฏิบัติตามกฎแห่งความปลอดภัย จราจรทางบก ทางน้ำ โรงฝึกงาน ห้องปฏิบัติการ</p>	<p>ไม่จับไฟให้สนิทก่อนเข้านอน เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระวังระวังในการป้องกันอุบัติเหตุในที่สาธารณะ เช่น ปฏิบัติตามกฎแห่งความปลอดภัยจากการจราจรทางบก ทางน้ำ ป้องกันอันตรายจากโรงฝึกงาน ห้องปฏิบัติการ เขตก่อสร้าง หลีกเลี่ยงการชุมนุมห้อมล้อมในขณะเกิดอุบัติเหตุ</li> </ul>	
18	<p>8. ภาพตัวหนังสือ [ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี] (CU) ภาพ (action) คนกำลังออกกำลังกายที่บ้าน ที่สวนสาธารณะ ภาพ (action) คนกำลังเดินแอร์โรบิค, กำลังว่ายน้ำ, ตีปิงปอง, รำไทเก๊ก ภาพ (action) คนกำลังเตะฟุตบอลที่สนาม ภาพ (action) คนกำลังให้แพทย์ใช้หูฟัง ฟังปอดที่คลินิก หรือโรงพยาบาล</p>	<p>8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง</li> <li>- ออกกำลังกายและเล่นกีฬาให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวัย</li> <li>- เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายอย่างสนุกสนาน</li> <li>- ตรวจสุขภาพโดยแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</li> </ul>	30 วินาที
ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
19	<p>9. ภาพตัวหนังสือ [ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ] (CU) ภาพ (action) คนกำลังพักผ่อนนอนบนเตียง ภาพ (action) คนกำลังนั่งคุยกัน</p>	<p>9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พักผ่อนให้เพียงพอ</li> <li>- เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ควรหาทางผ่อนคลาย โดยการปรึกษาผู้ใกล้ชิดที่ไว้ใจได้หรือเข้าหาสิ่งบันเทิงใจ เช่น เล่นกีฬา ฟังเพลง</li> </ul>	30 วินาที

	<p>ภาพ (action) คนกำลังฟังเพลง วิทยุ ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์</p> <p>ภาพ (action) คนกำลังปลูก สวนครัว เดินตามห้าง</p> <p>ภาพ (action) คนกำลังหยิบเงิน ให้ผู้อื่น และผู้รับเงินยกมือไหว้ ผู้ให้เงิน</p> <p>ภาพ (action) เหตุการณ์น้ำท่วม มีคนบริจาคสิ่งของ เสื้อผ้า</p>	<p>ดูภาพยนตร์ เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำงานอดิเรกในยามว่าง</li> <li>- ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา</li> </ul>	
20	<p>10. ภาพตัวหนังสือ [มีสำนึกต่อ ส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม] (CU)</p> <p>ภาพ (action) คนปิดไฟ ปิด พัดลม ปิดเครื่องปรับอากาศก่อน ออกจากห้อง</p> <p>ภาพ (action) คนกำลังปิดก๊อกน้ำ ให้สนิท การใช้น้ำอย่างถูกวิธี เช่น ขณะแปรงฟัน มิแก้วใส่น้ำ 1 ใบ การอาบน้ำโดยฝักบัว</p> <p>ภาพคนอาบน้ำในอ่างอาบน้ำ มีเครื่องหมาย X อยู่บนภาพ</p> <p>ภาพ (action) คนกำลังยิงสัตว์ป่า และตัดต้นไม้ในป่า มี เครื่องหมาย X อยู่บนภาพ (เป็น Freeze action) ที่ปืนและ ขวาน</p>	<p>10. มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคมโดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด เช่น ช่วยกัน ปิดไฟ ปิดน้ำ และใช้น้ำอย่างถูกวิธี</li> <li>- อนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อม เช่น ชุมชน ป่า น้ำ สัตว์ป่า เป็นต้น</li> <li>- ทิ้งขยะในที่รองรับ โดยมีการแยกชนิดขยะ เช่น ขยะเปียก ขยะรีไซเคิล และขยะ อันตราย</li> <li>- หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ก่อให้เกิด มลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม เช่น พลาสติก โฟม สเปร์ย เป็นต้น</li> <li>- มิและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ</li> <li>- มีการกำจัดน้ำทิ้งในครัวเรือนและโรงเรียน ที่ถูกต้อง</li> </ul>	60 วินาที

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
	<p>ภาพ (action) คนกำลังทิ้งขยะ ในถังขยะที่มีถุงรองรับ</p> <p>ภาพ ก่อถังโฟม ขวดสเปร์ย มี เครื่องหมาย X อยู่บนภาพ</p>	<p>ถ้าท่านปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการนี้ และปลูกฝังลูกหลานคนใกล้เคียงให้มี ความเคยชินในการปฏิบัติตาม ท่านจะมีสุขภาพที่ แข็งแรง ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ และมีชีวิตที่ยืนยง</p>	



	<p>ภาพ ห้องน้ำที่สกปรก มี เครื่องหมาย X อยู่บนภาพ</p> <p>ภาพ ภาพบ่อน้ำตื้นน้ำทิ้งใน โรงพยาบาล</p> <p>ภาพ (action) เด็กนักเรียนใน ห้องทดลอง เทศารเคมีที่ เหลือใช้แล้วในห้องสุขา หรือผสมน้ำให้เจือจางก่อน เททิ้งในอ่างล้างมือ</p> <p>ภาพ ครอบครวที่เยี่ยมสดไส กำลังเล่นโยนลูกบอลให้ กันในสนามหน้าบ้าน(CU) จบบริบูรณ์</p>	<p>ทั้งยังเป็นกรณอมทรัพย์ากรของชาติอย่างแท้จริง</p>	
--	--	---	--



ภาคผนวก ข

แบบประเมินการเรียนรู้

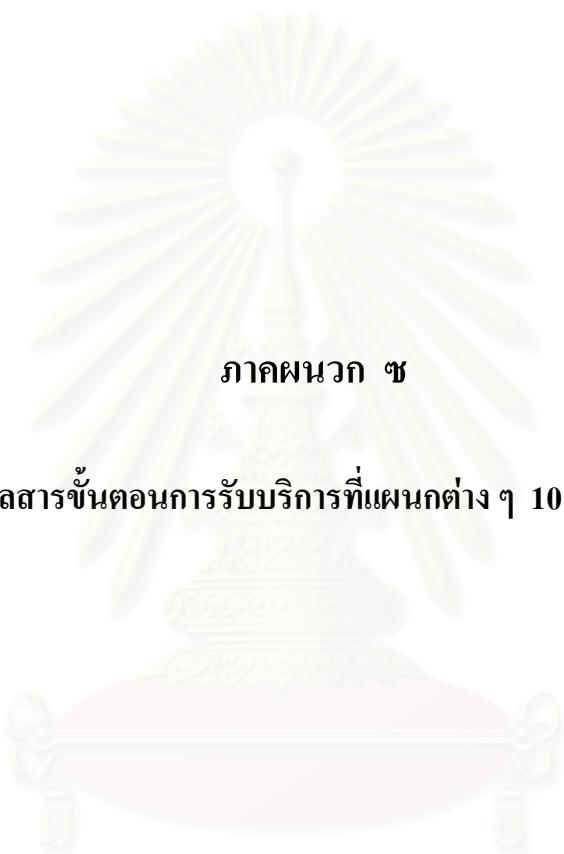
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แบบประเมินผลการเรียนรู้หลังการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

จงกาเครื่องหมาย  $\checkmark$  หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าถูกต้อง

และกาเครื่องหมาย  $\times$  หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าผิด

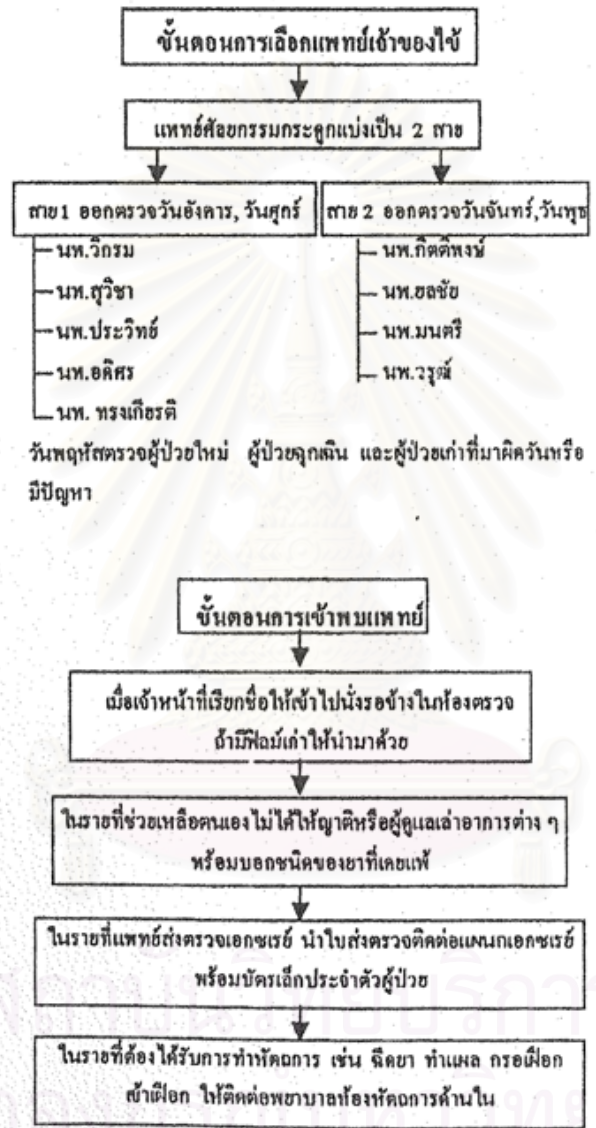
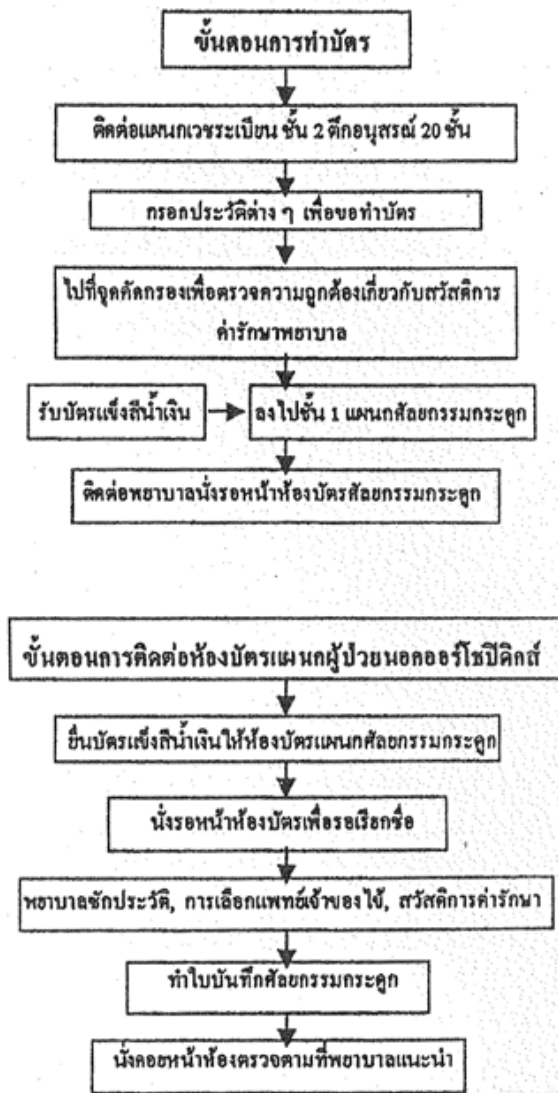
- ..... 1. อาหารที่ผู้ป่วยโรคกระดูกควรรับประทานคือ โปรตีนสูง แคลเซียมสูง
- ..... 2. อาหารที่มีแคลเซียมสูง คือ อาหารประเภทนมถั่วเหลือง และปลาตัวเล็ก ๆ
- ..... 3. อาหารที่มีวิตามินซีสูงคือ ฝรั่ง มะละกอ มะเขือเทศ ผักใบเขียว
- ..... 4. การรับประทานยาหลังอาหารที่ถูกคือ รับประทานหลังอาหาร 1/2 - 1 ชั่วโมง
- ..... 5. ผู้ป่วยโรคกระดูกมักท้องผูก เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ลำไส้ทำงานน้อยลง ต้องรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำมาก ๆ
- ..... 6. การป้องกันโรคกระดูกพรุน คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยให้หัดยืนลงน้ำหนักตัว และรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง
- ..... 7. การป้องกันการเกิดนิ่วในไตทำได้โดยการรับประทานอาหารมาก ๆ ดื่มน้ำน้อย ๆ และนอนบนเตียงเฉย ๆ
- ..... 8. การป้องกันปอดบวมในรายที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ญาติหรือผู้ดูแลต้องเปลี่ยนท่านอนให้บ่อย ๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอและหายใจเข้าออกลึก ๆ
- ..... 9. ในรายที่ผู้ป่วยเข้าเฝือก ไม่ต้องขยับหรือเกร็งกล้ามเนื้อเพราะกระดูกจะไม่ติด
- ..... 10. การป้องกันแผลกดทับในรายที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำได้โดยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง หมั่นนวดบริเวณปุ่มกระดูก และรักษาความสะอาดของผิวหนังให้แห้งอยู่เสมอ

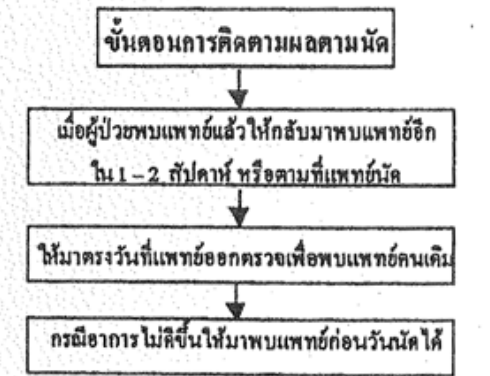
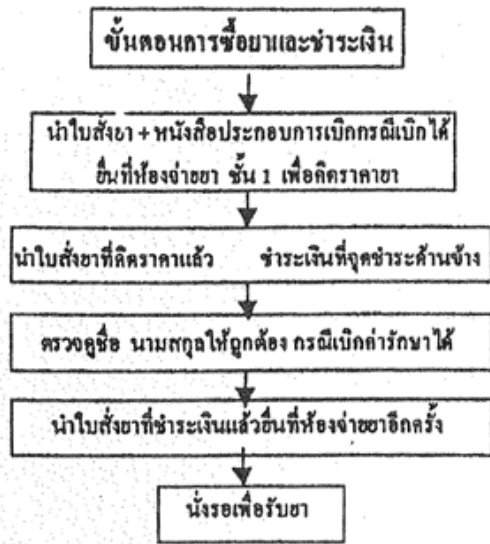


ภาคผนวก ซ

ใบจุดสารขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ 10 ขั้นตอน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ใบดูสูตร  
ขั้นตอนการรับบริการที่แผนกต่าง ๆ 10 ขั้นตอน

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางอรกานต์ ชินพงษ์พานิช เกิดเมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2496 จบการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลเทียบเท่าอนุปริญญา จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ปีการศึกษา 2521 ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล ศิริราชพยาบาล ปีการศึกษา 2528 ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ปีการศึกษา 2542 สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ประจำหอผู้ป่วย ตึกศัลยกรรมพิเศษ 10/7 โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย