ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

กัลยา ไชยวงศ์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

กัลยา ไชยวงศ์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก"

ของ กัลยา ไชยวงศ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

---------- ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)

---------- ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ)

---------- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน)

อนุมัติ

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก
ผู้วิจัย กัลยา ไชยวงศ์
ประธานที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ
ประเภทสารนิพนธ์ วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565
คำสำคัญ คุณภาพบริการ, ความพึงพอใจ, คลินิกหมอครอบครัว

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ ความพึงพอใจในคุณภาพบริการ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจำนวน 398 คน ได้จากการคำนวณด้วยสูตรสูตรการหาขนาดของกลุ่มประชากรที่ไม่ทราบค่าแน่นอน และการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ผู้วิจัยและผู้ช่วยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยลงพื้นที่แจกแบบสอบถามประเภทปลายปิด จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Logistic Regression ผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย เพศหญิง (OR_{Adj}=1.70, 95% CI: 0.96-4.39) ประกอบอาชีพเจ้าของธุรกิจ (OR_{Adj}= 2.80, 95% CI: 1.20-3.62) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าค่าแรงพื้นฐานของจังหวัด (OR_{Adj}= 1.20, 95% CI: 0.00-2.10) ใช้สิทธิรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (OR_{Adj}= 1.08, 95% CI: 1.00-2.08) และมีคะแนนความคาดหวังต่อต่อคุณภาพการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย (OR_{Adj}= 1.00, 95% CI: 0.00-1.63) โดยร่วมกันทำนายความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวได้ร้อยละ 8.71

Title FACTORS INFLUENCING SATISFACTION IN SERVICE OF PRIMARY CARE CLUSTER IN MUANG TAK DISTRICT, TAK PROVINCE.

Author Kanlaya Chaiwong

Advisor Assistant Professor Thanach Kanokthet

Academic Paper M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2022

Keywords service quality, satisfaction, primary care cluster

ABSTRACT

This cross-sectional survey research The objective is to study the expectation of service quality. satisfaction in service quality and factors influencing service satisfaction of family doctor clinic recipients Muang Tak District, Tak Province. The study sample consisted of 398 people. It was calculated by using the formula for finding the size of the population group of unknown exact values. and stratified random sampling. by visiting the area to distribute closed-ended questionnaires. The data were then analyzed by Logistic Regression statistics. The results revealed that the variables that influenced the service quality satisfaction of family doctor clinic recipients were statistically significant at the 0.05 level consisted of females (ORAdj=1.70, 95% CI : 0.96-4.39), working as a business owner (OR_{Adj}= 2.80, 95% CI : 1.20-3.62), having a monthly income lower than the basic wage of the province (OR_{Adj}= 1.20, 95% CI : 0.00-2.10), exercising the right to maintain universal health coverage ((OR_{Adj}= 1.08, 95% CI : 1.00-2.08), and the expectation score on the quality of service of family doctor clinics was lower than the mean score (OR_{Adj}= 1.00, 95% CI : 0.00-1.63) Together we are looking forward to receiving services in the family doctor clinic for sure. 8.71%.

ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวตากสิน (Cluster 1) อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในกาตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

อนึ่ง ผู้วิจัยหวังว่า งานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์อยู่ไม่น้อย จึงขอมอบส่วนดีทั้งหมดนี้ให้แก่เหล่าคณาจารย์ บิดา มารดา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน สำหรับข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นนั้น ผู้วิจัยขอน้อมรับผิดเพียงผู้เดียว และยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

กัลยา ไชยวงศ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ค

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ง

ประกาศคุณูปการ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ฎ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

จุดมุ่งหมายของการวิจัย 4

สมมติฐานการวิจัย 4

ขอบเขตการวิจัย 4

นิยามศัพท์เฉพาะ 5

ประโยชน์ที่คาดว่าจะรับ 5

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 6

1. ระบบบริการสุขภาพ 6

1.1 ระบบบริการปฐมภูมิ 11

1.2 วิวัฒนาการการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ 14

1.3 นโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ 17

2. ความหมายของคลินิกหมอครอบครัว 19
3.ทฤษฎีความพึงพอใจ 25
4. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพระบบบริการสุขภาพ 32
5. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ 36
5.4 แนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังคุณภาพบริการ 44
5.5 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพบริการ 46
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 49
กรอบแนวคิดในการวิจัย 54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 55
1. รูปแบบการวิจัย 55
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 55
3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย 56
4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 57
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล 59
6. วิธีวิเคราะห์ข้อมูล 60
7. การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง 61
บทที่ 4 ผลการวิจัย 62
ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล 62
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ 68
ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัว 74

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจต่อการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก 79

บทที่ 5 บทสรุป 81

สรุปผลการวิจัย 82

อภิปรายผล 83

ข้อเสนอแนะ 85

บรรณานุกรม 86

ภาคผนวก 92

ภาคผนวก ก 93

ภาคผนวก ข 94

ประวัติผู้วิจัย 100

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงทีมบุคลากรแพทย์และทีมสหวิชาชีพ โดยประมาณ 20

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดของกิจกรรมดำเนินการ 22

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 398)..... 62

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 398)(ต่อ)..... 63

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของเหตุจูงใจในการมารับบริการ จำแนกรายข้อ (n = 398) 65

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะของการรับบริการ จำแนกรายข้อ (n = 398) 66

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของการได้รับข้อมูลข่าวสารบริการคลินิกหมอครอบครัว จำแนกรายข้อ (n = 398)..... 67

ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในภาพรวม 68

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการจำแนกรายด้าน 68

ตารางที่ 9 แสดงร้อยละความคาดหวังต่อคุณภาพบริการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำแนกรายข้อ (n = 398)..... 69

ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัวในภาพรวม..... 74

ตารางที่ 11 แสดงผลวิเคราะห์ความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัวจำแนกรายด้าน 74

ตารางที่ 12 แสดงร้อยละความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัวของประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำแนกรายข้อ (n = 398) 75

ตารางที่ 13 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก 79

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แสดงแผนผังคุณภาพการบริการลูกค้า 42

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาวะของประชาชน ซึ่งอาจมีรูปแบบที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ แต่มีองค์ประกอบหลักๆ ที่สำคัญ ได้แก่ เครือข่ายการให้บริการที่ครอบคลุมตามความจำเป็นของประชาชนในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ มีการเข้าถึงบริการของประชาชน ที่ไม่มีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย การบริการ ด้านภาษา ด้านวัฒนธรรมหรือภูมิประเทศ และมีเครือข่ายการให้บริการที่ไปถึงระดับชุมชน (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2557) โดยการให้บริการสุขภาพนี้ต้องมีการกำหนดขอบเขตการคุ้มครองค่าบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน มีความต่อเนื่องในกระบวนการรักษาข้ามเครือข่ายเขตพื้นที่บริการได้ แยกบริการรักษาขั้นสูงเป็นระดับความซับซ้อน ซึ่งระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยขณะนี้ ขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ทำให้เกิดความแออัด ใช้ระยะเวลานานในการรอรับบริการ เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการและความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และมีความไม่พึงพอใจในการรับบริการ ทำให้ระดับของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยจึงเป็นแบบสามเหลี่ยมหัวกลับตั้งบนยอดสามเหลี่ยม (โสภณ เมฆธน ,2559) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ประกอบกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และ แผน 20 ปี

คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เป็นระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชนในจำนวน 10,000 คนต่อหนึ่งทีม โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ประชาชนทุกครอบครัวจะมีหมอครอบครัวเป็นญาติให้การดูแลแบบใกล้ชิดใกล้บ้าน มีทีมแพทย์ประจำดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการดูแลแบบองค์รวมด้วยแนวคิด บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี (โสภณ เมฆธน,2559) ซึ่งในปีงบประมาณ 2559 ได้ทดลองนำร่องทีมหมอครอบครัวแล้วเป็นจำนวน 48 ทีมในเขตเมือง 16 จังหวัด ทั่วทุกภาคของประเทศ หลักการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว มีรูปแบบการให้บริการ 5 ลักษณะงาน ดังนี้ 1.การบริการเชิงรับในหน่วยบริการ 2.การบริการต่อเนื่อง 3.การบริการเชิงรุกในชุมชน 4.การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม และ 5.การรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชน เป้าหมายในการจัดบริการในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ในด้านบริการเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย โดยผู้รับบริการ

เป็นศูนย์กลาง ได้รับการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ครอบครัวและชุมชนมี ส่วนร่วม เป้าหมายที่วางไว้ จำเป็นต้องมีการควบคุม กำกับ ติดตามให้การสนับสนุนและประเมิน ผลการดำเนินงาน โดยการติดตาม ผลผลิตในการดำเนินงานนั้น ดึงข้อมูลจากระบบข้อมูลปกติที่มีในด้านอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาล (ครั้งต่อคนต่อปี) สัดส่วนประชากรใช้บริการที่หน่วยปฐมภูมิ ความครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค KPI ของการให้บริการตามกลุ่มวัย และการประเมินผลลัพธ์ของบริการ การเข้าถึงบริการ และคุณภาพของบริการด้วย เพื่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายของการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวให้มีคุณภาพในด้านบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การตอบสนองความต้องการให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการได้

ความพึงพอใจในบริการเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติของผู้ใช้บริการหลังจากที่ได้รับบริการนั้น ๆ หรือ ระหว่างการใช้บริการเกิดบรรลุเป้าหมาย หรือได้รับการบริการที่ตรงกับสิ่งที่ผู้ใช้บริการคาดหวังไว้ หรือได้รับบริการที่ดีเกินกว่าความคาดหวัง ซึ่งคุณภาพของการบริการถูกสร้างเป็นแบบจำลองที่เกี่ยวกับคุณภาพในการบริการหลายรูปแบบ แต่แบบจำลองที่นิยมใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการนั้น ได้แก่ แบบจำลอง Technical and Functional quality model เป็นการประเมินคุณภาพในเชิงเทคนิคและคุณภาพในเชิงปฏิบัติ และ Gap model หรือ SERVQUAL เป็นการประเมินคุณภาพที่มาจากความแตกต่างของการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งโดยปกติเมื่อมีการประเมินคุณภาพการบริการของหน่วยงานบริการทางการแพทย์ ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจะพิจารณาจากการให้บริการทางการแพทย์กับความคาดหวังในการปฏิบัติงานที่จะได้รับ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวก การตอบสนองของผู้ให้บริการ มากกว่าคุณภาพในเชิงเทคนิค เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคหรือประสิทธิภาพของกระบวนการรักษา ทำให้คุณภาพในเชิงเทคนิคไม่สามารถใช้อธิบายคุณภาพของการบริการทางกการแพทย์ในมุมมองของผู้รับบริการได้ (กนกพร ลีลาเทพินทร์,2554) คุณภาพของการบริการสามารถวัดได้จากการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งก็คือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยเข้ามาใช้บริการในหน่วยให้บริการนั้นๆ ตรงกับความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการ หากการรับรู้ของผู้รับบริการมีมากกว่าความคาดหวังที่มีต่อการบริการ แสดงว่าการบริการหรือหน่วยบริการนั้นมีคุณภาพ แต่หากความคาดหวังของผู้รับบริการมีมากกว่าการรับรู้ ซึ่งแปลได้ว่าการบริการหรือหน่วยบริการนั้นยังไม่มีคุณภาพตรงต่อความต้องการของผู้รับบริการ การประเมินคุณภาพของการบริการควรประเมินจากมุมมองทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ แต่หลักสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการนั้น คือการมุ่งตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากการบริการ ดังนั้นผู้ที่จะประเมินว่าบริการนั้นมีคุณภาพหรือไม่ควรเป็นผู้รับบริการ (เกศสุดา เหมทานนท์,2553) ซึ่งจากผลการศึกษาของ Parasuraman et al. (1988) ทำให้ทราบว่าผู้รับบริการได้ใช้ปัจจัย 10 ประการ คือ ความสะดวก

การติดต่อสื่อสาร ความรู้ความสามารถ ความสุภาพในการให้บริการ ความน่าเชื่อถือ ความเชื่อมั่น การตอบสนองอย่างรวดเร็วในการบริการ ความปลอดภัย รูปลักษณ์ภายนอก และความเข้าใจผู้รับบริการ ในการวัดคุณภาพการบริการ และยังได้สร้างแบบวัดคุณภาพบริการที่มีชื่อว่า SERVQUAL (Service Quality) โดยนำเอาปัจจัยกำหนดคุณภาพของบริการทั้ง 10 ประการ มารวบรวมให้เหลือเพียง 5 ด้าน ดังนี้ ได้แก่ 1.ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการบริการ 2.การตอบสนองต่อผู้รับบริการ 3.การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 4.ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ และ 5.ความเป็นรูปธรรมของบริการ

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก จึงนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เนื่องจากนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ มีแผนการดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวเมื่อปี พ.ศ.2559 ทั้งนี้ในปี พ.ศ.2560 จังหวัดตาก ได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวแล้วจำนวน 8 ทีม ซึ่งเขตอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก เริ่มดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว 3 ทีม ตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ในปี พ.ศ.2560 นี้เป็นครั้งแรก จึงยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวัง และความพึงพอใจที่มีต่อการจัดบริการต่อคลินิกหมอครอบครัว และเนื่องจากผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงาน มีสถิติการเข้าใช้บริการคลินิกหมอครอบครัวเป็นจำนวน 31,206 คน ซึ่งมากที่สุดเมื่อเทียบกับช่วงวัยอื่นๆ (ศูนย์ข้อมูล THIC ข้อมูล ณ วันที่ 18 ตุลาคม 2560) และมีการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมที่สุดจากแผนการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ, 2559) ทั้งนี้ศึกษากับประชาชนที่มาเข้ารับบริการคลินิกหมอครอบครัว จากการทบทวนรูปแบบบริการคลินิกหมอครอบครัว ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบวัดคุณภาพบริการ (SERVQUAL) มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยของตนเองให้สอดคล้องกับรูปแบบงานบริการของคลินิกหมอครอบครัว ได้องค์ประกอบ 5 ด้านดังนี้ 1.ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษาและเก็บรักษา 2.การตอบสนอง ท่าทีการแสดงออก หรือปฏิสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ 3.การแนะนำข้อมูลข่าวสารและความรู้ ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 4.ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ และ 5.ความเป็นรูปธรรมของบริการ

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงคุณภาพบริการของคลินิกหมอครอบครัวของอำเภอเมือง จังหวัดตาก ให้สอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการ อันจะก่อให้เกิดการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการจัดบริการของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

2.เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุจูงใจที่มารับบริการ ลักษณะของการรับบริการ ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารบริการ ที่ตั้งบ้านเรือนอยู่ในเขตรับผิดชอบ และปัจจัยคุณภาพการให้บริการ มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้เป็นศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก โดยมีปัจจัยคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1.ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษา 2.การตอบสนอง ท่าทีการแสดงออกหรือปฏิสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ 3.การแนะนำข้อมูลข่าวสารและความรู้ ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 4.ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ และ 5.ความเป็นรูปธรรมของบริการ ในการบริการคลินิกหมอครอบครัวแบบองค์รวม

ขอบเขตด้านสถานที่

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาที่กลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิที่ 1 คลินิกหมอครอบครัวตากสิน (Cluster 1) อำเภอเมือง จังหวัดตาก

ขอบเขตด้านเวลา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ.2560 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ.2561

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรช่วงอายุ 20-59 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิที่ 1 คลินิกหมอครอบครัวตากสิน (Cluster 1) อำเภอเมือง จังหวัดตาก

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. คุณภาพบริการ หมายถึง ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัว ในปัจจัยคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1.ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษาและเก็บรักษา 2.การตอบสนอง ท่าทีการแสดงออก หรือปฏิสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ 3.การแนะนำข้อมูลข่าวสารและความรู้ ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 4.ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ และ 5.ความเป็นรูปธรรมของบริการ

2. คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง ทีมหมอครอบครัว ดูแลประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ 1 คลินิกหมอครอบครัวตากสิน (Cluster 1) อำเภอเมือง จังหวัดตาก

3. ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของผู้ใช้บริการหลังจากที่ได้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวตากสิน (Cluster 1) อำเภอเมือง จังหวัดตาก ทั้ง 4 บริการ ได้แก่ 1. การบริการต่อเนื่อง 2. การบริการเชิงรุกในชุมชน 3. การสร้างเครือข่ายและการสร้างการมีส่วนร่วม และ 4.การรับข้อมูลและให้คำปรึกษาแก่ประชาชน

4. เหตุจูงใจในการมารับบริการ หมายถึง การตัดสินใจมาใช้บริการคลินิกหมอครอบครัว ได้แก่ ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง การระบุพื้นที่สิทธิการรักษา ครอบครัวหรือคนรอบข้างสนับสนุนให้มาใช้บริการ และคำบอกเล่า ชักชวน แนะนำจากผู้อื่นให้มาใช้บริการ

5. ลักษณะของการรับบริการ หมายถึง ตรวจรักษาทั่วไป บริการทันตกรรม บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) บริการคัดกรองมะเร็ง บริการคลินิกตา บริการคลินิกไต บริการปรึกษาวางแผนครอบครัว และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

6. ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารบริการ หมายถึง สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆที่ผู้รับบริการรับทราบ ได้แก่ สื่อโทรทัศน์ สื่อวิทยุชุมชน ศูนย์กระจายเสียงของหมู่บ้าน ป้ายประกาศประชาสัมพันธ์ และการบอกกล่าวจากผู้ให้บริการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะรับ

ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงคุณภาพบริการของคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดตาก ให้สอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการ อันจะก่อให้เกิดการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเกิดเป็นมาตรฐานระดับกระทรวงสาธารณสุขในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้การดำเนินงานการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวมีมาตรฐานเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งประเทศ

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตากในครั้งนี้ได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัย ดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพ
2. ความหมายของคลินิกหมอครอบครัว
3. แนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพระบบบริการสุขภาพ
5. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ระบบบริการสุขภาพ

เนื่องจากระบบสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพของคนไทยนั้นได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตามลำดับโดยวิวัฒนาการของการพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลและสรุปสาระสำคัญตามวิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพ โดยมีลำดับการนำเสนอดังนี้

1.1 ความหมายของระบบบริการสุขภาพ

จรัส สุวรรณเวลา (2543 : 35-36) ได้ให้ความหมายของ “ระบบบริการสุขภาพ” คือ ระบบบริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่บริการเพื่อการใช้ชีวิต การร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพรวมถึงการสุขาภิบาล การมีอาหาร น้ำและอากาศที่ปลอดภัย อาจรวมไปถึงการมีเศรษฐานะ ระบบการปกครองระบบการค้า ระบบการประกอบอาชีพที่ช่วยแก้ไขปัญหาความยากจน ซึ่งส่งผลให้ช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพได้ การได้รับการศึกษาและข้อมูลเพื่อให้รู้เท่าทันโดยใช้ชีวิตอย่างเหมาะสมและรักษาสุขภาพที่ดีไว้ได้ ระบบป้องกันโรคที่ป้องกันได้ เมื่อเกิดโรคขึ้นก็มีระบบบริการรักษาโรค ซึ่งมีรูปแบบและระบบความซับซ้อนจากการใช้เทคโนโลยีต่างๆ มากมาย เมื่อพิการก็มีเทคโนโลยีในการลดความพิการและเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิต รวมไปถึงการปรับสภาพสังคมทั้งด้านกายภาพ กฎเกณฑ์สังคม และค่านิยม เพื่อให้ผู้พิการทางกาย จิต และทางสังคม เช่น โรคที่สังคมรังเกียจ ฯลฯ ได้มีสุขภาวะที่ดีที่สุดที่พึงจะมีได้

ระบบบริการสุขภาพจึงครอบคลุมการจัดบริการที่สุขภาพที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมทั้งบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ (professional care) และบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน (non-professional care) เดิมมีการใช้คำว่า “ระบบบริการสาธารณสุข” และ “ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข” ในความหมายเช่นเดียวกับระบบบริการสุขภาพ แต่เนื่องจากคำดังกล่าวทำให้เกิดความเข้าใจที่สับสน เช่น กรณีคำว่า ระบบบริการสาธารณสุขทำให้เข้าใจว่า หมายถึงระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียว หรือกรณีคำว่า ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้เข้าใจว่า เป็นระบบบริการที่จัดให้โดยบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น จึงทำให้การใช้คำดังกล่าวมีความนิยมน้อยลงในระยะหลัง นอกจากนี้ ประเด็นอื่นๆ ที่ควรเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับ “ระบบบริการสุขภาพ” คือ

1) ระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยระบบบริการสุขภาพย่อย ๆ ที่มาจากฐานความคิดมากกว่าระบบเดียว เป็นระบบที่เรียกว่าเป็น “ระบบบริการสุขภาพแบบพหุลักษณ์ (pluralistic health care system) การที่การแพทย์ตะวันตกหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน (modern medicine) มีบทบาทมากในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน ไม่ได้หมายความว่า ไม่มีระบบบริการสุขภาพในแนวอื่นดำรงอยู่ หรือระบบบริการสุขภาพแนวอื่นไม่มีความสำคัญ ความนิยมของ ”การแพทย์ทางเลือก” ในปัจจุบันสะท้อนภาพดังกล่าวได้เป็นอย่างดี

2) ระบบบริการสุขภาพ มิใช่ระบบหลักในการทำให้คนในสังคมมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาวะ” ได้ ความหมายของคำว่า ”สุขภาพดี” ในปัจจุบันครอบคลุมการมีสุขภาวะของทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้มีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบย่อยอื่นๆ ในระบบสุขภาพให้มีความพร้อม และสามารถสนับสนุนการสร้าง “สุขภาพดี” ได้อย่างเต็มที่ การลงทุนเน้นหนักที่ระบบบริการสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียวเหมือนเช่นอดีตที่ผ่านมา ได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า นอกจากจะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการมี “สุขภาพดี” ได้แล้ว ยังเป็นการใช้จ่ายทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่าด้วย

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบบริการต่างๆที่จัดขึ้นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกัน โรค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นแบบผสมผสาน หรือเฉพาะด้าน หรือเฉพาะเรื่อง แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือระบบบริการระดับปฐมภูมิ ระบบบริการระดับทุติยภูมิ และระบบบริการ ระดับตติยภูมิ (สำเริง แหยงกระโทก,2545)

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบบริการต่าง ๆ ที่จัดขึ้นเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เป็นแบบผสมผสาน หรือเฉพาะด้าน เฉพาะเรื่อง ทั้งนี้หากเป็นส่วนที่รัฐจัดขึ้น สนับสนุนให้จัดขึ้น หรืออยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของรัฐ เพื่อประชาชนโดยทั่วไป ก็จะเรียกในส่วนนั้นว่า บริการสาธารณสุข (รุสลี บาเหะ,2559)

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบดูแลสุขภาพที่มีลักษณะที่พึงประสงค์ 3 ประการ คือ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ซึ่งความเป็นธรรม คือระบบที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น อย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงฐานะ ต้องมีคุณภาพ ทั้งคุณภาพน้ำใจ ความสุจริต ความถูกต้องทางวิชาการ เป็นที่วางใจเชื่อมั่น และมีประสิทธิภาพของการบริการที่ให้ผลคุ้มค่า (สุวัสสา เพ็งสีแสง,2552)

ระบบบริการสุขภาพ องค์ประกอบส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ซึ่งหมายถึง กิจกรรมต่างๆที่นำไปสู่การบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนหรือสาธารณะ (จารุวรรณ เย็นเสมอ,2557)

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบ ด้วยระบบการดูแลสุขภาพย่อย ๆ เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพ ทั้งทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ไม่ใช่ระบบหลักที่จะทำให้ประชาชนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาวะ” แต่เป็นระบบที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างประสานสอดคล้องกับระบบอื่นๆ ในระบบสุขภาพ

1.2 การจัดระบบบริการสุขภาพ

การจัดแบ่งระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ เช่น แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) หรือ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ บริการระดับปฐมภูมิ และการดูแลโดยโรงพยาบาล (hospital care) โดยบริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันนั้น มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ยังสามารถสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการของประชาชน เพราะลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชนในแต่ละชุมชนนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นโรคหรือความเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อน สามารถให้การดูแลได้โดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากนักที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การจัดโครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่สามารถให้บริการครอบคลุมทั้งบริการการแพทย์ขั้นพื้นฐานและบริการการแพทย์ที่ซับซ้อนในทุกพื้นที่ หรือจัดบริการสุขภาพเป็นระดับเดียว (single level) จะทำให้บริการการแพทย์ที่ซับซ้อนจะไม่ถูกใช้อย่างเต็มที่ เนื่องจากอุบัติการณ์ (incidence) การเจ็บป่วยที่ซับซ้อนที่เกิดในชุมชนมีจำนวนไม่มากนักการจัดบริการในลักษณะนี้จึงไม่เกิดความประหยัดของขนาด (economy of scale) ของบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน และเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

2. เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุมการจัดแบ่งระบบบริการสุขภาพเป็นหลายระดับ โดยแต่ละระดับมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบแตกต่างกัน คือ บริการ

สุขภาพระดับต้น หรือบริการระดับปฐมภูมิรับผิดชอบดูแลจำนวนประชากรไม่มากนัก แต่ครอบคลุมการให้บริการสุขภาพที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ ทั้งบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ขณะที่บริการในระดับที่สูงขึ้นรับผิดชอบจำนวนประชากรที่มากขึ้น แต่ครอบคลุมการให้บริการเฉพาะโรคที่ไม่เกิดบ่อยแต่มีความซับซ้อน ผลของการจัดแบ่งระบบบริการสุขภาพในลักษณะเช่นนี้ ทำให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุมด้วยเหตุผลหลายประการคือ

1) การที่บริการปฐมภูมิแต่ละแห่งดูแลจำนวนประชากรไม่มากนัก จึงมีเงื่อนไขที่จะสามารถจัดบริการให้ครอบคลุมได้โดยไม่ยาก ขณะเดียวกันก็มีเงื่อนไขที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ต่อเนื่องกับประชาชนในชุมชน ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ผู้ให้บริการเข้าใจและสามารถจัดบริการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการในมิติทางสังคมวัฒนธรรม (socio-cultural aspect)

2) การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนแต่พบไม่บ่อยด้วยสถานพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น ทำให้ผู้ให้บริการมีเงื่อนไขที่จะพัฒนาความชำนาญและเทคโนโลยีในการให้บริการ เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากพอสำหรับการพัฒนาดังกล่าว ทำให้คุณภาพบริการทางการแพทย์ (bio-medical aspect) ได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพดีขึ้น ที่ผ่านมามีความเข้าใจที่สับสนบางประการเกี่ยวกับลักษณะและบทบาทหน้าที่ของบริการสุขภาพระดับต่างๆ อาทิ

- การจัดแบ่งระดับบริการสุขภาพ เป็นการแบ่งตามระดับความซับซ้อนของการใช้วิทยาการและทรัพยากร โดยบริการระดับต้นจะเป็นบริการที่ใช้วิทยาการและทรัพยากรที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งข้อเท็จจริง คือ บริการสุขภาพแต่ละระดับเป็นบริการที่จัดการกับปัญหาที่มีความซับซ้อนแตกต่างกัน บริการระดับต้นเป็นบริการที่จะต้องจัดการกับปัญหาที่มีความซับซ้อนทางด้านสังคมวัฒนธรรมสูง ขณะที่บริการในระดับที่สูงขึ้นต้องดูแลจัดการกับปัญหาทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนสูง

- บริการระดับต้นเป็นบริการที่มีราคาถูก ขณะที่บริการในระดับที่สูงขึ้นเป็นบริการที่มีราคาแพง การจัดให้มีบริการระดับต้น เพราะไม่มีงบประมาณเพียงพอที่จะจัดให้มีบริการในระดับที่สูงขึ้นในทุกพื้นที่ หากประเทศมีทรัพยากรมากขึ้น ก็ควรจะยกระดับบริการระดับต้นให้เป็นบริการระดับสูงขึ้นในทุกพื้นที่ ซึ่งข้อเท็จจริง คือ การจัดให้มีบริการระดับต้นทำให้ประสิทธิภาพของระบบโดยรวมดีขึ้น แต่การจัดให้มีบริการระดับต้นมิใช่เพราะมีทรัพยากรไม่เพียงพอ แต่เป็นเพราะบริการระดับต้นสามารถจัดบริการที่ความครอบคลุมและมีคุณภาพในมิติทางสังคมวัฒนธรรมได้ดีด้วย

- การจัดให้มีบริการหลายระดับ ทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนที่จัดโดยบริการในระดับที่สูงขึ้นลดลง ซึ่งข้อเท็จจริง คือ บริการสุขภาพแต่ละระดับเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (referral system) หากระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ ปัญหาการเข้าถึงบริการใน

ระดับที่สูงขึ้นก็จะหมดไป การพัฒนาระบบส่งต่อจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ ไม่ว่าจะจัดระบบบริการสุขภาพเป็นกี่ระดับก็ตาม

สำเริง แหยงกระโทก (2545) กล่าวว่าระบบบริการสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) การบริการระดับ ปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป 2) การบริการระดับทุติยภูมิ หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการทุติยภูมิ สถานพยาบาลที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเข้าการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 3) การบริการระดับตติยภูมิ หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องมีเทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (รายงานสุขภาพคนไทย: 2552) กล่าวว่าระบบบริการสุขภาพของไทย มีการขยายตัวของการให้บริการสุขภาพในระดับต่างๆ เช่นบริการสุขภาพระดับต้น หรือระดับปฐมภูมิ (Primary care) ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และการป้องกันโรค โดยเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด และมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงที่สุด ได้แก่ สถานีอนามัย ที่กระจายอยู่ทุกตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูงหรือระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ที่เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความสลับซับซ้อน ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษและต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จากการขยายตัวดังกล่าว ทำให้การใช้บริการของประชาชนส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 4 ใน 5 ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติ ปี 2554 – 2558:2554) กล่าวว่า การจัดระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน รัฐบาลได้พยายามจัดรูปแบบการให้บริการให้สัมพันธ์กับระดับความต้องการใช้บริการในแต่ละระดับพื้นที่ เช่น ในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยผู้ให้บริการจะคำนึงถึงสภาพปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพ ที่มุ่งเน้นที่จะป้องกันหรือดำเนินการแก้ไข โดยมีรายละเอียดของการจัดบริการ ดังนี้

1. โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง และระบบส่งต่อ

- การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด จึงเน้นที่ความครอบคลุม มีการบริการผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ การจัดบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ชนบท ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำหรับในเขตเมืองอาจเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขขอกรุงเทพมหานคร

- การบริการทุติยภูมิ (Secondary Care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และโรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงกลาโหม และมหาวิทยาลัย

- การบริการตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary Care and Excellent Center) เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ชั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมากมีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็น โรงพยาบาลศูนย์สถาบันเฉพาะทางต่าง ๆ หรือสังกัดมหาวิทยาลัย เช่น โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์

- ระบบส่งต่อผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาเชื่อมโยงระบบส่งต่อผู้ป่วยให้เป็นเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัยและตามความจำเป็นของปัญหาสุขภาพ

สำนักบริหารการสาธารณสุข (2555) กล่าวว่า การจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ(Primary Care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ(Tertiary Care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ(Referral System) เพื่อให้สามารถจัดบริการคุณภาพที่มีคุณภาพ มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิตติยภูมิและศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ “ เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ ”(Seamless Health Service Network)

ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพจึงสามารถจัดแบ่งได้หลายระดับ โดยในแต่ละระดับจะมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน และเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่ให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และจัดบริการที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุมในมิติทางสังคมวัฒนธรรม

1.1 ระบบบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแล

ตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป (สำเริง แหยงกระโทก, 2545) รัฐบาลภายใต้การนำของ ฯพณฯ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี แถลงนโยบายด้านสาธารณสุขต่อสภาผู้แทนราษฎร คือปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพภาครัฐ ทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกระดับ สถานีอนามัยเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพเชื่อมโยงกันโดยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตอบสนองต่อการแก้ปัญหาและนโยบายของรัฐดังกล่าวต่อเนื่อง โดยการปรับโฉมการบริการระดับปฐมภูมิของประเทศไทยให้เปลี่ยนจากบริการเชิงรับมาเป็นเชิงรุก โดยจัดทำแผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ.2552-2555 ขึ้น เพื่อเป็นกรอบแนวทางการขับเคลื่อนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552)

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) คือ บริการสุขภาพด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (Frist line health care services) มีบทบาทดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยประยุกต์ความรู้ทางวิชาการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ มีลักษณะผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ พร้อมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อให้ความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตัวเอง

2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนซึ่งได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานีอนามัย ที่มีการดำเนินงานด้านสุขภาพเชิงรุก คือการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ที่มีคุณภาพได้มาตรฐานเชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในพื้นที่ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผลการดำเนินงาน

กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

1.แพทย์ (ใช้ระบบการให้คำปรึกษาทางไกล)

2.พยาบาล 2 คน

3.เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน

4.เจ้าพนักงานทันตาภิบาล 1 คน

5.เจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน

6.ผู้ช่วยเจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน

7.นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน

8.คนงาน 1 คน

9.ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

มาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มี 3 ลักษณะ ประกอบด้วย

- ด้านที่ตั้งและประชากร

1) มีประชากรรับผิดชอบไม่น้อยกว่า 8,000 คนต่อ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของประชากร ถ้าอยู่นอกพื้นที่จะต้องไม่ไกลเกินกว่าการเดินทาง 30 นาที โดยรถยนต์

- ด้านบุคลากร

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบประชากร 10,000 คน มีบุคลากรให้บริการ 8 คน หรือ สัดส่วนเจ้าหน้าที่ : ประชากรที่รับผิดชอบ = 1: 1,250 คน บุคลากร 8 คน ประกอบไปด้วย

- แพทย์ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน
- ทันตแพทย์ 1 คน รับผิดชอบประชากร 20,000 คน
- พยาบาลวิชาชีพ 2 คน
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ 4 คน
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้อง Lab เจ้าหน้าที่การเงิน / บัญชี ฯลฯ

2) บุลากร 8 คน ที่ปฏิบัติงานประจำเป็นทีมไม่น้อยกว่า 75% ของเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด

3) ระยะเวลาปฏิบัติงานของบุคลากรที่ให้การบริการอย่างน้อง 56 ชั่งโมงต่อสัปดาห์

4) บุคลากรควรมีกระบวนการอบรมทั้งในเชิงความรู้ ทักษะการปฏิบัติงาน(Skill) และทัศนคติ (Attitude) ในเรื่องเกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัว

- ด้านวัสดุ / อุปกรณ์ และเครื่องมือ

1) ครุภัณฑ์สำนักงาน เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ตู้ ฯลฯ ควรมีให้ครบและเหมาะสม มีพื้นที่บริการเพียงพอ

2) มีอุปกรณ์/วัสดุ/เครื่องมือ เพื่อการศึกษาป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟู สุขภาพได้อย่างครบถ้วนพอเพียงและมีระบบ Sterile system ที่ถูกต้อง

3) ครุภัณฑ์/ยานพาหนะ อุปกรณ์การสื่อสารเพื่อติดต่อ CUP และใช้ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งปฏิบัติงานในชุมชน เช่น รถจักรยานยนต์ วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ ฯลฯ (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552) มาตรฐานของผลลัพธ์ หรือผลการดำเนินงาน

เมื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินตามโครงสร้างและกิจกรรม จะเกิดผลลัพธ์ที่เป็น out-put ,out-come,Impact ดังต่อไปนี้

1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ ได้รับบริการครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐาน (Coverage) หรือตัวชี้วัดที่ควรจะเป็น

2) ประชาชนในเขตรับผิดชอบถ้าป่วยด้วยโรคติดต่อต้องมีรายงานครบถ้วน ทันเวลา และโรคเรื้อรังในชุมชน จะถูกค้นพบได้เร็วขึ้น

3) ประชาชนและบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (Bonding)

4) ประชาชนมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้น

5) เมื่อเปิดโอกาสให้เลือกลงทะเบียนประชาชนจะเลือกลงทะเบียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของตนเอง

6) เมื่อสอบถามความพึงพอใจ ประชาชนจะพึงพอใจและยอมรับบุคลากรที่เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพประจำครอบครัว

7) ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ มีความร่วมมือและประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นอย่างดี

8) ประชาชนมีสถานะทางสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้

9) ลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัดได้ (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552)

1.2 วิวัฒนาการการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ประเทศไทยกล่าวได้ว่าประสบผลสำเร็จในการขยายบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนไทยในทุกภูมิภาค โดยเฉพาะชนบทที่ห่างไกล เมื่อย้อนหลังไปถึงปี พ.ศ.2485 มีโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการรักษา-พยาบาลในส่วนภูมิภาคเพียง 5 แห่ง และ “สุขศาลา” ซึ่งเป็นสถานบริการปฐมภูมิในระดับตำบลอยู่เพียง 300 กว่าแห่ง แต่จากการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน คือการสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมือง ตามด้วยการขยายบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิไปสู่พื้นที่ชนบท รวมทั้งการผลิตบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ทาให้มีโรงพยาบาลทั่วไปในส่วนภูมิภาคครบทุกจังหวัด เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยการลดภาระทางการเงินในการเข้ารับบริการโดยใช้วิธีการคลังรวมหมู่ ผ่านระบบประกันสุขภาพตามกลุ่มอาชีพซึ่งมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องเช่นกัน และในช่วงที่ประเทศไทยขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมคนไทยทุกคน เมื่อ พ.ศ. 2544 นั้น เกือบทุกอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชน และเกือบทุกตำบลมีสถานีอนามัย ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)

ในขณะเดียวกัน ประชาชนไทยมีการใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อวิเคราะห์จากข้อมูลการศึกษาอนามัยและสวัสดิการในช่วงปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2556 พบว่า การมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2544 ลดความเสี่ยงในการไม่ดูแลรักษาสุขภาพแบบใดๆ และลดความเสี่ยงในการเลือกรักษาพยาบาลแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นแรงกดดันต่อระบบบริการสุขภาพที่มีทรัพยากรจำกัดและเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม จากข้อมูลการให้บริการรายครั้งของกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน และการวิจัยประเมินผล พบว่าประชากรวัยสูงอายุและกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้พิการ ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการ อาจเนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทาง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือพิการ เช่น ผู้ป่วยอัมพาตจากเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยเอดส์ยังมีอุปสรรคในการรับบริการอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานพยาบาล ดังนั้นการใช้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นนี้อาจเป็นการเพิ่มโดยไม่มีประสิทธิภาพในบางส่วน ในระดับมหภาคมีความพยายามดำเนินการปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาโรคเรื้อรังและปัญหาจากสังคมที่เปลี่ยนไป รวมทั้งเป็นการรองรับสังคมผู้สูงอายุ มาแล้วระยะหนึ่ง

ในระดับจุลภาคมีการทำโครงการนำร่องหลายโครงการทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขและ สานักงานหลักประกันสุขภาพซึ่งปรากฏหลักฐานจากการทบทวนโครงการต่างๆเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการปฐมตั้งแต่อย่างช้าสิบปีที่แล้ว โดยมีอำเภอที่อยู่ในโครงการ เช่น District Health System Award (DHSA), โครงการระบบสุขภาพอำเภอ กระทรวงสาธารณสุข (DHSmoph), โครงการเพิ่มพูนประสบการณ์เวชปฏิบัติครอบครัวตำบลพึ่งตนเอง และ Public Health Practice Learning เป็นต้น รวมทั้งการปรับรูปแบบบริการมาเป็นเขตสุขภาพก็อาจกล่าวได้ว่ามีแนวคิดเรื่องนี้อยู่ด้วยระดับหนึ่ง

การจัดระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยเมื่อยังเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้ต่ำ ได้รับอิทธิพลแนวคิดการขององค์การอนามัยโลกในการวางโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐและแนวคิดในการจัดบริการ โดยองค์การอนามัยโลกในช่วงทศวรรษ 1970 ได้เสนอนวัตกรรมในการจัดระบบสุขภาพในลักษณะเน้นกาป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพใช้ชุมชนเป็นฐาน แนวคิดนี้ตกผลึกใน 1978 WHO conference ที่ Alma Ata, Kazakhstan โดยมีการกำหนดคำนิยามของสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้น และ เสนอแนวทางการใช้สาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) เป็นแนวทางดำเนินการให้เกิด “Health for All by the year 2000” Alma Ata Declaration ให้คำจำกัดความของ Primary health care ว่าเป็น “Essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community….It forms an integral part of the country’s health system…and of the social and economic development of the community…bringing health care as close as possible to where

people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.” ซึ่งคำจำกัดความดังกล่าวครอบคลุมทั้งเรื่องระดับการจัดบริการ และ นโยบายสาธารณสุข รวมถึงการจัดระบบบริการ ซึ่งนำไปสู่แนวคิดในการบูรณาการบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ (District Health System) ที่มุ่งบูรณาการจัดระบบบริการสุขภาพ ทั้งการดูแลตัวเอง อาสาสมัครภาคประชาขน เอกชน และหน่วยงานสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน

บริการปฐมภูมิ (Primary care) ในความหมายอย่างแคบหมายถึงบริการแบบ “family doctor-type services” ซึ่ง Barbara Starfield ระบุว่า เป็น “level of a health service system that provides entry into the system for all new needs and problems, provides person focused(not disease-care over time, provides care for all but very uncommon or unusual conditions, and coordinates or integrates care provided elsewhere by others.” คุณลักษณะของบริการปฐมภูมิที่สำคัญ คือ การเป็นผู้ดูแลคนแรก เข้าถึงได้ง่าย ดูแลเป็นองค์รวม และ ทำหน้าที่ประสานงานเพื่อให้ได้รับผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมที่สุด โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประเทศที่มีรายได้สูงบางครั้ง Primary care และ Primary health care จะเป็นคำที่ใช้แทนกัน เนื่องจากหมายถึงการบริการระดับแรกเหมือนกัน (Muldoon, Hogg, & Levitt, 2006) จากบทเรียนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั่วโลกพบว่า ประเทศที่ให้ความสาคัญ และจัดระบบให้มีระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีผลลัพธ์สุขภาพดีกว่า เช่น อัตราการตายทารกต่ำ อัตราตายของประชากรต่ำกว่า กว่าเด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยต่ากว่า ค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อประชากรต่ำกว่า เป็นต้น

ในประเทศไทยได้ให้นิยามของบริการปฐมภูมิว่า “เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบจัดบริการให้ตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน และเชื่อมโยงกิจกรรมดำเนินงานด้านสุขภาพต่างๆ ให้ต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นองค์รวม ผสมผสาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้ อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพและการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม” ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง,ศูนย์สุขภาพชุมชนในและนอกโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

นอกจากนี้ยังได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิขึ้น โดยสร้างเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ ซึ่งหมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่รวมตัวกัน โดยประกอบด้วยหน่วยบริการประจำหนึ่งหน่วยเป็นแกนกลาง รวมตัวกับหน่วยบริการที่รับส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ อาจมีเครือข่ายหน่วยบริการร่วมให้บริการเข้าร่วมก็ได้ และได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศ โดยเครือข่ายหน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการ หรือจากกองทุน ตามที่คณะกรรมการกำหนด

ในปี พ.ศ.2556 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพ ที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพอย่างเป็นเอกภาพ มีเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้รับความไว้วางใจจากประชาชนผู้รับบริการ โดยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ตามบริบท อันจะส่งผลให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระดับหนึ่ง มีขีดความสามารถในการจัดการปัญหาโรคประจำท้องถิ่นและภัยสุขภาพให้ลดลงได้ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลใหญ่ แพทย์เฉพาะทาง ดูแลรายโรค รายอวัยวะ ไม่มีเจ้าภาพดูแลแบบองค์รวม เปรียบดังสามเหลี่ยมหัวกลับที่ตั้งอยู่บนยอดสามเหลี่ยม ขาดความมั่นคงในระบบ ประกอบกับ ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ผ่านประชามติ เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2559 กำหนดไว้ใน หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (ช) ด้านอื่นๆ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของรัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และ แผน 20 ปีกระทรวงสาธารณสุข องค์กรแห่งความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (P&P Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และ เป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อปรับสามเหลี่ยมให้กลับตั้งอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการ ทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ ดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว อันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย

1.3 นโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ

ในปัจจุบันการบริหารจัดการระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ภายในระบบบริการสุขภาพเป็นไปในลักษณะแยกส่วนเกิด “ช่องว่าง” ทั้งในด้านการจัดการทรัพยากรและการให้บริการต่อประชาชน รวมทั้งทีมผู้ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนยังเป็นเฉพาะกลุ่ม ขาดความหลากหลาย

ประชาชนจึงเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างไม่ทั่วถึง ประกอบกับ สถานการณ์ที่มีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งโครงสร้างประชากรที่กำลังเข้าสู่สังคมสูงวัย ปัจจัยคุกคามสุขภาพและภาวะโรคของประชาชนที่มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การจัดบริการด้านสุขภาพ ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและชุมชนได้อย่างครอบคลุม ทั่วถึง และเท่าเทียม นอกจากนั้นกลไกทางการเงินมีปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนและขาดกลไกที่ช่วยเพิ่มศักยภาพทางการเงินของระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งกลไกการบันทึกและใช้ข้อมูลในภาพรวม ทั้งภาครัฐและเอกชน ยังคงมีความอ่อนแอ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพบริการสุขภาพ

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงมีความจำเป็นต้องมีการปฏิรูป โดยเปลี่ยนฐานของระบบบริการจาก “โรงพยาบาลเป็นฐาน” เป็น “พื้นที่เป็นฐาน” อยู่บนพื้นฐานของการไม่ลดความสำคัญของโรงพยาบาล โดยให้ความสำคัญกลไกอภิบาลระบบ การบูรณาการด้านการบริหารจัดการของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่/อำเภอ ซึ่งเป็นจุดคานงัด (Main Lever) ของระบบ เพื่อทำให้มีการอภิบาลระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ โดยกำหนดให้มี “คณะกรรมการสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (District/Local Health Board)” โดยมีสถานะอำนาจหน้าที่เป็น “นิติบุคคล” รวมทั้ง การเปลี่ยน “ศูนย์กลาง” ของการให้บริการในระบบบริการจาก “โรค” เป็น “ประชาชน” เป็นศูนย์กลาง โดยเน้นระบบการพัฒนาเครือข่ายที่มีทีมผู้ให้บริการสหวิชาชีพ (Matrix Team) และบริการ เป็นกลไกขับเคลื่อนหลัก (Key Driver) มีความเชื่อมโยงทั้งรัฐ เอกชน ชุมชน และท้องถิ่น ตลอดจนเปลี่ยนระบบสนับสนุนที่เป็นมาตรการ (เครื่องมือ)สำคัญ โดยมีกลไกการเงินที่พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะพื้นที่และพัฒนาระบบข้อมูลที่มีการเชื่อมโยงทั้งระบบ โดยข้อมูลรายบุคคลเชื่อมโยงครอบครัว ชุมชนเป็นภาพรวมทั้งระบบ ประชาชนทุกคนจะได้รับชื่อแพทย์ประจำตัว ซึ่งจะเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพโดยเฉพาะการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยมาใช้ในบริการปฐมภูมิอย่างจริงจัง นอกจากนี้ยังได้ศึกษาและเสนอแนะการปฏิรูปการแพทย์ฉุกเฉิน ปฏิรูปความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ เพื่อให้ครบความสมบูรณ์ของระบบบริการสุขภาพ

- สิ่งที่ประชาชนจะได้หรือความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิรูป

(1) ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่รวดเร็ว ไร้รอยต่อและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้รับการดูแลที่บ้าน ในชุมชนและในสถานบริการ โดยผู้ให้บริการที่รู้จัก ทั้งที่เป็นสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชน และผู้ให้บริการจากสถานบริการ และมีแพทย์ที่รู้จักเป็นสมาชิกซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของทีมผู้ให้บริการ สร้างความรู้สึกอบอุ่น เมื่อจำเป็นต้องได้รับบริการที่สถานบริการขนาดใหญ่ (บริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิ) เนื่องจากได้รับการประสานงานจากทีมงาน

(2) ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมต่อการกำหนดแนวทางเพื่อการจัดการสุขภาพของตนเองร่วมกับคณะทำงานในระดับพื้นที่ ทั้งการวางแผน การดำเนินงาน การควบคุมกำกับอย่างเป็นระบบ

สามารถจัดหาบริการ บริหารจัดการ ซื้อบริการ ตลอดจนการให้การดูแลทุกขภาวะเพื่อเพิ่มสุขภาวะตามความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่/อำเภอได้

(3) ประชาชนได้รับบริการอย่างเท่าเทียม ภายใต้ระบบการเงินที่มีประสิทธิภาพขึ้น ประชาขนทุกคนมีแพทย์ประจำตัว ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและความรู้รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เชื่อถือได้และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนสู่พฤติกรรมสุขภาพดี

กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ประกอบกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และ แผน 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข องค์กรแห่งความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี ((P&P Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี(Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และ เป็นเลิศด้านบริหารดี(Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ให้สอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาลที่มีเป้าหมายการยกระดับการพัฒนาประเทศและมีวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน(โสภณ เมฆธน,2559)

2. ความหมายของคลินิกหมอครอบครัว

คลินิกหมอครอบครัว หรือ Primary care cluster หมายถึง การรวมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกัน เป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการใช้ทรัพยากรร่วมกันในกลุ่มปฐมภูมินั้นๆ ทั้งนี้อาจเป็นการรวมกลุ่มหน่วยบริการเดิม หรือ จัดตั้งหน่วยบริการใหม่เสริม เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว เป็นก้าวที่ต่อเนื่องจากนโยบาย “หมอประจำครอบครัว” ซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ให้การดูแลประชากรประมาณ 10,000 คน จึงกำหนดให้ คลินิกหมอครอบครัว 1 Cluster ประกอบด้วยทีมแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว 3 ทีม ให้การดูแลรับผิดชอบประชากรประมาณ 30,000 คน เพื่อสร้างเป็นเครือข่ายการดูแลร่วมกันในกลุ่มสหวิชาชีพ สามารถบริหารจัดการให้เกิดการหมุนเวียนของทรัพยากรภายในกลุ่มเครือข่ายให้ดำเนินการดูแลประชากรที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หน่วยบริการปฐมภูมิ ในการจัดหน่วยบริการให้ยึดจำนวนประชากรเป็นหลัก โดย 1 Cluster สามารถประกอบด้วย 1-3 ศูนย์ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ (ให้ยึดเป้าหมายการเข้าถึงบริการเป็นสำคัญ) ในกรณีที่เขตที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป สามารถจัดบริการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคลินิกเอกชนได้ หรือในพื้นที่ประชากรเบาบางอาจมีการจัดบริการร่วมระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลแม่ข่ายกับพื้นที่ดูแลของสาธารณสุขอำเภอ คือ รพสต.ใน

เครือข่ายก็ได้ ในการจัดกลุ่มของหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิเป็นเครือข่ายนั้นสามารถจัดได้หลากหลายรูปแบบ สิ่งสาคัญขึ้นกับการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปตามความเหมาะสมและบรรลุเป้าหมายของบริการปฐมภูมิที่สาคัญ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการ การดูแลประชาชนได้อย่างครอบคลุมทั้งพื้นที่ และครบถ้วนทั้งการส่งเสริมป้องกันโรค รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วย

ตารางที่ 1 แสดงทีมบุคลากรแพทย์และทีมสหวิชาชีพ โดยประมาณ

ลำดับ	วิชาชีพ	จำนวนบุคลากร		
		สัดส่วน	จำนวน/ 1 ทีม	จำนวนรวม / 1 PCC
1	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	1 : 10,000	1	3*
2	ทันตแพทย์	1 : 30,000	-	1
3	พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ	1 : 2,500	4	12
4	ทันตาภิบาล	1 : 10,000	1	3
5	เภสัชกร	1 : 30,000	-	1
6	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	1 : 15,000	-	2
7	นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1 : 5,000	2	6
8	แพทย์แผนไทย/ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	1 : 10,000	1	3
9	กายภาพบาบัด	1 : 30,000	-	1

*แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ควรมีอย่างน้อย 1 คนต่อ PPC ส่วนที่เหลืออาจเป็นแพทย์สาขาอื่นที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

ทั้งนี้อาจมีบุคลากรอื่น ตามความจาเป็นและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น นักจิตวิทยา/ผู้ให้คาปรึกษาสุขภาพ /ผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) เป็นต้น

บทบาทหน้าที่

- เป็นหมอครอบครัว ที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับประชาชน โดยยึดหลักการ “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่างด้วยเทคโนโลยี”

- เป็นทีมที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพร่วมกัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค ที่ดูแล “คน” เป็นองค์รวม ไม่ใช่ทำเป็นกิจกรรมหรืองาน

- ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลความเจ็บป่วย (Illness) มากกว่าดูแลเฉพาะโรค (Disease)

- การประชาสัมพันธ์ แนะนาและสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

- การจัดระบบข้อมูล ช่องทางการสื่อสาร และออกแบบการจัดบริการร่วมกัน

- ทีมสหวิชาชีพ ควรได้มีการประชุม วางแผน ให้บริการและติดตามประเมินผลสถานการณ์ของงานและสุขภาพของประชาชนร่วมกัน

- ทำงานร่วมกับชุมชน โดยใช้ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ในการดำเนินการของกลุ่มหน่วยปฐมภูมิ (Cluster) ให้ดำเนินการจัดบริการเป็นภาพรวม ยึดหลักการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว สร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จาเป็นและสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนและชุมชนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเจตนารมณ์ของนโยบายนี้

การจัดรูปแบบบริการ

การดูแลประชาชนให้มีสุขภาพดีจาเป็นต้องอาศัยหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในชุมชนมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด อาศัยแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine) ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยแบบดูแลการเจ็บป่วย (Illness) ร่วมด้วย ไม่ใช่ดูแลโรค (Disease) อย่างเดียว การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (Doctor-Patient relationship) การดูแลด้วยบุคลากรที่มีทักษะทางวิชาชีพที่แม่นยา (Skillful Physician). การคานึงถึงสถานการณ์และ ปัญหาสุขภาพของชุมชนที่ดูแล (Community-based practice) ให้การดูแลสุขภาพอย่างรอบด้าน Resource person to a defined population) เป็นต้น ทาการจัดบริการแบบ “สร้างนำซ่อม” ที่ผสานทั้ง 5 บทบาทการดูสุขภาพภาพประชาชน ได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งต้องจัดการดูแลให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิให้เป็นบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless health service) การเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่ใช้กระบวนการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เป็นหลัก เมื่อเข้าสู่ชุมชนต้องใช้การดูแลหลากมิติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตนเองที่บ้านได้จนมีสุขภาพดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันให้มีการเจ็บป่วยซ้ำ หรือดูแลผู้ที่ไม่ป่วยให้คงสุขภาพที่ดีไว้ให้ได้ ไม่ให้เกิดการแพร่กระจายการเจ็บป่วยในชุมชนได้ ในแต่ละรูปแบบบริการมีรายละเอียดของกิจกรรมดำเนินการ ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดของกิจกรรมดำเนินการ

ลำดับ	รูปแบบ	กิจกรรม
1	การบริการเชิงรับในหน่วยบริการ	การจัดตั้งศูนย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยพัฒนายกระดับจากหน่วยบริการเดิม (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ให้มีบริการดังนี้ - การดูแลรักษาแบบผสมผสาน - การจัดบริการสาหรับกลุ่มวัย เช่น คลินิกเด็กดี (Well baby clinic), การตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก, คลินิกฝากครรภ์(Antenatal care or ANC) - การให้บริการป้องกันโรค ได้แก่ การให้วัคซีนต่างๆ เป็นต้น - การให้บริการทันตกรรม - การให้บริการฟื้นฟูสุขภาพ - จัดคลินิกให้คาปรึกษาส่งเสริมสุขภาพ : คลินิกลดปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, คลินิกลดพุง, คลินิกพัฒนาการเด็ก , คลินิกวัยรุ่น เป็นต้น - การให้บริการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ แพทย์แผนไทย, แพทย์แผนจีน - บริการตรวจสุขภาพ ได้แก่ ตรวจเลือด, ตรวจภายใน, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

ลำดับ	รูปแบบ	กิจกรรม
2	การบริการต่อเนื่อง	- การจัดบริการสาหรับผู้ป่วยที่บ้าน (Homeward) โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อตรวจเยี่ยมอาการ หรือให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามอาการของผู้ป่วยที่บ้าน 2. การบริการทาหัตถการให้กับผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การทำแผล การเปลี่ยนสายให้อาหารทางจมูก 3. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ การดูแลให้ออกซิเจนที่บ้าน 4. บริการสาหรับผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) และสนับสนุนให้ครอบครัวร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วย - การจัดตั้งศูนย์รับส่งต่อ เพื่อประสาน และติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องทั้งหมด - การจัดตั้งศูนย์ให้คาปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
3	การบริการเชิงรุกในชุมชน	- การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการวัคซีน, การตรวจคัดกรองโรคในชุมชน, ให้บริการวัคซีนเด็กในโรงเรียน, การส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดการอาหารปลอดภัย เป็นต้น - การเฝ้าระวังโรคควบคุมการเกิดโรค ได้แก่ การสอบสวนโรค, การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชน, การสร้างเครือข่ายจิตเวชชุมชน การจัดการลดภาวะเสี่ยงต่อโรค ไม่ติดต่อ เป็นต้น -การดูแลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ การตรวจประเมินสถานประกอบการ เช่น การผลิตน้าดื่ม, น้ำแข็ง, ผลิตภัณฑ์อาหารสมุนไพรต่าง ๆ เป็นต้น - การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลต่างๆ เช่น ประเมินตลาด, ประเมินมาตรฐานเรือนจา,ประเมินโรงอาหาร

		ในโรงเรียน เป็นต้น

ลำดับ	รูปแบบ	กิจกรรม
4	การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม	- สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การจัดทำแผนสุขภาพร่วมกับชุมชน, การร่วมจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน, การร่วมดำเนินการศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน, การร่วมดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุ , การสนับสนุนชมรมเพื่อสุขภาพต่างๆ เป็นต้น - การสร้างเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคคุณภาพ ได้แก่ เครือข่ายร้านยาคุณภาพ , ร้านอาหารสะอาดปลอดภัย “Clean food Good taste” เป็นต้น - การพัฒนาศักยภาพของ อสม.
5	การรับข้อมูลให้คาปรึกษาแก่ประชาชน	-การจัดช่องทางรับคำปรึกษาหรือรับนัดหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้ ได้แก่ การจัดทำ Web Application หรือระบบโทรศัพท์รับคำปรึกษา เป็นต้น - การนาเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในการสนับสนุนการตัดสินใจให้กับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เช่น การจัดตั้ง Line group สำหรับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น

- ลักษณะการจัดบริการ

ในการจัดบริการให้ยึดหลักการและเป้าหมาย “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี” โดยมี ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ให้บริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ทำงานเป็นเครือข่าย ให้ประชาชน ชุมชน มีส่วนร่วม ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าโดยทีมหน่วยบริการปฐมภูมิอาจจัดการบริการเป็น 5 ลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

1. บริการผสมผสานในสถานบริการ

2. บริการต่อเนื่อง ได้แก่บริการเยี่ยมบ้าน (Home visit and Home care) การติดตามผู้ป่วยกรณี การส่งต่อไปหน่วยริการอื่น การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ

3. บริการเชิงรุกในชุมชน

4. การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม

5. การให้ข้อมูล คำปรึกษาแก่ประชาชน

3.ทฤษฎีความพึงพอใจ

3.1 ความหมายของความพึงพอใจ

จากการศึกษาเอกสารและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ มีนักวิชาการศึกษาหลายได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ดังนี้

บรรเจิด ศุภราพงศ์ (2556: 43) กล่าวถึงแนวคิดความพึงพอใจว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่สามารถมองเห็นรูปร่างได้ นอกจากนี้ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกด้านบวกของบุคคล ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะเกิดขึ้นจากความคาดหวังหรือเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสิ่งนั้นสามารถตอบสนองความต้องการให้แก่บุคคลได้ซึ่งความพึงพอใจที่เกิดขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามค่านิยมและประสบการณ์ของบุคคลทั้งนี้ความพึงพอใจจึงสามารถนำใช้ในการวัดระดับความพึงพอใจกับปัจจัยอื่นที่ใช้ในการศึกษา

รัชนี ทีปกากร (2556: 26) ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจคือ ความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดีของบุคคลเป็นไปตามความคาดหวังหรือมากกว่าสิ่งที่คาดหวัง ซึ่งจะทำให้เกิดความกระตือรือร้นและสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามได้ต่อไป ความรู้สึกจะลดลงหรือไม่ เกิดขึ้นจากความต้องการหรือจุดมุ่งหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนองและถ้ามีความรู้สึกที่ดีต่อการทำงานจะมีผลทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน มีการเสียสละอุทิศกาย ใจและสติปัญญาให้แก่งาน ซึ่งจะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การในที่สุด

วรายุทธ แก้วประทุม (2556: 60) ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจ คือ ความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดีของบุคคลเป็นไปตามความคาดหวังหรือมากกว่าสิ่งที่คาดหวัง ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกกระตือรือร้นและสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามได้ต่อไป ความรู้สึกจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้นหากความต้องการหรือจุดมุ่งหมายนั้นได้รับการตอบสนองและถ้ามีความรู้สึกที่ดีต่อการทำงานจะมีผลทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน มีการเสียสละ อุทิศกาย ใจและสติปัญญาให้แก่งาน ซึ่งจะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การได้ในที่สุด

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554) ให้ความหมายของคำว่า “พึงพอใจ” ว่าหมายถึง รัก ชอบใจ และให้ความหมายของคำว่า “พอใจ” ว่าหมายถึง สมใจ ชอบใจ

Armstrong & Kotler (2009, อ้างถึงในนันทสารีสุขโต และคณะ, 2555, หน้า 10) กล่าวไว้ว่า ความพึงพอใจของลูกค้า ขึ้นอยู่กับสมรรถนะของผลิตภัณฑ์ที่รับรู้ได้เปรียบเทียบกับ ความคาดหวังของผู้ซื้อ หากสมรรถนะของผลิตภัณฑ์ต่ำกว่าความคาดหวัง ลูกค้าจะไม่พึงพอใจ หากสมรรถนะของผลิตภัณฑ์เท่ากับความคาดหวัง ลูกค้าจะพึงพอใจ แต่ถ้าสมรรถนะของผลิตภัณฑ์สูงกว่าความคาดหวัง ลูกค้าจะพึงพอใจมากหรือเรียกว่าความปีติยินดีของลูกค้า (Delight)

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2553) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการทำงานในทางบวก เป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากการปฏิบัติงานและได้รับผลตอบแทน คือ ผลที่เป็นความพึงพอใจทำให้บุคคลเกิดความรู้สึก กระตือรือร้นมีความมุ่งมั่นที่จะทำงาน มีขวัญและกำลังใจ และสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อประสิทธิภาพของการทำงาน รวมทั้งส่งผลต่อความสำเร็จและเป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร

มณีวรรณ ตันไทย (2553 : 66 - 69) ได้ให้ความหมายความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการได้รับบริการในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. ด้านความสะดวกที่ได้รับ
2. ด้านตัวเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
3. ด้านคุณภาพของบริการที่ได้รับ
4. ด้านระยะเวลาในการดำเนินการ
5. ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ

ความหมายของความพึงพอใจที่นักวิชาการแต่ละท่านได้กล่าวไว้นั้นทำให้สรุปได้ว่าความพึงพอใจของบุคคลเป็นระดับความรู้สึกที่มีผลจากการเปรียบเทียบระหว่าง ผลประโยชน์ที่ได้รับกับความคาดหวัง หากผลประโยชน์ที่ได้รับมีมากกว่าความคาดหวัง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางบวกคือความรู้สึกพึงพอใจในขณะเดียวกัน หากผลประโยชน์ ที่ได้รับว่ามีน้อยกว่าความคาดหวังส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางลบคือความรู้สึกไม่พึงพอใจ

ความสำคัญของความพึงพอใจ นักการศึกษาหลายท่านได้กล่าวถึงความสำคัญของความพึงพอใจไว้ ดังนี้

พัทธนันท์ อึ้งรัก (2556: 98) กล่าวถึงความพอใจในงานว่า ความพอใจในงาน (Job satisfaction) หมายถึง ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับงานของพนักงานซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อมในงานของเขา เช่น ค่าตอบแทนในโอกาสการเลื่อนตำแหน่ง ความก้าวหน้า หัวหน้างาน ตลอดจนเพื่อนร่วมงาน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ในงานของบุคคล ความพอใจในงานยังเกิดขึ้นจากปัจจัยแวดล้อมของงาน ได้แก่รูปแบบการบริหาร นโยบายและขั้นตอนการทำงาน กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องสภาพแวดล้อมการทำงาน ตลอดจนผลประโยชน์และผลตอบแทน อย่างไรก็ดีมีข้อมูลสนับสนุนว่าความพอใจในงานจะ

ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในบุคคลมากกว่าเป็นผลจากสภาพแวดล้อมภายนอก โดยมีการศึกษาว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับความพอใจในงานของบุคคล

นงค์เยาว์ วิเชียรเครือ (2555: 32) ความพึงพอใจเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จของงานที่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพอันเป็นผลจากการได้รับการตอบสนองต่อแรงจูงใจหรือความต้องการของแต่ละบุคคลในแนวทางที่เขาประสงค์ความพึงพอใจโดยทั่วไปตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Satisfaction

ผุสดี แสงหล่อ (2555: 14) ได้กล่าวสรุปความสำคัญของความพึงพอใจว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน เป็นที่พึงปรารถนาของบุคคลทุกคนเพราะช่วยให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพผลสูงสุด การสร้างความพึงพอใจนั้น ผู้บริหารจำเป็นต้องรู้เกี่ยวกับกระบวนการเทคนิคและวิธีการด้วยการอาศัยการจูงใจเป็นเครื่องมือสำคัญ การจูงใจบุคลากรให้ได้ผลนั้นผู้บริหารต้องใช้สิ่งจูงใจที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคลและมีความรู้พื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการสริมสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

กล่าวโดยสรุป ความสำคัญของความพึงพอใจว่าความพึงพอใจเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะสร้างความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดีต่อรับบริการ เป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รับบริการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อช่วยให้การทำงานอย่างราบรื่น และมีประสิทธิภาพสูงสุด

3.2 ทฤษฎีความพึงพอใจ

ศราวนี แดงไสว (2556) กล่าวว่าโดยทั่วไปการประเมินความพึงพอใจมี 2 ด้านคือความพึงพอ ในการท้างาน และความพึงพอใจในการบริการ ซึ่งในด้านนี้เป็นความคิด ทัศนคติที่ไม่สามารถมองเห็นได้ อยู่ในรูปของนามธรรม การที่จะวัดว่าผู้บริโภคมีความพึงพอใจหรือไม่นั้น สามารถวัดได้โดยให้พวก เขาแสดงความคิดเห็น ความคิดเห็นเหล่านั้นต้องตรงกับสิ่งที่พวกเขารู้สึกจริง จึงจะสามารถวัดเป็น ความรู้สึกพึงพอใจได้

สมุทร ชำนาญ (2556: 268-294) กล่าวถึงกลุ่มทฤษฎีที่เน้นการศึกษาเนื้อหา(Contents theories) เป็นกลุ่มที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์ จึงมีการเรียกชื่อหนึ่งว่าทฤษฎีที่เน้นความต้องการ (Need theories of work motivation) เป็นทฤษฎีที่มุ่งศึกษาเพื่อหาคำตอบของมนุษย์แต่ละคนมีความต้องการอะไร ตลอดจนมีความต้องการอยู่ในระดับใด ทฤษฎีที่เน้นการตอบสนองความต้องการของมนุษย์มีการนำเสนอไว้หลากหลาย ส่วนทฤษฎีที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบันมีดังนี้

1. ทฤษฎีความต้องการของ มาสโลว์(Maslow’s hierarchy of need) มาสโลว์มีหลักที่สำคัญเกี่ยวกับแรงจูงใจ โดยเน้นในเรื่องลำดับขั้นความต้องการเขามีความเชื่อว่ามนุษย์มีแนวโน้มที่จะมีความต้องการอันใหม่ที่สูงขึ้น แรงจูงใจของคนเรามาจากความต้องการพฤติกรรมของ

คนเรา มุ่งไปสู่การตอบสนองความพอใจ มาสโลว์(Maslow) แบ่งความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ออกเป็น 5 ระดับด้วยกัน ได้แก่

1.1 ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการปัจจัย 4 เช่น ต้องการอาหารให้อิ่มท้อง เครื่องนุ่งห่มเพื่อป้องกันความร้อน หนาวและอุจจาดตา ยารักษาโรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันแดด ฝน ลม อากาศหนาวและสัตว์ร้าย ความต้องการเหล่านี้มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน ต้องบรรลุให้ได้ก่อน

1.2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs) หลังจากที่มนุษย์บรรลุความต้องการด้านร่างกาย ทำให้ชีวิตสามารถดำรงอยู่ในขั้นแรกแล้ว จะมีความต้องการด้านความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สินของตนเองเพิ่มขึ้นต่อไป เช่น หลังมนุษย์มีอาหารรับประทานจนอิ่มท้องแล้วได้เริ่มหันมาคำนึงถึงความปลอดภัยของอาหารหรือสุขภาพโดยหันมาให้ความสำคัญกับเรื่องสารพิษที่ติดมากับอาหาร ซึ่งสารพิษเหล่านี้อาจสร้างความไม่ปลอดภัยให้กับชีวิตของเขาเป็นต้น

1.3 ความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ (Belonging and love needs)เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นหลังจากการที่มีชีวิตอยู่รอดแล้ว มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินแล้วมนุษย์จะเริ่มมองหาความรักจากผู้อื่น ต้องการที่จะเป็นเจ้าของสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองครอบครองอยู่ตลอดไป เช่น ต้องการให้พ่อแม่ พี่น้อง คนรัก รักเราและต้องการให้เขาเหล่านั้นรักเราคนเดียวไม่ต้องการให้เขาเหล่านั้นไปรักคนอื่นโดยการแสดงความเป็นเจ้าของ เป็นต้น

1.4 ความต้องการการยอมรับนับถือจากผู้อื่น (Esteem needs) เป็นความต้องการอีกขั้นหนึ่งหลังจากได้รับความต้องการทางร่างกาย ความปลอดภัย ความรักและเป็นเจ้าของแล้วจะต้องการการยอมรับนับถือจากผู้อื่น ต้องการได้รับเกียรติจากผู้อื่น เช่น ต้องการการเรียกขานจากบุคคลทั่วไปอย่างสุภาพให้ความเคารพนับถือตามควรไม่ต้องการการกดขี่ข่มเหงจากผู้อื่นเนื่องจากทุกคนมีเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน

1.5 ความต้องการความเป็นตัวตนอันแท้จริงของตนเอง (Self-actualizationneeds) เป็นความต้องการขั้นสุดท้าย หลังจากที่ผ่านความต้องการความเป็นส่วนตัวเป็นความต้องการที่แท้จริงของตนเอง ลดความต้องการภายนอกลง หันมาต้องการสิ่งที่ตนเองมีและเป็นอยู่ ซึ่งเป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ แต่ความต้องการในขั้นนี้มักเกิดขึ้นได้ยากเพราะต้องผ่านความต้องการในขั้นอื่น ๆ มาก่อนและจะต้องมีความเข้าใจในชีวิตเป็นอย่างยิ่ง

2. ทฤษฎีอีอาร์จีของอัลเดอเฟอร์ (Alderfer’ ERG theory)

จำเนียร พลหาญ (2553: 117) กล่าวถึง Claylon alderfer ชาวอเมริกาได้กำหนดทฤษฎีขึ้น ซึ่งมีพื้นฐานจากทฤษฎีความต้องการของ มาสโลว์(Maslow) ซึ่งสอดคล้องกับสมุทร ชำนาญ (2556: 268-294) ที่กล่าวถึง เคลตัน อัลเดอเฟอร์ (Clayton Alderfer) เป็นบุคคลหนึ่งที่ศึกษาทฤษฎีความต้องการของมนุษย์และได้รับอิทธิพลจากแนวคิดของ เมอร์เรย์ (Murray) อัลเดอ

เฟอร์ (Alderfer) ได้เสนอทฤษฎีการจูงใจที่เกี่ยวกับความต้องการ เรียกว่า ทฤษฎีอี อาร์ จี (ERG) ซึ่งคล้ายกับทฤษฎีของ มาสโลว์ (Maslow) อัลเดอเฟอร์ (Alderfer) สรุปความต้องการของมนุษย์มีเพียง 3 ประเภท ซึ่งแทนด้วยอักษรย่อ ดังนี้

2.1 ความต้องการเพื่อการคงอยู่ (Existence needs: E) ความคงอยู่หรือความสามารถที่จะดำรงชีพอยู่ได้ของมนุษย์คือ การที่มนุษย์ได้รับการตอบสนองสิ่งจำเป็นทั้งกายและจิตใจอย่างพอเพียงที่จะดำรงชีพอยู่ได้โดยไม่มีปัญหา

2.2 ความต้องการความสัมพันธ์ (Relatedness need: R) ความต้องการทางสังคมที่มนุษย์ต้องการมีเพื่อน ไม่ต้องการอยู่อย่างโดดเดี่ยว สามารถรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือทีมได้อย่างเปิดเผยและได้รับการยอมรับจากสมาชิกในองค์การ เป็นไปตามธรรมชาติของมนุษย์ที่เป็นสัตว์สังคม (Social animal)

2.3 ความต้องการความก้าวหน้า (Growth need: G) เป็นความต้องการส่วนบุคคลในการที่ใช้ความรู้และความสามารถและทักษะของตนเพื่อทำงานอย่างเต็มศักยภาพที่มีอยู่ รวมทั้งได้มีโอกาสใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ได้อย่างเต็มที่ มีความรับผิดชอบสูงขึ้นมีความต้องการความสำเร็จสูงสุดในชีวิตกับบางส่วนของความต้องการได้รับการยกย่อมนับถือ

3. ทฤษฎีความต้องการของแมคเคล็ลแลนด์ (McClelland’s theory of needs) แมคเคล็ลแลนด์ (McClelland) เป็นนักจิตวิทยาที่ทำการศึกษาหาข้อสรุปเกี่ยวกับโครงสร้างความต้องการของมนุษย์ การจูงใจ ตามทฤษฎีของแมคเคล็ลแลนด์ (McClelland) เชื่อว่าความต้องการ (Need) สะท้อนคุณลักษณะด้านบุคลิกภาพที่บุคคลนั้นได้รับจากประสบการณ์การเลี้ยงดูของครอบครัวมาตั้งแต่เยาว์วัยและเชื่อว่าความต้องการของแต่ละบุคคลภายใต้สถานการณ์หนึ่ง จะต้องการอย่างหนึ่งส่งผลให้เกิดแรงจูงใจแต่พอสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปความต้องการของบุคคลนั้นจะปรับเปลี่ยนตามไปด้วย ดังนั้น แมคเคล็ลแลนด์ (McClelland) ได้เสนอความต้องการ 3 ประเภท ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ความต้องการความสำเร็จ (Need for achievement เขียนย่อว่า nAch) เป็นความต้องการที่บุคคลมุ่งที่จะทำงานที่ตนเองรับผิดชอบหรือได้รับมอบหมายให้เกิดผลสำเร็จบุคคลที่มีความต้องการความสำเร็จสูง (nAch person) เป็นบุคคลที่มีความมั่นใจในตนเองมีความกระตือรือร้นสูง มีความมุ่งมั่นต่องานมีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะทำงานให้สำเร็จ

3.2 ความต้องการผูกพัน (Needs for affiliation เขียนย่อว่า nAff) เป็นความต้องการทางสังคม (Social Need) บุคคลที่มีความต้องการด้านความรักใคร่ผูกพันสูง (nAffperson) เป็นบุคคลที่มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าในการสร้างและรักษามิตรภาพระหว่างกัน ยึดมั่นต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

3.3 ความต้องการมีอำนาจ (Needs for power เขียนว่า nPow) ผู้ที่ต้องการมีอำนาจสูง (nPow person) เป็นผู้มีความปรารถนาแรงกล้าที่จะมีอิทธิพลเหนือผู้อื่นสามารถควบคุม บังคับสั่งการบุคคลอื่น ต้องการสร้างผลกระทบหรือสร้างความประทับใจต่อคนอื่นบุคคลที่ต้องการมีอำนาจสูงจึงพยายามสร้างสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมทางสังคมขึ้นเพื่อให้ตนเองสามารถใช้อิทธิพล ควบคุม กำกับผู้อื่น

4. ทฤษฎี 2 ปัจจัยของ เฮอร์ซเบอร์ก (Herzberg's two-factors theory)

ทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮอร์ซเบอร์ก (Herzberg) เป็นทฤษฎีจูงใจเชิงเนื้อหาทฤษฎีหนึ่งที่มาจากผลงานวิจัยของ เฟรเดริคเฮอร์ซเบอร์ก (Federick herzberg) อาจารย์แห่งมหาวิทยาลัยชิคาโกเพื่อศึกษาถึงปัจจัยองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงกับงานโดยเฉพาะปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน เฮอร์ซเบอร์ก (Herzberg) ได้เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจต่องานเป็นคนละปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจต่องาน มนุษย์นั้นสามารถสร้างแรงจูงใจในการทำงานได้ 2 ปัจจัยได้แก่

4.1 ปัจจัยจูงใจ(Motivation factors) เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในงาน (Job satisfaction) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับตัวงานโดยตรง

4.2 ปัจจัยสุขอนามัยหรือปัจจัยเพื่อการคงอยู่ (Hygiene factors or maintenance factors) เป็นปัจจัยที่ป้องกันไม่ให้บุคคลเกิดความไม่พึงพอใจในงาน (Job dissatisfies) ซึ่งเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่นอกตัวงาน

พัทธนันท์ อึ้งรัก (2556: 14) ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานหรือความพึงพอใจในการทำงานเป็นคำที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับความต้องการของมนุษย์โดยตรงซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับขวัญ ทัศนคติ การจูงใจในการปฏิบัติงานในองค์การความพึงพอใจในการทำงานของบุคคลจะมีผลเป็นอย่างมากต่อการปฏิบัติงาน คือ ผู้ที่ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงานสูงย่อมปฏิบัติงานได้สำเร็จและมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานที่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานต่ำ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ทฤษฎีลำดับความต้องการของมนุษย์เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความต้องการของมนุษย์ที่เริ่มจากระดับต่ำ หากได้รับการตอบสนองในระดับที่พึงพอใจแล้วก็จะเป็นไปหาความต้องการในขั้นที่สูงขึ้นไป ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อจะสามารถสร้างความพึงพอใจในระดับสูงขึ้น ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดนโยบายการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการต่อไป

3.3 การวัดของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจเป็นทัศนคติในทางบวก ในการที่จะหาว่าบุคคลมีความพึงพอใจต่อสิ่งใดมากน้อยแค่ไหนจำเป็นต้องสร้างเครื่องมือวัด ซึ่งนักวิชาการหลายคนได้กล่าวถึงการวัดความพึงพอใจ ดังนี้

พัชริยา แก่นสา (2555: 46-48)กล่าวถึงการวัดความพึงพอใจไว้ สรุปได้ว่าในการวัดความรู้สึกในทางที่ดีไม่ดีหรือไม่พอใจ ซึ่งวิธีการวัดนั้นมีอยู่หลายวิธี เช่น วิธีการสังเกตวิธีการสัมภาษณ์ วิธีการใช้แบบสอบถาม เป็นต้น ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิธีการสังเกต เป็นวิธีการใช้ตรวจสอบบุคคลอื่นโดยการเฝ้ามองและจดบันทึกอย่างมีแบบแผน วิธีเป็นวิธีการศึกษาที่เก่าแก่และยังเป็นที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายจนถึงปัจจุบันแต่ก็เหมาะสมกับการศึกษากับข้อมูลจำนวนน้อยเท่านั้น

2. วิธีการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ผู้วิจัยจะต้องออกไปสอบถามโดยการพูดกับบุคคลนั้น ๆ โดยมีการเตรียมแผนงานล่วงหน้า

3. วิธีการใช้แบบสอบถาม วิธีการนี้จะเป็นการใช้แบบสอบถามที่มีข้อคำอธิบายไว้อย่างชัดเจนเพื่อให้ผู้ตอบทุกคนมีความเข้าใจตรงกัน มักใช้ในกรณีที่ต้องการข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก ๆ วิธีนี้นับเป็นวิธีนิยมใช้ในปัจจุบันวิธีหนึ่งคือ มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert scales) ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วมีคำตอบที่แสดงถึงระดับความรู้สึก 5 คำตอบ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด

สุชาดา เนตรฉัยยา (2555: 49) กล่าวไว้ว่าการวัดความพึงพอใจต่อการให้บริการสาธารณะ (Public service satisfaction) จะเป็นการประเมินค่าโดยลูกค้าหรือผู้รับบริการต่อกิจกรรมสาธารณะในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือชุดของการให้บริการสาธารณะใด ๆ ก็ตามตัวชี้วัดความพึงพอใจส่วนใหญ่จะวัดที่พฤติกรรมของผู้ให้บริการกระบวนการให้บริการหรือผลผลิตที่ได้รับ ดังนั้น การวัดระดับความพึงพอใจจึงน่าจะหมายถึงปฏิกิริยาด้านความรู้สึกของประชาชนในฐานะผู้รับบริการว่ามีความรู้สึกเช่นไรต่องานหรือต่อบริการนั้น ๆ ซึ่งอาจจะประเมินว่า ชอบมาก ชอบน้อย พอใจหรือไม่พอใจเช่นไร โดยที่ความรู้สึกนี้น่าจะเป็นความรู้สึกสุดท้ายภายหลังจากที่ประชาชนเหล่านั้นได้ตัดสินใจประเมินออกมาแล้ว ขณะที่พฤติกรรมของผู้ให้บริการกระบวนการบริหารผลผลิตที่ได้รับจะเป็นสาเหตุของการทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจออกมา

กล่าวโดยสรุป การวัดความพึงพอใจ เป็นการศึกษาที่ต้องการทราบระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อหน่วยบริการ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ต้องให้บริการในด้านต่าง ๆ ซึ่งการวัดระดับความพึงพอใจในพฤติกรรมของผู้ให้บริการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิคลินิกหมอครอบครัวให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการต่อไป

4. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพระบบบริการสุขภาพ

4.1 การประเมินคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่จัดบริการด้านสุขภาพให้กับชุมชน วินเซนท์ เค โอมาชูนุ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545) กล่าวไว้ว่าคุณภาพของบริการการดูแลสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนั้นมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 2 ส่วน คือ คุณภาพตามมาตรฐานการ ปฏิบัติหมายถึงการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ ได้ตั้งไว้และคุณภาพตามการรับรู้ หมายถึงคุณภาพที่เป็นตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ทั้งคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติและคุณภาพตามการรับรู้ทำให้ความหมายของคุณภาพในโรงพยาบาลนั้นมีความสมบูรณ์อาจกล่าวได้ว่าคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติเพียง ประการเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะนำมาประเมินคุณภาพการให้บริการได้เนื่องจาก ไม่ได้นำความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ที่ใช้บริการเข้ามาเกี่ยวข้องคุณภาพของการดูแลตามการรับรู้ของผู้ที่เข้ามาใช้บริการจะมีความสำคัญเท่ากับคุณภาพตามมาตรฐานและเป็นส่วนที่กำลังได้รับความสนใจมากในปัจจุบันเพราะทำให้ความหมายของคุณภาพนั้นมีความสมบูรณ์ มากขึ้น นอกเหนือจากแนวคิดวินเซนท์ เค โอมาชูนุ ได้เสนอไว้ บาร์เบอร์ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545) สรุปแนวคิดหลักที่จะนำมาประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลดังต่อไปนี้

1. เน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางในการให้บริการ

การจัดบริการสุขภาพจะต้องนำความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยเข้ามาร่วมในการตัดสินใจ

2. มีความเป็นผู้นำ

ผู้บริหารระดับสูงและผู้บริหารในระดับต่างๆ กำหนดทิศทางของการ ปฏิบัติงานโดยเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง การกำหนดทิศทางต้องมีค่านิยม มองเห็นพันธกิจที่ชัดเจน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมีการอุทิศตนในการทำงาน และมีส่วนร่วมในงาน

3. มีการปรับปรุงพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

กระบวนการ ปรับปรุงคุณภาพนั้นจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน มีข้อเท็จจริงเป็นข้อมูลพื้นฐาน มีระบบรับรองการทำงานต่างๆและมีการปรับปรุงการทำงานตลอด โดยเรียนรู้จากประสบการณ์และการประเมินจากผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และผู้มีส่วนเป็นเจ้าของ

4. พนักงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร

องค์กรที่ประสบความสำเร็จนั้น ปรับปรุงการปฏิบัติงานโดยอาศัยสมรรถภาพความชำนาญ และแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดเข้ามามีส่วน พัฒนาองค์กร โดยให้โอกาสพนักงานมีการพัฒนาการปฏิบัติและมีความรู้ในประสบการณ์ใหม่ๆ

5. บริหารงานโดยอาศัยข้อเท็จจริง

การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องสร้างอยู่บนกรอบ มีการประเมินข้อมูลข่าวสารและการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ นำข้อมูลที่ได้มาเพื่อการตัดสินใจและการวางแผนงาน เพื่อปรับกลยุทธ์ขององค์กร

6. มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ผลของการปฏิบัติงาน (Performance)

กระบวนการปฏิบัติงานขององค์กรจะต้องมุ่งไปที่ผลลัพธ์ โดยสะท้อนกลับให้เห็นถึงความสมดุล ความต้องการของผู้ป่วย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ (Stakeholders) การทบทวนถึงผลการปฏิบัติงานทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานเป็นการตรวจสอบถึงกระบวนการทำงานด้วย

7. มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของชุมชนและสาธารณะ

องค์กรทางสุขภาพจะต้องอุทิศตัวเอง เพื่อยกระดับสุขภาพของชุมชนที่ตนดำรงอยู่นั้น โดยการทำงานร่วมกับผู้นำในชุมชน จัดให้บริการดูแลด้านต่าง ๆ มาตรการป้องกันโรคให้สุขศึกษาต่อคนในชุมชน และควบคุมผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อมจากการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

8. มีการพัฒนาเพื่อร่วมดำเนินงานคุณภาพจะบรรลุได้เมื่อมีการพัฒนาดำเนินงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร การพัฒนาดำเนินงานภายในองค์กรทำเพื่อลูกค้าภายในคือผู้ปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ ส่วนภายนอกองค์กรนั้นทำเพื่อร่วมงานกับบริษัทต่างๆ องค์กรสุขภาพ ในชุมชนและองค์กรทางสังคม

9. มีการออกแบบระบบและการป้องกันที่คำนึงถึงคุณภาพ

การวางรูปแบบหรือ การปรับรูปแบบการให้บริการควรจะคำนึงถึงคุณภาพและค่านิยมต่าง ๆ ร่วมด้วยองค์กรควรจะ พัฒนาความชำนาญด้านต่างๆ เพื่อสร้างโครงการพัฒนาที่รวมเอาสหวิทยาการต่าง ๆ เข้ามาโดยนำองค์ประกอบเกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกมาพิจารณาในระหว่างการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพรูปแบบใหม่

10. มองการณ์ไกลไปยังอนาคต

การให้บริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้ง ทางด้านโครงสร้างองค์กร ความกดดันด้านการแข่งขัน ด้านสังคม ด้านการเงิน ด้านเทคโนโลยีการ วางแผนระยะสั้นต้องทำควบคู่กับการวางแผนอนาคตและคาดการณ์ถึงการเปลี่ยนแปลงล่วงหน้า ก่อนที่สิ่งต่าง ๆ เหล่านั้น จะเข้ามามีผลกระทบต่อองค์กร องค์กรสุขภาพที่ประสบกับความสำเร็จในปัจจุบัน โดยต้องจ่ายค่าความเสียหายในอนาคตนั้นจะไม่เป็นที่ยอมรับในชุมชน

11. สนองตอบด้วยความรวดเร็ว

องค์กรที่สามารถจะปรับเปลี่ยนให้บริการที่รวดเร็ว โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีจะให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้มาใช้บริการได้และเป็น องค์กรหนึ่งที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ (สถาบันพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล, 2545)

4.2 เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PCA)

หัวใจสำคัญที่เป็นคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ ต้องเป็นบริการองค์รวมต่อเนื่องผสมผสานและสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนอย่างสมดุล ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้เป็นหลักการที่ผู้ให้บริการต้องใช้เป็นฐานในการดำเนินงานบริการในทุกด้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการดูแลประชากรแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่ม ต้องพยายามที่จะบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพไปพร้อมกัน และกระบวนการดำเนินงานต้องคำนึงถึงมิติทางด้านจิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อมของประชาชนหรือผู้รับบริการด้วย การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิได้นำแนวคิด CQI (Continuous Quality Improvement) มาใช้ ซึ่งจะเน้นการประเมินเพื่อการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้มาตรฐานและการประเมินตนเองเป็นเครื่องมือให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ / พัฒนา ให้กับหน่วยบริการ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2552)

เกณฑ์คุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมินั้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆด้วยกัน โดยระบบบริการสุขภาพนั้นจะอยู่ในส่วนที่ 2 คือส่วนระบบงานและกระบวนการสำคัญของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หมวด 6 ด้านระบบบริการ ข้อกำหนดโดยรวมของการประเมินคุณภาพด้านระบบบริการนั้นคือการจัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จัดระบบบริการสุขภาพโดยรวมเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการเพื่อให้บรรลุพันธกิจของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ซึ่งสามารถสรุปหลักเกณฑ์คุณภาพด้านระบบบริการที่สำคัญได้ดังนี้

1) หน่วยบริการปฐมภูมิจัดระบบบริการด้านสุขภาพในหลายลักษณะทั้งที่จัดให้แก่กลุ่มประชากรทั่วไปที่ไม่ได้เจ็บป่วย บริการแก่บุคคลและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ/การเจ็บป่วยที่มาขอรับบริการที่สถานพยาบาล หรือที่บ้าน โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมที่ทำให้ประชากรมีสุขภาพดี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะคุกคามสุขภาพ และประชาชนได้รับการดูแลเพื่อรักษาความเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนอย่างถูกต้อง ทันการณ์ โดยพิจารณาเรื่อง/ปัญหานั้นแบบองค์รวม (Holistic Approach) จัดการดำเนินงานอย่างผสมผสาน ต่อเนื่อง ตามความสามารถ หากดำเนินการเองไม่ได้ก็มีประสานงาน และส่งต่อให้แก่ผู้เชี่ยวชาญหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างทันเวลา

2) ในการบริการแต่ละครั้งควรมีการประเมินสภาวะ ปัญหาปัจจุบัน สภาพทางด้านสังคม จิตใจ เชื่อมโยงกับครอบครัวและชุมชน แล้วประมวลเป็นแผนการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นบริการเฉพาะหน้าและบริการต่อเนื่อง จากนั้นให้บริการส่วนที่ตรงกับสภาพปัญหา โดยที่ให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูในลักษณะองค์รวม ผสมผสาน และมีบริการต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชน รวมทั้งติดตามผลการให้บริการ

3) สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน จัดกระบวนการเรียนรู้ สนับสนุนข้อมูลวิชาการ เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพและจัดการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน (Empowerment)

4) มีการจัดระบบสนับสนุนบริการ วางระบบการสนับสนุนกระบวนการสร้าง คุณค่าในส่วนของการบริการ การบริหารทรัพยากร (อาคารสถานที่ วัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์) เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถสร้างผลงานที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด

5) มีการประสานงานและสร้างความสัมพันธ์ ให้ท้องถิ่น ชุมชน และหน่วยงานต่างๆ

และในส่วนที่ 3 ของเกณฑ์คุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ คือผลลัพธ์การดำเนินงาน ซึ่งในส่วนนี้เป็นการประเมินการดำเนินงานรวมไปถึงผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการด้วย (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2552)

4.3 เกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการชันสูตรสาธารณสุข LABORATORY (LA)

เกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการชันสูตรสาธารณสุข เป็นมาตรฐานโรงพยาบาลที่กล่าวถึงระบบงานที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพห้องปฏิบัติการชันสูตรสาธารณสุขในภาพรวม ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการชันสูตรสาธารณสุข 2547 ครอบคลุม 100 ข้อตามจำนวนข้อตัวชี้วัดที่กำหนด

4.4 เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการ (P4P)

เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการ เป็นมาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพบริการ (P4P) ที่กล่าวถึงระบบงานที่เป็นองค์ประกอบคุณภาพมาตรฐานคุณภาพบริการ(P4P) ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานครอบคลุมในระดับปฐมภูมิ 10 ข้อ หรือตามจำนวนข้อตัวชี้วัดที่กำหนด

4.5 เกณฑ์มาตรฐานส่งเสริมป้องกัน (PP)

เกณฑ์มาตรฐานส่งเสริมป้องกัน เป็นมาตรฐานตัวชี้วัดส่งเสริมป้องกัน (PP) ที่กล่าวถึงระบบงานที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพมาตรฐานส่งเสริมป้องกันซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานครอบคลุมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามจำนวนข้อตัวชี้วัดที่กำหนด

4.6 เกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Health Promoting Hospital Tambon)

เกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง มาตรฐานตัวชี้วัดความสำเร็จโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กล่าวถึงเป็นองค์ประกอบคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับระดับความสำเร็จระดับ “ดี” “ดีมาก” และ “ดีเยี่ยม” จาก 4 หมวด 8 ตัวชี้วัด

5. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการครั้งนี้ ได้ศึกษาในประเด็น ความหมายและลักษณะคุณภาพการบริการ มิติคุณภาพการบริการ แนวทางการวัด ประเมินคุณภาพการบริการ ซึ่งรายละเอียดแต่ละประเด็น ดังที่นำเสนอไว้ต่อไปนี้

5.1 ความหมายและลักษณะคุณภาพการบริการ

ความหมายของคุณภาพการบริการ มีนักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการ มีแตกต่างกัน ดังนี้

Schmenner (1995 อ้างถึงใน ชัชวาล ทัตศิวัช) ได้อธิบายถึงคุณภาพการให้บริการไว้ว่าคุณภาพการให้บริการได้มาจากการรับรู้ที่ได้รับจริงลบด้วยความคาดหวังที่คาดว่าจะได้รับจากบริการนั้น หากการรับรู้ในบริการที่ได้รับมีน้อยกว่าความคาดหวัง ก็จะทำให้ผู้รับบริการมองคุณภาพการให้บริการนั้นติดลบ หรือรับรู้ว่าการบริการนั้นไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ตรงกันข้ามหากผู้รับบริการรับรู้ว่าบริการที่ได้รับจริงนั้นมากกว่าสิ่งที่เขาคาดหวัง คุณภาพการให้บริการก็จะเป็นบวก หรือมีคุณภาพในการบริการนั้นเอง ในประเด็นเดียวกันนี้ Lovelock (1996) มองคุณภาพการให้บริการว่ามีความหมายอย่างกว้างๆ เป็นแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องของสินค้าหรือบริการที่ลูกค้าที่มีศักยภาพในการซื้อหา สามารถและอาจจะทำการประเมินก่อนที่เขาจะเลือกบริโภคสินค้าหรือบริการนั้น

Parasuraman (1998: 12-40) ให้คำจำกัดความว่า คุณภาพการให้บริการ หมายถึง การประเมินหรือ ลงความคิดเห็นตามการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับความดีเลิศของบริการนั้นๆ

สำนักงานกิจการนักศึกษา (2554: 6) คุณภาพงานบริการ หมายถึง ประสิทธิผลโดยรวมของกระบวนการดำเนินงานตามมาตรฐานและมีความสม่ำเสมอ ในการตอบสนองตามความต้องการจำเป็น และความคาดหวังของ ผู้รับบริการ สร้างความพึงพอใจให้กับ ผู้รับบริการ เมื่อได้รับการบริการ

ชัยสมพล ชาวประเสริฐ (2546 :106) กล่าวว่า คุณภาพการบริการ (service quality) หมายถึง การบริการที่ดีเลิศ (excellent service) ตรงกับความต้องการหรือเกินความต้องการของลูกค้าจนทำให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจ (customer satisfaction) และเกิดความจงรักภักดี

customer loyalty) และยังกล่าวว่า บริการที่ดีเลิศตรงกับความต้องการ หมายถึง สิ่งที่ลูกค้าต้องการหรือคาดหวังไว้ได้รับการตอบสนอง ส่วนบริการที่เกินความต้องการของลูกค้า หมายถึง สิ่งที่ลูกค้าต้องการหรือคาดหวังไว้ได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่ จนรู้สึกว่าการบริการนั้นเป็นบริการที่วิเศษมาก ประทับใจ คุ้มค่าแก่การตัดสินใจ รวมทั้งคุ้มค่าเงิน

สมวงศ์ พงศ์สถาพร (2550: 66) เสนอความคิดเห็นว่า คุณภาพการให้บริการเป็นทัศนคติที่ผู้รับบริการสะสมข้อมูลความคาดหวังไว้ว่าจะได้รับจากบริการซึ่งหากอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ รับบริการก็จะมีความพึงพอใจในการให้บริการ ซึ่งจะมีระดับแตกต่างกันออกไปตามความคาดหวังของแต่ละบุลคลและความพึงพอใจนี้เองเป็นผลมาจากการประเมินผลที่ได้รับจากบริการนั้นขณะเวลาหนึ่ง

รัตนะ อินจ๋อย (2551:16) ให้คำจำกัดความว่า คุณภาพการให้บริการ หมายถึง ความสำคัญระหว่างความคาดหวังต่อบริการของผู้รับบริการต่อการรับรู้ที่ได้รับ ซึ่งอาจเป็นการได้รับบริการตามที่คาดหวังหรือสูงกว่าที่คาดหวังก็ได้

จากความหมายของคุณภาพการบริการข้างต้น สรุปได้ว่า คุณภาพการบริการ หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ คุณภาพของบริการเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะสร้างความแตกต่างของธุรกิจให้เหนือกว่าคู่แข่งขันได้ การเสนอคุณภาพการให้บริการที่ตรงกับความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่ต้องกระทำ ผู้รับบริการจะพอใจถ้าได้รับสิ่งที่ต้องการ

5.2 ลักษณะคุณภาพการบริการ

สุพรรณี อินทร์แก้ว (2549 :27-50) กล่าวว่าคุณภาพบริการ (Service Quality) เป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุที่ทำให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจในบริการนั้น ๆ คุณภาพบริการและความพึงพอใจจึงเป็นโจทย์ที่นักการตลาดพยายามจะแสวงหาคำตอบจากลูกค้า เพื่อช่วงชิงความได้เปรียบทางการแข่งขัน โดยเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐานและปรับปรุงการให้บริการเพื่อให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจ การสร้างความพึงพอใจในธุรกิจจะขึ้นอยู่กับพนักงานบริการเป็นสำคัญ พนักงานบริการเปรียบเสมือนลูกค้าภายในของธุรกิจ และบริการที่เขาส่งมอบให้กับลูกค้า คือ สินค้านั้นเองทำอย่างไรสินค้า (บริการ) จะขายได้ ธุรกิจต้องให้ความสำคัญกับพนักงานบริการ เพราะเป็นกลุ่มบุคคลที่ส่งมอบบริการให้กับลูกค้า ซึ่งมีความสำคัญต่อธุรกิจด้านภาพลักษณ์และชื่อเสียง คุณภาพของการบริการที่ลูกค้ารับรู้ (Perceived Service Quality) กับบริการที่รับรู้ (Perceived Service) ซึ่งก็คือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากที่เขาได้รับบริการแล้วนั่นเอง ในการประเมินคุณภาพของการบริการดังกล่าวนั้น ลูกค้ามักจะพิจารณาจากเกณฑ์ที่เขาคิดว่ามีความสำคัญ 10 ประการดังต่อไปนี้ (ธีรกิติ นวรัตน ณ อยุธยา, 2547: 183-186)

1.Reliability (ความไว้วางใจ) ความสามารถที่จะให้บริการตามที่ได้สัญญากับลูกค้าไว้ได้อย่างถูกต้อง โดยที่มิต้องมีผู้ช่วยเหลือ

2.Tangibles (สิ่งที่สามารถจับต้องได้) ลักษณะทางกายภาพของอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก พนักงานและวัสดุที่ใช้ในการสื่อสารต่าง ๆ

3.Responsiveness (การสนองตอบลูกค้า) ความเต็มใจที่จะให้บริการอย่างรวดเร็วและยินดีที่จะช่วยเหลือลูกค้า

4.Credibility (ความน่าเชื่อถือ) ความซื่อสัตย์เชื่อถือได้ของผู้ให้บริการ

5.Security (ความมั่นคงปลอดภัย) ปราศจากอันตรายความเสี่ยงและความลังเลสงสัย

6.Access (ความสะดวก) สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก และสามารถติดต่อสื่อสารง่าย

7.Communication (การสื่อสาร) การรับฟังลูกค้าและให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ลูกค้าโดยใช้ภาษาที่ลูกค้าสามารถเข้าใจได้

8. Understanding the Customer (ความเข้าใจลูกค้า) พยายามที่จะทำความรู้จักและเรียนรู้ความต้องการของลูกค้า

9. Competence (ความสามารถ) ความรู้และทักษะที่จำเป็นของพนักงานในการให้บริการลูกค้า

10. Courtesy (ความสุภาพและความเป็นมิตร) คุณลักษณะของพนักงานที่ติดต่อกับลูกค้าในการแสดงออกถึงความสุภาพ เป็นมิตร เกรงใจ และให้เกียรติลูกค้า

บริการที่ดีเริ่มด้วยการมีมุมมองเดียวกับลูกค้า คิดอย่างที่ลูกค้าคิด ทำในสิ่งที่ลูกค้าคาดหวัง และพิสูจน์ให้เห็นว่าเราทำได้เสมอหากลูกค้าต้องการ คือพื้นฐานบริการที่ดี บริการที่ดีคือการสร้างประสบการณ์ที่ดี ที่น่าจดจำให้ลูกค้าทุกคน นั่นหมายถึง บรรลุความคาดหวังของลูกค้าสามารถสนองความต้องการของลูกค้าด้วยวิถีทางที่ลูกค้าพึงพอใจ

บริการที่มีคุณภาพคือ บริการที่ลูกค้ามีความพึงพอใจ หรือ เป็นบริการที่ลูกค้าได้รับเกินกว่าที่ลูกค้าคาดหวังเอาไว้ กล่าวคือ ลูกค้าจะเปรียบเทียบจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการบริการ (Experience) กับความคาดหวัง (Expect) ของลูกค้า ดังนี้

Experience = Expect = ลูกค้าพอรับได้

Experience < Expect = ลูกค้าไม่พึงพอใจในงานบริการ

Experience > Expect = ลูกค้าพึงพอใจในงานบริการ

ความคาดหวังของลูกค้าเกิดขึ้นจากการสื่อสารทางการตลาดขององค์กรเอง เช่น การขอออกมาประชาสัมพันธ์ว่า เป็นโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านผิวหนัง คนจะเชื่อว่าถ้าเป็นโรคที่เกี่ยวกับผิวหนังต้องมารักษาที่นี่ มารักษาแล้วต้องหายจากสิว ฝ้า มีผิวพรรณดี เป็นต้น หรือความคาดหวังที่เกิดจากชื่อเสียงของโรงพยาบาลหรือคำบอกเล่าของคนรู้จัก หรือจากประสบการณ์ที่เคยได้รับมาก่อน (วิทยา ด่านธำรงกูล, 2545: 10)

สรุปจากลักษณะการให้บริการที่ได้คุณภาพข้างต้น นั้นผู้ให้บริการต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญในงานที่ให้บริการ สื่อสารกับผู้รับบริการได้ถูกต้องชัดเจน มีน้ำใจ มีมนุษยสัมพันธ์กับผู้รับบริการทุกกลุ่ม เข้าใจและสามารถตอบสนองตามความต้องการของลูกค้าได้อย่างรวดเร็วทันใจ

5.3 มิติคุณภาพการบริการ

ผู้รับบริการคือ ผู้ชี้ขาดระดับความสามารถและคุณภาพขององค์กร องค์กรจึงต้องประเมินปัจจัยทุกปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งจะนำไปสู่ความพึงพอใจความภักดี การบอกต่อในเชิงบวก และการเติบโตขององค์กรในที่สุด ความเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการในปัจจุบันและการคาดการณ์ความต้องการในอนาคต ตลอดจนศักยภาพของตลาด จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุก ๆ องค์กรที่ใส่ใจในการพัฒนาคุณภาพ จำเป็นจะต้องให้ความสำคัญ คุณภาพบริการมีมิติหลายมิติที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ซึ่งมีที่มาจากนักวิชาการหลายท่านที่มีความเห็นที่หลากหลาย ดังนี้

คุณภาพการบริการลูกค้ามีความยากในการกำหนดให้เป็นเชิงปริมาณ และบริษัทก็มักจะล้มเหลวที่จะเรียนรู้จากลูกค้าในเรื่องดังกล่าว แต่ธุรกิจก็โชคดีที่นักวิจัยจาก TEXAS A&M UNIVERSITY ได้พัฒนาเครื่องมือที่จะวัดว่าคุณภาพการบริการลูกค้า โดยเรียก เครื่องมือดังกล่าวในชื่อย่อว่า RATER โดยแต่ละตัวอักษรมีความหมาย ดังนี้

R: Reliability หมายถึง การดูแลและความถูกต้อง

A: Assurance หมายถึง ความรู้และความสุภาพของพนักงาน รวมถึง ความสามารถที่จะทำให้ลูกค้าเชื่อถือและไว้วางใจ

T: Tangibles หมายถึง ลักษณะ/รูปร่างที่ปรากฏของสิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์และพนักงาน

E: Empathy หมายถึง จัดพนักงานที่เข้าใจและช่วยเหลือลูกค้า

R: Responsiveness หมายถึง จัดสิ่งที่ช่วยการบริการ

โดยที่ใช้กันทั่วไปเป็นในทางการตลาดบริการ ซึ่งสมวงศ์ พงศ์สถาพร (2546: 58) วิทยา ด่านธำรงกุล (2545:27) และชัยสมพล ชาวประเสริฐ (2546:107) ได้สรุปมิติคุณภาพของบริการ (RATER)ไว้ดังนี้

Reliability คือ การทำให้ลูกค้าเกิดความไว้วางใจในบริการด้วยการรักษาสัญญา รักษาคำพูด และทำในสิ่งที่ได้ให้สัญญาไว้กับลูกค้า สัญญานี้จะเกิดขึ้นจาก 3 แหล่งคือ

- สัญญาจากตัวพนักงาน (Personal promises) คือการที่พนักงานให้คำสัญญากับลูกค้าแล้วสามารถทำได้ลูกค้าก็จะเกิดความพึงพอใจ

- สัญญาจากบริษัท (Organizational promises) คือ การที่บริษัทโฆษณาประชาสัมพันธ์และตกลงกับลูกค้าอย่างเป็นทางการ และบริษัทจะต้องรักษาสัญญาเหล่านี้ซึ่งถือเป็นข้อผูกพัน (Commitment)

- สัญญาที่ลูกค้าคาดหวัง(Expected promises) คือ พื้นฐานจากประสบการณ์เดิมที่ลูกค้าได้รับ

Assurance คือการรับประกันว่าลูกค้าจะได้รับบริการที่เป็นมาตรฐานและปลอดภัย โดยพนักงานที่ให้บริการมีความรู้ความสามารถ สุภาพ และมีจริยธรรมในการบริการ โดยผู้ให้บริการจะต้องมีสิ่งต่อไปนี้

- ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์(Product knowledge) พนักงานจะต้องสามารถบอกถึงรายละเอียดของสินค้า หรือบริการของตนได้

- ความรู้เรื่อง บริษัท (Company knowledge) คือ นอกจากพนักงานจะรู้เรื่องหน้าที่ของตนแล้วต้องรู้เรื่องเกี่ยวกับองค์กรด้วยเพื่อสามารถตอบคำถามและให้คำแนะนำกับลูกค้าได้

- รู้จักฟัง (Listening Skills) คือ ลูกค้าต้องการให้เรารับฟังปัญหาที่ลูกค้าเผชิญ และคาดหวังว่าผู้ให้บริการจะสามารถช่วยเสนอแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมให้กับลูกค้าได้

- รู้จักแก้ปัญหา (Problem-Solving Skills) คือ เมื่อผลลัพธ์ของการบริการไม่เป็นไปตามที่ลูกค้าคาดหวังผู้บริการต้องตอบสนองความต้องการของลูกค้าด้วยการแก้ปัญหาให้ทันท่วงที

Tangibles คือ การที่บริการสามารถจัดการองค์ประกอบการบริการที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นลักษณะรูปร่างของอาคารสิ่งปลูกสร้าง สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์เครื่องมือ และพนักงาน สิ่งที่จับต้องได้ จะต้องทำให้ลูกค้ารู้สึกสะดวกสบายกับการใช้บริการ เช่น ห้องน้ำที่แห้งสะอาด เครื่องปรับอากาศที่เย็นสบาย พนักงานที่แต่งกายสะอาด

Empathy คือ บริการที่เอาใจใส่ลูกค้า ดูแลลูกค้า เข้าใจปัญหา ของลูกค้า เพราะลูกค้าแต่ละคนมีความต้องการที่แตกต่างกัน

Responsiveness คือ การบริการที่ดีต้องรวดเร็วทันใจ การให้บริการจึงต้องแข่งขันกันในเรื่องความเร็วและเวลา ดังนั้นการที่พนักงานให้บริการอย่างรวดเร็วและไม่ปล่อยให้ลูกค้ารอนานจะทำให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพและลูกค้าเกิดความพึงพอใจ

Parasuraman, Zeithaml และ Berry (1988:12-40) ได้กล่าวว่าการบริการมีมิติคุณภาพ 5 มิติหลัก ประกอบด้วย

Reliability (ความถูกต้องครบถ้วนของบริการ) ซึ่งรวมถึง การดำเนินการภายในเวลาที่ตกลง การทำตามความต้องการของผู้รับบริการโดยถูกต้องครบถ้วน การออกเอกสารโดยไม่มีความคลาดเคลื่อนหรือตกหล่น การแก้ไขสิ่งที่ผิดพลาดให้ถูกต้องได้ในหนแรก

Assurance (ความน่าเชื่อถือของผู้ให้บริการ) ได้แก่ ความสามารถในการตอบคำถาม ความสามารถตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ การปกป้องผลประโยชน์ของผู้รับบริการ ความสุภาพและความน่าพอใจ

Tangibles (สภาพแวดล้อม) สถานที่สวยงามสะดุดตา ผู้ให้บริการแต่งกายเหมาะสมดูดี เอกสารได้รับการออกแบบให้อ่านและตีความง่าย

Empathy (ความใส่ใจ) การนัดหมายโดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้รับบริการ การอธิบายศัพท์เฉพาะทางให้เข้าใจได้โดยง่าย ความสามารถในการจดจำชื่อลูกค้าประจำ

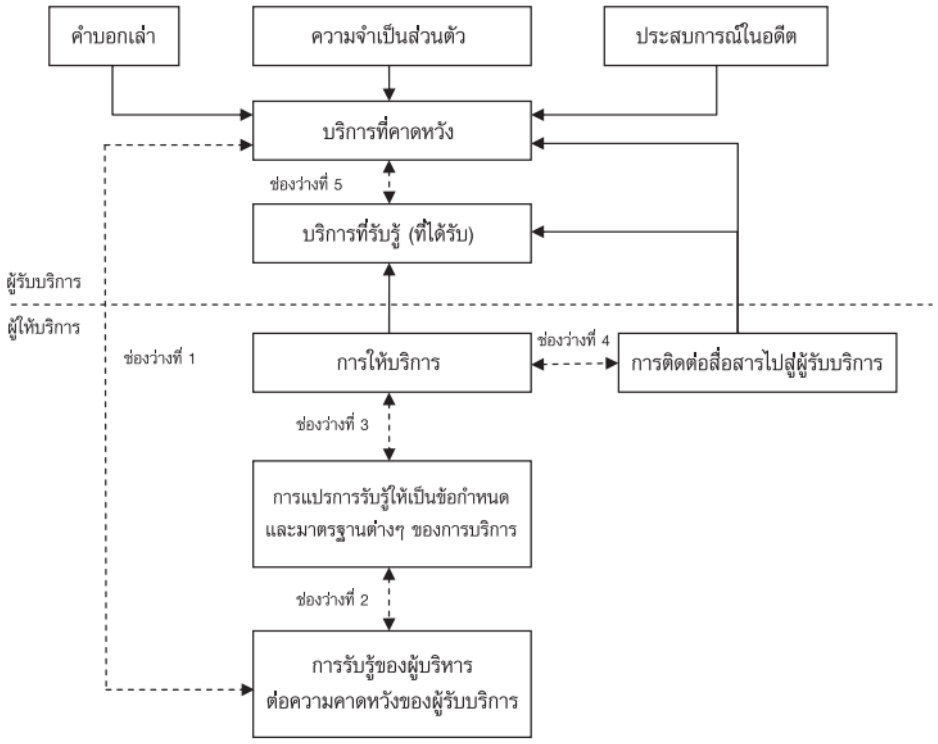
Responsiveness (ความพร้อมที่จะช่วยเหลือ) การดำเนินการแก้ปัญหาโดยเร็ว ความพร้อมที่จะคืนเงิน ในกรณีที่ผู้รับบริการส่งคืนสินค้า การเปลี่ยนสินค้าที่ชำรุดโดยไม่รอช้า

ซึ่งทั้งหมดนี้ย่อมเป็นมิติคุณภาพทางการบริการที่พึงเรียนรู้ ประยุกต์ และนำมาปฏิบัติในสถานการณ์จริงต่อไป

นักวิจัยหลายท่าน ที่สนใจศึกษาคุณภาพบริการโดยมุ่งเน้นศึกษาเรื่องเครื่องมือที่ใช้ในการสร้างคุณภาพบริการโดยใช้วิธีการ SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, and Berry, 1985; 1988 : 12-24) ซึ่งเป็นเครื่องมือพื้นฐานที่ใช้กันทั่วไป เป็นเครื่องมือเฉพาะของกระบวนการส่งมอบบริการ ที่ผลลัพธ์ของการบริการก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่แยกออกมา ซึ่ง Gronroos (1982;1990 : 290-297) เห็นด้วยว่าคุณภาพบริการอยู่ที่มุมมองของลูกค้ามี 2 มิติ คือ มิติการปฏิบัติหน้าที่หรือกระบวนการ และมิติด้านเทคนิคหรือผลลัพธ์ คุณภาพการปฏิบัติหน้าที่มุ่งประเด็นไปที่ว่า “อย่างไร” และพิจารณาถึงพฤติกรรมของลูกค้า การติดต่อกับพนักงานที่ให้บริการและความรวดเร็วในการให้บริการ ในทางตรงข้าม คุณภาพด้านเทคนิคจะมุ่งเน้นไปที่ “อะไร” และ จะพิจารณาประเด็นผลลัพธ์ที่ได้มาจากการกำหนดรูปแบบการบริการ ดังนั้นการประเมินคุณภาพบริการ ต้องรวมทั้งสองอย่างเข้าด้วยกัน

เมื่อนักการตลาดรู้พฤติกรรมของลูกค้าที่มาใช้บริการ ตลอดจนรู้องค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการสร้างความคาดหวัง เมื่อเข้ามาใช้บริการของลูกค้าแล้ว ก็จะทำให้นักการตลาดสามารถที่จะ โน้มน้าวมีอิทธิพลกับลูกค้าก่อนได้ ความคาดหวังจากบริการที่จะได้รับกับบริการ ขั้นต่ำที่ต้องการมีขบวนการในการออกแบบสร้างขั้นตอนในการให้บริการหลายขั้นตอนที่บางครั้งมักจะมีช่องว่าง (Gap) ทำให้ไม่ได้รับคุณภาพบริการตามความคาดหมายขั้นต่ำที่ตั้งไว้ การวิเคราะห์เพื่อลดช่องว่างนี้จะช่วยทำให้สินค้าบริการ มีคุณภาพสม่ำเสมอ และตรงใจตามความต้องการของลูกค้าได้ดี เรียกว่า SERQUAL หรือ Service Quality

ดนัย เทียนพุฒ (2543) ได้กล่าวถึงคุณภาพการบริการลูกค้า ไว้ว่า



ภาพที่ 1 แสดงแผนผังคุณภาพการบริการลูกค้า

โดยสรุปมิติคุณภาพการบริการจากข้างต้น พบว่า ต่างก็มองใน 5 มิติเหมือนกันคือ 1) การทำให้ลูกค้าเกิดความไว้วางใจในบริการ 2) การให้บริการที่เป็นมาตรฐานและปลอดภัย 3) การที่บริการที่จัดองค์ประกอบการบริการได้เหมาะสม 4) บริการที่เอาใจใส่ ดูแลและเข้าใจปัญหาของลูกค้า และ 5) การบริการที่รวดเร็วทันใจ

จากมิติคุณภาพการบริการนำไปสู่การกำหนดแนวทางในการวัด และประเมินคุณภาพการบริการต่อไป

7.4 แนวทางการวัด ประเมินคุณภาพการบริการ

แนวทางในการวัด ประเมินคุณภาพการบริการนั้น โดยหลักเป็นการวัดให้ครอบคลุมมิติคุณภาพการบริการ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งได้มีนักวิชาการกล่าวถึงเครื่องมือและแนวทางการประเมินคุณภาพการบริการไว้หลากหลายแนวทาง ดังนี้

Sliwa and other (2009 :9 -16) ได้ศึกษาคุณภาพบริการของผู้ป่วย โดยได้กำหนดแนวทางในการวัดคุณภาพบริการ ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การวัดคุณภาพการให้บริการที่มองเห็นอย่างชัดเจน และที่ไม่เห็นเป็นรูปธรรม รวมไปถึงช่วงระยะเวลาในการเข้าไปรับบริการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงระยะเวลาเสร็จสิ้นกระบวนการ ได้แก่ การวัดความสะดวกในการนัด

ช่วงระยะเวลาในการนั่งรอรับบริการ ช่วงเวลาในการเข้าไปรับบริการขอรับคำปรึกษา และความสามารถในการให้คำปรึกษาและชี้แนะเรื่องการดูแลและรักษาโรค เป็นต้น

ชัยสมพล ชาวประเสริฐ (2546 :106-107) ได้สรุปแนวคิดของ Berry et al ที่คิดในปี ค.ศ. 1985 รวมกับแนวคิดของ Zeithaml and Bitner ที่คิดในปี ค.ศ. 1996 ได้ว่า องค์ประกอบคุณภาพในการบริการลูกค้าจะวัดจากองค์ประกอบของคุณภาพบริการจำนวน 5 ข้อ ดังนี้

- สิ่งที่สัมผัสได้ (Tangibles)

สิ่งที่สัมผัสได้ ได้แก่ อาคารธุรกิจบริการ เครื่องมือและอุปกรณ์ เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องเอทีเอ็ม เคาน์เตอร์บริการ ที่จอดรถ สวน ห้องน้ำ การตกแต่ง ป้ายประชาสัมพันธ์ แบบฟอร์มต่าง ๆ รวมทั้งการแต่งกายของพนักงาน สิ่งที่สัมผัสได้เหล่านี้จะเหมือนกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical evidence) สิ่งเหล่านี้นอกจากจะสวยงามและสะอาดแล้ว การใช้งานยังเป็นสิ่งที่จะต้องคำนึงถึง เช่น ลิฟต์กับล็อบบี้ จะต้องไม่ไกลกันเกินไป บันไดที่สวยงามแต่ต้องไม่ทำขั้นสูงเกินไป ที่จอดร ที่หาประตูทางเข้าอาคารได้ง่าย สวนสวยที่ไม่เต็มไปด้วยสัตว์เลื้อยคลาน เป็นต้น

- ความเชื่อถือและไว้วางใจได้ (Reliability)

ความเชื่อถือและไว้วางใจได้เป็นความสามารถในการมอบบริการ เพื่อสนองความต้องการของลูกค้าตามที่ได้สัญญาหรือที่ควรจะเป็นได้อย่างถูกต้องและได้ตรงวัตถุประสงค์ของการบริการนั้นภายในเวลาที่เหมาะสม เช่น การรักษาคนไข้ของโรงพยาบาล ต้องรักษาให้หายป่วย การฝากเงินกับธนาคารต้องมีการรักษาเงินในสมุดบัญชีให้อยู่ครบทุกบาททุกสตางค์ คำนวณดอกเบี้ยไม่ผิดพลาด การทำนายโชคชะตาต้องมีความแม่นยำในการทำนาย

- ความรวดเร็ว (Responsiveness)

ความรวดเร็วเป็นความตั้งใจที่จะช่วยเหลือลูกค้า โดยให้บริการอย่างรวดเร็ว ไม่ให้รอคิวนาน รวมทั้งต้องมีความกุลีกุจอ เห็นลูกค้าแล้วต้องรีบต้อนรับให้การช่วยเหลือ สอบถามถึงการมาใช้บริการอย่างไม่ละเลย ความรวดเร็วจะต้องมาจากพนักงาน และกระบวนการในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ

- การรับประกัน (Assurance)

เป็นการรับประกันว่า พนักงานที่ให้บริการมีความรู้ ความสามารถ และมีความสุภาพจริยธรรมในการให้บริการ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับลูกค้าว่า จะได้รับการบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานและปลอดภัยไร้กังวล นอกจากนี้อาจจะต้องรับประกันถึงมาตรฐานขององค์กรด้วย เช่น ISO 9001 : 2000 หรือรางวัลจากสถาบันต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นธนาคารดีเด่น หรือผู้บริหารได้รับรางวัลผู้บริหารดีเด่น

- การเอาใจใส่ลูกค้าเป็นรายบุคคล (Empathy)

องค์ประกอบนี้ เป็นการดูแลและเอาใจใส่ให้บริการอย่างตั้งอกตั้งใจ เนื่องจากเข้าใจปัญหาหรือความต้องการของลูกค้าที่ต้องการรับการตอบสนอง เน้นการบริการและการแก้ปัญหาให้ลูกค้าอย่างเป็นรายบุคคล ตามวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน มีการสื่อสารทำ ความเข้าใจกับลูกค้าอย่างถ่องแท้

จากแนวทางการวัดคุณภาพการบริการดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเครื่องมือที่เหมาะสมในการวัดคุณภาพบริการ และมีนักวิจัยหลากลายท่านทำเอาเครื่องมือนั้นมาประยุกต์ให้กับงานวิจัยของตนเอง คือเครื่องมือ SERQUAL หรือ Service Quality ตามแนวคิดของ Zeithaml and Bitner (1988) และผู้วิจัยเห็นว่าเครื่องมือนี้เหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย

5.4 แนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังคุณภาพบริการ

ความคาดหวังของผู้รับบริการ กล่าวอย่างรวบรัดได้ว่าเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการที่เขาจะได้รับเมื่อเขาไปใช้บริการ จากแนวคิดของนักวิชาการหลายท่าน ผู้วิจัยขอประมวลเสนอให้เห็นว่า ความคาดหวังในเรื่องคุณภาพในการให้บริการนี้มีระดับที่แตกต่างกันออกไปโดยยึดเอาเกณฑ์การพิจารณาความพึงพอใจที่ได้รับจากการบริการได้กล่าวคือ ในระดับต้น หากผู้รับบริการไม่พึงพอใจ จะแสดงให้เห็นว่าคุณภาพในการให้บริการมีน้อย ในระดับที่สอง หากผู้รับบริการมีความพึงพอใจ แสดงว่า มีคุณภาพในการให้บริการ และในระดับ ที่สาม หากผู้รับบริการมีความประทับใจ ย่อมแสดงว่า การให้บริการนั้นมีคุณภาพสูงหรือมีคุณภาพในการให้บริการสูง

ความคาดหวังเป็นแนวคิดสำคัญที่ได้รับการนำมาใช้สำหรับการศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภค และคุณภาพการให้บริการ ซีแทมล์ พาราซุรามาน และเบอร์รี่ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry, 1988) ซึ่งได้เสนอตัวแบบ SERVQUAL เพื่อศึกษาคุณภาพการให้บริการจากความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อบริการที่เขาได้รับ โดยเสนอความเห็นไว้ว่า ความคาดหวังหมายถึงความปรารถนาหรือความต้องการของผู้บริโภค โดยความคาดหวังของบริการนี้ไม่ได้นำเสนอถึง การคาดการณ์ว่าผู้ให้บริการอาจจะให้บริการอย่างไร แต่เป็นเรื่องที่พิจารณาว่าผู้ให้บริการควรให้บริการอะไรมากกว่า กล่าวโดยสรุปแล้ว ความคาดหวังของผู้รับบริการ เป็นการแสดงออกถึงความต้องการของผู้รับบริการที่อันที่จะได้รับบริการจากหน่วยงานหรือองค์การที่ทำหน้าที่ในการให้บริการ โดยความคาดหวังของผู้รับบริการนี้ ย่อมมีระดับที่แตกต่างกันไป มากบ้างน้อยบ้าง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความต้องการส่วนบุคคล การได้รับคำบอกเล่า ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นต้น และความคาดหวังของผู้รับบริการนี้ หากได้รับการตอบสนองหรือได้รับบริการที่ตรงตามคาดหวังแล้ว ก็ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพในการให้บริการของผู้ให้บริการ ในงานวิจัยหลายชิ้น

นอกจากจะศึกษาการรับรู้ในคุณภาพในการให้บริการแล้ว ยังมีการศึกษาความคาดหวังในการให้บริการเพื่อสะท้อนถึงคุณภาพในการให้บริการกันอย่างกว้างขวางเช่นเดียวกัน

ซีแทมล์ พาราซุรามาน และเบอร์รี่ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry) ได้เสนอมุมมองของการพิจารณาคุณภาพในการให้บริการจากความคาดหวัง (expectation) ของผู้รับบริการอีกด้วย นักวิชาการกล่าวกันไว้ว่า โดยทั่วไปนั้น ความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อบริการหนึ่งบริการใด ย่อมเกิดขึ้นจากปัจจัยหลายประการประกอบกันหรือเป็นตัวกำหนดและปัจจัยเช่นนั้นก็กำหนดความคาดหวังของผู้รับบริการ นอกเหนือไปจากการรับรู้ ซึ่งจะเห็นได้จากที่ผู้วิจัยได้นำเสนอว่าคุณภาพในการให้บริการ เป็นความแตกต่างของบริการที่ได้รับจริงกับบริการที่คาดหวังนั่นเอง ในประการนี้ ซีแทมล์ พาราซุรามาน และเบอร์รี่ ได้กำหนดปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด (determiner) ความคาดหวังของผู้รับบริการไว้ 4 ประการด้วยกันดังนี้ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry, 1990: 19)

ประการแรก การบอกแบบปากต่อปาก (word-of-mouth communication) ความคาดหวัง ที่เกิดจากการบอกเล่าปากต่อปาก หมายถึง ความคาดหวังที่เกิดจากคำบอกเล่าที่รับทราบจากคำแนะนำของเพื่อน หรือญาติสนิทที่เคยไปรับบริการในสถานที่แห่งนั้นมาก่อนและพบว่ามีการให้บริการเป็นอย่างดี อันทำให้ผู้ฟังเกิดความคาดหวังที่จะได้รับบริการเช่นนั้น

ประการที่สอง ความต้องการส่วนบุคคล (customer’ s personal needs) ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่ทำให้ระดับความคาดหวังของบุคคลอยู่ในระดับที่ลดลงจากเดิมก็ได้

ประการที่สาม ประสบการณ์ในอดีต (past experience) ความคาดหวังอันเกิดจากประสบการณ์ในอดีต มีส่วนเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ด้านการบริการที่เคยได้รับ และมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในปัจจุบันของผู้รับบริการ ทั้งนี้ ประสบการณ์นั้นอาจจะเป็นประสบการณ์ที่สร้างความประทับใจหรือความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจก็ได้

ประการที่สี่ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ (external communication) เป็นความคาดหวังที่เกิดจากการติดต่อสื่อสารเพื่อโน้มน้าวผู้รับบริการ ซึ่งเป็นทั้งการสื่อสารทางตรงและการสื่อสารทางอ้อม เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ เช่น การให้บริการด้วยความจริงใจ ตรงต่อเวลา เป็นต้น

นอกจากนี้ เทนเนอร์และเดอโทโร (Tenner and Detoro, 1992: 68-69) ได้เสนอถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในการรับบริการของผู้รับบริการไว้เช่นกัน ในทัศนะของนักวิชาการทั้งสองท่าน ผู้รับบริการ มีความต้องการที่จะให้ความคาดหวังของตนได้รับการตอบสนองหรือบรรลุผลอย่างครบถ้วน และมีแนวโน้มที่จะยอมรับการให้บริการนั้นโดยทำการเปรียบเทียบกับประสบการณ์จริงที่เคยได้รับ ก่อนที่จะชำระค่าบริการเสมอ ซึ่งผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจก็ต่อเมื่อได้รับบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของเขา ดังนั้น ในหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จใน

การให้บริการ จึงจะต้องเป็นหน่วยงานที่สามารถทำนายความคาดหวังของผู้รับบริการ และสร้างความพึงพอใจต่อผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการประกอบได้ด้วย

1. ลักษณะบริการที่ผู้รับบริการต้องการ
2. ระดับของการปฏิบัติงานหรือการให้บริการที่ผู้รับบริการพึงพอใจ
3. ความสัมพันธ์ของงานบริการที่สำคัญ
4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อผลการปฏิบัติงานในปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุปได้จากทัศนะของนักวิชาการหลายท่านดังที่ได้หยิบยกมานำเสนอข้างต้น คุณภาพการให้บริการ เป็นเรื่องของการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการให้บริการของผู้ให้บริการ ซึ่งนอกจากจะมีมิติหรือครอบคลุมถึงเรื่องต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความพร้อมในการให้บริการ การสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ความเป็นธรรมและอื่น ๆ ซึ่งรวมถึงการรักษาคำมั่นสัญญาขององค์การหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการด้วย และโดยทั่วไปนั้น การรับรู้ในคุณภาพการให้บริการหรือคุณภาพของการบริการ จะผูกพันหรือยึดโยงกับความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อสองสิ่งคือ การรับรู้และความคาดหวังที่มีต่อคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือบริการ (technical quality of outcomes) ซึ่งเป็นเรื่องของผลงานหรือบริการที่ผู้รับบริการได้รับ และคุณภาพของกระบวนการบริการ (functional quality of process) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในแต่ละสถานการณ์และพฤติกรรมการบริหารที่ผู้ให้บริการแสดงออกมา

5.5 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพบริการ

5.5.1 ความหมายของการรับรู้

การรับรู้หมายถึงขบวนการแปลความหายของสิ่งเร้าที่มากระทบประสาทสัมผัสของเราและแปลความหมายอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล (กมลวัฒน์ ยะสารวรรณ 2547)

เปรมมิกา ปลาสุวรรณ (2549:8) กล่าวว่าความหมายการรับรู้ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเห็นซึ่งเกิดขึ้นจากการตีความการสัมผัสระหว่างอวัยวะต่าง ๆ ของ ร่างกายกับสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งเร้า โดยมีการใช้ประสบการณ์เดิมช่วยในการให้ความหมายแห่งการสัมผัสนั้น ๆ

การรับรู้คือ ขบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่สิ่งเร้ากระตุ้นการรู้สึกและถูกตีความเป็นสิ่งที่มีความหมาย โดยใช้ความรู้ประสบการณ์และความเข้าใจของบุคคล (Bernstein. 1999 : 72) การรับรู้เป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ (perception is learned) ดังนั้นถ้าขาดการเรียนรู้หรือประสบการณ์จะมีเพียงการรับสัมผัสเท่านั้น

พฤติกรรมการรับรู้ เป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ต่อเนื่องจากการรู้สึกสัมผัสรับรู้ เป็นกระบวนการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาในกระบวนการรู้สึก เมื่อเครื่องรับหรืออวัยวะรับสัมผัส สัมผัสสิ่งเร้า เราจะเกิดความรู้สึกแล้วส่งความรู้สึกนั้นไปตีความหรือแปลความหมายกลายเป็นการรับรู้

การรับรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญต่อไปนี้

1. การสัมผัส
2. ชนิดและธรรมชาติของสิ่งเร้า
3. การแปลความหมายจากการสัมผัส
4. การใช้ความรู้เดิมหรือการใช้ประสบการณ์เพื่อแปลความหมาย

นอกจากการรับรู้เป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ แล้วการรับรู้ยังเป็นสิ่งเลือกสรร(perception is selective) การเลือกสรรการรับรู้นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 2 ประการคือ องค์ประกอบอันเนื่องมาจากสิ่งเร้า และองค์ประกอบอันเนื่องมาจากตัวบุคคล

1.องค์ประกอบอันเนื่องมาจากสิ่งเร้า ลักษณะของสิ่งเร้าที่ทำให้เรารับรู้ได้ทันที หรือเป็นสิ่งเร้าที่สามารถดึงดูดความสนใจได้เป็นอย่างดี ควรมีลักษณะต่อไปนี้ (Quinn.1985:33 – 34)

1.1 ความเข้มและขนาด เช่น เสียงที่ดังทำให้เราเลือกรับรู้ได้ดีกว่าสิ่งเร้าที่มีลักษณะ ตรงข้าม

1.2 ความผิดแผกกัน เช่น ตัวหนังสือเอียงหรือขีดเส้นใต้ ทำให้เราเลือกรับรู้ได้มากกว่าธรรมดา

1.3 การกระทำซ้ำ เป็นการย้ำทำ ทำให้รับรู้ได้ดีขึ้น

1.4 การเคลื่อนไหว สิ่งเร้าที่เคลื่อนไหวจะดึงดูดการรับรู้ได้ดีกว่าสิ่งเร้าที่อยู่นิ่ง

1.5 ความแปลกใหม่ ความสนใจของบุคคลเปลี่ยนได้ด้วยการเสนอสิ่งเร้าที่มีความแปลกใหม่

1.6 การใช้อิทธิพลทางสังคม เป็นการใช้สิ่งของหรือบุคคลทีมีอิทธิพลทางสังคมกระตุ้นให้เกิดความสนใจ

2.องค์ประกอบอันเนื่องมาจากตัวบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญคือ

2.1 องค์ประกอบทางด้านสรีระ เนื่องจากอวัยวะรับสัมผัสของแต่ละคนมีความสามารถจำกัดไม่สามารถที่จะตอบสนองสิ่งเร้าทุกชนิดได้ นอกจากนั้นสภาพร่างกายก็มีผลต่อสมรรถภาพการรับสัมผัส รวมทั้งอิทธิพลจากสารเคมีสามารถทำให้สมรรถภาพในการรับรู้เปลี่ยนไปได้

2.2 องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ได้แก่

2.2.1 ความสนใจ คนเราจะเลือกรับรู้ในสิ่งที่สนใจ

2.2.2 ความคาดหวัง ถ้าเราคาดหวังสิ่งใดไว้การรับรู้ของเราก็จะเป็นไปตามที่คาดหวัง

2.2.3 ความต้องการ หากคนเรามีความต้องการสิ่งใด จะส่งผลให้มีการรับรู้ไปตามความต้องการนั้น

2.2.4 การเห็นคุณค่า การรับรู้ขึ้นอยู่กับการเห็นคุณค่าที่มีอยู่ในตัวของสิ่งนั้น

5.5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้

กมลวัฒน์ ยะสารวรรณ (2547:7) กล่าวว่าสิ่งที่ มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลได้แก่ ประสบการณ์เดิม สถานการณ์ความต้องการและหน้าที่รับผิดชอบของบุคคล

บัณฑิต เผ่าวัฒนา (2548) สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้แบ่งออกได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางกายภายของผู้รับรู้ได้แก่ ระบบประสาทสัมผัส เช่น หู ตา จมูก ลิ้น ผิวหนัง

2. ปัจจัยทางด้านบุคลิกภาพของผู้รับรู้ ทัศนคติ อารมณ์ ค่านิยม ความต้องการ ความสนใจ ความพอใจ ความรู้ และประสบการณ์ เป็นต้น

3. ปัจจัยทางด้านสิ่งเร้า ได้แก่ ลักษณะของสิ่งเร้า ความแตกต่างของสิ่งเร้า เช่น สิ่งเร้าที่มีความเข้ม กว่า สิ่งเร้าที่มีความชัดเจน สิ่งเร้าที่มีการกระทำซ้ำบ่อย ๆ เป็นต้น

5.5.3 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพการบริการ

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของนักวิชาการหลายท่านที่ให้ความหมายของการรับรู้คุณภาพบริการ โดยเชื่อมโยงกับคุณภาพบริการที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและมาตรฐาน การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ดังนี้

แอนชัน และแวนราอิจ (Antioned & Van Raaij, 1988) กล่าวว่าการรับรู้คุณภาพเกิดจากความคาดหวังของลูกค้า สินค้าหรือบริการจะมีคุณภาพสงก็ต่อเมื่อความต้องการของลูกค้าตรงกับความคาดหวังที่ตั้งไว้การรับรู้คุณภาพที่สูงต่อสินค้าหรือการบริการลูกค้าจะทำการพิจารณาจากความเหมาะสมของการใช้งาน ความคงทน ความปลอดภัยความสะดวกสบายความไว้วางใจความถี่ในการเสียต่ำและบริการ หรือสินค้าจะมีคุณภาพเมื่อลูกค้าได้ทำการเปรียบเทียบการรับรู้จริงกับความคาดหวังต่อสินค้าหรือบริการนั้น

กรอนรูส (Gronroos, 1990) กล่าวว่าการรับรู้คุณภาพบริการประกอบไปด้วย 2 ลักษณะคือลักษณะทางด้านเทคนิคหรือผลที่ได้และลักษณะตามหน้าที่หรือความสัมพันธ์ของกระบวนการโดยที่คุณภาพด้านเทคนิคเป็นการพิจารณาเกี่ยวกับ ผู้ให้บริการจะใช้เทคนิคอะไรที่จะทำให้ลูกค้าที่เข้ามาใช้บริการเกิดความพอใจตามความต้องการการพื้นฐาน การรับรู้คุณภาพที่ดีเกิดขึ้นต่อความคาดหวังของลูกค้าตรงกับการรับรู้ที่ได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาถ้าความคาดหวังของลูกค้าต่อ

การบริการหรือสินค้าหรือบริการนั้นสูงโดยที่ความคาดหวังต่อคุณภาพจะได้รับอิทธิพลการสื่อสารทางตลาด การสื่อสารแบบปากต่อปาก ภาพลักษณ์องค์กรและความต้องการของลูกค้าเอง ส่วนลักษณะตามหน้าที่จะเป็นการพิจารณาจากผู้ให้บริการจะทำอย่างไรให้การบริการดีเท่ากับการรับรู้จากประสบการณ์ของลูกค้าที่ผ่านมา

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า การรับรู้คุณภาพบริการเกิดจากประสบการณ์ของผู้เข้ารับบริการที่เคยมาใช้บริการ แล้วเกิดความพึงพอใจต่อการบริการ หรืออาจเกิดจากการได้รับบริการตามความคาดหวังหรือไม่เป็นไปตามคาดหวังนั้นเอง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เกศสุดา เหมทานนท์ (2553) ศึกษาคุณภาพบริการของสถานีอนามัยในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามคามคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ โดยใช้แบบจำลอง SERQUAL หรือ Service Quality ตามแนวคิดของ Zeithaml and Bitner (1988) พบว่า คุณภาพบริการของสถานีอนามัยในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามคามคาดหวังของผู้รับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และคุณภาพบริการของสถานีอนามัยในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามการรับรู้ผู้รับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน แต่เมื่อนำค่าเฉลี่ย มาเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการต่ำกว่าค่าเฉลี่ยความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้รับบริการสถานีอนามัยในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนั้นเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและประทับใจในการบริการ ผู้ให้บริการควรตระหนักและปรับปรุงคุณภาพบริการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการสถานีอนามัยในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กนกพร ลีลาเทพินทร์ (2554) ได้ศึกษาการประเมินคุณภาพบริการของผู้รับบริการโรงพยาบาลรัฐบาลด้วยการใช้แบบจำลอง SERVQUAL เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการในองค์กรผ่านกระบวนการบริหารจัดการด้านต่างๆ ซึ่งแบบจำลอง SERVQUAL ประเมินระดับคุณภาพบริการจากความแตกต่างของความคาดหวังและการรับรู้ถึงคุณภาพของการบริการของผู้รับบริการทั้งห้ามิติ ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการตอบสนองในการให้บริการ ด้านการสร้างความมั่นใจในบริการ และด้านความเห็นอกเห็นใจ โดยทำการวิเคราะห์แบบสอบถามเพื่อลดปัจจัย โดยใช้วิธี Factor Analysis และใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired T-Test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ ผลของการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมผู้รับบริการมีระดับค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในการบริการมากกว่าการรับรู้จากบริการที่ได้รับความคาดหวัง แสดงว่าผู้รับบริการไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้รับหรือการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งนี้ไม่มีคุณภาพที่ดี หากพิจารณาในแต่ละมิติพบว่า ในปัจจัยด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ พบว่าระดับค่าเฉลี่ยของการรับรู้ในการบริการมากกว่าระดับความคาดหวัง แสดงว่าผู้รับบริการเห็นว่ามีคุณภาพในการบริการในด้านความเป็น

รูปธรรมของการบริการโดยมีระดับคุณภาพการบริการอยู่ในระดับปานกลาง แต่ในอีก 4 ด้าน คือ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการตอบสนองในการให้บริการด้านการสร้างความมั่นใจในบริการและด้านความเห็นอกเห็นใจ กลับมีค่าเฉลี่ยในการรับรู้น้อยกว่าความคาดหวัง แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการเห็นว่ามีไม่มีคุณภาพในการบริการที่ดีในด้านดังกล่าว จากผลการศึกษา พบว่าปัจจุบันโรงพยาบาลกรณีศึกษาตัวอย่างในประเทศไทยแห่งนี้ไม่สามารถทำให้ผู้รับบริการรับรู้การบริการครอบคลุมทั้ง 5 ด้านได้ ดังนั้นผู้บริหารสามารถใช้ประโยชน์จากผลการศึกษานี้ปรับปรุงคุณภาพในการให้บริการของโรงพยาบาลได้โดยลดช่องว่างที่ทำให้ระหว่างด้านที่การบริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

ศิริพร เจริญศรีวิริยะกุล (2554) ศึกษาคุณภาพการให้บริการโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐบาลในเขตจังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาและอาชีพ มีผลต่อคุณภาพการให้บริการในภาพรวมแตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า เพศ อายุ สถานะภาพ ระดับการศึกษาและอาชีพ มีผลต่อคุณภาพการให้บริการด้านสิ่งที่สัมผัสได้แตกต่างกัน, อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีผลต่อคุณภาพการให้บริการด้านการเอาใจใส่และด้านการตอบสนองแตกต่างกัน, อาชีพ มีผลต่อคุณภาพการให้บริการด้านความเชื่อถือและไว้วางใจแตกต่างกัน, อายุและระดับการศึกษา มีผลต่อคุณภาพการให้บริการด้านการให้ความมั่นใจแตกต่างกัน 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้มาใช้บริการประกอบด้วยลักษณะ การมาใช้บริการและวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีผลต่อคุณภาพการให้บริการในภาพรวมแต่ต่างกัน และเมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ลักษณะการมาใช้บริการ มีผลต่อคุณภาพการให้บริการด้านสิ่งที่สัมผัสได้ ด้านการเอาใจใส่ด้านความเชื่อถือและไว้วางใจ ด้านการตอบสนอง และด้านการให้ความมั่นใจแตกต่างกัน, วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีผลต่อคุณภาพการให้บริการด้านสิ่งที่สัมผัสได้ ด้านการเอาใจใส่ ด้านความเชื่อถือและไว้วางใจ และด้านการตอบสนองแตกต่างกัน

หัทยา แก้วกิ้ม และคณะ (2554) ได้ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชนที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช วัดระดับความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล และ ศึกษาข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราชส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 41.12 ปี สถานภาพสมรสคู่ ศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ากว่า อาชีพเกษตรกรรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท เคยมารับบริการแล้ว เหตุจูงใจที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ ใกล้บ้าน สะดวกในการเดินทาง และมีความประสงค์จะกลับมารับบริการในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลนี้อีก ประชาชนมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังมากกว่าการรับรู้ต่อคุณภาพบริการโดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสาคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการ และเหตุจูงใจที่มารับบริการที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน ข้อเสนอแนะของประชาชนที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบลต่อผู้อานวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดเตรียมรถบริการฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง เพิ่มสถานที่จอดรถและขยายพื้นที่ให้บริการ เพิ่มอุปกรณ์ทางการแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพให้เพียงพอ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น พัดลม น้ำดื่ม เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้เพิ่มขึ้น ต่อไป

สุกัญญา มีสามเสน และคณะ (2556) ศึกษาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับคุณภาพการบริการโดยรวมและรายด้านทุกด้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับสูง การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวชี้วัดคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในระดับสูง ยืนยันว่าคุณภาพการบริการ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด รองลงมา คือ ด้านความเชื่อมั่น ด้านการตอบสนอง ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ ที่สนองตอบต่อผู้รับบริการ ตามลำดับ ส่วนด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ มีค่าน้ำหนักน้อยกว่าปัจจัยอื่น 2) เมื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบของคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลกับมาตรฐานที่กำหนดจากคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล โดยกำหนดค่าเกณฑ์มาตรฐานเท่ากับ 3 ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานในทุกด้าน

อัจฉรา ขันใจ และคณะ (2558) ได้ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้ประกันตนโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความคาดหวังคุณภาพการบริการของผู้ประกันตนโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน 2) เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้ประกันตนโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน และ 3) เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้ประกันตนโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า ความคาดหวังคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.70) รองลงมาคือความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการบริการ (ค่าเฉลี่ย=4.64) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (ค่าเฉลี่ย=4.42) ความเห็นอกเห็นใจ (ค่าเฉลี่ย=4.35) และความเป็นรูปธรรมในการบริการ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.12) ตามลำดับ เมื่อผลการศึกษาการรับรู้คุณภาพการบริการพบว่า การรับรู้คุณภาพการบริการด้านความเห็นอกเห็นใจ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.79) รองลงมาคือการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (ค่าเฉลี่ย=3.73) ความเป็นรูปธรรมในการบริการ

อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.31) ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในบริการ (ค่าเฉลี่ย=3.30) และการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (ค่าเฉลี่ย=3.14) ตามลาดับ ค่าเฉลี่ยความคาดหวังคุณภาพการบริการสูงกว่าการรับรู้คุณภาพการบริการทุกด้าน ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสาคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งด้านที่มีความแตกต่างมากที่สุด คือ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ รองลงมาคือ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการบริการ ความเป็นรูปธรรมในการบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และการเห็นอกเห็นใจ ตามลาดับ

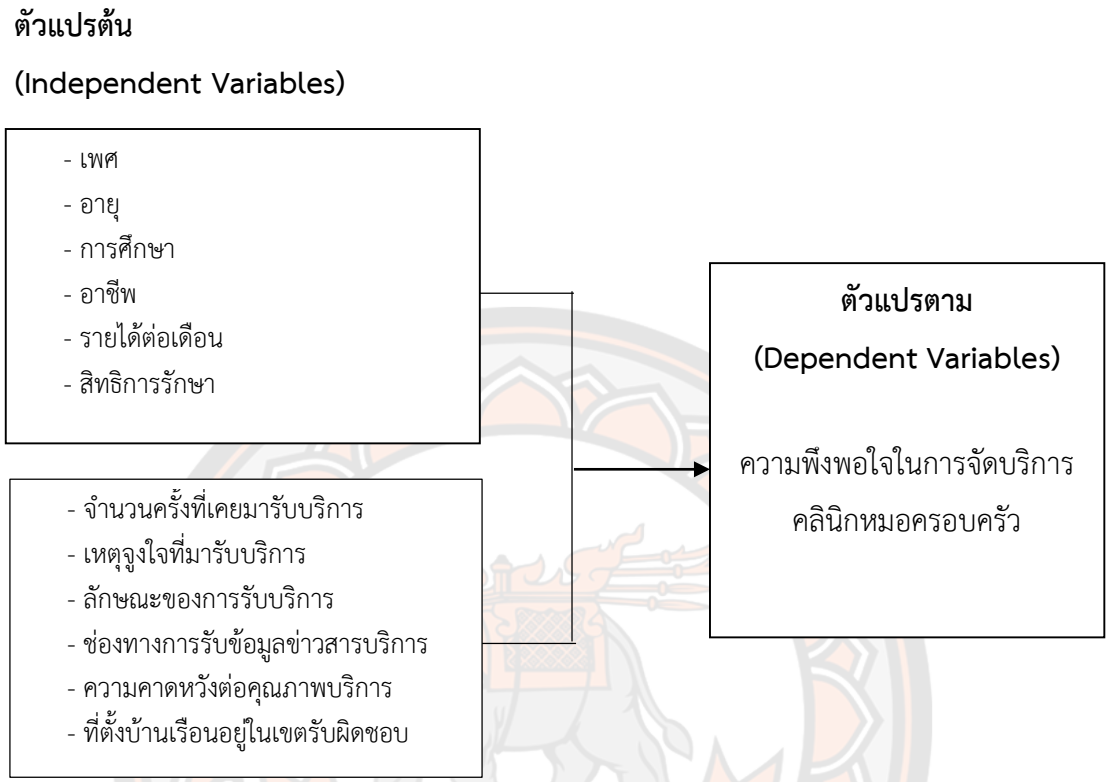
ทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม (2560) ได้ศึกษาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า 1.ความคาดหวังต่อการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.6 2.การรับรู้ต่อการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 71.1 ไม่พบระดับน้อย และพบว่าคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบลในภาพรวม อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 66.8 ไม่พบระดับน้อย คุณภาพบริการรายด้านในระดับมากเรียงตามลาดับ ได้แก่ 1) การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 74.6 2) การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 74.1 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 73.7 4) ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ คิดเป็นร้อยละ 72.8 และ 5) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ คิดเป็นร้อยละ 70.3 นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบล ในเขตอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ได้แก่ ความคาดหวังต่อการบริการ การรับรู้ต่อการบริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายได้และอาชีพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งที่มารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ณัฐฐา เสวกวิหาร (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาธิบดีซึ่งประกอบด้วยปัจจัยส่วนผสมทางการตลาด 7 ปัจจัย (7Ps) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยเรียงลำดับตามอิทธิพลที่ส่งผลต่อความพึงพอใจจากมากไปน้อย ได้แก่ ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์และความชำนาญของบุคลากร ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ ปัจจัยด้านบุคคลและที่จอดรถ และปัจจัยด้านราคาและช่องทางการจัดจำหน่าย ในขณะที่ปัจจัยด้านส่งเสริมทางการตลาด ไม่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาธิบดี ของกลุ่มตัวอย่าง

บุษราคัม แก้วกระจ่าง (2558) ได้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการในแผนกอายุรกรรมโรคมะเร็งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจต่อบริการที่แผนกอายุรกรรมโรคมะเร็ง ได้แก่ เพศ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.040)

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สรุปแนวคิดในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ว่า การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการนั้น สามารถนำเครื่องมือการวัดคุณภาพการบริการตามแนวคิดของ Zeithaml and Bitner (1988) มาประยุกต์ โดยผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ และปรับปรุงเครื่องมือ โดยมี 5 มิติของคุณภาพบริการ ซึ่งได้แก่ 1. ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษา 2.การตอบสนอง ท่าทีการแสดงออก หรือปฏิสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ 3.การแนะนำข้อมูลข่าวสารและความรู้ ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 4.ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ และ 5.ความเป็นรูปธรรมของบริการ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงคุณภาพบริการของคลินิกหมอครอบครัวของอำเภอเมือง จังหวัดตาก ให้สอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการ อันจะก่อให้เกิดการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดตาก ผู้วิจัยจึงได้กำหนดระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เป็นการศึกษา ณ จุดใดจุดหนึ่งของเวลา โดยวางแผนการรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียว อาศัยการสุ่มตัวอย่างครั้งเดียวเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ ประชากรช่วงอายุ 20-59 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิที่ 1 คลินิกหมอครอบครัวตากสิน (Cluster 1) อำเภอเมือง จังหวัดตาก

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่เคยได้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวตากสิน (Cluster 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวตากสิน (Cluster 1) เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงใช้การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณตามวิธีของ W.G. Cochran (1953 p.178) (ยุทธ ไกยวรรณ์) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยมีสูตรดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)Z^2}{d^2}$$

โดยที่ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

P = สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการสุ่ม

Z = ความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

d = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได

แทนค่าของกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{P(1-P)Z^2}{d^2}$$

$$= \frac{0.5(1-0.5)1.96^2}{(0.05)^2}$$

$$= \frac{0.5\times0.5\times3.84}{0.0025}$$

$$= 385$$

ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 385 ตัวอย่าง จึงจะสามารถประมาณค่าร้อยละ โดยมีความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เพื่อความสะดวกในการประเมินผล และการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 398 ตัวอย่าง ซึ่งถือได้ว่าผ่านเกณฑ์ตามที่เงื่อนไขกำหนด คือไม่น้อยกว่า 385 ตัวอย่าง

2.3 การสุ่มตัวอย่าง

เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแล้ว การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรผู้วิจัยจึงได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้การเลือกกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1.เป็นผู้อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ที่หน่วยบริการรับผิดชอบตรงตามทะเบียนราษฎร์

2.เคยเข้ามารับบริการคลินิกหมอครัวในระหว่างปี พ.ศ.2560

3.มีอายุอยู่ในช่วง 20 ปีบริบูรณ์ ถึงอายุ 59 ปี

4.เป็นผู้มีสัญชาติไทย

5.เป็นผู้ที่สามารถเขียนและอ่านภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุจูงใจที่มารับบริการ ลักษณะของการรับบริการ และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารบริการ ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ ของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดตาก

ตัวแปรตาม คือ ความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว ของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดตาก

4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย ตัวแบบ (Model) ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการจัดบริการมีความครอบคลุมประเด็นการศึกษาในด้านการบริการต่อเนื่อง ด้านการบริการเชิงรุก ด้านการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมด้านการบริการรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชน โดยเนื้อหาของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามปลายปิด (close-ended questionnaire) ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุจูงใจที่มารับบริการ ลักษณะของการรับบริการ และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารบริการ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการ โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน รวมเป็นจำนวน 21 ข้อ ได้แก่

1.ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษา	จำนวน 4 ข้อ
2.การตอบสนอง ท่าทีการแสดงออกหรือปฏิสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ	จำนวน 4 ข้อ
3.การแนะนำข้อมูลข่าวสารและความรู้ ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	จำนวน 2 ข้อ
4.ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ	จำนวน 3 ข้อ
5.ความเป็นรูปธรรมของบริการ	จำนวน 8 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนในแบบสอบถามการวัดความคาดหวังต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการ ให้เลือกตอบตามมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ชนิด 5 ตัวเลือก ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้คะแนน	5
มาก	ให้คะแนน	4
ปานกลาง	ให้คะแนน	3
น้อย	ให้คะแนน	2
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1

เพื่อการแปลผลข้อมูลสำหรับคำนวณค่าอันตรภาคชั้น ในการกำหนดช่วงชั้น โดยการใช้คำอธิบายสำหรับแต่ละช่วงชั้นและสูตรคำนวณ ดังนี้ (วิชิต อู่อ้น, 2550)

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{5}$$

$$= 0.80$$

คะแนนเฉลี่ย	4.21 – 5.00	แสดงว่า	มีระดับความคาดหวังมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.41 – 4.20	แสดงว่า	มีระดับความคาดหวังมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.61 – 3.40	แสดงว่า	มีระดับความคาดหวังปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.81 – 2.60	แสดงว่า	มีมีระดับความคาดหวังน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.80	แสดงว่า	มีระดับความคาดหวังน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการตามรูปแบบการบริการคลินิกหมอครอบครัว โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1.การบริการต่อเนื่อง	จำนวน 5 ข้อ
2.การบริการเชิงรุกในชุมชน	จำนวน 3 ข้อ
3.การสร้างเครือข่ายและการสร้างการมีส่วนร่วม	จำนวน 3 ข้อ
4.การรับข้อมูลและให้คำปรึกษาแก่ประชาชน	จำนวน 3 ข้อ

รวมเป็นจำนวน 14 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนในแบบสอบถามการวัดความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการตามรูปแบบการบริการคลินิกหมอครอบครัว ให้เลือกตอบตามมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ชนิด 5 ตัวเลือก ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้คะแนน	5
มาก	ให้คะแนน	4
ปานกลาง	ให้คะแนน	3
น้อย	ให้คะแนน	2
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1

เพื่อการแปลผลข้อมูลสำหรับคำนวณค่าอันตรภาคชั้น ในการกำหนดช่วงชั้น โดยการใช้คำอธิบายสำหรับแต่ละช่วงชั้นและสูตรคำนวณ ดังนี้ (วิชิต อู่อ้น, 2550)

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{5}$$

$$= 0.80$$

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 แสดงว่า มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 แสดงว่า มีระดับความพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 แสดงว่า มีระดับความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 แสดงว่า มีระดับความพึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 แสดงว่า มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง การครอบคลุม และครบถ้วน ด้วยวิธีการ IOC หาค่าความเชื่อมั่นต้องไม่ต่ำกว่า 0.5 โดยให้เกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

เกณฑ์คัดเลือกค่า IOC

1.ค่า IOC = 1.00 เลือกใช้

2.ค่า IOC = 0.50-0.99 พิจารณาปรับปรุงเนื้อหา

3.ค่า IOC = ต่ำ กว่า 0.50 ให้ตัดทิ้ง

แล้วนำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ตามสูตร

สูตรการคำนวณ $IOC = \frac{\Sigma R}{N}$

กำหนดให้ R คือ คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ

ΣR คือ ผลรวมคะแนนของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

และนำไปทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ชุดที่คลินิกหมอครอบครัวแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก แล้วใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alph-coefficient) วิธีการของครอนบาค (Cronbach) โดยคะแนนแต่ละข้อไม่ต่ำกว่า 0.60 (หัทยา แก้วกิ้ม และคณะฯ, 2555)

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินตามขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร

2) ดำเดินการตรวจสอบเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง การครอบคลุม และครบถ้วน ด้วยวิธีการ IOC หาค่าความเชื่อมั่น

3) เมื่อได้รับการอนุมัติโครงร่างวิจัย ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงหน่วยบริการปฐมภูมิที่ 1 คลินิกหมอครอบครัวตากสิน (Cluster 1) อำเภอเมือง จังหวัดตาก ที่ต้องการเก็บข้อมูล

4) ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยลงพื้นที่แจกแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณการสุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวน

5) รวบรวมแบบสอบถามและตรวจดูความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล

6) นำแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

6. วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

1) นำข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุจูงใจที่มารับบริการ ลักษณะของการบริการ และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารบริการ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังนี้ ความถี่ (Frequency), ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Logistic Regression

เพื่อการแปลผลระดับความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการสำหรับคำนวณค่าอันตรภาคชั้นในการกำหนดช่วงชั้น โดยการใช้คำอธิบายสำหรับแต่ละช่วงชั้นและสูตรคำนวณ ดังนี้ (วิชิต อู่อ้น, 2550)

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{70 - 14}{3}$$

$$= 18.66$$

ระดับคะแนน 51.34 – 70.00 แสดงว่า มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ระดับคะแนน 32.67 – 51.33 แสดงว่า มีระดับความพึงพอใจมาก

ระดับคะแนน 14.00 – 32.66 แสดงว่า มีระดับความพึงพอใจปานกลาง

7. การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยมีการเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ และทำเอกสารชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด และคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น โดยผู้ศึกษาจะนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม และให้ทำแบบสอบถามโดยไม่มีการลงชื่อหรือใส่หมายเลขประจำตัว โดยผู้ศึกษาไม่ทราบว่าเป็นแบบสอบถามของผู้ใด และผู้ตอบแบบสอบถามมีสิทธิที่จะทราบผลของการศึกษาหลังจากศึกษาสิ้นสุดการศึกษาแล้ว ผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นทางวิชาการ และไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วม เป็นตัวอย่างการศึกษาโดยเด็ดขาด

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัว

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 398)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	154	38.70
หญิง	244	61.30
อายุ		
20-30 ปี	9	2.30
31-40 ปี	30	7.50
41-50 ปี	154	38.70
51-59 ปี	205	51.50
การศึกษา		
ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา	133	33.40
ระดับมัธยมศึกษา/ปวช.	140	35.20
ระดับอนุปริญญา/ปวส.	26	6.50
ระดับปริญญาตรี	99	24.90

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 398)(ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	44	11.10
เกษตรกร	146	36.70
พนักงานบริษัทเอกชน	2	0.50
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 6,000 บาท	115	29.90
6,001 – 10,000 บาท	203	51.00
10,001 – 15,000 บาท	72	18.10
15,001 – 20,000 บาท	1	0.30
20,001 บาทขึ้นไป	7	1.80
สิทธิการรักษา		
สวัสดิการข้าราชการ	2	0.50
สิทธิประกันสังคม	50	12.60
หลักประกันสุขภาพ 30 บาท	251	63.10
ชำระเงินเอง	18	4.50
อื่น ๆ (ระบุ)	77	19.30
จำนวนครั้งที่มารับบริการ		
1-5 ครั้ง/ปี	321	80.70
6-10 ครั้ง/ปี	40	10.10
11-15 ครั้ง/ปี	37	9.30
ที่อยู่อาศัยตามทะเบียนราษฎร์		
อยู่ในเขตรับผิดชอย	277	69.60
ไม่อยู่ในเขตที่รับผิดชอบ	121	30.40

จากตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา จำนวนครั้งที่มารับบริการ และที่อยู่อาศัยตามทะเบียนราษฎร์ (n = 398) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.30 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 38.70 ตามลำดับ

อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.50 อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.70 อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.50 และอยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.30 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 35.20 ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.40 ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 24.90 และระดับอนุปริญญา/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 6.50 ตามลำดับ

อาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 36.70 อาชีพอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 15.10 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 11.10 และพนักงานบริษัทเอกชน คิดเป็นร้อยละ 0.50 ตามลำดับ

รายได้ต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 6,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 51.00 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.90 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 18.10 รายได้ต่อเดือน 20,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 1.80 และมีรายได้ต่อเดือน 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.30 ตามลำดับ

สิทธิการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพ 30 บาท คิดเป็นร้อยละ 63.10 มีศิทธิการรักษาอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 19.30 มีสิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 12.60 ชำระเงินเอง คิดเป็นร้อยละ 4.50 และสวัสดิการข้าราชการ 0.50 ตามลำดับ

จำนวนครั้งที่มารับบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่รับบริการ 1-5 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 80.70 รับบริการ 6-10 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 10.10 และรับบริการ 11-15 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 9.30 ตามลำดับ

ที่อยู่อาศัยตามทะเบียนราษฎร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในเขตรับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 69.60

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของเหตุจูงใจในการมารับบริการ จำแนกรายข้อ (n = 398)

เหตุจูงใจในการมารับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะทางใกล้บ้าน		
ไม่ใช่	278	69.80
ใช่	120	30.20
อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสิทธิรักษา		
ไม่ใช่	70	17.60
ใช่	328	82.40
ญาติ/คนรอบข้างเป็นคนพามา		
ไม่ใช่	376	94.50
ใช่	22	5.50
คนรู้จักบอกเล่า/ชักชวน/แนะนำให้มา		
ไม่ใช่	398	100
ใช่	-	-
อื่นๆ(ระบุ)		
ไม่ใช่	398	100
ใช่	-	-

จากตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของเหตุจูงใจในการมารับบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสิทธิรักษา คิดเป็นร้อยละ 82.40 ระยะทางใกล้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 30.20 และญาติ/คนรอบข้างเป็นคนพามา คิดเป็นร้อยละ 5.50 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะของการรับบริการ จำแนกรายข้อ (n = 398)

ลักษณะของการรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
ตรวจรักษาทั่วไป (มาพบตามอาการ)		
ไม่ใช่	104	26.10
ใช่	294	73.90
บริการทันตกรรม		
ไม่ใช่	386	97.00
ใช่	12	3.00
บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD)		
ไม่ใช่	346	86.90
ใช่	52	13.10
บริการคัดกรองมะเร็ง		
ไม่ใช่	391	98.20
ใช่	7	1.80
บริการคลินิกตา		
ไม่ใช่	398	100
ใช่	-	-
บริการคลินิกไต		
ไม่ใช่	394	99.00
ใช่	4	1.00
ปรึกษาวางแผนครอบครัว		
ไม่ใช่	398	100
ใช่	-	-
สร้างเสริมภูมิคุ้มกัน		
ไม่ใช่	340	85.40
ใช่	58	14.60
อื่นๆ(ระบุ)		
ไม่ใช่	382	96.00
ใช่	16	4.00

จากตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะของการรับบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มารับบริการตรวจรักษาทั่วไป (มาพบตามอาการ) คิดเป็นร้อยละ 73.90 สร้างเสริมภูมิคุ้มกัน คิดเป็นร้อยละ 14.60 รับบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) คิดเป็นร้อยละ 13.10 รับบริการอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 4.00 รับบริการทันตกรรม คิดเป็นร้อยละ 3.00

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของการได้รับข้อมูลข่าวสารบริการคลินิกหมอครอบครัว จำแนกรายข้อ (n = 398)

การได้รับข้อมูลข่าวสารบริการคลินิกหมอครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
เพื่อน/ญาติพี่น้องบอกต่อกันมา		
ไม่ใช่	301	75.60
ใช่	97	24.40
เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เข้าไปประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน		
ไม่ใช่	238	59.80
ใช่	160	40.20
ประกาศจากเสียงตามสายในหมู่บ้าน		
ไม่ใช่	284	71.40
ใช่	114	28.60
เคยมารับบริการมาก่อน		
ไม่ใช่	340	85.40
ใช่	58	14.60
อื่นๆ(ระบุ)		
ไม่ใช่	398	100
ใช่	-	-

จากตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของการได้รับข้อมูลข่าวสารบริการคลินิกหมอครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารบริการคลินิกหมอครอบครัวจากเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เข้าไปประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน ร้อยละ 40.20 จากประกาศจากเสียงตามสายในหมู่บ้าน ร้อยละ 28.60 และจากเพื่อน/ญาติพี่น้องบอกต่อกันมา ร้อยละ 24.40

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในภาพรวม

ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ	จำนวน	ร้อยละ
มีความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ	344	86.40
ไม่มีความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ	54	13.60
$\bar{X}$ = 48.68 S.D. = 6.661 Min = 33 Max = 57		

จากตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการคิดเป็นร้อยละ 86.40

ตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการจำแนกรายด้าน

ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ	$\bar{X}$	**S.D.**
คุณภาพด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษา	3.40	.66
คุณภาพด้านการตอบสนอง ท่าทีการแสดงออก หรือปฏิสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ	3.33	.52
คุณภาพด้านการแนะนำข้อมูลข่าวสารและความรู้ ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	3.82	.62
คุณภาพด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ	3.66	.58
คุณภาพด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	3.65	.32
$\bar{X}$ = 3.57 **S.D.** = .54 **Max** = 4.56 **Min** = 2.38		

จากตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการเฉลี่ย 3.57 (S.D. = .54) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า มีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษาเฉลี่ย 3.40 (S.D. = .66) ความคาดหวังต่อคุณภาพด้านการตอบสนอง ท่าทีการแสดงออก หรือปฏิสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการเฉลี่ย 3.33 (S.D. = .52) ความคาดหวังต่อคุณภาพด้านการแนะนำข้อมูลข่าวสารและความรู้ ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการเฉลี่ย 3.82 (S.D. = .62) ความคาดหวังต่อคุณภาพด้านด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการเฉลี่ย 3.66 (S.D. = .58) และความคาดหวังต่อคุณภาพด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ เฉลี่ย 3.65 (S.D. = .32)

ตารางที่ 10 แสดงร้อยละความคาดหวังต่อคุณภาพบริการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำแนกรายข้อ (n = 398)

ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ	ความคาดหวัง (ร้อยละ)					$\overline{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
คุณภาพด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษา (Reliability)								
1. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีความเชี่ยวชาญในการรักษาอย่างเป็นมืออาชีพ	-	52.3	35.9	11.8	-	3.40	.69	มีความคาด หวังปานกลาง
2. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สามารถให้คำปรึกษาและรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านได้อย่างตรงจุด	0.3	33.2	48.2	18.3	-	3.15	.70	มีความคาด หวังปานกลาง
3. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ บันทึกข้อมูลของท่านได้อย่างถูกต้อง	0.3	67.3	32.4	-	-	3.68	.47	มีความคาด หวังมาก
4. ท่านรู้สึกได้รับความปลอดภัยจาก แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	6.5	49.0	32.4	0.3	11.8	3.38	1.0	มีความคาด หวังปานกลาง

ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ	ความคาดหวัง (ร้อยละ)					$\overline{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
คุณภาพด้านการตอบสนอง ท่าทีการแสดงออก หรือปฏิสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ (Responsiveness)								
5. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีความยินดีต้อนรับ แนะนำขั้นตอนการรับบริการอย่างชัดเจน เต็มใจให้บริการแก่ท่าน	6.5	31.7	61.3	0.5	-	3.44	.62	มีความคาด หวังปานกลาง
6. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดจาด้วยความสุภาพต่อท่าน	-	38.7	52.3	9.0	-	3.30	.62	มีความคาด หวังปานกลาง
7. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้บริการตรวจรักษาให้แก่ท่านโดยไม่แสดงกิริยารังเกียจ	6.3	46.2	38.9	8.5	-	3.50	.74	มีความคาด หวังมาก
8. ได้รับบริการที่รวดเร็วไม่ต้องคอยนาน	-	33.7	53.8	0.3	12.3	3.09	.90	มีความคาด หวังปานกลาง

ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ	ความคาดหวัง (ร้อยละ)					$\overline{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
คุณภาพด้านการแนะนำข้อมูลข่าวสารและความรู้ ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance)								
9. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อธิบายวิธีการใช้ยา หรือมีความรู้ให้คำแนะนำต่างๆ ตรงต่อความต้องการแก่ท่านได้	15.6	53.0	31.4	-	-	3.84	.67	มีความคาด หวังมาก
10. ข้อมูลการรักษาหรือข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะไม่ถูกนำ ออกไปเผยแพร่ต่อสาธารณะ	15.6	49.2	35.2	-	-	3.80	.69	มีความคาด หวังมาก
คุณภาพด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy)								
11. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้ความสนใจรับฟังผู้รับบริการเล่าอาการความเจ็บ ป่วย และให้เกียรติท่าน	6.3	62.6	24.9	6.3	-	3.69	.68	มีความคาด หวังมาก
12. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้ความสนใจซักประวัติการเจ็บป่วยของท่าน	6.3	81.2	6.3	6.3	-	3.87	.60	มีความคาด หวังมาก
13. ท่านได้รับความสนใจจาก แพทย์ / เจ้าหน้าที่ ขณะที่ท่านรอเข้ารับบริการ	-	49.7	43.5	6.8	-	3.43	.62	มีความคาด หวังปานกลาง

ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ	ความคาดหวัง (ร้อยละ)					$\overline{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
คุณภาพด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)								
14. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ แต่งกายสุภาพ มีความน่าเชื่อถือ	15.6	71.9	12.3	0.3	-	4.03	.54	มีความคาด หวังมาก
15. หน่วยให้บริการ มีอุปกรณ์เครื่องมือในการตรวจรักษาที่ทันสมัย	-	30.4	69.6	-	-	3.30	.46	มีความคาด หวังปานกลาง
16. อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจรักษามีความสะอาดและปลอดภัย	6.3	87.7	6.0	-	-	4.00	.35	มีความคาด หวังมาก
17. อาคารสถานที่หน่วยให้บริการมีความสะอาด ปลอดภัย และเพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วย	6.3	54.3	33.9	5.5	-	3.61	.69	มีความคาด หวังมาก
18. มีเจ้าหน้าที่เพียงพอต่อการให้บริการ	-	56.3	43.2	-	0.5	3.55	.53	มีความคาด หวังมาก
19. มียารักษาโรคและวัคซีนป้องกันโรคที่เพียงพอต่อความต้องการในชุมชน	-	45.5	54.0	0.5	-	3.45	.51	มีความคาด หวังปานกลาง

ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ	ความคาดหวัง (ร้อยละ)					$\overline{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
20. มีป้ายประชาสัมพันธ์เครื่องหมายต่างๆ ชี้แจงขั้นตอนการรับบริการอย่างชัดเจน	-	52.0	47.5	-	0.5	3.51	.53	มีความคาด หวังมาก
21. มีอุปกรณ์ โสตทัศนะ และสื่อสิ่งพิมพ์ ที่อำนวยความสะดวกแก่ท่านขณะรอรับบริการให้ท่านรู้สึกผ่อนคลาย เช่น โทรทัศน์, หนังสือพิมพ์ เป็นต้น	-	72.4	27.1	0.5	-	3.72	.46	มีความคาด หวังมาก

จากตารางที่ 7 แสดงร้อยละความคาดหวังต่อคุณภาพบริการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำแนกรายข้อ พบว่า สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้คาดหวังในระดับมาก ได้แก่ แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีความเชี่ยวชาญในการรักษาอย่างเป็นมืออาชีพ ร้อยละ 52.3 แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ บันทึกข้อมูลของท่านได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 67.3 ท่านรู้สึกได้รับความปลอดภัยจาก แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ร้อยละ 49.0 แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการให้บริการตรวจรักษาให้แก่ท่านโดยไม่แสดงกิริยารังเกียจ ร้อยละ 46.2 แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อธิบายวิธีการใช้ยา หรือมีความรู้ให้คำแนะนำต่างๆ ตรงต่อความต้องการแก่ท่านได้ ร้อยละ 53.0 ข้อมูลการรักษาหรือข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะไม่ถูกนำออกไปเผยแพร่ต่อสาธารณะ ร้อยละ 49.2 แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้ความสนใจรับฟังผู้รับบริการเล่าอาการความเจ็บป่วยและให้เกียรติท่าน ร้อยละ 62.6 แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้ความสนใจ ซักประวัติการเจ็บป่วยของท่าน ร้อยละ 81.2 ท่านได้รับความสนใจจาก แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ขณะที่ท่านรอเข้ารับบริการ หรือรับการรักษา ร้อยละ 49.7 แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ แต่งกายสุภาพมีความน่าเชื่อถือ ร้อยละ 71.9 อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจรักษามีความสะอาดและปลอดภัย ร้อยละ 87.7 อาคารสถานที่หน่วยให้บริการมีความสะอาด ปลอดภัย และเพียงพอต่อการรองรับ

ผู้ป่วย ร้อยละ 54.3 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอต่อการให้บริการ ร้อยละ 56.3 มีป้ายประชาสัมพันธ์เครื่องหมายต่างๆ ชี้แจงขั้นตอนการรับบริการอย่างชัดเจน ร้อยละ 52.0 มีอุปกรณ์ โสตทัศนะ และสื่อสิ่งพิมพ์ ที่อำนวยความสะดวกแก่ท่านขณะรอรับบริการให้ท่านรู้สึกผ่อนคลาย เช่น โทรทัศน์, หนังสือพิมพ์ เป็นต้น ร้อยละ 72.4 คาดหวังในระดับปานกลาง ได้แก่ แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สามารถให้คำปรึกษาและรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านได้อย่างตรงจุด ร้อยละ 48.2 แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีความยินดีต้อนรับ แนะนำขั้นตอนการรับบริการอย่างชัดเจน เต็มใจให้บริการแก่ท่าน ร้อยละ 61.3 แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดจาด้วยความสุภาพต่อท่าน ร้อยละ 52.3 ได้รับบริการที่รวดเร็ว ไม่ต้องคอยนาน ร้อยละ 53.8 หน่วยให้บริการ มีอุปกรณ์เครื่องมือในการตรวจรักษาที่ทันสมัย ร้อยละ 69.6 และมียารักษาโรคและวัคซีนป้องกันโรคที่เพียงพอต่อความต้องการในชุมชน ร้อยละ 54.0

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัว

ตารางที่ 11 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัวในภาพรวม

ความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
มีความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัว	384	96.50
ไม่มีความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัว	14	3.50
$\bar{X}$ = 74.76 S.D. = 8.221 Min = 58 Max = 91		

จากตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัวในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 96.50

ตารางที่ 12 แสดงผลวิเคราะห์ความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัวจำแนกรายด้าน

ความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัว	$\bar{X}$	**S.D.**
คุณภาพด้านการบริการต่อเนื่อง	3.38	.55
คุณภาพด้านการบริการเชิงรุก	3.70	.47
คุณภาพด้านการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม	3.50	.48
คุณภาพด้านการบริการรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชน	3.38	.53
$\bar{X}$ = 3.49 **S.D.** = .50 **Max** = 4.08 **Min** = 2.28		

จากตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัว ภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการเฉลี่ย 3.49 (S.D. = .50) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจต่อคุณภาพด้านการบริการต่อเนื่องเฉลี่ย 3.38 (S.D. = .55) ความพึงพอใจต่อคุณภาพด้านการบริการเชิงรุกเฉลี่ย 3.70 (S.D.= .47) ความพึงพอใจต่อคุณภาพด้านการสร้างเครือข่ายแลการมีส่วนร่วมเฉลี่ย 3.50 (S.D.= .48) ความพึงพอใจต่อคุณภาพด้านการบริการรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชนเฉลี่ย 3.38 (S.D.=.53)

ตารางที่ 13 แสดงร้อยละความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัวของประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำแนกรายข้อ (n = 398)

ความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัว	ระดับความพึงพอใจ(ร้อยละ)					$\overline{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
ด้านการบริการต่อเนื่อง								
1. มีบริการตรวจรักษาและให้คำปรึกษา นอกเวลาราชการ	-	44.2	42.2	13.6	-	3.31	.69	มีความพึงพอใจปานกลาง
2. มีการจัดบริการส่งต่อผู้ป่วย	6.3	50.0	30.7	13.1	-	3.49	.79	มีความพึงพอใจปานกลาง
3. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความเต็มใจดูแลความเจ็บป่วยและสุขภาพของท่านอย่างต่อเนื่อง ทั้งในและนอกหน่วยบริการ	-	60.6	26.4	13.1	-	3.47	.71	มีความพึงพอใจปานกลาง
4. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้บริการตรวจเยี่ยมอาการป่วยของท่านถึงบ้านหลังจากได้รับการรักษาแล้ว	-	30.9	61.8	0.3	7.0	3.17	.75	มีความพึงพอใจปานกลาง

ความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัว	ระดับความพึงพอใจ(ร้อยละ)					$\overline{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
5. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้ความรู้และสนับสนุนให้ครอบครัวของท่านดูแลสุขภาพเมื่อมีคนในครอบครัวท่านเจ็บป่วย	-	53.8	39.4	6.8	-	3.47	.62	มีความพึงพอใจปานกลาง
ด้านการบริการเชิงรุก								
6. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีทักษะในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจคัดกรองโรคในชุมชน	-	69.1	30.4	0.5	-	3.69	.47	มีความพึงพอใจมาก
7. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีมาตรฐานการตรวจประเมินด้านสุขาภิบาลต่างๆ ในชุมชน	-	67.6	32.4	-	-	3.68	.46	มีความพึงพอใจมาก
8. มีการจัดบริการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน เช่น พ่นยากันยุง, ฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้า เป็นต้น	6.3	69.3	17.8	6.5	-	3.75	.66	มีความพึงพอใจมาก
ด้านการสร้างเครือข่ายแลการมีส่วนร่วม								
9. มีชมรม กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับชุมชน เช่น ชมรมการออกกำลังกาย	-	35.7	52.3	12.1	-	3.24	.65	มีความพึงพอใจปานกลาง

ความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัว	ระดับความพึงพอใจ(ร้อยละ)					$\overline{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
10.มีกิจกรรมที่มีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง	-	64.3	35.7	-	-	3.64	.65	มีความพึงพอใจมาก
11. มีเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เช่น ร้ายยาคุณภาพ, ร้านอาหารสะอาดปลอดภัย เป็นต้น	-	68.6	25.1	6.3	-	3.62	.60	มีความพึงพอใจมาก
ด้านการบริการรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชน								
12. มีบริการให้คำปรึกษาผ่านสื่อเทคโนโลยีแอพพลิเคชั่นต่างๆ เช่น Line, Facebook	-	56.0	31.2	12.8	-	3.43	.70	มีความพึงพอใจปานกลาง
13. สร้างกลุ่มทางโซเชียลมิเดีย ในการรับคำปรึกษาด้านสุขภาพ	-	29.4	64.3	6.3	-	3.23	.55	มีความพึงพอใจปานกลาง
14. มีเว็บไซด์ที่ผู้รับบริการสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือคำแนะนำต่างๆได้	-	54.8	38.7	6.5	-	3.48	.61	มีความพึงพอใจปานกลาง

ตารางที่ 10 แสดงร้อยละความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัวของประชากรกลุ่มเป้าหมายจำแนกรายข้อ พบว่า สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ บริการตรวจรักษา และให้คำปรึกษา นอกเวลาราชการ ร้อยละ 44.2 มีการจัดบริการส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 50.0 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีความเต็มใจดูแลความเจ็บป่วยและสุขภาพของท่านอย่างต่อเนื่อง ทั้งในและนอกหน่วยบริการ ร้อยละ 60.6 แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้ความรู้

และสนับสนุนให้ครอบครัวของท่านดูแลสุขภาพเมื่อมีคนในครอบครัวท่านเจ็บป่วย ร้อยละ 53.8 แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีทักษะในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจคัดกรองโรคในชุมชน ร้อยละ 69.1 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีมาตรฐานการตรวจประเมินด้านสุขาภิบาลต่างๆ ในชุมชน ร้อยละ 67.6 มีการจัดบริการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน เช่น พ่นยากันยุง, ฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้า เป็นต้น ร้อยละ 69.3 มีกิจกรรมที่มีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 64.3 มีเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เช่น ร้ายยาคุณภาพ, ร้านอาหารสะอาดปลอดภัย เป็นต้น ร้อยละ 68.6 มีบริการให้คำปรึกษาผ่านสื่อเทคโนโลยี แอพพลิเคชั่นต่างๆ เช่น Line, Facebook ร้อยละ 56.0 และมีเว็บไซด์ที่ผู้รับบริการสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือคำแนะนำต่างๆได้ ร้อยละ 54.8 สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้บริการตรวจเยี่ยมอาการป่วยของท่านถึงบ้าน หลังจากได้รับการรักษาแล้ว ร้อยละ 61.8 มีชมรม กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับชุมชน เช่น ชมรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 52.3 และสร้างกลุ่มทางโซเชียลมิเดีย ในการรับคำปรึกษาด้านสุขภาพ ร้อยละ 64.3

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจต่อการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

ตารางที่ 14 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

ตัวแปรอิสระ	ความพึงพอใจ				OR_{Adj}	95% CI		p-value
	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	สูงกว่าค่าเฉลี่ย	ร้อยละ		lower	upper	
เพศ								
ชาย[R]	70	45.50	84	54.5				
หญิง	103	42.20	141	57.8	1.70	0.96	4.39	<0.001
อาชีพ								
พนักงาน/ลูกจ้าง[R]	30	65.20	16	34.8				
เจ้าของธุรกิจ	143	40.60	209	59.4	2.80	1.20	3.62	0.030
รายได้ต่อเดือน								
สูงกว่าค่าแรงพื้นฐานของจังหวัด[R]	144	45.30	174	54.7				
ต่ำกว่าค่าแรงพื้นฐานของจังหวัด	29	36.30	51	63.8	1.20	0.000	2.10	0.004
สิทธิการรักษา								
สิทธิอื่นๆ[R]	74	50.30	73	49.7				
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	99	39.40	152	60.6	1.08	1.00	2.08	<0.001
ความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ								
สูงกว่าค่าเฉลี่ย[R]	100	55.90	79	44.1				
ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	73	33.30	146	66.7	1.000	0.00	1.63	<0.001

จากตารางที่ 11 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย เพศหญิง (OR_{Adj}=1.70, 95% CI: 0.96-4.39) ประกอบอาชีพเจ้าของธุรกิจ (OR_{Adj}= 2.80, 95% CI: 1.20-3.62) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าค่าแรงพื้นฐานของจังหวัด (OR_{Adj}= 1.20, 95% CI: 0.00-2.10) ใช้สิทธิรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (OR_{Adj}= 1.08, 95% CI: 1.00-2.08) และมีคะแนนความคาดหวังต่อต่อคุณภาพการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย (OR_{Adj}= 1.00, 95% CI: 0.00-1.63) โดยร่วมกันทำนายความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวได้ร้อยละ 8.71

บทที่ 5
บทสรุป

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ภายใต้สมมติฐานที่ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุจูงใจที่มารับบริการ ลักษณะของการรับบริการ ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารบริการ ที่ตั้งบ้านเรือนอยู่ในเขตรับผิดชอบ และปัจจัยคุณภาพการให้บริการ มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ดำเนินการตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ.2561

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจำนวน 398 คน ได้จากการคำนวณด้วยสูตรสูตรการหาขนาดของกลุ่มประชากรที่ไม่ทราบค่าแน่นอน และเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากรช่วงอายุ 20-59 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิที่ 1 คลินิกหมอครอบครัวตากสิน (Cluster 1) อำเภอเมือง จังหวัดตาก และเคยได้รับบริการในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

ผู้วิจัยและผู้ช่วยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยลงพื้นที่แจกแบบสอบถามประเภทปลายปิด ซึ่งแบ่งได้ 3 ส่วน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการ และความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน (Number) ร้อยละ (Percentage) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก โดยใช้สถิติ Logistic Regression

สรุปผลการวิจัย

1.ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.50 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 35.20 ประกอบอาชีพเกษตรกรและประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 36.70 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 6,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 51.00 ใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ 30 บาท คิดเป็นร้อยละ 63.10 รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก 1-5 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 80.70 และมีที่อยู่อาศัยตามทะเบียนราษฎร์อยู่ในเขตรับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 69.60 ส่วนใหญ่มารับบริการตรวจรักษาทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 78.64

2.ข้อมูลความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก อยู่ในระดับสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ ร้อยละ 55.03

3.ข้อมูลความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก อยู่ในระดับสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการ ร้อยละ 56.50

4.ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย เพศหญิง (OR_{Adj}=1.70, 95% CI: 0.96-4.39) ประกอบอาชีพเจ้าของธุรกิจ (OR_{Adj}= 2.80, 95% CI: 1.20-3.62) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าค่าแรงพื้นฐานของจังหวัด (OR_{Adj}= 1.20, 95% CI: 0.00-2.10) ใช้สิทธิรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (OR_{Adj}= 1.08, 95% CI: 1.00-2.08) และมีคะแนนความคาดหวังต่อต่อคุณภาพการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย (OR_{Adj}= 1.00, 95% CI: 0.00-1.63) โดยร่วมกันทำนายความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวได้ร้อยละ 8.71

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างใช้บริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตากอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี สูงสุด 15 ครั้งต่อปี โดยรับบริการตรวจโรคทั่วไป ร้อยละ 78.64 ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุมและเป็นธรรมในพื้นที่

ความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตากสูงกว่าระดับคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ ร้อยละ 55.03 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างต่างคาดหวังการบริการที่น่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษา การตอบสนองด้วยท่าทีการแสดงออกที่ดี การแนะนำข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างความมั่นใจ ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ และความเป็นรูปธรรมของการบริการ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ได้แก่ เพศ อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา และความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ

เพศของกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีคะแนนความพึงพอใจในคุณภาพบริการสูงกว่าเพศชาย 1.70 เท่า (95% CI: 0.96-4.39) สอดคล้องกับการศึกษาของหัทยา แก้วกิ้มและคณะ (2554) อาจเนื่องด้วยเพศหญิงจะได้รับการเอาใจใส่และตอบสนองมากกว่าเพศชาย (ศิริพร เจริญศรีวิริยะกุล, 2554) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงเกิดความพึงพอใจในคุณภาพบริการที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย

อาชีพของกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าของธุรกิจมีคะแนนความพึงพอใจในคุณภาพบริการสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพพนักงานหรือลูกจ้าง 2.80 เท่า (95% CI: 1.20-3.62) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพเจ้าของธุรกิจในการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 50 เป็นเกษตรกร ที่มีรายได้ไม่แน่นอน และร้อยละ 50 เป็นเจ้าของกิจการที่อาจมีผลกำไรลดลงตามสภาพเศรษฐกิจ ต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพพนักงาน/ ลูกจ้าง ที่มีรายได้แน่นอนสามารถวางแผนการใช้เงินได้โดยง่าย จึงไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการและเข้าถึงสถานพยาบาลที่หลากหลาย เกิดการเปรียบเทียบความพึงพอใจในคุณภาพบริการ ทำให้มีคะแนนความพึงพอใจในคุณภาพบริการน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าของธุรกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เจริญศรีวิริยะกุล (2554) ที่กล่าวว่าอาชีพที่แตกต่างกันมีผลต่อคุณภาพการให้บริการด้านความน่าเชื่อถือและไว้วางใจที่แตกต่างกัน ส่งผลถึงความพึงพอใจในคุณภาพบริการที่แตกต่างกัน

รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าค่าแรงพื้นฐานของจังหวัดมีคะแนนความพึงพอใจในคุณภาพบริการสูงกว่าผู้กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่าค่าแรงพื้นฐานของจังหวัด 1.20 เท่า (95% CI: 0.00-2.10) อาจเนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าค่าแรงพื้นฐานของจังหวัดมีความสามารถในการเข้าถึงสถานพยาบาลเอกชนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่าค่าแรงขั้นต่ำของจังหวัด จึงไม่เกิดการเปรียบเทียบคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก กับสถานพยาบาลอื่นๆ ตามแนวคิดของ เพนเดอร์ที่กล่าวว่า รายได้เป็นตัวชี้สถานะทาเศรษฐกิจ และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านความต้องการขั้นพื้นฐานในการเลือกใช้บริการ

สิทธิการรักษาของกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีคะแนนความพึงพอใจในคุณภาพบริการสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิอื่นๆ 1.08 เท่า (95% CI: 1.00-2.08) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้ารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ได้สะดวกกว่าสิทธิอื่นๆ ที่มีความซับซ้อน และค่าใช้จ่ายสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงไม่มีอุปสรรคในการเข้ารับบริการ สอดคล้องกับทีนุชา ทันวงศ์ (2559) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายสุขภาพอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการของผู้รับบริการมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการต่ำกว่าค่าเฉลี่ย มีคะแนนความพึงพอใจในการจัดบริการสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการสูงกว่าค่าเฉลี่ย 1.00 เท่า (95% CI: 0.00-1.63) สอดคล้องกับแนวคิดของซีแทมล์ พาราซุรามานและเบอร์รี (Ziethaml, Parasuraman and Berry) ที่กล่าวว่าหากผู้รับบริการได้รับบริการตามความคาดหวังย่อมพิจารณาว่าบริการนั้นมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงระดับความคาดหวังและระดับความพึงพอใจในคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัว ของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมีคะแนนความพึงพอใจในคุณภาพบริการสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการสูงกว่าค่าเฉลี่ย 1.00 เท่า

แต่หากแยกความคาดหวังรายด้านยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในคุณภาพบริการด้านการแนะนำข้อมูลข่าวสารและความรู้ ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการมากที่สุด และพบว่าเมื่อแยกความพึงพอใจรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในคุณภาพบริการด้านการบริการรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชนน้อยที่สุด ผู้วิจัยจึงเสนอว่า เพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการในมิติดังกล่าวนั้น แพทย์ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ หรือหน่วยบริการ ควรส่งเสริมการบริการรับข้อมูลให้คำปรึกษา ผ่านสื่อเทคโนโลยี แอพพลิเคชั่นต่างๆ หรือเว็บไซด์ที่ผู้รับบริการสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือคำแนะนำต่างๆ ให้แก่ประชาชนได้

หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่นในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว เช่น สำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาล และโรงเรียน ควรมีการจัดกิจกรรมหรือโครงการที่สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2.ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการเฉพาะคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในคลินิกหมอครอบครัวแห่งอื่นๆเพิ่มเติม และเพื่อสามารถนำผลวิจัยที่ได้มาวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการในพื้นที่หน่วยบริการที่แตกต่างมีผลหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการวิจัยครั้งต่อไปสามารถเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายระดับประเทศ เพื่อการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชญา มาลือศรี, ปรารถนา ปุณณกิติเกษม. (2554). **การประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL**. วารสารวิจัยและพัฒนา มจธ, *30*(4).

กมลวัฒน์ ยะสารวรรณ. (2547). **การรับรู้กฎระเบียบของพนักงานท่าเรือแหลมฉบัง.** ปัญหาพิเศษ รป.ม. (นโยบายสาธารณะ) ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

เกศสุดา เหมทานนท์. (2553). **คุณภาพบริการของสถานีอนามัยตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ

คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ. (2559). **แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/PCC_Guideline.pdf (วันที่ค้นข้อมูล : 12 พฤศจิกายน 2560).

จรัส สุวรรณเวลา. (2543). **มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซร์จำกัด.

จารุวรรณ เย็นเสมอ. (2557). **การพัฒนาระบบบริการเครือข่ายแบบห้องคลอดเดียวกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ จังหวัดสุรินทร์.** วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 15 ฉบับที่ 36 (2021): มกราคม-เมษายน 2564

จำเนียร พลหาร. (๒๕๕๓). **หลักทฤษฎีและการปฏิบัติการบริหารการศึกษา.** เอกสารประกอบการสอน, มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, **คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**, กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2552)

ชัชวาล ทัตศิวัช. (2554). **คุณภาพการให้บริการเป็นแนวคิดหนึ่งได้รับการนำมาประยุกต์ใช้ ในกระบวนการปฏิรูประบบบริหารภาครัฐไทย**.กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัย รัฐภาคย์

ชัยสมพล ชาวประเสริฐ (2546). **การตลาดบริการ**.กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

ณัฐฐา เสวกวิหารี. (2560). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาธิบดี.** การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดนัย เทียนพุฒ. (2543). **นวัตกรรมการบริการลูกค้า**. กรุงเทพฯ: บุ๊คแบงก.

ทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม. (2560). **คุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชา การบริหารงานสาธารณสุข). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.

ทีนุชา ทันวงศ์. (2559). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำาบล เครือข่ายสุขภาพอำาเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี**. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 9(31)

ธีรกิติ นวรัตน์ ณ อยุธยา. (2547). **การตลาดสำหรับการบริการแนวคิดและกลยุทธ์.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นงค์เยาว์ วิเชียรเครือ. (2555). **ความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อการจัดการศึกษาหลักสูตรสองภาษาในระดับอนุบาลของโรงเรียนสาธิตเทศบาลนครระยอง (วัดตรีรัตนาราม) สังกัดเทศบาลนครระยอง จังหวัดระยอง.** งานนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต,สาขาวิชาการ

บรรเจิด ศุภราพงศ์. (2556). **ความพึงพอใจของผู้ปกครองนักเรียนระดับมัธยมศึกษาต่อการบริหารงานของโรงเรียนปากช่องพิทยาคม สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา.** งานนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

บัณฑิต เผ่าวัฒนา. (2548). **“การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจดการปัญหาน้ำเสียในคลองแม่ข่าตำบลช้างคลานเทศบาลนครเชียงใหม่”**. การศึกษาค้นคว้าอิสระศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บุษราคัม แก้วกระจ่าง. (2558). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการในแผนกกอายุรกรรมโรคมะเร็ง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว.** การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2553). **จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล**. กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.

เปรมมิกา ปลาสุวรรณ. (2549). **การรับรู้และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ต่อการจัดการขยะพลาสติกของประชนเขตตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่.** การค้นคว้าแบบอิสระ ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวทิยาลัยเชียงใหม่.

ผุสดี แสงหล่อ. (2555). **ศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการบริหารงานของโรงเรียนสวนป่าอุปถัมภ์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาฉะเชิงเทรา เขต 2.** งานนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์,มหาวิทยาลัยบูรพา.

พัชริยา แก่นสา. (2555). **ความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีการจัดการศึกษาระดับปฐมวัยใน**

โรงเรียน กลุ่มเครือข่ายตำบลวังทอง สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระแก้ว เขต 1. งานนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

พัทธนันท์ อึ้งรัก. (2556). **ความพึงพอใจของผู้ปกครองนักเรียนที่มีต่อการจัดการศึกษาของโรงเรียนปากคลองบางขนาก สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาฉะเชิงเทรา เขต 1.** งานนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการศึกษา,คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

มณีวรรณ ตันไทย. (2553). **พฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าทีกองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทีมีต่อประชาชนทีมาติดต่อ.** วิทยานิพนธ์บธ.ม. (บริหารรัฐกิจ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

รัชนี ทีปกากร. (2556). **การศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองนักเรียนที่มีต่อการบริหารงานของโรงเรียนเทศบาล 1 (สถาวร) สังกัดเทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี.** งานนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

รัตนะ อินจ๋อย. (2551). **การประเมินคุณภาพการบริการของสำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ โดยใช้ LibQUAL+TM**. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: บริษัทนานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์จำกัด.

รายงานสุขภาพคนไทย เพื่อสุขภาวะแห่งมวลมนุษย์ หยุดความรุนแรง.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.) : หน้า 10 ; 2552

รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. ศูนย์ข้อมูล THIC (ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์,2560)

รุสลี บาเหะ. (2559). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญา ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชหลกัสูตรและการสอน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วิทยา ด้านดำรงกูล. (2545). **บริการบานใจ**.กรุงเทพฯ : มติชน

วิฬิต อู่อ้น . (2550). **การวิจัยและการสืบค้นข้อมูลทางธุรกิจ.** กรุงเทพฯ: เซ็นทรัลเอ็กซ์เพรส.

วรายุทธ แก้วประทุม. (2556). **การศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองนักเรียนต่อการบริหารงานของโรงเรียนบ้านหินแร่ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาฉะเชิงเทรา เขต 2.** งานนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์,\ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศราวนี แดงไสว. (2556). **ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการสินเชื่อ ธนาคารออมสินในเขตกรุงเทพมหานคร.** การศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสยาม.

สมุทร ชำนาญ. (2556). **ภาวะผู้นำทางการศึกษา ทฤษฎี และ ปฏิบัติ.** ระยอง: พี.เอส.การพิมพ์.

สุชาดา เนตรฉัยยา. (2555). **ความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อการจัดการศึกษาของโรงเรียนอนุบาลภาสินี จังหวัดสมุทรปราการ.** งานนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต,สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุกัญญา มีสามเสนและคณะ. (2556). **คุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี**. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์, 7(1), 35–47

สุพรรณี อินทร์แก้ว. (2549)**. การตลาดธุรกิจบริการเฉพาะอย่าง.** กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส

สุวัสสา เพ็งสีแสง. (2552). **ปัญหาด้านการยศาสตร์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในชาวนา ตำบลศรีวิชัย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร.** การค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โสภณ เมฆธน. (2559). **แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ**. ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559

ศิริพร เจริญศรีวิริยะกุล. (2554). **คุณภาพการให้บริการโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐบาลในเขตจังหวัดปทุมธานี**. ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต (การจัดการทั่วไป) คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.

ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2537 : 3-4)

ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2545).**แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน.** กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555. **รายงานการประเมินระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553)**. นนทบุรี: สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2546). **Patient Safety: Concept and Practice**. กรุงเทพฯ: ดีไซร์.

สำเริง แหยงกระโทก. **การวิจัยและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และการประกันสุขภาพถ้วนหน้า**.สมบูรณ์การพิมพ์ 2554

สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, จุลสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2557

สมวงศ์ พงศ์สถาพร. (2546). **Service Marketing**.กรุงเทพฯ : บริษัท ซีเอ็ดยูเคชั่น จำกัด (มหาชน).

สุพัตรา ศรีวณิชชากร . (2551). **การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ**. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบ

สุขภาพ ชุมชน (สพช.), กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์นโม พริ้นติ้งแอนด์พับบลิชชิ่ง.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2545). **บริการปฐมภูมิ : บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน**. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.

หัทยา แก้วกิ้ม และคณะ. (2554). **ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครศรีธรรมราช**. [ออนไลน์]. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เข้าถึงได้จาก : http://www.stou.ac.th/thai/grad_stdy/Masters. (วันที่ค้นข้อมูล : 25 สิงหาคม 2560)

อัจฉรา ขันใจ และคณะ. (2558). **ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้ประกันตนโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน.** รายงานสืบเนื่องจากการประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา. มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15.

อินทิรา ยมาภัย และคณะ. **ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2576** (handle: 11228/4555,2555)

อารี วัลยเสวี และคณะ.2542. **รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษ. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ : มูลนิธิโกมลคีมทอง

Antioned, G. and Van Raaij, W. F. (1988). **The Satisfaction of Customers: A Global Managerial Approach**. Chicago: Irwin/McGraw-Hill.

Armstrong, G. & Kotler, P. (2009). **Marketing an introduction (9th ed.).** New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Bernstein, D. M. (1999). **Recover from mild head injury**. Brain Injury, 13, 151-172.

Cochran, W.G. (1977). **Sampling Techniques**. 3d ed. New York : John Wiley and Sons Inc.

Gronroos,C. (1999). **Internationalization strategies for services. Journal of Service Marketing**, 13(4/5), 290-297.

Lovelock, C.H. (1996). **Principles of Service Marketing and Management (2nd ed)**. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. (2006). **Primary care (PC) and primary health care (PHC)**. What is the difference? Can J Public Health. v. 97.

Parasuraman, Zeithaml and Berry. **A conceptual model of service qualityand its implications for future research**, (1988:12-40)

Sliwa ,M. and O'Kane , J. 2009. **Service quality measurement : A study of appoints**

systems in GP practice surgeries in the UK. Paper in POMS 20th Annual Conference Orlando, Florida U.S.A., May 1 t0 4,2009.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิรินี ว่องวิไลรัตน์
   รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
2. ดร.พุฒิพงษ์ มากมาย
   คณบดีคณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
3. ดร.จีรเกียรติ ประสานธนกุล
   นักวิชาการสาธารณสุข(ด้านบริการทางวิชาการ)
   สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยขอทราบข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัว และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการให้ดียิ่งขึ้นผู้วิจัยจึงขอความอนุเคราะห์ท่านตอบข้อมูลตามความเป็นจริง ซึ่งข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยข้อมูลดังกล่าวจะถูกนำไปใช้เพื่อการศึกษาในเชิงวิชาการเท่านั้น

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย ตัวแบบ (Model) ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการ โดยเนื้อหาของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 คุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการ จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการ 14 ข้อ

หมายเหตุ

แบบสอบถามนี้เฉพาะผู้ที่เข้ารับบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองตาก จังหวัดตากเท่านั้น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการทำแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรอกข้อความในช่องที่เว้นว่างไว้ตามความเป็นจริง

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

2. อายุ

1.) ☐ 15-20 ปีบริบูรณ์ 2.) ☐ 21-30 ปีบริบูรณ์ 3.) ☐ 31-40 ปี

4.) ☐ 41-50 ปีบริบูรณ์ 5.) ☐ 51-59 ปีบริบูรณ์

3. ระดับการศึกษา

1.) ☐ ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา 2.) ☐ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. 3.) ☐ ระดับอนุปริญญา/ปวส.

4.) ☐ ระดับปริญญาตรี 5.) ☐ ระดับปริญญาโทขึ้นไป 6.) ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

4. อาชีพ

1.) ☐ นักเรียน/นักศึกษา 2.) ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 3.) ☐ เกษตรกร

4.) ☐ พนักงานบริษัทเอกชน 5.) ☐ ประกอบธุรกิจส่วนตัว 6.) ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

5. รายได้ต่อเดือน

1.) ☐ ต่ำกว่า 6,000 บาท 2.) ☐ 6,001-10,000 บาท 3.) ☐ 10,001-15,000 บาท

4.) ☐ 15,001-20,000 บาท 5.) ☐ 20,001 บาทขึ้นไป 6.) ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

6. สิทธิการรักษา

1.) ☐ สวัสดิการข้าราชการ 2.) ☐ สิทธิประกันสังคม 3.) ☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท

4.) ☐ ชำระเงินเอง 5.) ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

7. จำนวนครั้งที่เคยมารับบริการ

1.) ☐ 1-5 ครั้ง/ปี 2.) ☐ 6-10 ครั้ง/ปี 3.) ☐ 10-15 ครั้ง/ปี

4.) ☐ มากกว่า 15 ครั้ง/ปี

8. เหตุจูงใจในการมารับบริการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1.) ☐ ระยะทางใกล้บ้าน 2.) ☐ อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสิทธิการรักษา 3.) ☐ ญาติ/คนรอบข้างพามา

4.) ☐ คนรู้จักบอกเล่า/ชักชวน/แนะนำให้มา 5.) ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

9. ลักษณะของการรับบริการ

1.) ☐ ตรวจรักษาทั่วไป (มาพบตามอาการ)

2.) ☐ บริการทันตกรรม

3.) ☐ บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD)

4.) ☐ บริการคัดกรองมะเร็ง

5.) ☐ บริการคลินิกตา

6.) ☐ บริการคลินิกไต

7.) ☐ ปรึกษาวางแผนครอบครัว

8.) ☐ สร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

9.) ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

10. การได้รับข้อมูลข่าวสารบริการคลินิกหมอครอบครัว

1.) ☐ เพื่อน/ญาติพี่น้องบอกต่อกันมา 2.) ☐ เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน

3.) ☐ ประกาศจากเสียงตามสายในหมู่บ้าน 4.) ☐ เคยมารับบริการมาก่อน

5.) ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

11. ที่อยู่อาศัยตามทะเบียนราษฎร์

1.) ☐ อยู่ในเขตรับผิดชอบ 2.) ☐ ไม่อยู่ในเขตที่รับผิดชอบ

ส่วนที่ 2 คุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการ

คำชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ปัจจัยคุณภาพการให้บริการ	ความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
คุณภาพด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษา (Reliability)					
1. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีความเชี่ยวชาญในการรักษาอย่างเป็นมืออาชีพ					
2. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สามารถให้คำปรึกษาและรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านได้อย่างตรงจุด					
3. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ บันทึกข้อมูลของท่านได้อย่างถูกต้อง					
4. ท่านรู้สึกได้รับความปลอดภัยจาก แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ					
คุณภาพด้านการตอบสนอง ท่าทีการแสดงออก หรือปฏิสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ (Responsiveness)					
5. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีความยินดีต้อนรับ แนะนำขั้นตอนการรับบริการอย่างชัดเจน เต็มใจให้บริการแก่ท่าน					
6. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดจาด้วยความสุภาพต่อท่าน					
7. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้บริการตรวจรักษาให้แก่ท่านโดยไม่แสดงกิริยารังเกียจ					
8. ได้รับบริการที่รวดเร็ว ไม่ต้องคอยนาน					
คุณภาพด้านการแนะนำข้อมูลข่าวสารและความรู้ ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance)					
9. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อธิบายวิธีการใช้ยาหรือมีความรู้ให้คำแนะนำต่างๆ ตรงต่อความต้องการแก่ท่านได้					
10. ข้อมูลการรักษาหรือข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะไม่ถูกนำออกไปเผยแพร่ต่อสาธารณะ					

ปัจจัยคุณภาพการให้บริการ	ความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
คุณภาพด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy)					
11. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้ความสนใจรับฟังผู้รับบริการเล่าอาการความเจ็บป่วย และให้เกียรติท่าน					
12. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้ความสนใจ ซักประวัติการเจ็บป่วยของท่าน					
13. ท่านได้รับความสนใจจาก แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ขณะที่ท่านรอเข้ารับบริการ หรือรับการรักษา					
คุณภาพด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)					
14. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ แต่งกายสุภาพ มีความน่าเชื่อถือ					
15. หน่วยให้บริการ มีอุปกรณ์เครื่องมือในการตรวจรักษาที่ทันสมัย					
16. อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจรักษามีความสะอาดและปลอดภัย					
17. อาคารสถานที่หน่วยให้บริการมีความสะอาด ปลอดภัย และเพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วย					
18. มีเจ้าหน้าที่เพียงพอต่อการให้บริการ					
19. มียารักษาโรคและวัคซีนป้องกันโรคที่เพียงพอต่อความต้องการในชุมชน					
20. มีป้ายประชาสัมพันธ์ เครื่องหมายต่างๆ ชี้แจงขั้นตอนการรับบริการอย่างชัดเจน					
21. มีอุปกรณ์ โสตทัศนะ และสื่อสิ่งพิมพ์ ที่อำนวยความสะดวกแก่ท่านขณะรอรับบริการให้ท่านรู้สึกผ่อนคลาย เช่น โทรทัศน์, หนังสือพิมพ์ เป็นต้น					

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการ

คำชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ความพึงพอใจในการจัดบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการบริการต่อเนื่อง					
1. มีบริการตรวจรักษา และให้คำปรึกษา นอกเวลาราชการ					
2. มีการจัดบริการส่งต่อผู้ป่วย					
3. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีความเต็มใจดูแลความเจ็บป่วยและสุขภาพของท่านอย่างต่อเนื่อง ทั้งในและนอกหน่วยบริการ					
4. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้บริการตรวจเยี่ยมอาการป่วยของท่านถึงบ้าน หลังจากได้รับการรักษาแล้ว					
5. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้ความรู้และสนับสนุนให้ครอบครัวของท่านดูแลสุขภาพเมื่อมีคนในครอบครัวท่านเจ็บป่วย					
ด้านการบริการเชิงรุก					
6. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีทักษะในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจคัดกรองโรคในชุมชน					
7. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีมาตรฐานการตรวจประเมินด้านสุขาภิบาลต่างๆ ในชุมชน					
8. มีการจัดบริการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน เช่น พ่นยากันยุง, ฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้า เป็นต้น					
ด้านการสร้างเครือข่ายแลการมีส่วนร่วม					
9. มีชมรม กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับชุมชน เช่น ชมรมการออกกำลังกาย					
10.มีกิจกรรมที่มีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง					
11. มีเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เช่น ร้ายยาคุณภาพ, ร้านอาหารสะอาดปลอดภัย เป็นต้น					

ความพึงพอใจในการจัดบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการบริการรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชน					
12. มีบริการให้คำปรึกษาผ่านสื่อเทคโนโลยีแอพพลิเคชั่นต่างๆ เช่น Line, Facebook					
13. สร้างกลุ่มทางโซเชียลมิเดีย ในการรับคำปรึกษาด้านสุขภาพ					
14. มีเว็บไซด์ที่ผู้รับบริการสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือคำแนะนำต่างๆได้					

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....