

## บทที่ 4

### พฤติกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลนั้น ซึ่งอาจจะเป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย Patient Behavior หรือพฤติกรรมของบุคคลทั่ว ๆ ไป ซึ่งคาดว่าหรืออาจจะมีผู้ที่ไม่เข้ารับการศึกษาพยาบาล

ในการศึกษาทั้งพฤติกรรมของผู้ที่จะเข้าไปรับการรักษาพยาบาลนั้น จึงถือว่าเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะการที่จะให้บริการที่ดีหรือตรงกับความต้องการแล้วก็จำเป็นต้องรู้ก่อนว่าใครคือผู้ที่จะมาเป็นผู้ใช้บริการเปรียบเสมือนการขายบริการในลักษณะอื่น ๆ เช่นกัน หรือถ้าจะเปรียบเทียบกับหลักการตลาดในเรื่องการผลิตสินค้าก็จำเป็นต้องรู้ก่อนว่าจะผลิตให้ใครใช้แล้วลูกค้าเป็นใครบ้าง จะได้วางกลยุทธ์ต่าง ๆ ให้ถูกต้อง ซึ่งการบริการในการแข่งขันการรักษาพยาบาล ก็คงจะเป็นรูปแบบที่คล้ายคลึงกันจะแตกต่างกันก็เป็นเพียงรูปแบบของการบริการ ซึ่งทางด้านการบริการรักษาพยาบาลนั้นมีความสำคัญอย่างมาก และมีความจำเป็นในช่วงต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไป ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ ของประชาชนในการเข้ารับการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างกันในหลาย ๆ ลักษณะดังนี้

1. การศึกษา
2. ระดับอายุ
3. ระดับรายได้
4. เพศ

#### การศึกษา

การศึกษาของประชาชนจะมีผลมากต่อการรักษาพยาบาลในรูปแบบที่แตกต่างกันคือ ผู้ที่มีการศึกษาสูงหรือมีระดับการศึกษาที่ดีกว่า มักจะใช้เวลาในการสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนเองมากขึ้นและเมื่อมีความผิดปกติต่าง ๆ ในร่างกายก็จะรีบเข้ารับการรักษาพยาบาลและอาจจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือข้อปฏิบัติที่พึงกระทำ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง ซึ่งผล

ก็จะออกมาโดยทั่วไปว่า คนที่มีการศึกษาสูงจะเข้ารับการรักษายาบาลต่อปีสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าในลักษณะของการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะพบว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประชาชนจะไปรับการศึกษาพยาบาลบ่อยกว่าประชาชนคนไทย และคนไทยที่อยู่ในกรุงเทพฯซึ่งถ้าวเฉลี่ยมีการศึกษาสูงกว่าคนในจังหวัดห่างไกล ก็จะไปเข้ารับการรักษายาบาลบ่อยกว่าประชาชนในจังหวัดที่ห่างไกล

### ระดับอายุ

ในเรื่องของระดับอายุ นั้น จะมีผลต่อการเข้ารับการรักษายาบาลคือ ผู้ที่มีอายุที่แตกต่างกันจะมีอัตราการเข้ารับการรักษายาบาลแตกต่างกัน คือ ในช่วงแรกของชีวิต เช่น เป็นทารกจนถึงวัยเด็ก ๆ นั้นก็จะเข้ารับการรักษายาบาลตามความดูแลของพ่อแม่ พ่อแม่มีความพร้อมที่จะมีโอกาสให้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ส่วนในช่วงกลางของชีวิตก็ถือกันว่ามีความรู้เข้าใจต่อสุขภาพอนามัยมากน้อยเพียงใด ก็จะส่งผลถึงอัตราการเข้ารับการรักษายาบาล

ส่วนในผู้ที่สูงอายุก็จะพบว่าในประเทศที่มีอายุเฉลี่ยของประชากรยิ่งสูงขึ้นเท่าไรอัตราการเข้ารับการดูแลและรักษายาบาลก็จะสูงขึ้นด้วย

### ระดับรายได้

ระดับรายได้จะเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเข้ารับการรักษายาบาล เพราะปัจจุบันนี้การรักษายาบาลนั้นมีอัตราค่ารักษายาบาลเพิ่มขึ้นมาก ดังนั้น แม้แต่การบริการของรัฐบาลไม่เสียค่ารักษายาบาลก็ยังมีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งมีผลต่อระดับรายได้ของประชาชนอย่างมาก ซึ่งก็จะพบว่าผู้ที่มีระดับรายได้สูงกว่าย่อมมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษายาบาลได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย และถ้าเป็นการบริการรักษายาบาลในภาคเอกชนด้วยแล้ว ระดับรายได้ก็เป็นตัวแปรที่สำคัญในการมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษายาบาล

### เพศ

ความแตกต่างทางด้านเพศก็มีผลต่อการเข้ารับการรักษายาบาล เพราะความแตกต่างทางเพศจะมีลักษณะต่อเนื่องในหลาย ๆ ประการ เช่น ลักษณะนิสัยการเข้ารับการรักษายาบาล เช่น เพศหญิงจะให้ความสนใจตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมากกว่าชาย โอกาสที่จะเข้าไปรับการดูแลรักษา ก็อาจจะมากกว่า หรือเพศชายมีนิสัยการชอบบางอย่างที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ก็มีผลทำให้ต้องเข้ารับการศึกษาพยาบาลมากกว่า เช่น เพศชายอาจมีนิสัยชอบความเสี่ยงต่าง ๆ ก็จะประสบอุบัติเหตุได้มากกว่า หรือชอบสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ก็อาจจะมีโอกาสเจ็บป่วยได้มากกว่า ซึ่งก็ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล

เมื่อพิจารณาโดยละเอียดก็จะพบว่าในการเข้ารับการรักษาพยาบาลนั้น พฤติกรรมการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามที่ต่าง ๆ ก็มีความแตกต่างกันด้วย จึงมีผลต่อลักษณะหรือรูปแบบของการบริการทางด้านสุขภาพอนามัย จึงจำเป็นที่ต้องศึกษาดูว่ามีลักษณะใดบ้าง ซึ่งในที่นี้ขอสรุปในพฤติกรรมที่พบบ่อย ๆ ซึ่งพอจะแบ่งได้ดังนี้

1. อุบัติเหตุ
2. เจ็บป่วยแบบฉุกเฉิน
3. นัดหมายล่วงหน้า
4. การรักษาต่อเนื่อง
5. การให้ภูมิคุ้มกัน
6. การให้คำปรึกษาแนะนำ

### อุบัติเหตุ

จะเป็นลักษณะเข้ารับการรักษา โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้เตรียมพร้อมล่วงหน้า ฉะนั้นการเข้ารับการรักษาที่โดยปัจจุบันทันด่วน ฉะนั้นผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษา ก็จะมุ่งประเด็นความรวดเร็ว และระยะทางในการจะเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล ฉะนั้น พฤติกรรมการเข้ารับจะต้องเลือกสถานบริการให้ใกล้ที่สุด ซึ่งการรักษาพยาบาลอาจจะมีในลักษณะดังนี้

บริการทะเบียนและรักษาบาดแผล ซึ่งพยาบาลเวรเป็นผู้ทำหน้าที่ดังกล่าว บันทึกชื่อ นามสกุล อายุ ที่อยู่ อาชีพ และอื่น ๆ ที่จำเป็น ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยอาจจะไม่รู้สีกตัว โรงพยาบาลก็ต้องเตรียมพร้อมในการบันทึกเรื่องราวที่เกี่ยวข้อง หรือถ้าผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ ก็จำเป็นต้องซักถามถึงอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น สถานที่ เวลา และบันทึกรายการบาดแผลทุกแห่งเท่าที่จะทำได้ หากจำเป็นต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ตำรวจของท้องที่ที่ทำได้โดยโทรศัพท์ติดต่อหรือให้ญาติคนไข้ไปแจ้งความและออกใบนำคนไข้เพื่อมารับใบชันสูตรบาดแผลตามวันนัด

### เจ็บป่วยแบบฉุกเฉิน

เป็นการป่วยแบบฉุกเฉิน ซึ่งผู้ป่วยไม่ทราบล่วงหน้าเช่นกัน เช่น ปวดท้อง เป็นลม หายใจไม่ออก ไม่รู้สีกตัว ซึ่งผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในลักษณะ

ต้องการความรวดเร็ว และระยะทางไปสู่สถานบริการก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน ซึ่งสถานบริการหรือโรงพยาบาลจำเป็นต้องประสานงานกับหน่วยงานอื่น เช่น รถพยาบาล แพทย์เวรพยาบาลอยู่เวร ระบบการขนส่ง แล้วส่งแยกตามประเภทของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะมีผู้ป่วยทางสูตินารีเวชกรรม เป็นต้น

### **นัดหมายล่วงหน้า**

การเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยการนัดหมายล่วงหน้า จะเป็นลักษณะที่ดีของสถานบริการ เพราะจะได้เตรียมพร้อมในการบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์ในการจัดระบบการบริหารด้วย เหมือนกับว่าจะมีผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาทางด้านศัลยกรรม 10 ราย ก็เตรียมเครื่องมือ เจ้าหน้าที่ ระยะเวลา เพื่อให้การผ่าตัดมีผลดี ซึ่งในกรณีนัดหมายล่วงหน้า จะเป็นลักษณะของผู้ป่วยที่มีการเตรียมพร้อม ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วมักจะมีจำนวนผู้ป่วยที่มีการนัดหมายล่วงหน้ามากกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งนำไปสู่การจัดระบบไม่มีระเบียบ เช่น ไม่รู้ว่าจะมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเท่าไร ใช้แต่เพียงการประมาณการ ซึ่งบางครั้งก็ถูกบาง ครั้งก็ผิดพลาด ก็ทำให้เกิดอุปสรรคในการบริการและนำผลร้ายมาสู่การรักษาพยาบาล

### **การรักษาต่อเนื่อง**

การรักษาต่อเนื่องเป็นความตั้งใจหรือร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่ทำการรักษา ต้องให้ความร่วมมือซึ่งกันและกันในการจะให้การรักษาพยาบาลสัมฤทธิ์ผลได้ เช่น ถ้าผู้ป่วยกำลังรักษา โดยการควบคุมอาหารตามคำแนะนำของแพทย์ในการลดอาหารบางชนิด แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องแล้ว การรักษาก็ไม่บรรลุผล อาจะบอกว่าเพราะผู้ป่วย เช่น ในต่างประเทศมีการพูดกันว่า ถ้าแพทย์รักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดพลาดก็ต้องถูกฟ้องเรียกค่าเสียหายให้แก่ผู้ป่วย และมีการพูดว่าแล้วถ้าแพทย์แนะนำให้การรักษาพยาบาลแล้วผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามจนทำให้โรคนั้น ๆ แพร่ขยายออกไป หรือทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายจะเป็นความรับผิดชอบของใคร

### **การให้ภูมิคุ้มกัน**

การให้ภูมิคุ้มกันเป็นลักษณะความต้องการของผู้ป่วย หรือตามการแนะนำของแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาล ซึ่งการให้ภูมิคุ้มกันในการรักษาพยาบาลนั้น เป็นสิ่งที่มีประโยชน์มาก และเป็นการรักษาที่ถูกต้องวิธีและประหยัดที่สุด แต่ในประเทศที่ด้อยพัฒนามักจะประสบปัญหาการที่ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมต้องการภูมิคุ้มกัน ซึ่งก็นำไปสู่การรักษาที่ยากลำบากในลำดับต่อมา

## การให้คำปรึกษาแนะนำ

การให้คำแนะนำปรึกษาทางด้านสุขภาพอนามัยนั้น ประชาชนที่มีการศึกษานิยมที่จะไปขอคำแนะนำจากสถานบริการด้านสุขภาพอนามัยมากกว่า จึงให้พบว่าในประเทศที่มีระดับการศึกษาของประชาชนสูง ๆ จำเป็นต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา แม้ขณะในการรักษาพยาบาล เช่น ถ้ารักษาในลักษณะต่าง ๆ กันจะมีผลออกมาในลักษณะใดบ้าง ผู้ป่วยจะทราบถึงขั้นตอนต่าง ๆ ได้ แต่ก็มีประชาชนบางกลุ่มที่ไม่สนใจคำแนะนำปรึกษาเลย เพียงต้องการให้รักษาพยาบาลก็พอแล้ว ซึ่งผู้ให้บริการก็ต้องแยกแยะประเภทของผู้ใช้บริการว่าต้องการในลักษณะใด

จากการพิจารณาศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยในประเทศไทย แล้วเปรียบเทียบกับเอกสารทำียบทนี ในลักษณะพฤติกรรมของการเข้ารับการรักษาพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งจะพบว่ามีปัญหาและแนวทางของพฤติกรรมคนละลักษณะ

**THE HOSPITAL'S SOCIAL SERVICES DEPARTMENT**, unlike most of the other functions performed within the facility, presents a major problem for administrative analysis and judgment regarding its effectiveness to the total health care mission. Because most of the department's activities deal with the intangible aspects of the patient's transition between hospital and home or an extended-care nursing environment, the standard measures of success commonly applied to other hospital departments are not applicable to the area of social services.

To maintain its **effectiveness** as a transitional mechanism with the hospital's operational plan, the social services department should be operated within two distinct frameworks which encompass its total goal. The primary framework should deal effectively and sympathetically with the problems of the patients and their immediate families as the recovery process evolves. Maintaining a small measure of flexibility can show a sympathetic attitude toward the problems that a patient's family faces, particularly when they must make some major difficult decision regarding the future care of their relative. By the same token, this flexibility can't be permitted to become so great as to sacrifice hospital standards and cause unacceptable financial risks to the facility. Striking this balance correctly is the major challenge which most hospital social services departments face today.

The second phase of social service function deals with its relation to outside agencies, particularly its connection to government social service agencies. This role becomes particularly critical in cases of child or spouse abuse. Injury cases which show clear indications of sociological basis require community action to help prevent needless suffering and, in some extreme cases, death. Addressing these severe social problems within the community discreetly, in a situation that is quite frequently emotionally volatile, represents the second major challenge to a hospital's social service.

To meet the two-phase challenge before it, the hospital social services department should meet certain standards of organization and operation to assure that departmental activities will meet their designated goals. This chapter will pinpoint the factors which contribute to effective departmental operations. We will also devote space for a discussion of the connection between hospital social service and outside social service agencies, putting the emphasis on the portion that directly contribute to success or failure of these vital functions.

As a related item, we will also include details on one of the newest trends in hospital social service planning, the "Intensive Care Program for Relatives" which addresses the special needs presented by the critically ill and dying patients. The program, as one of its peripheral benefits, has expanded the success of organ donor programs for participating facilities.

## Organizing Social Services

Unlike any other departmental service within the hospital, the social services department tends to defy the common concepts normally applied to organization for other departments. The infinite variables which are presented by fluctuations in hospital population and the nature of their needs can make a social service department alternately too large or too small.

The extent of social services involvement, as dictated by existing or amended hospital policy, will largely determine the size and organization of the service. Also to be considered are the age demographics of the typical hospital population and the conditions which forced them to seek hospital care. As an example, older patients are more likely to have conditions which require extended care or other rehabilitative services that require a connection with social services. (A more detailed discussion of this role is offered in Chapter 18.)

For this reason, traditional staffing ratios which are used to determine levels for other departments do not apply effectively in this case. One reasonable "yardstick" is to state that a hospital exceeding the 100-bed capacity level should not consider social services department operations with only one trained social worker. Though a one staffer per 100-bed capacity ratio may be an oversimplification of the situation, it does serve as a preliminary point from which to determine feasible alterations as the nature of the hospital population dictates.

In the multi-staffed social services department, one staffer could be selected as the Chief of Social Services (or another applicable title). The direct responsibilities of the chief of social services include supervision of the department's activities and serving as the liaison between Social Services' activities and those of other hospital departments. This is a vital area of concern because effective hospital management depends greatly on excellent patient transitions from one mode of care to another. This transition enables the hospital to move patients (as medical conditions permit) and open space for new patients as they come in.

In the regulated atmosphere (some might argue that it's over-regulated) of hospital management, the direct connection between the chief of social services and the hospital's Utilization Committee is a most important one. Quite often, the utilization committee effectively sets the priority of action for Social Services as to which patients' cases must be given first attention.

By attempting to balance the physical and psychological needs of a patient with those of the hospital's management objectives, the chief of social services is often "walking a tightrope" between the rival interests. As the public relations "front" for the hospital, the social services department quite often comes in for the "heat" if a patient's transition proves to be a bit premature, possibly causing detrimental effects to the patient's health. Coping with the pressures exerted by the utilization committee—without passing excessive amounts of it on to relatives responsible for the vital decision-making process—can be quite a difficult assignment, even for the most dedicated and level-headed social service worker,

For this reason, selecting the chief of social services involves not only the length of experience in social work. Personal temperament and the ability to deal with pressure effectively should also be prime considerations in the selection process. If the chief of social services is unable to meet the second vital criterion, substantial damage to a hospital's public image and standing in the community is a possibility.

Beyond the role of the chief of social services, make every attempt to have competently trained social workers as subordinate staff members, with the exception of any clerical workers assigned to handle the department's paperwork load. Result: employees who can establish empathy with the people they serve on a daily basis while, at the same time, maintaining a vigilant eye on the management objectives which the hospital wishes to maintain.

### The Social Services-Medical Staff Connection

To meet the objectives of hospital utilization, the social services department, by necessity, should maintain an active liaison with the medical staff. This could potentially include the attendance of a department representative at medical staff meetings, along with more direct participation in the functions of the utilization committee. Because the problems of the department are unique, consideration of other facets of the health care delivery team should be given to avoid complicating the department's situation further.

Maintaining an active dialogue between Social Services and other departments through staff meetings and other less formal means is the best way to ease any potential management problems which the department might face. Because the medical staff's decisions regarding patient status have a direct bearing on departmental functions, the dialogue with the medical staff is particularly crucial.

As the centralized "clearinghouse" for information on available alternative care facilities, the social services department is obligated to keep physicians informed as to openings in nursing homes, rehabilitation centers or other similar facilities to enable the medical staff to make intelligent decisions regarding the future statuses of their patients.

Due to their more immediate connection to the psychological well-being of the patients involved, the department must occasionally take exception to some moves recommended by the medical staff, particularly if it involves the transition of a handicapped person from the hospital to the home environment. Because there are often other considerations than the purely medical or managerial objective, these other factors should be pinpointed by the social services department in its communications with the physicians.



As an example, the availability of home care equipment may stall the patient transfer process. No amount of management objective should force a family to take a handicapped and recuperating patient home from the hospital without necessary equipment to permit adequate home care. This could cause adverse results for the physical and psychological health of both the patient and his or her family.

Assisting in this process is usually the role that comes under the duties of the social services department. Thanks to their ongoing connection with suppliers and organizations which can provide special equipment for the handicapped, they are probably in a better position than family members to acquire the needed help quickly and efficiently, sometimes without any direct cost to the patient or the relatives.

Through an effective, ongoing communications process with the medical staff, the social services department may often be able to begin planning for this transition process in advance, enabling an on-schedule transfer of the patient without contributing further to the problems of either the patient or the family. This factor is the primary reason that we must strongly advocate the strengthening of social services-medical staff communications, particularly where it is currently considered a "weak link" in the health care delivery process.

### Connections with the Outside

Aside from the necessary arrangements which the social services department would make to assist a patient in the transition process, the hospital's social services department also faces major concerns in other areas which involve outside agencies, either in the social services or law enforcement sector. The most frequent need for this type of connection is in relation to the problems generated by the triad of child abuse, spouse abuse and the crime of rape.

In all of these three, the central issue is the combination of physical and psychological suffering which is inflicted upon the patient. Quite often, the psychological injuries are of the longer duration and may require extensive counseling and help to overcome.

To best serve the patient's interests, the hospital social services department should look to form alliances with counseling groups (either under private sponsorship or government funded) which can help the patient to cope with the mental scarring that often accompanies these acts of violence. Another area of possible liaison is with the so-called "Battered Wives' Shelters" which serve as a protective haven for women who are subjected to a habitual pattern of physical abuse in their homes. Because the problems of spouse abuse and child abuse are so often interrelated, these same shelters offer protection to the children of the unfortunate battered wives.

These special shelters for victims of spouse abuse can represent a major financial help to the hospital, particularly if an effective connection is made between the shelter, county or state social services people, and the hospital's social services department. In many of these cases, the need for immediate physical care passes relatively quickly; But, considering the circumstances surrounding most spouse abuse incidents- and their extreme likelihood to be repeated-which could ultimately have fatal consequences, the hospital could be considered to have abdicated its responsibility to the patient by release to the abuser's custody.

If the prolonged psychological care and sheltered safety are provided by the hospital, this is often done at a major financial loss to the institution. Because abused spouses, most often women, are forced to seek public assistance for an interim period when they first break away from their undesirable situations, the financial reimbursement to the hospital is often dependent on the funds and rules of the government agency.

Due to the limited funding which is often available through these agencies, the financial losses incurred in providing long-term care at reduced rates, frequently applied to care which could be provided elsewhere, can prove staggering. Though the reduced funding proves so adverse to the hospital, the special shelters can operate quite nicely on the agencies' allocations due to their considerably smaller level of overhead. The referral process between hospital and special shelter proves to be a financial bonanza for both facilities.

---