บทที่2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้ไม่มีสิทธิด้านสวัสดิการรักษาทางทันตกรรมและสิทธิประกันสังคม ในคลินิกทันตกรรมของรัฐ จังหวัดสมุทรปราการ ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีแนวคิดและการผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้บริโภค

2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ พฤติกรรมการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพ

2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ

2.5 สิทธิการรักษาด้านทันตกรรมในประเทศไทย

2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้บริโภค

1.1 ความหมายของการตัดสินใจ

ได้มีนักวิชาการให้ความหมายของการตัดสินใจที่แตกต่างกันดังนี้

ศิริพร พงศ์ศรีโรจน์ (2540: 187) กล่าวว่าการตัดสินใจ หมายถึง การเลือกปฏิบัติหรืองดเว้นการปฏิบัติ หรือการเลือกทางดำเนินการที่เห็นว่าดีที่สุดทางใดทางหนึ่งจากทางเลือกหลายๆ ทางเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ

ซิฟเฟเมน และคานูค (Schiffman and Kanuk 1994: 659) ได้ให้ความหมายของกระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค หมายถึง ขั้นตอนในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์จากสองทางเลือกขึ้นไปพฤติกรรมผู้บริโภคจะพิจารณาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ ทั้งด้านจิตใจ (ความรู้สึกนึกคิด) และพฤติกรรมทางกายภาพ การซื้อเป็นกิจกรรมด้านจิตใจ และกายภาพ ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง กิจกรรมเหล่านี้ทำให้เกิดการซื้อ และเกิดพฤติกรรมการซื้อตามบุคคลอื่น

กิตติ ภักดีวัฒนะกุล (2546: 7) ให้ความหมายเกี่ยวกับการตัดสินใจ คือ กระบวนการคัดเลือกแนวทางปฏิบัติจากทางเลือกต่างๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ซึ่งจัดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการแก้ไขปัญหา

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2538: 18) ได้กล่าวถึง กระบวนการตัดสินใจของผู้ซื้อ (decision process) หมายถึง ขั้นตอนในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์จากสองทางเลือกขึ้นไป พฤติกรรมผู้บริโภคจะพิจารณาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจทั้งด้านจิตใจ (ความรู้สึกนึกคิด) และพฤติกรรมทางกายภาพ การซื้อเป็นกิจกรรมทางด้านจิตใจและทางกายภาพ ซึ่งเกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่ง กิจกรรมเหล่านี้ทำให้เกิดการซื้อและเกิดพฤติกรรมการซื้อตามบุคคลอื่น กระบวนการตัดสินใจซื้อประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ คือ การรับรู้การค้นหาข้อมูล การประเมินผลทางเลือก การตัดสินใจซื้อพฤติกรรมภายหลังการซื้อ

จอร์น บี วัตสัน (John B. Watson อ้างถึงใน ฉัตยาพร เสมอใจ และมัทนียา สมมิ 2545: 23) การตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการในการเลือกที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากทางเลือกต่างๆ ที่มีอยู่ซึ่งผู้บริโภคมักจะต้องตัดสินใจในทางเลือกต่างๆ ของสินค้าและบริการอยู่เสมอในชีวิตประจำวัน โดยที่ผู้บริโภคจะเลือกซื้อสินค้าหรือบริการตามข้อมูลและข้อจำกัดของสถานการณ์ ซึ่งถ้านักการตลาดสามารถทำความเข้าใจและเข้าถึงจิตใจของผู้บริโภค การกระจายสินค้าและสร้างความยอมรับของผู้บริโภคก็จะมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุป การตัดสินใจหมายถึง กระบวนการคัดเลือกในขั้นตอนสำคัญตั้งแต่สองทางเลือกขึ้นไปเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้บริโภค

ทฤษฎีการตัดสินใจของผู้บริโภค โดย ซิฟเฟเมน และคานูค (Schifferman & Kanuk, 1994: 560-580) ได้กล่าวถึงตัวแบบการตัดสินใจของผู้บริโภค ตัวแบบนี้จะรวมความคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภคและพฤติกรรมของผู้บริโภคซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน คือ

1.2.1 การนำเข้าข้อมูล (Input) เป็นอิทธิพลจากภายนอกที่มีผลต่อค่านิยม ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้บริโภค ซึ่งมาจากกิจกรรมส่วนประสมทางการตลาดที่พยายามสื่อสารไปยังผู้บริโภคที่มีศักยภาพ ซึ่งแยกได้ดังนี้

1) กิจกรรมทางการตลาดที่พยายามเข้าถึงกำหนดและจูงใจ ผู้บริโภคให้ซื้อหรือใช้ผลิตภัณฑ์ โดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ (Marketing inputs) เช่น ใช้หีบห่อ ขนาด การรับประกันและนโยบายด้านราคา เป็นต้น

2) กิจกรรมทางการตลาดที่ไม่เกี่ยวข้องกับการค้า (Sociocultural inputs) คือ เช่น ความคิดเห็นของเพื่อน บรรณาธิการหนังสือพิมพ์ วัฒนธรรม ชั้นทางสังคม ซึ่งเป็นอิทธิพลภายในของบุคคลที่มีผลต่อการประเมินผล และการยอมรับหรือปฏิเสธผลิตภัณฑ์

1.2.2 กระบวนการ (Process) เพื่อให้เข้าใจถึงกระบวนการนี้ จึงต้องพิจารณาถึงอิทธิพลของปัจจัยทางจิตวิทยา ซึ่งจะเป็นอิทธิพลภายใน (แรงจูงใจ การรับรู้ การเรียนรู้ หรือทัศนคติ) ที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภค รวมถึงปัจจัยอีก 2 ประการ คือ

1) การรับรู้ถึงความเสี่ยง (Perceived risk) คือ ความไม่แน่นอนที่ผู้บริโภคเผชิญโดยไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ที่เกิดจากการตัดสินใจซื้อ ดังนั้นผู้บริโภคมักซื้อสินค้าหรือบริการในที่เดิม ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ถ้าผู้บริโภคไม่มีข้อมูลผลิตภัณฑ์มักจะเชื่อถือในชื่อเสียงของร้านค้านั้นๆ ถ้าเกิดความสงสัยผู้บริโภคจะซื้อของแพงไว้ก่อน เพื่อลดความเสี่ยงเพราะคิดว่าของแพงต้องเป็นของดี

2) กลุ่มที่ยอมรับได้ (Evoded set) หมายถึง ตราสินค้าที่ผู้บริโภคเลือกซื้อซึ่งประกอบด้วย สินค้าจำนวนน้อยที่ผู้บริโภคคุ้นเคย จำได้ และยอมรับ

1.2.3 การแสดงผลหรือพฤติกรรมที่แสดงออก (Output) คือ พฤติกรรมการซื้อ และการประเมินหลังการซื้อ วัตถุประสงค์ทั้งสองกิจกรรมนี้เพื่อที่จะเพิ่มความพอใจของผู้บริโภคในการตัดสินใจซื้อของตนเอง

1) พฤติกรรมการซื้อ (Purchase behavior) ผู้บริโภคมีประเภทการซื้ออยู่ 2 ประเภท คือ ทดลองซื้อ (Trial purchase) และซื้อซ้ำ (Repeat purchase) ถ้าผู้บริโภคซื้อสินค้าชนิดหนึ่งหรือตราหนึ่งเป็นครั้งแรก และซื้อในปริมาณน้อยกว่าปกติ การซื้อนี้จะถูกพิจารณาว่าเป็นการทดลองซื้อนั่นคือการทดลอง คือ รูปแบบพฤติกรรมการซื้อที่ผู้บริโภคพยายามที่จะประเมินสินค้า โดยผ่านการใช้โดยตรง ถ้าตราใหม่เป็นสินค้าประเภทเดียวกับสินค้าที่มีอยู่แล้ว ถูกค้นพบจากการทดลองใช้ว่าทำให้เกิดความพึงพอใจมากกว่าตราสินค้าอื่น หรือตราเดิมที่ใช้อยู่ผู้บริโภคก็จะทำการซื้อซ้ำพฤติกรรมการซื้อซ้ำนี้ใกล้เคียงกับแนวความคิดความภักดีในตราสินค้ามาก (Brand loyalty) ซึ่งทุกบริษัทพยายามจะให้มีขึ้นกับตราสินค้าของตนเอง การซื้อซ้ำนั้นเป็นการบ่งชี้ว่าผู้บริโภคพอใจในสินค้า

2) การประเมินหลังการซื้อ (Post purchase evaluation) หลังจากการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์แล้วผลที่ตามมาอาจทำให้ได้รับความพอใจหรือไม่พอใจอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งหากได้รับความพอใจความแตกต่างระหว่างสภาวะที่เป็นจริงหรือสภาวะที่เป็นอยู่เดิมกับสภาวะที่พึงปรารถนาอยากจะให้เป็นก็จะหมดไป ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกพอใจหากสิ่งที่เขาคาดหวังทั้งหมดได้รับการตอบสนอง

ฟิลิปล์ โคเธอร์ (Philip Kotler 1997 : 168-172) ได้กล่าวถึง เหตุจูงใจที่ทำให้เกิดการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ โดยพิจารณาถึงองค์ประกอบในปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ซื้อ และผลของการตอบสนองของผู้ซื้อ จึงได้สร้างโมเดลที่รียกว่า ทฤษฎีสิ่งกระตุ้น-การตอบสนองของผู้บริโภค (Stimulus-Response Theory) โดยมีองค์ประกอบแรกจากปัจจัยสิ่งกระตุ้นภายนอก

สิ่งกระตุ้นภายนอกประกอบด้วย 2 ส่วน คือ สิ่งกระตุ้นทางการตลาด (Marketing stimulus) และสิ่งกระตุ้นอื่นๆ (Other stimulus) ได้แก่ สิ่งกระตุ้นทางเศรษฐกิจ (Economic) เช่น ภาวะเศรษฐกิจ รายได้ของผู้บริโภคมีอิทธิพลต่อความต้องการของบุคคล สิ่งกระตุ้นทางเทคโนโลยี (Technological) สิ่งกระตุ้นทางกฎหมายและการเมือง (Law and political) และสิ่งกระตุ้นทางวัฒนธรรม (Cultural) และองค์ประกอบที่ 2 คือ ลักษณะของผู้ซื้อ (Buyer's characteristics) ลักษณะของผู้ซื้อมีอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ คือ ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านจิตวิทยา เมื่อผู้บริโภคความต้องการซื้อสินค้า ผู้บริโภคจะมีกระบวนการการตัดสินใจ ซึ่งจะเข้าสู่ กล่องดำ

กล่องดำหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ซื้อ (Buyer's black box) ความรู้สึกนึกคิดของผู้ซื้อที่เปรียบเสมือนกล่องดำ (Black box) ซึ่งผู้ผลิตหรือผู้ขายไม่สามารถทราบได้ จึงต้องพยายามค้นหาความรู้สึกนึกคิดของผู้ซื้อ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ซื้อได้รับอิทธิพลจากลักษณะของผู้ซื้อ และกระบวนการตัดสินใจของผู้ซื้อ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังภาพประกอบที่ 1 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ภาพที่ 2.1 แสดงรูปแบบพฤติกรรมการซื้อและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการซื้อของผู้บริโภค
ที่มา: Kotler. Philip. (1997). Marketing Management Analysis, Planning, implementation and Control. P. 172. 9th ed. New Jersey : A Simon & Schuster Company

1. การตระหนักถึงความต้องการ (Need recognition) กระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภคจะเริ่มขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกถึงความต้องการ ซึ่งอาจเป็นความต้องการที่เกิดขึ้นภายใน เช่น ความหิว ความเจ็บป่วย หรืออาจเป็นความต้องการที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นภายนอก ที่มากระตุ้นให้ตระหนักถึงความต้องการดังกล่าว เช่น ได้เห็นโฆษณา หรือเห็นตัวสินค้า แล้วเกิดความต้องการขึ้น แต่อาจเกิดความขัดแย้งขึ้นได้ภายในครอบครัวเนื่องจากเงินมีจำกัด เช่น ภรรยาต้องการใช้เงินเพื่อการอื่นแทนที่จะซื้อสินค้าที่สามีต้องการ หากไม่สามารถแก้ปัญหานี้ได้ กระบวนการตัดสินใจซื้อก็อาจต้องหยุดอยู่ ณ จุดนี้

2. การค้นหาข้อมูล (Search) เมื่อบุคคลได้ตระหนักถึงความต้องการแล้ว เขาจะค้นหาวิธีการที่จะทำให้ความต้องการดังกล่าวได้รับความพอใจ การค้นหาอาจกระทำขึ้นโดยสัญชาตญาณอย่างรวดเร็ว หรืออาจต้องมีการใช้ความพยายามและการวิเคราะห์ข้อมูล การที่บุคคลจะมีการค้นหาข้อมูลมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ คือ

2.1 จำนวนของข้อมูลที่จะหาได้

2.2 ความพอใจที่ได้รับจากการค้นหาข้อมูล

2.3 ผลที่เกิดขึ้นในภายหลัง หากไม่ได้มีการค้นหาข้อมูล เช่น ผู้ที่ต้องการซื้อโทรศัพท์มือถือ ก็จะหาข้อมูลเกี่ยวกับรุ่น ราคา คุณภาพ ความคงทน และบริการหลังการขาย จากแหล่งต่างๆ เช่น เพื่อน บริษัท ตัวแทนจำหน่าย หรือพนักงานขาย ตามนิตยสารหรือหนังสือพิมพ์ที่ลงโฆษณาไว้ เป็นต้น

3. การประเมินผลทางเลือกต่างๆ (Evaluation of alternatives) หลังจากขั้นตอนของการค้นหาข้อมูลแล้ว ผู้บริโภคต้องทำการประเมินผลทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้ก่อนทำการตัดสินใจ ในขั้นนี้ผู้บริโภคต้องกำหนดเกณฑ์การพิจารณาที่จะใช้สำหรับการประเมินผล ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาเป็นเรื่องของเหตุผลที่มองเห็น เช่น ราคา ความคงทน หรือคุณสมบัติของสินค้า เป็นต้น หรือเป็นเรื่องราวของความพอใจส่วนบุคคล เช่น ชื่อเสียงของตราสินค้า แบบหรือสี เป็นต้น จากเกณฑ์ที่กำหนดจะทำให้ผู้บริโภคทราบถึงทางเลือกที่เป็นไปได้ ถ้าทางเลือกที่ได้มีเพียงทางเลือกเดียว การประเมินผลก็ทำได้ง่ายแต่บางครั้งทางเลือกที่ได้มีหลายแบบ ฉะนั้นผู้บริโภคต้องพิจารณาเลือกทางเลือกที่ก่อให้เกิดความพอใจมากที่สุด ดังนั้น ผู้ขายสินค้าหรือบริการส่วนใหญ่จึงสนใจที่จะศึกษาถึงเกณฑ์ที่ผู้บริโภคใช้สำหรับการประเมินทางเลือกต่างๆ เช่น หลังจากที่ผู้ที่ต้องการซื้อโทรศัพท์มือถือได้ข้อมูลต่างๆ มาแล้วก็จะนำมาพิจารณาโดยใช้เกณฑ์ที่กล่าวไปแล้ว เพื่อเลือกซื้อเพียงยี่ห้อเดียว เป็นต้น

4. การซื้อ (Purchase) หลังจากพิจารณาทุกสิ่งทุกอย่างแล้ว ก็มาถึงขั้นที่จะต้องตัดสินใจว่าจะซื้อหรือไม่ ถ้าการประเมินผลทางเลือกเป็นที่พอใจ การซื้อก็จะเกิดขึ้น ในการตัดสินใจซื้อก็จะต้องพิจารณาต่อไปถึงเรื่องตรายี่ห้อ ร้านที่จะซื้อ ราคา สีสัน เป็นต้น

5. การประเมินผลหลังการซื้อ (Postpurchase evaluation) เมื่อมีการซื้อและใช้สินค้าแล้ว การประเมินผลที่ได้รับจากการซื้อและใช้สินค้าก็จะเกิดขึ้น ความรู้สึกของผู้บริโภคที่มีต่อสินค้าที่เขาซื้อไปนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่นักการตลาดควรจะต้องทราบ ทั้งนี้เพราะว่ามันมีผลต่อการซื้อซ้ำในครั้งต่อไป และมีผลต่อการแนะนำเพื่อนฝูงด้วย เช่น หลังจากซื้อโทรศัพท์มือถือมาใช้แล้ว ผู้ใช้ก็จะพิจารณาว่าโทรศัพท์ที่ตัดสินใจซื้อมานั้นมีคุณภาพและมีการให้บริการหลังการขายดีตามที่ต้องการหรือไม่ ถ้าถูกใจก็แนะนำผู้อื่นหรือเมื่อต้องการใช้อีกก็จะตัดสินใจซื้อของบริษัทเดิม เป็นต้น ดังนั้น นักการตลาดจะต้องพยายามลดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อสินค้าที่ผู้บริโภคซื้อไป โดยให้ข้อมูลที่เน้นจุดเด่นของสินค้า หรือการติดตาให้บริการหลังการซื้อ เป็นต้น

จากนั้น ผู้บริโภคจะมีการตัดสินใจในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. การเลือกผลิตภัณฑ์ เช่น การเลือกผลิตภัณฑ์อาหารเช้า มีทางเลือกคือ นมสดกล่อง บะหมี่สำเร็จรูป ขนมปัง

2. การเลือกตราสินค้า เช่น ถ้าผู้บริโภคเลือกนมสดกล่อง จะเลือกยี่ห้อโฟร์โมสต์ มะลิ ฯลฯ

3. การเลือกผู้ขาย เช่น ผู้บริโภคจะเลือกห้างสรรพสินค้าใดหรือร้านค้าใกล้บ้านร้านใด

4. การเลือกเวลาในการซื้อ เช่น ผู้บริโภคจะเลือกเวลา เช้า กลางวัน หรือเย็น ในการซื้อนมสดกล่อง

5. การเลือกปริมาณการซื้อ เช่น ผู้บริโภคจะเลือกว่าจะซื้อหนึ่งกล่อง ครึ่งโหล หรือหนึ่งโหล

เฮอร์เบอร์ เอ ไซมอน (Herbert A. Simon. 1979) กล่าวว่า การศึกษาทฤษฎีการตัดสินใจเป็นการตกลงเลือกเอาทางเลือกที่ดีที่สุดจากทางเลือก ตั้งแต่สองทางขึ้นไป ซึ่งเป็นทางเลือกที่ถูกต้องตามเหตุผลและได้ผลตามเป้าหมายมากที่สุด ต้องเน้นกระบวนการบริหาร คือ “กระบวนการของการตัดสินใจ” ถือว่า การตัดสินใจเป็นหัวใจของการบริหาร และเป็นหน้าที่และบทบาทสำคัญของผู้บริหาร ยิ่งตำแหน่งสูงเท่าใด การตัดสินใจก็จะมีมากขึ้นไปด้วยกระบวนการในการตัดสินใจของมนุษย์ มีทั้งที่เป็นระบบ และไม่เป็นระบบ การตัดสินใจอย่างไม่เป็นระบบนั้นมักจะพบได้เสมอและบ่อยๆ ในชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่อาศัยสามัญสำนึกประสบการณ์ และความเคยชิน ในการตัดสินใจที่ดีควรมีขั้นตอนในการตัดสินใจ เพื่อจะช่วยให้มีการตัดสินใจที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ขั้นตอนในการตัดสินใจมีดังนี้

1. กำหนดและวิเคราะห์ปัญหา เพื่อกำหนดขอบเขตของเรื่องที่จะต้องตัดสินใจเมื่อทราบปัญหาแล้ว ศึกษาและวิเคราะห์ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหานั้นอย่างรอบคอบ

2. พิจารณาเลือกแนวทางแก้ปัญหาที่มีอยู่หลายๆ ทาง คือ ต้องกำหนดแนวทางปัญหาขึ้นมาหลายทางเลือกไว้สำหรับเป็นแนวทางพิจารณาไว้ 3-5 ทางเลือก ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และภูมิหลังของผู้ตัดสินใจเป็นส่วนประกอบ

3 . รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่าง ๆ ที่เลือกไว้จากข้อ 2

4. ตัดสินใจเลือกทางใดทางหนึ่ง ซึ่งพิจารณาผลดีผลเสีย จากทางเลือกวิธีการแก้ปัญหาจากทางเลือกวิธีแก้ปัญหานั้นโดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ และคาดว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด

5. นำข้อตัดสินใจนั้นไปปฏิบัติ ซึ่งพิจารณาว่าควรดำเนินการเมื่อใด มีใคร และอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน จะใช้ระบบติดต่ออย่างไร เพื่อจะบรรลุวัตถุประสงค์

6. ประเมินผลและควบคุม ประเมินบนพื้นฐานของสถานการณ์ที่ตัดสินใจ โดยดูจากประสิทธิภาพที่ได้รับ และการยอมรับการตัดสินใจนั้นๆ กระบวนการตัดสินใจ มีสาระสำคัญดังนี้

1.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้บริโภค

อดุลย์ จาตุรงคกุล (2543: 43) อธิบายว่ามีปัจจัย 4 ประการด้วยกันที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค ซึ่งปัจจัย ดังกล่าว ได้แก่

1. ข้อมูลข่าวสาร เพราะในการตัดสินใจซื้อสินค้านั้น ผู้บริโภคจำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับตัวสินค้า ราคาสินค้า และคุณลักษณะต่างๆ ของตัวสินค้า เป็นต้น ซึ่งแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญแบ่งออกเป็น 2 แห่ง คือ แหล่งที่โฆษณาเพื่อการค้า และแหล่งที่มาจากสังคม เช่น เพื่อนคนรู้จัก ครอบครัว ซึ่งได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือบอกต่อ เป็นต้น

2. สังคมและกลุ่มทางสังคม ได้แก่ วัฒนธรรม วัฒนธรรมย่อมกลุ่มอ้างอิง ครอบครัว ชนชั้นทางสังคม ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค

3. แรงผลักดันด้านจิตวิทยา ได้แก่ แรงจูงใจ การรับรู้ การเรียนรู้ บุคลิกภาพ และทัศนคติของผู้บริโภค ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่จะผลักดันให้เกิดความต้องการซื้อ หรือการตัดสินใจซื้ออุปนิสัยในการซื้อ และความภักดีในตราสินค้า เป็นต้น

4. ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ เวลาและโอกาส จุดมุ่งหมาย สถานที่ รวมทั้งเงื่อนไขในการซื้อ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้ผู้บริโภคมีการตัดสินใจที่แตกต่างกัน

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพ

2.1 ความหมายพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

สตีล และแม็คบรูม (Steel and Mc Broom, 1972: 382) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพด้วยจุดประสงค์เพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย

Gochman (1988: 12-4) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง คุณสมบัติหรือลักษณะต่างๆ ของบุคคลซึ่งได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และองค์ประกอบอื่นๆ ความรู้ บุคลิกภาพส่วนบุคคล รวมทั้งภาวะความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะ อุปนิสัย และพฤติกรรมการแสดงออก การปฏิบัติและนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี การฟื้นฟูสภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

Harris and Guten (1979, อ้างถึงใน สุนันทา พานทอง, 2547: 8) ใช้คำว่า พฤติกรรมป้องกันสุขภาพ (Health Protective Behavior) แทนพฤติกรรมสุขภาพโดยให้ความหมายว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอเพื่อป้องกัน ส่งเสริมหรือคงไว้ภาวะสุขภาพ โดยมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันมี 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันระดับแรก (Primary Prevention) คือ ขั้นตอนการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันมิให้ร่างกายอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรค

2. การป้องกันระดับสอง (Secondary Prevention) เป็นขั้นที่เริ่มมีอาการของโรค ในระยะขั้นนี้ทำการป้องกันมิให้อาการของโรคเลวลง

3. การป้องกันระดับสาม (Tertiary Prevention) เป็นระยะที่ป้องกันมิให้ผู้ป่วยที่ฟื้นคืนสภาพจากการเจ็บป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น โดยใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สภาพการทำงานที่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้

ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์ (2541: 3) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรืองดเว้นไม่กระทำ และการแสดงออกของบุคคลที่จะกระทำ หรืองดเว้นไม่กระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพตนเอง ของครอบครัว หรือของบุคคลอื่นๆ ถ้าพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพ ก็เรียกว่า พฤติกรรมที่เหมาะสม หรือพฤติกรรมที่ต้องการ ในทางตรงกันข้าม ถ้าพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมีผลเสียต่อสุขภาพ ก็เรียกว่า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ หรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

สุชาติ โสมประยูร (2542: 46) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตนและทักษะ โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ

ดังนั้น พอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่างๆ คือ สุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

พวงเพชร เดชะปทุมวัน (2527: 29) กล่าวว่า การดูแลทันตสุขภาพ เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำในสภาวะปกติที่เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคในช่องปากและส่งเสริมทันตสุขภาพช่องปาก

เนตรนารี พุกรอด (2553: 36) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมทางทันตสุขภาพหรือพฤติกรรมอนามัยช่องปาก (Oral Health Behavior) ไว้ว่าคือ การกระทำที่เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ ซึ่งเกิดจากความรู้ (knowledge) ทัศนคติ (attitude) ที่บุคคลนั้นมีอยู่และมีผลต่อการปฏิบัติ (practice) หรือทักษะ (skill) โดยทั่วไปแล้ว พฤติกรรมอนามัยช่องปากจะเกิดขึ้นทั้งภายในที่สังเกตไม่ได้ (covert behavior) และภายนอกที่สังเกตได้ (overt behavior) ซึ่งเราสามารถตรวจสอบได้โดยสำรวจความรู้ ทัศนคติ ที่เรียกว่า KAP Survey

ชมนาด ทับศรีนวล (2549: 38 อ้างถึง ณรงค์ และปราโมทย์) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของข้าราชการและลูกจ้างประจำ สังกัดกรมชลประทาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคและประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ

พอสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นวิธีการปฏิบัติตัวของบุคคลในการใส่ใจดูแลช่องปากของตนเอง ตั้งแต่การทำความสะอาดช่องปาก การรับรู้ปัญหาการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคในช่องปาก รวมถึงการไปพบทันตแพทย์เมื่อมีเกิดอาการเจ็บป่วย และการตัดสินใจเลือกสถานที่ใช้บริการทันตกรรมที่เหมาะสม

2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ พฤติกรรมการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพ

แอนเดอร์สัน 1995 (Andersen 1995 อ้างถึง อติญาณ์ ศรเกษตริน และ คณะ 2547: 22-25) Andersen ได้คิดทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพอย่างแพร่หลาย (Andersen, 1995) สาระสำคัญของแนวคิดนี้กล่าวไว้ว่า บุคคลจะตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพหรือไม่นั้นขึ้นกับปัจจัยที่สำคัญ 3 ส่วน คือ

2.3.1 ปัจจัยประชาชน ประกอบด้วย 3 ปัจจัยย่อย ได้แก่

1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เป็นต้น เป็นคุณสมบัติทางชีววิทยาในการกำหนดความจำเป็นทางสุขภาพปัจจัยโครงสร้างทางสังคม จะสะท้อนความสามารถของบุคคลในชนชั้นต่างๆ ต่อความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพของตน โดยมีปัจจัยที่สะท้อนโครงสร้างทางสังคม คือ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น ปัจจัยความรู้ ความเชื่อ ที่ประชาชนมีต่อบริการสุขภาพซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ

2) ปัจจัยสนับสนุน เป็นปัจจัยสนับสนุนทำให้ประชาชนสามารถเข้าใช้บริการได้โดยแบ่งเป็นทรัพยากรส่วนบุคคลหรือครอบครัว และทรัพยากรของชุมชน โดยทรัพยากรส่วนบุคคลหรือครอบครัวที่สำคัญ ได้แก่ รายได้ การมีประกันสุขภาพ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการหรือค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อต้องไปใช้บริการเป็นค่าเดินทาง ค่าเสียโอกาสต่างๆ ส่วนทรัพยากรของชุมชน คือ การมีสถานพยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการอย่างพอเพียงและทั่วถึง

3) ความต้องการทางสุขภาพ ความต้องการทางสุขภาพนับเป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้เกิดการใช้บริการสุขภาพ ความต้องการนี้อาจมองได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความต้องการในมุมมองขอประชาชน และความต้องการที่กำหนดโดยผู้ให้บริการ โดยที่ความต้องการในมุมมองของประชาชนขึ้นกับการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่ตนเองเป็นอยู่และการดำเนินของโลก ซึ่งความต้องการของประชาชนอาจเหมือนหรือแตกต่างจากความต้องการที่ประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์

2.3.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ที่ส่งผลต่อการเลือกใช้บริการ

2.3.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ สภาวะสุขภาพส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมของประชาชน ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพจึงมีผลต่อการเลือกใช้บริการด้วยเช่นกัน โดยที่พฤติกรรมของประชาชน เช่น การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การรักษาตนเองเบื้อต้น เป็นปัจจัยที่กำหนดการเข้าใช้บริการอีกประการหนึ่งด้วย โดยแบบจำลองพฤติกรรมของแอนเดอร์สัน (Andersen's Behavior Model) ในระยะแรกนี้สามารถทำนาย และอธิบายการเลือกใช้บริการสุขภาพได้พร้อมกัน กล่าวคือในแต่ละองค์ประกอบของแต่ละปัจจัยสามารถเป็นตัวแปร ซึ่งสามารถทำนายการใช้บริการสุขภาพได้ในขณะเดียวกัน แบบจำลองก็สามารถอธิบายกระบวนการ หรือความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งปัจจัยนำจะเป็นตัวแปรภายนอก โดยเฉพาะตัวแปรประชากรและโครงสร้างทางสังคม ส่วนปัจจัยสนับสนุนบางตัวก็มีความจำเป็น แต่ก็ไม่เพียงพอที่จะอธิบายการใช้บริการสุขภาพได้ ต้องใช้ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพด้วย ในส่วนปัจจัยนำ ตัวแปรทางด้านประชากร เช่น อายุ และเพศ จะเป็นตัวแทนของลักษณะทางชีวภาพที่มีแนวโน้มว่าจะสร้างเสริมให้ประชาชนมีความต้องการบริการสุขภาพ โครงสร้าง

ทางสังคม โดยทั่วไปจะหมายถึงปัจจัยที่กำหนด สถานภาพของบุคคลในชุมชน บ่งบอกถึงความสามารถในการแก้ปัญหา และแหล่งสนับสนุนเพื่อแก้ปัญหาได้ ในระยะแรกการวัดเพื่อประเมินโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ การศึกษา อาชีพ และเชื้อชาติ เท่านั้น ซึ่งแบบจำลองนี้ก็ได้การวิพากษ์พอสมควร เกี่ยวกับการไม่ได้ทำตัวแปรเครือข่ายสังคมปฏิสัมพันธ์ของสังคม และวัฒนธรรมพิจารณาร่วมด้วย ส่วนปัจจัยสนับสนุนซึ่งในระยะแรกให้ความสำคัญแก่ ชุมชน และครอบครัว ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่สามารถหาได้ง่ายในชุมชนที่ประชาชนอาศัยและทำงานอยู่ และประชาชนจะต้องทราบวิธีการใช้ประโยชน์จากบริการเหล่านี้ การวัดตัวแปรในปัจจัย ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพ การเดินทาง และระยะเวลาที่รอรับบริการ สำหรับปัจจัยความต้องการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจำเป็นจะต้องใช้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการประเมินการเจ็บป่วย โครงสร้างของปัจจัยต่างๆ ของแบบจำลองพฤติกรรมการใช้สุขภาพ ต้อมาในปี ค.ศ.1970 แบบจำลองพฤติกรรมใช้บริการสุขภาพได้รับการพัฒนาต่อในระยะที่ 2 โดยเอาปัจจัยนอกทั้งสามที่ ส่งผลการใช้บริการสุขภาพ มารวมกันเรียกว่า คุณลักษณะทางประชากร แล้วเพิ่มปัจจัยระบบบริการสุขภาพเข้าไป ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร นโยบายสาธารณสุข แหล่งบริการสาธารณสุข และการรับการพัฒนา โดยวัดชนิดของสถานบริการ ที่ตั้งของสถานบริการ วัตถุประสงค์ของการใช้บริการ และระยะเวลาใช้บริการ ในระยะที่ 2 แบบจำลองได้เพิ่มปัจจัยผลลัพธ์ของการใช้บริการสุขภาพร่วมโดยสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) นโยบายสาธารณสุข (Health policy) แนวคิดนโยบายสาธารณสุขส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญจุดประสงค์ของแนวคิดนโยบายนี้จะเน้นทางด้านงบประมาณ การศึกษา อัตรากำลังและโครงการการจัดการสุขภาพใหม่

2) ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ (Characteristic of health delivery system) ได้แก่ ระบบการให้บริการ ความพอเพียง การกระจายทรัพยากร และความครอบคลุมของการให้บริการ

3) ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (Characteristic of population) ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพ แหล่งบริการในชุมชน และระยะทาง ปัจจัยความต้องการ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพการประเมินการเจ็บป่วย

4) การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of health services) เช่น ชนิดของสถานบริการจุดประสงค์ และเวลาที่ใช้บริการ

5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer satisfaction) เป็นความรู้สึกที่ผู้ใช้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการใช้บริการแต่ละครั้ง กาวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการมี 5 ลักษณะ ได้แก่

(1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (convenience) ได้แก่

ก. การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ

ข. การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ

ค. ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

(2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (Availability) ได้แก่

ก. การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่ที่เดียวกัน

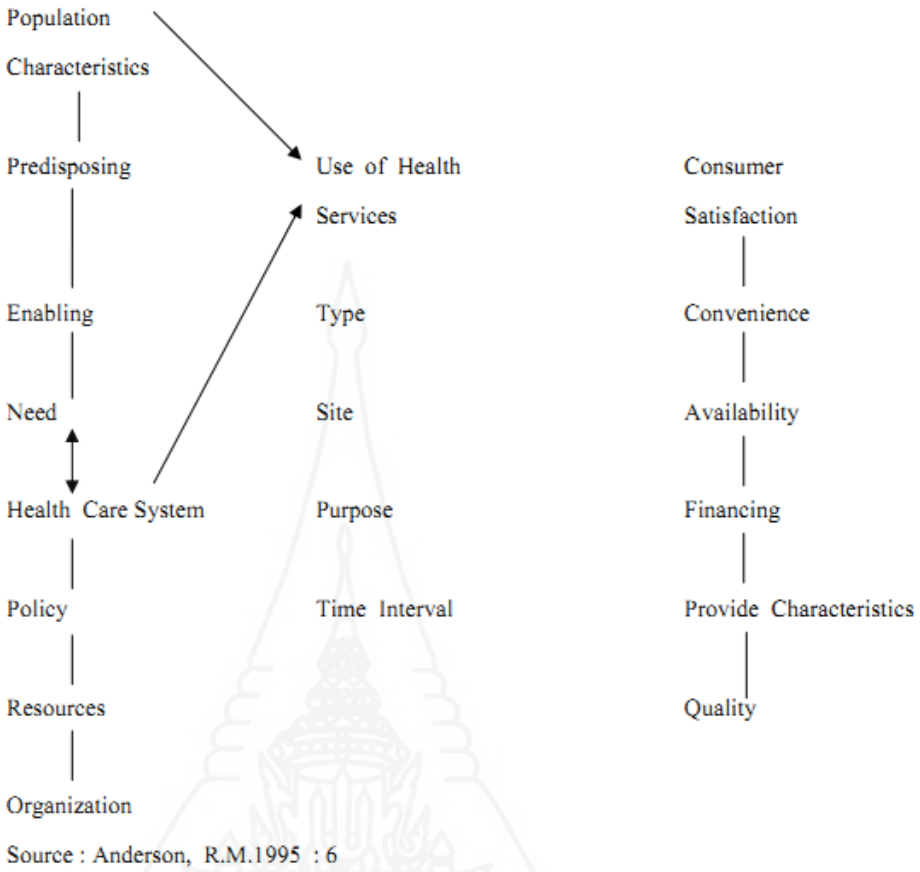
ข. แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ค. แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา

(3) ความพึงพอใจต่ออัธยาศัย (Courtesy) ความสนใจของผู้ให้บริการ ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดีของผู้ให้บริการ และการแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

(4) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Financing) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับค่ารักษาพยาบาล

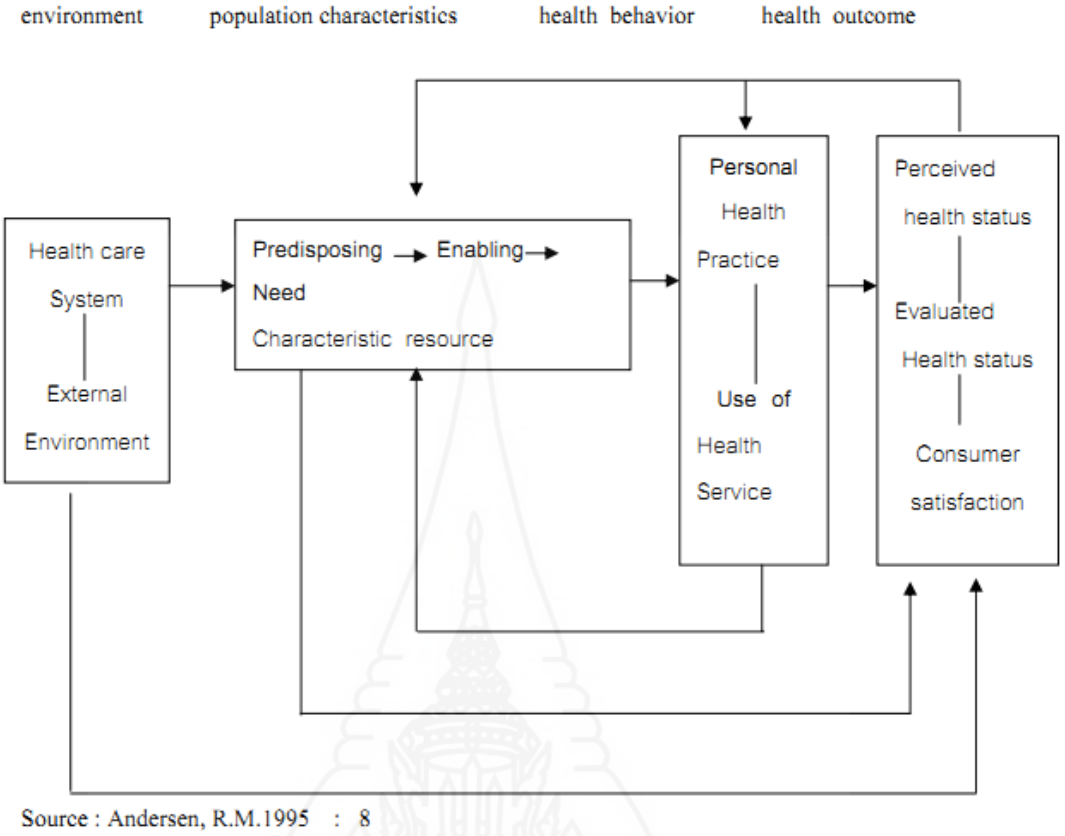
(5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพการรักษา (Quality) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ประเมินคุณภาพของการรักษา และการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล ดังแสดงในภาพ ที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 The Model-Phase 2 (1990)

ที่มา: อติญาณ์ ศรเกษตริน และ คณะ,2547

ในช่วงปี ค.ศ. 1980-1990 แบบจำลองพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพได้รับการพัฒนาเป็น ระยะที่ 3 และ 4 ตามลำดับ โดยในส่วนของปัจจัยภายนอกได้เพิ่มปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ องค์ประกอบด้านศักยภาพ การเมือง และเศรษฐกิจ เข้าไปและเรียกว่าปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพในส่วนของการใช้บริการได้เพิ่มตัวแปรการปฏิบัติด้านสุขภาพเข้าไปด้วย และเรียกองค์ประกอบเหล่านี้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ นอกจากจะวัดความพึงพอใจของผู้บริการแล้วยังได้เพิ่มตัวแปรการรับรู้สถานะสุขภาพ และการประเมินสุขภาพเข้าไปด้วย นอกจากนั้น Andersen (Andersen, 1955) ก็ได้พัฒนาแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพให้ ซับซ้อนขึ้น โดยระบุความสัมพันธ์แบบย้อนกลับ (Negative Feedback) ในแบบจำลอง ตามภาพที่ 2.2 ดังนี้



ภาพที่ 2.3 The Final Model (1995)

ที่มา: อติญาณ์ ศรเกษตริน และ คณะ,2547

2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพ

อะเดย์และแอนเดอสัน (Aday and Andersen R. 1975: 58-60) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ 3 ประการ คือ

1. ลักษณะทางประชากรและสังคม (Characteristics of the Population and Social structure) เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ รายได้ครอบครัว ขนาดของครอบครัว ตลอดจนความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงบริการ

2. ความพึงพอใจต่อบริการ (Convenience) คือ ความพอใจของบริการในด้านต่างๆ ดังนี้

2.1 ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ได้แก่

2.1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ

2.1.2 การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ

2.1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

2.2 ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการได้แก่

2.2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่ที่เดียวกัน

2.2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

2.2.3 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา

2.3 ความพึงพอใจต่ออัธยาศัย (Courtesy) ความสนใจของผู้ให้บริการ ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดีของผู้ให้บริการ และการแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

2.4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ ได้แก่

2.4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย

2.4.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษากับผู้ป่วย

2.5 ความพึงพอใจต่อคุณภาพการรักษา หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ประเมินคุณภาพของการรักษา และการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

2.6 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับค่ารักษาพยาบาล

3. คุณลักษณะของแหล่งบริการ เช่น ลักษณะการกระจายของบริการ ชุมชนมีแหล่งบริการได้หรือไม่ สถานที่ตั้งของแหล่งบริการ กำลังคนที่จะให้บริการ และประเภทของบริการ เป็นต้น

คริสแมน Chrisman N.J. (1984: 351-377) กล่าวถึง มีแนวคิดเกี่ยวกับการแสวงหาการรักษาสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยแนวคิดเกี่ยวกับการแสวงหาการรักษาสุขภาพเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะมีพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลจากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การให้ความหมายต่อความเจ็บป่วย (symptom definition) ที่เกิดขึ้นตามความหมายทางวัฒนธรรม ความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดสืบต่อกันมา จากนั้นจึงปรึกษาบุคคลใกล้ชิด เพื่อขอรับรองว่าตนเองป่วยจริงและให้ช่วยประเมินว่าป่วยเป็นโรคอะไร มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากสิ่งใดจะจัดการปัญหาความเจ็บป่วยนั้นอย่างไร จึงเริ่มเข้าสู่ขั้นตอนการรักษา (treatment action) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการเลือกแหล่งรักษาและวิธีการรักษาตามการให้ความหมาย ความเชื่อในสาเหตุ ความรุนแรงของอาการป่วยรวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ หลังจาก

นั้น ทั้งผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดจะร่วมกันประเมินผลการรักษา โดยประเมินว่าความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ดีขึ้นหรือไม่

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และ3) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ

1. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศจะมีลักษณะที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะรูปแบบการบริการที่รัฐกำหนด ความเสรีของระบบบริการสุขภาพ ลักษณะวัฒนธรรม ความเชื่อ ทำให้ประชาชนมีโอกาสและทางเลือกในการเข้ารับบริการเมื่อเจ็บป่วยตามความต้องการหรือความเชื่อของตนเอง

2. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ นอกจากระบบบริการสุขภาพแล้วในการแสวงหาบริการสุขภาพนั้น ผู้รับบริการยังคำนึงถึงปัจจัยผู้ให้บริการด้วย ซึ่งผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพจะมีความแตกต่างกันไป นอกจากบุคลากรที่ให้บริการแบบแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศยังมีรูปแบบทางเลือกการให้บริการทางอื่น ตามลักษณะวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น และมีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้เข้ารับบริการ มารับบริการในแหล่งนั้น หรือเปลี่ยนแหล่งใหม่ โดยอัธยาศัยความเป็นกันเองและท่าที รวมทั้งประสิทธิภาพของการรักษา ของผู้ให้บริการด้วย

3. ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ผู้รับบริการถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีต่อการแสวงหาการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ใช้บริการเป็นคนแรกที่เริ่มรู้ถึงสัญญาณแห่งความเจ็บป่วย การรับรู้สัญญาณการเจ็บป่วยนำไปสู่การวินิจฉัยด้วยตนเอง และจะทำการตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะทำการใดจึงจะทำให้อาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นหายไปได้ ทั้งนี้อาจมีประสบการณ์ที่ตนเองเคยเป็นมาก่อนหรือเคยฟังจากคำบอกเล่าของผู้อื่น เช่น สมาชิกคนอื่นในครอบครัว บุคคลจึงทำการตัดสินประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยนั้นๆ แสวงหาและเลือกหาแหล่งบริการการรักษาตลอดจนเปลี่ยนแปลงการรักษา แต่อย่างไรก็ตามก่อนที่บุคคลจะเลือกเข้ารับบริการสุขภาพนั้น จะมีการรับรู้ถึงอาการที่เจ็บป่วยและโรคที่เป็น ด้วยการตีความการเจ็บป่วยจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ตนเองเคยได้รับมา หรือรับรู้จากประสิทธิภาพมากที่สุด แต่ถ้ารับรู้ว่ามีอาการรุนแรงน้อย หรืออาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้ป่วยหรือครอบครัวมักจะทำการรักษาเองโดยวิธีการที่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวรู้จักดี

โกรสส์ Gross P.F. (1972: 63-84) สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพขึ้นอยู่กับ ปัจจัยสำคัญ 3 ประการโดย

1. การเข้าถึงสถานบริการ ซึ่งได้แก่ ระยะเวลาในการเดินทางถึงสถานบริการ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ความสะดวกในการเดินทางไปสถานบริการ

2. ค่าใช้จ่ายต่างๆ และความสะดวกในการใช้บริการที่สถานบริการ ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ใช้บริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ส่วนระยะเวลาที่ต้องรอคอย ระยะเวลาในการรับบริการ

3. ระดับความเจ็บป่วย ซึ่งได้แก่ ลักษณะปัญหาสุขภาพ และการรับรู้ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย ลักษณะการเจ็บป่วย มีผลในการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพ

สรุปได้ว่า ทฤษฎีการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้บริโภค มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีการนำเข้าข้อมูล ในด้านต่างๆ เช่น คุณภาพของสินค้าและการบริการ ค่าใช้จ่าย รวมถึงความสะดวกในการเข้าถึงการบริการ เพื่อใช้ในการเลือกหาสิ่งที่ผู้บริโภคมีความต้องการอย่างเหมาะสม

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรมนั้น มีหลายองค์ประกอบที่ผลในการตัดสินใจ การบริการที่ดี และประทับใจ ทำให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งมีส่วนในการตัดสินใจกลับมารักษาทันตกรรมอีกครั้ง นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการได้ดีหรือไม่ ก็เป็นองค์ประกอบหนึ่ง โดย บี.เอ็ม. เวอร์มา (B.M. Verma,1986: 50-72) ได้กล่าวไว้ว่า การให้บริการที่ดีส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการเข้าถึงบริการด้วย

3.1 ความหมายและแนวคิดการเข้าถึงบริการ

พจนานุกรมเวบสเตอร์ (Webster, 1988: 7) ให้ความหมาย การเข้าถึงบริการ ว่าหมายถึง การกระทำที่นำไปสู่จุดมุ่งหมาย วิถีทางที่นำไปสู่จุดมุ่งหมาย และสิทธิการเข้าถึง (The right to enter, approach, or use; admittance)

วารี ปัญจะผลินกลุ (2543: 37) ให้ความหมายการเข้าถึงไว้ว่า หมายถึง วิถีทาง หนทาง หรือวิธีการในการเข้าหา การได้มาหรือการใช้หนทางในการใช้ประโยชน์ สิ่งอำนวย ความสะดวกต่างๆ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อที่จะลดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เท่าเทียม ทั่วถึง และเป็นธรรม

อุบลพันธุ์ วัฒนา (2547: 17) ให้ความหมายการเข้าถึงบริการว่า หมายถึง วิถีทาง หนทางที่ผู้ใช้บริการจะได้รับความสะดวกในการเข้าถึงประโยชน์ ตามสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ เช่น การเข้าถึงบริการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอาคารสถานที่ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข และด้านสาธารณูปการ เพื่อทำให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ทั่วถึงและเท่าเทียม

Machanic (1972, อ้างถึงใน อมราภรณ์ จรจันทร์, 2550: 13) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ คือ ความพอเพียงของการบริการ และแหล่งประโยชน์ของระบบบริการสุขภาพ และต้องพิจารณาถึงศักยภาพ และความพยายามในการแสวงหาวิธีการรักษาของผู้รับบริการร่วมด้วย ซึ่งความพยายามของผู้รับบริการขึ้นอยู่กับเจตคติ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

สรุปได้ว่า การเข้าถึงบริการคือ ความสะดวกและความสามารถของผู้ใช้บริการในการหาช่องทางรับบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ

3.2 แนวคิดและองค์ประกอบของการเข้าถึงบริการ

แนวคิดการเข้าถึงบริการ นักสังคมวิทยาการแพทย์หลายท่านได้พัฒนา แนวคิดและทฤษฎี เพื่ออธิบายพฤติกรรมการแสวงหา และการใช้บริการด้านสุขภาพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีเกี่ยวกับขั้นตอนของความเจ็บป่วย และการรักษาทางการแพทย์ ทฤษฎีการแสวงหาความช่วยเหลือ และรูปแบบพฤติกรรม แต่สำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่มีสรุปทฤษฎีอย่างชัดเจน มีเพียงแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพเท่านั้น ซึ่งนำเสนอไว้หลากหลาย ดังนี้

3.2.1 แนวคิดการเข้าถึงบริการของบราวน์ และเลวิส (Brown & Lewis, 1976 อ้างถึงบัวลักษณ์ จันทระ, 2549: 7) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลต้องประกอบด้วย

1) ความเพียงพอของสถานที่ให้บริการ

2) การมีจำนวนเจ้าหน้าที่ตามจำเป็น และเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย

3) การมีการปฏิรูประบบการดูแลรักษาสุขภาพให้เหมาะสมทันสมัย

4) การบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยแบบองค์รวม

3.2.2 คันนิงแฮม และคณะ (William E. Cunningham, et al., 1995: 739-754) ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ ประกอบไปด้วย

1) ความสามารถของผู้ป่วยในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) หมายถึง ราคาค่าบริการทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องจ่าย และการไม่ได้รักษาเพราะไม่มีเงินจ่าย

2) ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ (Availability) หมายถึง ความเพียงพอของแผนกฉุกเฉินระบบบริการของทางโรงพยาบาล และการดูแลในระยะเร่งด่วน

3) ความสะดวก (Convenience) หมายถึง เวลาเปิดให้บริการของโรงพยาบาล สถานที่ตั้งโรงพยาบาล และความเต็มใจของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ

4) การเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Access to specialist) หมายถึง ระยะเวลาการเดินทาง เวลาการนัดหมาย และระยะเวลาการรอคอย

3.2.3 องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978 อ้างถึงใน สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์, 2546: 22) เสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การที่ประชาชนได้รับการดูแลในแบบปฐมภูมิ โดยพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพในมิติต่างๆ คือ

1) การเข้าถึงบริการทางด้านภูมิศาสตร์ (Geographical) ซึ่งเป็นการพิจารณาถึงระยะทางระยะเวลาเดินทาง และค่าเฉลี่ยของการเดินทาง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องไม่เป็นอุปสรรคต่อการไปใช้บริการสุขภาพ

2) การเข้าถึงบริการทางด้านการเงิน (Cultural) หมายถึง ความสามารถในการชำระค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการบริการสุขภาพ

3) การเข้าถึงบริการทางด้านวัฒนธรรม หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการในการบริการสุขภาพ ซึ่งสามารถรักษารูปแบบวัฒนธรรมของชุมชน

4) การเข้าถึงบริการด้านหน้าที่ (Functional) หมายถึง การให้บริการด้านสุขภาพต่อผู้ใช้บริการตามพื้นฐานอันพึงได้รับอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

3.2.4 แนวคิดการเข้าถึงบริการของเพ็นชานสกี และโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981: 127-140) ได้อธิบายการเข้าถึงบริการไว้ 5 ประการ ได้แก่

1) ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ (Availabiblity) ความสัมพันธ์ของความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการทั้งปริมาณ และชนิดของผู้ใช้บริการ อันประกอบด้วยความเพียงพอของผู้ให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น คลินิก โรงพยาบาล โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและบริการต่างๆ

2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accesssibility) คือ ความสัมพันธ์ของสถานที่ตั้งของแหล่งบริการกับความสามารถที่ผู้ใช้บริการจะไปถึงแหล่งได้สะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะสถานที่ตั้ง การเดินทาง ระยะทาง และราคาค่าบริการ

3) ความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ และความสามารถที่จะไปใช้บริการได้อย่างสะดวก เช่น เวลาของการปฏิบัติการ การนัดหมาย ขั้นตอนการรับบริการ ความสะดวกในการเข้ารับบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกเมื่อเข้าไปถึง

4) ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) เป็นความสัมพันธ์ ระหว่างราคาค่าบริการและความสามรถในการจ่ายค่าบริการของผู้รับบริการ การรับรู้ในราคาค่าบริการนั้น มีความสัมพันธ์กับราคาค่าบริการทั้งหมด ความรู้เรื่องค่าบริการ ราคาที่สามารถจ่ายได้

5) การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อลักษณะและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ ทั้งหมดนี้ต้องเป็นระดับที่สมดุลระหว่างลูกค้าและระบบ

3.2.5 แนวคิดการเข้าถึงบริการซูลซ์ และจอห์นสัน (Schulz & Johnson, 1990: 231-236) เสนอแนวคิดในการเข้าถึงบริการ อันประกอบด้วย 5 เอ (Five A's) ได้แก่

1) ความเพียงพอของบริการ (Availability) หมายถึง ความเพียงพอของจำนวนผู้ให้บริการและสถานที่ให้บริการ

2) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accesssibility) หมายถึง สถานที่ตั้งอันสามารถใช้บริการได้โดยสะดวก มีบริการทางคมนาคมได้หลายทาง

3) ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ (Accommodation) หมายถึง การได้รับบริการอย่างรวดเร็ว มีการนัดหมายที่ไม่ยุ่งยาก

4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) หมายถึง ราคาค่าบริการที่ผู้ป่วยจะสามารถจ่ายได้

5) การยอมรับผู้ให้บริการ (Acceptability) หมายถึง การยอมรับลักษณะบุคลิกภาพความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาล

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบมิติการเข้าถึงบริการ ตามแนวคิดของซูลซ์ และจอห์นสัน (Schulz & Johnson, 1990) และเพ็นชานสกี และโทมัส (Penchansky &Thomas, 1981) จะเห็นว่าเป็นมิติที่ครอบคลุมทั้งในส่วนบุคคลและระบบบริการ ส่วนมิติองค์การอนามัยโลก (WHO, 1978) เป็นมิติที่เน้นการเข้าถึงบริการที่ประชาชนได้รับการดูแลในแบบปฐมภูมิ ถึงอย่างไรทั้ง 3 แนวคิด มีมุมมองในการพิจารณามิติการเข้าถึงบริการที่คล้ายกัน ตามตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบมิติการเข้าถึงบริการในแนวคิดซูลล์ และจอห์นสัน (Schulz & Johnson, 1990) และ เพ็นชานสกี และโทมัส (Penchansky and Thomas, 1981) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 1978)

มิติการเข้าถึงบริการสุขภาพ		
ซูลซ์ และจอห์นสัน	**เพ็นชานสกี และโทมัส**	**องค์การอนามัยโลก**
Accesssibility	Accesssibility	Geographical
Affordability	Affordability	Financial
Acceptability	Acceptability	Cultural
Accommodation	Accommodation	Functional
Availabiblity	Availabiblity	

ส่วนองค์ประกอบด้านการเข้าถึงบริการ เฟดเดอร์ริค เอ. เดย์ และ บุญเลิศ เลียวประไพ (Frederick A. Day and Boonlert Leoprapai, 1977: 66-86) อธิบายถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขชนิดใดก็ตามขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการสาธารณสุขต่างๆ ที่มีอยู่ เวลา ประสบการณ์ในอดีต ความสนิทสนมคุ้นเคย ผู้ให้บริการ การเดินทาง แนวโน้มที่จะไปที่อื่นๆ เศรษฐานะ ลักษณะทางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

2. ลักษณะของสถานบริการ คือ คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง เครื่องมือหรือวิธีการรักษาพยาบาล ความเป็นกันเองกับประชาชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเวลาที่รอคอย

3. ปัจจัยแทรกซ้อน หมายถึง ระยะทางไกล ยานพาหนะสำหรับการเดินทาง สภาพถนนหรือทางเข้าออก ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ สถานบริการอื่นๆ ที่จะเลือกไปใช้

สำหรับผู้วิจัยได้ประมวลแล้วว่า เพื่อให้ครอบคลุมในมิติการเข้าถึงบริการต่างๆ ดังกล่าวการศึกษาครั้งนี้ จะใช้มิติการเข้าถึงบริการ ตามแบบของเพ็นชานสกี และโทมัส (Penchansky &Thomas, 1981) ในด้านความเพียงพอของการบริการที่มีอยู่ ความสามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ ความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ และการยอมรับคุณภาพบริการ เป็นแนวคิดพื้นฐานสำหรับการวิจัยนี้ เพราะเป็นมิติที่ครอบคลุมทั้งในส่วนของบุคคลและระบบบริการ จะสามารถวัดหรือประเมินการเข้าถึงบริการโดยรวมได้ ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของการบริการที่ดี ทีส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการที่จะมารับบริการต่อไปในครั้งหน้าได้

4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ

4.1 ความหมายของบริการและคุณภาพบริการ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของการบริการว่า หมายถึง การปฏิบัติรับใช้ การให้ความสะดวกต่างๆ

ไพรพนา (2544: 14) กล่าวว่า การบริการ คือ กิจกรรมหรือกระบวนการในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลหรือองค์กร เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่นให้ได้รับความสุข และความสะดวกสบายหรือเกิดความพึงพอใจจากผลของการกระทำนั้น โดยมีลักษณะเฉพาะของตัวเอง ไม่สามารถจับต้องได้ ไม่สามารถครอบครองเป็นเจ้าของในรูปธรรมและไม่จำเป็นต้องรวมอยู่กับสินค้าหรือผลิตภัณฑ์อื่นๆทั้งยังเกิดจากความเอื้ออาทร มีน้ำใจ ไมตรี เปี่ยมด้วยความปรารถนาดี ช่วยเหลือเกื้อกูลให้ความสะดวกรวดเร็ว ให้ความเป็นธรรมและความเสมอภาค

วีระพงษ์ เฉลิมจิรรัตน์ (2535: 38) กล่าวไว้ว่า คุณภาพบริการคือ ความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ระดับความสามารถของบริการในการบำบัดความต้องการของผู้รับบริการ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังจากได้รับบริการไปแล้ว

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2542: 40) กล่าวไว้ว่า คุณภาพบริการ คือ การที่ทำให้ลูกค้าได้รับความพึงพอใจเป็นบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้าตลอดขั้นตอนของบริการนั้นๆ จนถึงภายหลังจากบริการด้วย ทั้งนี้ต้องตอบสนองความต้องการเบื้องต้น ตลอดจนครอบคลุมไปถึงความคาดหวัง (Expectation) ของผู้ใช้บริการทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ

สรุปว่า คุณภาพการให้บริการ (service quality) หมายถึง ผลลัพธ์ของรูปแบบการบริการที่เป็นไปตามความต้องการของผู้รับบริการเพื่อสนองตอบตรงกับความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งแสดงออกได้จากความพึงพอใจ ความสุข ประโยชน์ที่ได้รับกับผู้รับบริการ

4.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ

รอส,โกทช์และเดวิส (Ross, Goetsch and Davis, 1997: 11-13) ให้มุมมองเรื่องคุณภาพในอีกกรอบหนึ่ง พร้อมอธิบายว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นการควบคุมเพื่อให้เกิดการคุณภาพในการให้บริการ อันมีความแตกต่างจากคุณภาพในการผลิตสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้เพราะวิธีการควบคุมคุณภาพการให้บริการเป็นเรื่องที่ยาก ขณะเดียวกันก็มีความสำคัญมาก ในอีกมุมหนึ่งระดับของคุณภาพที่ได้จากการบริการ มักไม่สามารถทำการทำนายได้อย่างแน่นอน เพราะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ พฤติกรรมผู้ไหบริการ (behavior of the delivery person) ภาพพจน์ ชื่อเสียงขององค์การ (image of the organization) โดยผู้รับบริการจะเป็นผู้ทำการตรวจสอบ ตั้งแตกระบวนการ

การเริ่มให้บริการ จนถึงการ สิ้นสุดในการให้บริการ โดยการให้บริการจะยิ่งดียิ่งขึ้น ถ้าหากผู้รับบริการทำการประเมิน การให้บริการในขณะนั้น

กุลธน ธนาพงศธร (2530: 303-304) ได้ให้ความเห็นในเรื่องหลักการให้บริการที่ดีว่ามีหลักการดังต่อไปนี้

1. หลักความสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือ ประโยชน์และบริการที่องค์การจัดให้นั้น จะต้องสนองความต้องการของบุคลากรส่วนใหญ่หรือทั้งหมด มิใช่เป็นการจัดให้แก่บุคคลกลุ่มหนึ่ง โดยเฉพาะ

2. หลักความสม่ำเสมอ กล่าวคือ การให้บริการนั้น ๆ ต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มิใช่ทำๆ หยุดๆ ตามความพอใจของบริกรหรือผู้ปฏิบัติงาน

3. หลักความเสมอภาค บริการที่จัดนั้นจะต้องให้แก่ผู้มาใช้บริการทุกคนอย่างเสมอหน้าและเท่าเทียมกัน ไม่มีการใช้สิทธิพิเศษแก่บุคคลหรือกลุ่มใดในลักษณะแตกต่างจากกลุ่มคนอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด

4. หลักความประหยัด ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ไปในการบริการ จะต้องไม่มากจนเกินกว่าผลที่จะได้รับ

5. หลักความสะดวก บริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการ จะต้องเป็นไปในลักษณะที่ปฏิบัติได้ง่าย สะดวกสบาย สิ้นเปลืองทรัพยากร ไม่มากนัก ทั้งยังไม่เป็นการสร้างภาระยุ่งยากใจให้แก่ผู้ให้บริการหรือผู้ใช้บริการมากเกินไป

โอลิเวอร์ (Oliver. 1994: 460-469) อธิบายเรื่องคุณภาพบริการว่า ผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพบริการ โดยการเปรียบเทียบบริการที่ได้รับจากประสบการณ์เดิมกับบริการที่คาดหวัง ถ้าเท่ากับหรือสูงกว่าความคาดหวังก็จะมีความรู้สึกทางบวกทำให้เกิดความพึงพอใจ และประเมินว่าบริการนั้นมีคุณภาพ แต่ถ้าบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวังก็จะมีความรู้สึกทางลบทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และจะประเมินว่าบริการนั้นไม่มีคุณภาพ

จาลวัลจิและโทมัส (Jalvalgi and Thomas. 199: 62-65, 106-110) ได้วิเคราะห์พฤติกรรม การเลือกโรงพยาบาลของประชาชน โดยกำหนดปัจจัยที่ประชาชนใช้เลือกโรงพยาบาลดังนี้

1. ปัจจัยด้านลักษณะส่วนประสมทางการตลาด (Maketing Mix Characteristics) ได้แก่ โรงพยาบาลมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีพนักงานที่มีมารยาท อัธยาศัยดี การกำหนดราคาค่ารักษาพยาบาล ทำเลที่ตั้งของโรงพยาบาล ใกล้บ้าน การคมนาคมสะดวก การแนะนำของ แพทย์การแนะนำของเพื่อนหรือญาติ

2. ปัจจัยด้านคุณลักษณะของโรงพยาบาล (Instiitional Characteristics) ได้แก่ ชื่อเสียงของโรงพยาบาล ประเภทของโรงพยาบาล การนำเครื่องมือแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้

จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการบริการที่ผ่านมาในด้านการบริการที่มีนักวิจัยหลายท่านมุ่งเน้นไปที่มุมมองของลูกค้าในด้านมิติคุณภาพการบริการ และมีการสร้างแบบจำลองหลายรูปแบบ เพื่อทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ สำหรับแบบจำลองที่เป็นที่นิยมในการประเมินคุณภาพการบริการ ได้แก่ แบบจำลอง Technical and Functional quality model และGap model

ด้าน Technical and functional quality model โดย กรอนโรส (Gronroos 1984: 36-44) จะแบ่งประเภทของคุณภาพออกมาได้ 2 รูปแบบ คือคุณภาพในเชิงเทคนิค (Technical quality) และคุณภาพในเชิงปฏิบัติ (Functional quality) ซึ่งทั้งสองส่วนจะครอบคลุมความหมายที่แตกต่างกัน โดยคุณภาพในเชิงเทคนิคจะเกี่ยวข้องกับพื้นฐานของความแม่นยำในเชิงเทคนิคและขั้นตอนในการดำเนินงาน เช่น ความแม่นยำในการวินิจฉัยทางการแพทย์ และขั้นตอนหรือวิธีการที่เป็นมาตรฐาน นอกจากนี้ยังรวมไปถึงความสามารถของบุคลากรที่ทำงานประจำอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับทักษะในการดำเนินงานของแพทย์ ความเชี่ยวชาญของพยาบาลกับการจัดการยา และเจ้าหน้าที่ในส่วนเทคนิคทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง ส่วนคุณภาพในเชิงปฏิบัติจะเกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริการที่นำเสนอให้กับลูกค้า ซึ่งโดยปกติเมื่อมีการประเมินคุณภาพในการให้บริการของโรงพยาบาลผู้ป่วยจะพิจารณาจากการให้บริการทางการแพทย์กับความคาดหวังในการปฏิบัติงานที่จะได้รับ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวก ความสะอาด คุณภาพของอาหารในโรงพยาบาลหรือทัศนคติของบุคลากรในโรงพยาบาล มากกว่าคุณภาพในเชิงเทคนิค เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพของการวินิจฉัยโรคและประสิทธิภาพของกระบวนการรักษา และไม่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างศักยภาพในการดูแล ซึ่งเป็นส่วนการปฏิบัติการและศักยภาพในการรักษาซึ่งเป็นส่วนเทคนิคของโรงพยาบาลได้ ทำให้คุณภาพในเชิงเทคนิคไม่สามารถใช้อธิบายคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ได้ในมุมมองของผู้มาใช้บริการ แม้ว่าคุณภาพในเชิงเทคนิคจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมากกว่าก็ตาม แต่ความพึงพอใจโดยรวมของลูกค้ากับการบริการขององค์กรก็ยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของลูกค้ากับองค์กรด้วย

ส่วน Gap Model หรือ SERVQUAL โดย พาราสุไรมาน และคณะ(Parasuraman et al. 1986: 86-108) จะขึ้นกับสองส่วนที่แตกต่างกันคือความคาดหวังของลูกค้า (Customer expectation) และการรับรู้ที่ลูกค้าได้รับ (Customer perception) โดยความคาดหวังของลูกค้าคือความต้องการของลูกค้าที่รู้สึกว่าควรจะได้รับจากผู้ให้บริการ ส่วนการที่ลูกค้าได้รับรู้หมายถึงการประเมินหรือตัดสินผู้ให้บริการจากการรับรู้ของผู้รับบริการ ดังนั้นหากองค์กรทราบถึงความคาดหวังในการได้รับบริการ

ของลูกค้าว่าคืออะไร ก็จะสามารถออกแบบการบริการให้ตรงกับความต้องการหรือมากกว่าความคาดหวังของลูกค้าได้ คุณภาพการบริการนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้ต่อบริการที่จัดให้ว่าสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งคุณภาพในการบริการจะมีค่าสูงขึ้นหรือต่ำลงขึ้นกับว่าผู้รับบริการประเมินการรับรู้บริการที่ได้รับจริงว่าตรงกับที่คาดหวังไว้หรือไม่

ปี 1985 พาราสุไรมาน และเบอร์รี่ (Parasuraman, Zeithaml &Berry 1985: 41-50) ได้พัฒนารูปแบบการบริการที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการกำหนดคุณภาพการบริการและช่องว่าง (Gap) หรืออุปสรรคที่ทำให้การบริการไม่เป็นไปตามความหวังของลูกค้าปัจจัยกำหนดคุณภาพการบริการ การวิจัยเชิงสำรวจระบุ 10 เกณฑ์ในการวัด คุณภาพการบริการลูกค้าโดยใช้คำถาม 97 ข้อ เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ด้าน คือ ด้านการรับรู้และการคาดหวัง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ลูกค้าเข้าถึงการบริการ (access) การบริการที่มอบแก่ลูกค้าต้องอำนวยความสะดวกในด้านเวลา สถานที่ ไม่ให้ลูกค้าต้องคอยนาน ทำเลต้องมีความเหมาะสมที่สะดวกสบายในการเดินทาง

2. การติดต่อสื่อสาร (communication) ความสามารถที่อธิบายลูกค้าให้เข้าใจอย่างถูกต้อง โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย

3. ความสามารถของผู้ให้บริการ (competence) พนักงานที่ให้บริการลูกค้าต้องมีความรู้ ความชำนาญ และความสามารถในงานที่ให้บริการ

4. ความมีอัธยาศัย (courtesy) พนักงานที่ให้บริการลูกค้าต้องมีอัธยาศัยไมตรีและมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี

5. ความน่าเชื่อถือ (credibility) องค์กรและพนักงานต้องสร้างความเชื่อถือและความไว้วางใจให้เกิดขึ้นในการให้บริการ โดยเสนอบริการที่ดีที่สุดให้แก่ลูกค้า

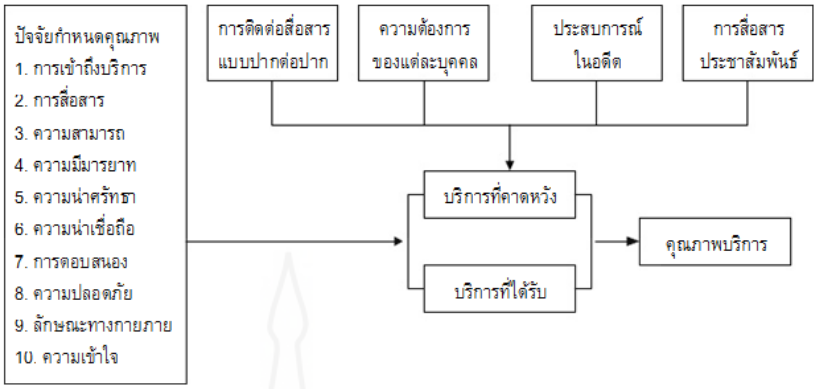
6. ความไว้วางใจ (reliability) การบริการที่ให้แก่ลูกค้าต้องมีความเหมาะสมและสม่ำเสมอ

7. การตอบสนองลูกค้า (responsiveness) พนักงานจะต้องให้บริการและแก้ปัญหาของลูกค้าอย่างรวดเร็วตามความต้องการของลูกค้า

8. ความปลอดภัย (security) การบริการที่ส่งมอบแก่ลูกค้าไม่มีอันตรายความเสี่ยงและปัญหาต่างๆ

9. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (tangibles) ลูกค้าได้รับการบริการที่สามารถประเมินถึงคุณภาพการบริการ

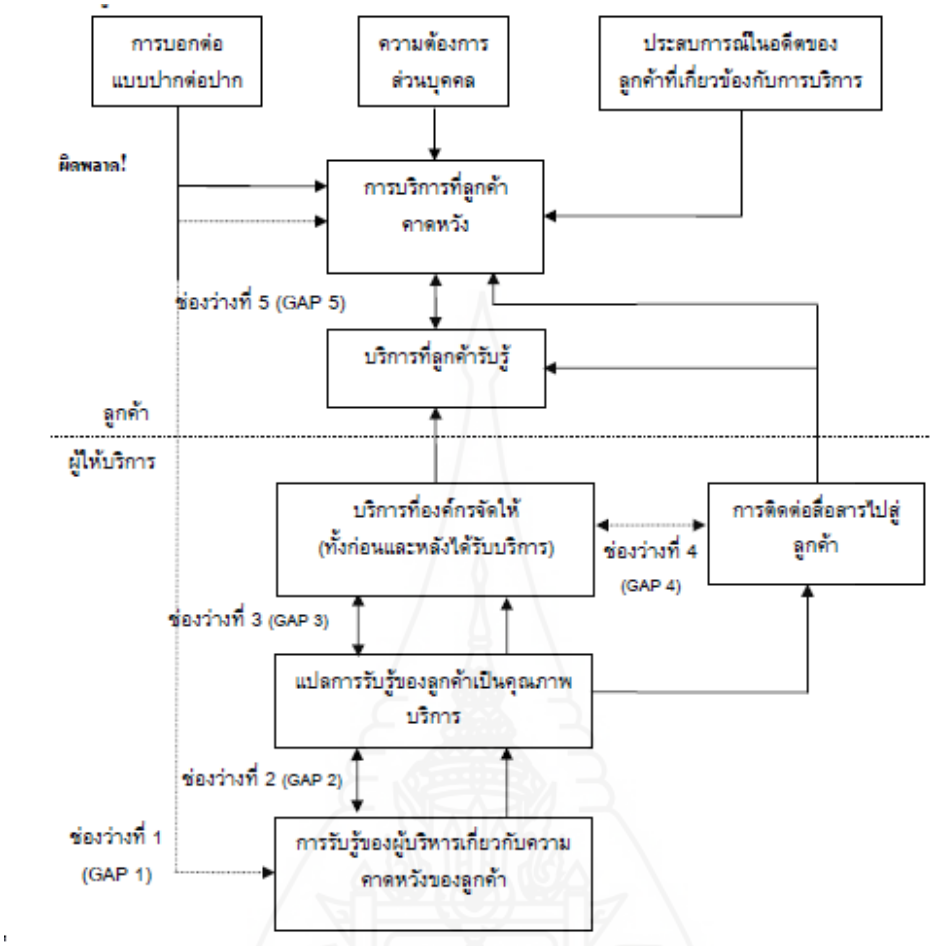
10. การเข้าใจและการรู้จักลูกค้า (understanding/knowing customer) พนักงานต้องเข้าใจความต้องการของลูกค้า และให้ความสนใจตอบสนองความต้องการดังกล่าว



ภาพที่ 2.4 ปัจจัยกำหนดคุณภาพบริการ

ที่มา: Parasuraman, A., Zeithaml, V.A & Beery, L.L (1986, August). SERVQUAL a multiple ltem Scale for measuring customer perceptions of service quality. 86-108.

Parasuraman, Zeithaml และ Berry ได้สร้างแบบจำลองโดยมีมุมมองของลูกค้าและผู้ให้บริการโดยคุณภาพการบริการเป็นสิ่งที่สำคัญที่สร้างความแตกต่างในการบริการ การรักษาระดับการให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่ง และตอบสนองความคาดหวังของลูกค้า จำเป็นต้องพิจารณาถึงการบอกต่อแบบปากต่อปาก ความต้องการส่วนบุคคล และประสบการณ์ในอดีตของลูกค้าที่เกี่ยวข้องกับการบริการในส่วนของลูกค้า ดังภาพที่ 2.5 ดังนี้



ภาพที่ 2.5 แบบจำลองคุณภาพบริการ (The Service Quality Model)

ที่มา: Parasuraman, Zeithaml and Berry (1985) * A Conceptual model of service Quality and its implications for future research* Journal of Marketing 49 (Fall): 41-50

ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

1. การบอกต่อแบบปากต่อปาก

การประเมินคุณภาพการบริการมีความซับซ้อนมีผลต่อความเสี่ยงในการตัดสินใจซื้อ ลูกค้าต้องพิจารณาข้อเสนอต่างๆ ที่ผู้ขายนำเสนอ รวมถึงข่าวสารที่เกี่ยวข้องคุณภาพการบริการจากแหล่งบุคคลต่างๆ เช่น กลุ่มเพื่อน ผู้เชี่ยวชาญในสายการบริการ และแหล่งข้อมูลที่มิใช่บุคคล เช่น สื่อ ลูกค้าใช้ข้อมูล 2 แหล่งในการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ เมื่อต้องตัดสินใจซื้อลูกค้าจะไว้วางใจข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งที่เป็นบุคคลมากกว่าเพราะสื่อที่ส่งถึงลูกค้านั้นแสดงให้เห็นถึงคุณภาพการบริการที่ผ่านมาได้น้อย ผู้บริหารจะให้ความสำคัญอิทธิพลของการบอกต่อแบบปากต่อปาก

ในงานบริการ ความสำคัญนี้ส่งผลโดยตรงต่อความคาดหวังของลูกค้า เป็นการยากสำหรับลูกค้าที่จะประเมินคุณภาพการบริการก่อนซื้อจากประสบการณ์โดยตรง การบอกต่อแบบปากต่อปากจากเพื่อน ครอบครัว เป็นแหล่งข้อมูลที่ส่งผลต่อระดับความต้องการในบริการ การสร้างความพึงพอใจและความจงรักภักดีของลูกค้าที่มีต่อองค์กร สนับสนุนการให้ข้อมูลโดยการบอกต่อแบบปากต่อปาก ซึ่งเป็นวิธีการหาลูกค้าใหม่และรักษาลูกค้าเก่าที่มีต้นทุนการดำเนินงานต่ำในระยะยาว

2. ความต้องการส่วนบุคคล

ลูกค้าสามารถรับรู้คุณภาพการบริการ คุณภาพการบริการอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของลูกค้า ซึ่งตรงกับความคาดหวัง และนำไปใช้แก้ปัญหา ธุรกิจนำเสนอสินค้าและบริการที่หลากหลาย เพื่อให้บริการแก่ลูกค้าในระดับบุคคลและกลุ่มลูกค้า จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการแก้ไข การแก้ไขปัญหาทำได้หลายแนวทาง เช่น การรักษาด้านทันตกรรม ลูกค้าควรสามารถเลือกทันตแพทย์ที่ตนไว้วางใจ สามารถเลือกแนวการรักษาที่ถูกต้องได้ หรือจัดเวลาที่ผู้รับบริการสะดวกในการเข้ารับการรักษา เป็นการตัดสินใจตามความต้องการของลูกค้าจะซื้องานบริการตามความต้องการส่วนบุคคล เป็นสิ่งที่กำหนดแนวทางของสินค้า หรือบริการที่มีศักยภาพสนองความต้องการ ผู้ให้บริการต้องส่งมอบคุณค่างานบริการตามที่ลูกค้าคาดหวังภายในขอบเขตที่เป็นไปได้ เช่น มหาวิทยาลัยเปิดสอนหลายคณะ/สาขา สำหรับนักศึกษาทุกคนที่มีความต้องการประกอบวิชาชีพในแต่ละสาขา แต่คณบดีในแต่ละคณะไม่สามารถทำหน้าที่ให้บริการแก่นักศึกษาที่เข้ามารับการศึกษาตามที่นักศึกษาคาดหวังได้หมดทุกคน แสดงว่าความต้องการเป็นปัจจัยหลักในการกำหนดว่าลูกค้ากำลังให้ความสำคัญเรื่องใด ความต้องการนั้นยังเกี่ยวข้องกับพนักงานที่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้อย่างไร สิ่งที่สำคัญในการสร้างความคาดหวังของลูกค้าส่งผลถึงคุณภาพการบริการที่ลูกค้าสามารถรับรู้ได้

3. ประสบการณ์ในอดีตของลูกค้าที่เกี่ยวข้องกับการบริการ

ประสบการณ์ของการรับบริการเป็นผลมาจากกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจซื้อบริการ ประสบการณ์ของการรับบริการเรียกว่า การรับรู้บริการ ผู้บริหารองค์กรต้องทราบความคาดหวังของลูกค้าเพื่อเป็นเกณฑ์กำหนดคุณภาพการบริการที่ส่งมอบคุณค่าให้กับลูกค้า การรวบรวมข้อมูลการใช้บริการของลูกค้าเป็นศูนย์ข้อมูลลูกค้า เป็นแหล่งข้อมูลที่ทราบความต้องการของลูกค้าในอนาคตได้ ลูกค้าสามารถเปรียบเทียบคุณภาพการบริการจากประสบการณ์ของการบริการที่ผ่านมาได้ เช่น ความต้องการที่พักเมื่อลูกค้าต้องเดินทางไปติดต่อธุรกิจ หรือเพื่อการท่องเที่ยวในต่างถิ่น โรงแรมที่ต้องเข้าพักถูกเปรียบเทียบกับประสบการณ์ที่เคยพักในโรงแรมต่างๆ มาก่อน หรือการเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานทางการแพทย์ทั่วไปเปรียบเทียบกับบริการของโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานทางการแพทย์ที่เสริมบริการต่างๆ เช่น ที่พัก ห้องอาหารเป็นมาตรฐาน

ของโรงแรมชั้นนำ ดังนั้นความคาดหวังของลูกค้าถูกกำหนดโดยอิทธิพลของประสบการณ์ในอดีตที่ลูกค้าได้สัมผัสการบริการโดยตรง

4. ช่องว่างของคุณภาพการบริการไม่ตรงกับความคาดหวังของลูกค้า

การศึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือวัดช่องว่างการจัดการคุณภาพการบริการ คือ แบบจำลองช่องว่างของคุณภาพการบริการ ซึ่งเป็นแบบจำลองที่กล่าวถึงแนวคิด ลูกค้าคือบุคคลที่สำคัญการให้บริการเริ่มต้นจากลูกค้า องค์กรต้องบริหารงานที่มีประสิทธิภาพลดช่องว่างระหว่างความคาดหวังของลูกค้า และบริการที่ลูกค้ารับรู้เมื่อได้รับบริการแล้ว ผลกำไรขององค์กรมาจากการสร้างความพอใจให้กับลูกค้า ความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนระหว่างลูกค้ากับองค์กรช่วยให้ต้นทุนด้านการดูแลลูกค้าต่ำลง ช่องว่างระหว่างความคาดหวังของลูกค้า และการรับรู้จากการบริการที่ลูกค้าได้รับเป็นช่องว่าง ทั้ง 5 ระดับ ตามภาพที่ 2.5 แบบ จำลองคุณภาพการบริการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ช่องว่างระหว่างบริการที่ลูกค้าคาดหวังกับการรับรู้ของผู้บริหารเกี่ยวกับความคาดหวังของลูกค้า

ผู้บริหารงานบริการอาจจะไม่ทราบความคาดหวังและความต้องการของลูกค้าได้ทั้งหมด ทำให้ผู้บริหารงานบริการยึดตามความเข้าใจของตนเองเป็นหลัก ส่งผลให้การบริการคลาดเคลื่อนไปจากความต้องการที่แท้จริงของลูกค้า เนื่องจากไม่มีการทำวิจัยตลาดอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ข้อมูลการวิจัยตลาดบริการเพื่อประโยชน์แก่ลูกค้าอยู่ในระดับต่ำ รวมถึงโครงสร้างขององค์กรงานบริการที่มีสายการบริหารงานหลายระดับชั้น ตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงในส่วนกลาง ฝ่ายและแผนกเป็นระดับชั้นของสายบังคับบัญชามากเกินไป อาจกำหนดนโยบายการบริหารงานไม่ตรงกับความต้องการของลูกค้า

4.2 ช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้บริหารในรูปแบบมาตรฐานที่ลูกค้าต้องการ

ผู้บริหารงานบริการทราบความต้องการของลูกค้า แต่ในการบริหารงานไม่ได้นำความต้องการของลูกค้ากำหนดเป็นเป้าหมายมาตรฐานของการให้บริการ ไม่มีการกำหนดลักษณะคุณภาพการบริการที่มีความเหมาะสม มาตรฐานการบริหารงานบริการกำหนดตามความคิดเห็นของผู้บริหารงานบริการส่งผลให้ไม่มีการพัฒนาบริการใหม่ๆ เพราะละเลยความต้องการของลูกค้าและไม่มีกระบวนการกำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ

4.3 ช่องว่างระหว่างมาตรฐานบริการที่ได้กำหนดไว้กับบริการที่ส่งมอบหรือจัดให้

ผู้บริหารงานบริการได้กำหนดลักษณะคุณภาพการบริการไว้แล้ว แต่มีปัจจัยหลายประการส่งผลให้การบริการที่ลูกค้าที่ได้รับไม่เป็นไปตามที่กำหนด เช่น พนักงานปฏิบัติงานไม่ได้มาตรฐาน เนื่องมาจากความขัดแย้งในบทบาท ระบบการประเมินผลงานไม่ชัดเจน ขาดการ

มอบหมายอำนาจพนักงานไม่มีความรู้ความสามารถหรือขาดการอบรม และไม่ให้ความร่วมมือกับองค์กร ทั้งหมดที่ได้กล่าวเป็นช่องว่างของงานบริการทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างวัตถุประสงค์และผลของงานบริการ

4.4 ช่องว่างระหว่างบริการที่ให้กับการติดต่อสื่อสารภายนอกให้ลูกค้ารับทราบ

การติดต่อสื่อสารให้ลูกค้าทราบถึงการให้บริการส่งผลต่อบริการที่ลูกค้าคาดหวัง ลูกค้าจะรับรู้เมื่อได้รับการบริการแล้ว งานบริการที่พนักงานตั้งใจมอบให้อาจจะแตกต่างจากบริการที่ลูกค้าคาดหวังว่าจะได้รับ เนื่องจากพนักงานไม่มีความเข้าใจการตลาดภายในองค์กรระหว่างพนักงานขายกับพนักงานที่ให้บริการ การตลาดภายนอกองค์กรไม่มีประสิทธิภาพในด้านการให้ความรู้แก่ลูกค้า การโฆษณาเกินความเป็นจริง

4.5 ช่องว่างระหว่างบริการที่ให้ลูกค้ารับรู้กับบริการที่ลูกค้าคาดหวัง

คุณภาพการบริการจะแปรผันโดยตรงกับขนาดและทิศทางของช่องว่างที่เกิดจากบริการที่ลูกค้าคาดหวังที่จะได้รับ เป็นผลมาจากการบอกต่อแบบปากต่อปาก ความต้องการส่วนบุคคล และประสบการณ์ในอดีตของลูกค้าที่เกี่ยวข้องกับการบริการที่ลูกค้าได้รับการเปรียบเทียบบริการที่ลูกค้าได้รับดีกว่าหรือเท่ากับที่คาดหวังไว้ งานบริการนั้นจะถูกจัดว่ามีคุณภาพส่งผลให้ลูกค้าซื้อบริการซ้ำ แต่ถ้างานบริการที่รับรู้ด้อยกว่าที่คาดหวังไว้ลูกค้าจะพูดว่า บริการไม่ดีด้อยคุณภาพส่งผลให้ตัดสินใจไม่ซื้องานบริการในครั้งต่อไป

เครื่องมือวัดคุณภาพการบริการ

เมื่อผู้รับบริการมารับบริการนั้นจะเปรียบเทียบบริการที่ตนได้รับจริงกับบริการที่คาดหวังไว้ และยังพบมิติในการประเมินคุณภาพบริการจากผู้รับบริการ ซึ่งมี 10 ด้าน ดังกล่าวมาแล้ว พาราสุรามาน เซทามล์ และเบอร์รี่ (Parasuraman, Zeithaml และ Berry 1990: 18-20) ได้นำมิติของคุณภาพบริการทั้ง 10 ด้าน แล้วนำมาสร้างเป็นเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพการบริการที่เรียกว่า “SERVQUAL” (Service Quality) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย 22 ข้อ เป็นการประเมินความคาดหวังในการบริการของผู้รับบริการ และส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 22 ข้อ เช่นกัน แต่ประเมินจากการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการบริการที่ได้รับจริงโดย เรียกเครื่องมือนี้ว่า “RATER” มีการวิเคราะห์ค่าทางสถิติ จนสามารถสรุปรวมมิติสำคัญ ที่บ่งชี้ออกมาเป็น 5 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นเป็นรูปธรรมที่สามารถสัมผัสจับต้องได้ สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ซึ่งได้แก่ สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ วัสดุ และบุคคลในการติดต่อสื่อสารกับลูกค้านั้น ช่วยให้ลูกค้ารับรู้ว่าพนักงานมีความตั้งใจให้บริการเห็นภาพได้ชัดเจน ความเป็นรูปธรรมสามารถรับรู้ได้

2. ความเชื่อมั่นไว้วางในได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการนั้นตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ นั่นหมายถึง การให้บริการต้องตรงตามการสื่อสารที่นำเสนอแก่ลูกค้า งานบริการที่มอบหมายให้แก่ลูกค้าทุกครั้งต้องมีความถูกต้อง เหมาะสม และมีความสม่ำเสมอที่สามารถสร้างความเชื่อถือไว้วางใจในงานบริการจากลูกค้า

3. การตอบสนองลูกค้า (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการโดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน

4. การให้ความมั่นใจแก่ลูกค้า (Assurance) หมายถึง ผู้ให้บริการต้องมีทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี ทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจว่าจะได้บริการที่ดีที่สุด

5. การเข้าใจและรู้จักลูกค้า (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแล เอาใจใส่ศึกษาความต้องการของลูกค้าแต่ละราย เพื่อเป็นแนวทางให้บริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการในแต่ละคน

เกณฑ์วัดคุณภาพบริการ 5 ด้านนี้ ได้มีผู้นำมาใช้ในการวัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาล โดยวัดจากการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการซึ่งผลที่ได้แปรผันตรงกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

จากการพิจารณาแนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการ แสดงให้เห็นว่าเป้าหมายของการให้บริการนั้น คือ การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการ นั่นก็คือ ให้บริการที่มีคุณภาพเหนือความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งถือเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจว่าจะมารับบริการครั้งต่อไปหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีและแบบจำลองของพาราสุไรมาน และคณะ มาเป็นส่วนหนึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ด้วย

5. สิทธิการรักษาด้านทันตกรรมในประเทศไทย

ในปัจจุบัน สิทธิการรักษาด้านทันตกรรมของคนไทยขึ้นกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของประเทศไทยที่มีอยู่ ซึ่งมี 3 กองทุนหลักที่ครอบครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ คือ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ จำนวน 6 ล้านคน กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 48 ล้านคน และกองทุนประกันสังคม จำนวน 10 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งแต่ละกองทุนมีรูปแบบกลุ่มเป้าหมาย, สิทธิประโยชน์, การคลัง และรูปแบบการจ่ายเงิน ที่แตกต่างกัน ตามเงื่อนไขที่กำหนด

ภาพที่ 2.6 สิทธิประโยชน์การประกันสุขภาพภายใต้ 3 กองทุน
ที่มา: สำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในส่วนของสิทธิการรักษาด้านทันตกรรม ก็มีลักษณะและเงื่อนไข การใช้บริการและสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน รายละเอียดของชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟันการขูดหินปูน การทำ ฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากการแนะนำ ด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณช่องปากและลำคอ ซึ่งเมื่อเทียบกับชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสังคมและชุดสิทธิประโยชน์ของข้าราชการแล้ว ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าดูจะมีความครอบคลุมสูงที่สุด

ทางด้านรูปแบบการคลัง ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้แบบภาษีทั่วไปผ่านกระทรวงสาธารณสุขโดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรของรัฐ ตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และด้วยการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งรูปแบบการจ่ายเงิน งบประมาณรายหัว 2,895.60 บาท ในปี พ.ศ. 2555 โดยจัดสรรไปที่จังหวัด รูปแบบการจ่ายเงินของสิทธิการรักษาด้านทันตกรรมจะรวมอยู่ในงบประมาณรายหัวนี้ด้วย และผู้ที่จะใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเข้ารับบริการตามสถานบริการที่ถูกกำหนดไว้ในบัตร เว้นแต่กรณีฉุกเฉิน

ด้านสวัสดิการข้าราชการ/พนง.รัฐวิสาหกิจ รูปแบบการคลังใช้แบบ ภาษีทั่วไปผ่านกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง รูปแบบการจ่ายเงิน กรมบัญชีกลางจะจ่ายเงินตามการบริการที่เกิดขึ้นตาม หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ในสถานบริการของรัฐ หรือสถานบริการที่กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังกำหนดไว้ โดยผู้มีสิทธิจะต้องสำรองค่าใช้จ่าย และนำเบิกที่กรมบัญชีกลาง ผ่านต้นสังกัดที่ตนปฏิบัติงานอยู่ หรือผ่านระบบเบิกจ่ายตรง (GFIMF) ในสถานบริการที่เป็นคู่สัญญาไว้กับกรมบัญชีกลาง

โครงการเบิกจ่ายตรง คือ โครงการคู่ขนานกับระบบเบิกจ่ายค่ารักษาเดิม (ใบเสร็จ, หนังสือต้นสังกัด) เป็นโครงการแบบสมัครใจสำหรับผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ยกเว้นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและผู้ป่วยมะเร็งที่จำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง 6 ชนิด ต้องเข้าระบบเบิกจ่ายตรงทุกคน สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการเบิกจ่ายตรง คือ ผู้ป่วยนอก ไม่ต้องทดรองจ่ายเงินไปก่อน ผู้ป่วยใน : ไม่ต้องมีหนังสือรับรองการมีสิทธิ (หนังสือส่งตัว) จากต้นสังกัดไปยื่นให้สถานพยาบาลก่อนเข้ารับการรักษา

จึงเห็นได้ว่าสิทธิการรักษาด้านทันตกรรม ของผู้มีสวัสดิการข้าราชการ/พนง.รัฐวิสาหกิจ ให้โอกาส ในการเลือกตัดสินใจไปรับบริการสถานบริการของรัฐแห่งใดก็ได้ตามที่ตนต้องการ แล้วเบิกค่ารักษา พยาบาลตามระเบียบที่กำหนด

สิทธิประกันสังคม เป็นกองทุนสำหรับลูกจ้างภาคเอกชน เป็นภาคบังคับ ตามประกันตนมาตรา 33 ที่นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลจ่ายเบี้ยสมทบเท่ากัน ผู้ประกันตนมาตรา 40 ได้แก่ บุคคลอื่นใดซึ่งไม่ใช้ลูกจ้างตามมาตรา 33 แล้วมาสมัครเป็นผู้ประกันตน ผู้ประกันตนเข้าใช้สิทธิการรักษาตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลสามารถเข้าทำการรักษาได้ที่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลที่เลือกไว้ โดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล ส่วนสิทธิการรักษาด้านทันตกรรม สำนักงาน

ประกันสังคมกำหนดหลักเกณฑ์ และเงื่อนไข ดังนี้ การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุด ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 300 บาท ต่อครั้ง และไม่เกิน 600 บาทต่อปี และกรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์และค่าฟันเทียมเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,500 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปีนับแต่วันที่ใส่ฟันเทียมนั้น ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

1. 1-5 ซี่ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,300 บาท
2. มากกว่า 5 ซี่ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,500 บาท

กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์และค่าฟันเทียมเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 4,400 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปี นับตั้งแต่วันที่ใส่ฟันเทียมนั้น ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

1. ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 2,400 บาท
2. ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 4,400 บาท

จึงเห็นได้ว่าสิทธิการรักษาด้านทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคม ให้สิทธิประโยชน์น้อยกว่าสวัสดิการรักษารูปแบบอื่น โดยการจำกัดวงเงินค่ารักษาพยาบาลทันตกรรม แต่ให้โอกาสในการเลือกตัดสินใจไปรับบริการสถานบริการคลินิกเอกชน โรงพยาบาลรัฐ หรือเอกชน ได้

ตารางที่ 2.2 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกองทุนรักษาพยาบาลในประเทศไทย

	ข้าราชการ	บัตรทอง	ประกันสังคม	ผู้ไม่มีสิทธิ
ผู้จ่ายเงิน	รัฐบาล	รัฐบาล ผ่าน สปสช.	นายจ้าง ลูกจ้าง รัฐบาล	ชำระเงินเอง หรือประกันเอกชน
ประเภทหน่วยบริการด้านรักษาพยาบาล	หน่วยบริการของรัฐ	หน่วยบริการของรัฐหรือเอกชนที่ร่วมโครงการ ที่ตนขึ้นทะเบียนสังกัด	หน่วยบริการที่ผู้ประกันตนเลือก	เลือกสถานบริการได้ทุกแห่ง
สถานบริการทันตกรรมที่ใช้สิทธิได้	หน่วยบริการของรัฐทุกแห่ง	ที่สถานบริการที่ตนขึ้นทะเบียนเท่านั้น	ทุกแห่ง ทั้งรัฐและเอกชน	ทุกแห่ง ทั้งรัฐและเอกชน
สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม	ตามสิทธิประโยชน์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด	ตามสิทธิประโยชน์ที่ สปสช. กำหนด	ผู้ประกันตนมีสิทธิเข้ารับการบริการสถานพยาบาลใดก็ได้ ในกรณี ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน โดยสำรองเงินจ่ายไปก่อนและนำหลักฐานมาขอเบิกเงินคืนได้ในอัตราไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง ปีละไม่เกิน 600 บาท และมีสิทธิใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก (พลาสติก) 1-5 ซี่ ในวงเงินไม่เกิน 1,200 บาท ตั้งแต่ 6 ซี่ขึ้นไปจะเบิกได้ไม่เกิน 1,400บาท ภายในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่วันที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก ผู้ประกันยังต้องร่วมจ่ายในกรณีที่วงเงินเกินกำหนด	-

ที่มา: website ระบบสารสนเทศ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

www.dent.cmu.ac.th/mis/dis/UserFiles/ File/dental.../comparesit.doc

ตารางที่ 2.3 ตารางเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของสิทธิต่างๆ

ประเภทบัตร	ข้าราชการ	บัตรทอง	ประกันสังคม	หมายเหตุ
ถอนฟันกรณีปกติ	✓	✓	✓	
ศัลยศาสตร์ช่องปาก ผ่าฟันคุด	✓	✓	✓	ผ่าฟันคุดที่ไม่มีอาการหรือเพื่อการจัดฟันจะไม่ครอบคลุมในสิทธิประโยชน์บัตรทอง
อุดฟันทุกชนิด	✓	✓	✓	
ขูดหินปูน	✓	✓	✓	
เกลารากฟัน ,รักษาโรคเหงือก ศัลย์-ปริทันต์	✓	✓	×	บัตรทองแล้วแต่ใบส่งตัวระบุ
รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม	✓	✓	×	
รักษาโพรงประสาทฟันแท้	✓	×	×	
เคลือบฟลูออไรด์	×	✓	×	เฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง
เคลือบหลุมร่องฟัน	×	✓	×	เฉพาะอายุไม่เกิน 15 ปี
ฟันปลอมที่ใช้อะคริลิคเป็นฐาน	✓	✓	✓	
ฟันปลอมที่ใช้โครงโลหะเป็นฐาน	✓	×	×	
เดือยฟันและครอบฟันทุกชนิด	✓	×	×	
ตกแต่งเพื่อความสวยงาม เช่น ทำเขี้ยว ปิดช่องว่างระหว่างฟัน จัดฟัน	×	×	×	
การใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่	✓	✓	×	
การตรวจวินิจฉัยสภาพของโรคในช่องปาก รวมทั้งการให้ยาก่อน/หลังการรักษา	✓	✓	✓	กรณีประกันสังคมต้องร่วมกับการรักษาอื่นๆ
การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา	✓	✓	✓	กรณีประกันสังคมต้องร่วมกับการรักษาอื่นๆ

✓ หมายถึง ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

× หมายถึง ไม่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง

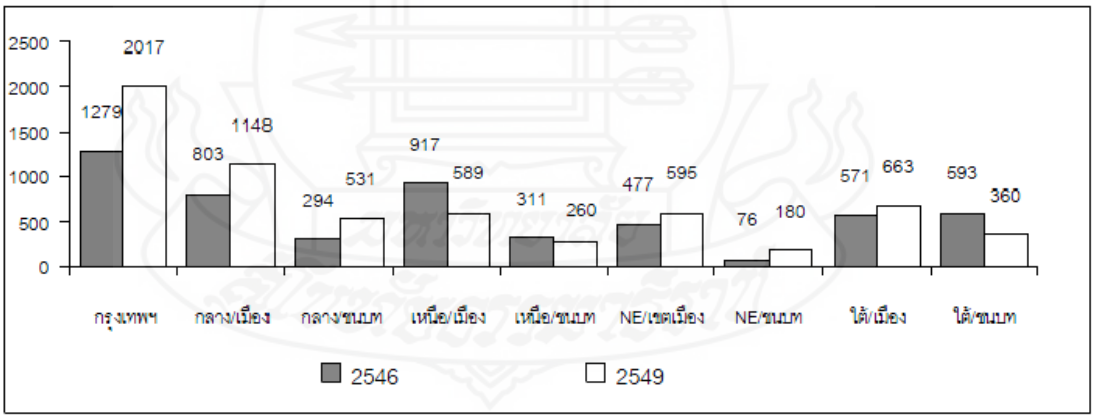
* บัตรประกันสังคม เบิกได้ปีละ 2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 300 บาท รวมแล้วเบิกได้ไม่เกิน 600 บาทต่อปี

ที่มา: website ระบบสารสนเทศ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

www.dent.cmu.ac.th/mis/dis/UserFiles/ File/dental.../comparesit.doc

จากรูปแบบการจ่ายเงิน ที่แตกต่างระหว่าง 3 กองทุน ทำให้พฤติกรรมการเข้ารับการรักษาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน สิทธิข้าราชการ/พนง.รัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสังคม มีโอกาสเลือกสถานบริการที่ตนเองต้องการเข้ารับการรักษาได้มากกว่า นอกจากนี้ ผู้ที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการการรักษาใดๆ และผู้มีสิทธิด้านรักษาพยาบาล แต่ไม่ต้องการใช้สิทธิ ก็สามารถเลือกสถานบริการทันตกรรมที่ตนต้องการได้ จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ ผู้ประกอบการคลีนิกทันตกรรมเอกชน โรงพยาบาลเอกชน หรือแม้แต่โรงพยาบาลภาครัฐ ต่างหาวิธีการเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายนี้มาใช้บริการให้มากที่สุด เพื่อนำรายได้เข้าสู่หน่วยบริการ

จากการศึกษาของ ทพญ. สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ ในโครงการประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยปี 2546 และปี2549 กล่าวถึงแบบแผนการใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามพื้นที่และสถานบริการที่ใช้พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 55-65 ใช้บริการคลินิกเอกชน ส่วนการใช้บริการทันตกรรมในเขตเมืองและชนบทในภาคกลางรวมถึงเขตเมืองในภาคใต้ ส่วนใหญ่ใช้บริการที่คลินิกเอกชนร้อยละ 41-57 ร้อยละ 31-40 และร้อยละ 36-39 ตามลำดับ ด้านค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในกรุงเทพมหานครสูงสุด รองลงมาค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในเขตเมืองของภาคกลาง โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในกรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นสูงสุดจาก 1,279 บาท ในปี 2546 เป็น 2,017 บาทในปี 2549 โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในภาคกลางเขตเมือง เพิ่มขึ้นสูงสุดจาก 803บาทในปี2546 เป็น 1148 บาทในปี 2549



ภาพที่ 2.7 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายจำแนกตามพื้นที่เปรียบเทียบปี 2546 และปี 2549

ที่มา: สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะโครงการประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยปี 2546 และ ปี2549

สถานบริการและสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลที่ใช้สถานบริการที่ใช้ทั้ง 2 ปี สำรวจส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน และคลินิกเอกชน แต่จะเห็นว่าการใช้ที่โรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนไม่เปลี่ยนแปลง ขณะที่การใช้บริการที่คลินิกเอกชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 32 ในปี 2549 ชนิดสวัสดิการที่ใช้เป็นสิทธิ 30 บาทเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 47-48 แต่สัดส่วนรองมาคือใช้บริการทันตกรรมแต่ไม่ใช้สิทธิรักษาพยาบาลพบร้อยละ 24-29

ตารางที่ 2.4 อัตราการใช้บริการทันตกรรมจำแนกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล สถานบริการทันตกรรม และค่าใช้จ่ายในการใช้บริการทันตกรรม

สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล	2546					2549				
	ไม่มี	สิทธิข้าราชการ	สิทธิ 30 บาท	ประกันสังคม / ประกันเอกชน	รวม	ไม่มี	สิทธิข้าราชการ	สิทธิ 30 บาท	ประกันสังคม / ประกันเอกชน	รวม
จำนวนประชากร (ล้านคน)	3.2	5.6	48.3	6.7	**63.9**	2.60	5.60	48.40	8.30	**65.20**
จำนวนเคยใช้บริการ (ล้านคน)	0.3	0.9	4.4	0.9	**6.5**	0.18	0.80	3.13	0.74	**4.85**
ร้อยละใช้บริการ	8.5	16.4	9.2	13.1	**10.2**	6.8	13.9	6.5	8.8	**7.4**
จำนวนครั้งเฉลี่ย/ปี	2.2	1.9	1.5	1.9	**1.6**	1.9	1.8	1.4	1.6	**15**
S.D.	4.3	2.8	1.9	4.7	**2.7**	2.1	2.1	1.2	1.8	**1.5**
สถานบริการทันตกรรม										
สอ./ศสช.	5.1	8.9	14.5	5.3	**12.1**	3.7	8.3	13.1	2.2	**10.3**
รพช.	7.3	23.0	42.3	9.3	**33.7**	4.2	18.0	46.7	10.5	**34.9**
รพท./รพศ.	5.3	15.8	8.4	6.3	**9.0**	1.4	18.7	10.9	8.2	**11.4**
รพ.สังกัดอื่น	11.1	16.4	3.4	7.4	**6.1**	3.4	9.8	1.7	6.0	**3.7**
คลินิกเอกชน	56.8	29.3	19.2	48.6	**26.2**	78.5	38.6	21.5	56.9	**31.8**
รพ.เอกชน	11.3	3.4	2.3	21.6	**5.4**	3.5	3.6	1.4	15.5	**4.0**
ในชุมชน	3.1	3.2	9.9	1.5	**7.5**	5.4	3.1	4.7	0.7	**3.8**
รวม	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ										
ไม่เสียค่าใช้จ่าย/รับบริการฟรี	9.6	61.3	49.3	42.4	**48.4**	7.0	50.3	41.9	43.6	**42.2**
<=30 บาท	0.1	0.2	24.3	3.1	**17.0**	0.0	0.1	30.3	0.2	**19.6**
31-1000 บาท	66.0	29.4	21.5	41.6	**27.2**	41.5	24.2	17.1	27.4	**20.8**
1000-5000 บาท	19.6	7.5	4.0	10.1	**6.0**	50.1	21.1	8.9	26.2	**15.0**
>5000 บาท	4.7	1.7	0.9	2.7	**1.4**	1.3	4.3	1.8	2.5	**2.3**
รวม	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

ตารางที่ 2.4 (ต่อ)

สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล	2546					2549				
	ไม่มี	สิทธิข้าราชการ	สิทธิ 30 บาท	ประกันสังคม / ประกันเอกชน	รวม	ไม่มี	สิทธิข้าราชการ	สิทธิ 30 บาท	ประกันสังคม / ประกันเอกชน	รวม
ค่าบริการเฉลี่ยต่อครั้ง	1,539	653	336	1,054	**528**	1,153	999	464	901	**644**
S.D.	4,818	4,021	2,284	5,553	**3,330**	1,808	3,153	2,516	3,117	**2,719**

ที่มา: สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ โครงการประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยปี 2546 และ ปี 2549

สรุป การที่มีเงื่อนไขการจ่ายเงินค่ารักษาทันตกรรม ในแต่ละกองทุนที่ไม่เหมือนกัน อีกทั้งยังมีกลุ่มที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการการรักษาใดๆ และผู้มีสิทธิด้านรักษาพยาบาล แต่ไม่ต้องการใช้สิทธิ มีอำนาจในการตัดสินใจเลือกใช้บริการรักษาด้านทันตกรรมในสถานบริการที่ตนเชื่อว่า มีความเหมาะสม จึงเป็นช่องทางหนึ่งของผู้ให้บริการ พัฒนาศักยภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้

6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยูสเซฟ เนล และบอเรด (Youssef, Nel & Boraird, 1966) ได้ศึกษาคุณภาพในการดูแลทางด้านสุขภาพอนามัยในโรงพยาบาลที่มีบริการทางด้านสุขภาพอนามัยแห่งชาติ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพ (SERVQUAL) ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเปรียบเทียบกันระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับการรับรู้ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งมีเกณฑ์ 5 ประการ ในการประเมินคือ 1) ความเป็นรูปธรรมบริการ 2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ 3) กาตอบสนองต่อผู้รับบริการ 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 5) การเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ พบว่ามีความแตกต่างกันทางลบอย่างมีนัยสำคัญ

ประภัสสร เลี่ยวไพโรจน์ (2533) พบว่าผู้มาใช้บริการแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของการมีสิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล เช่น สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการข้าราชการและครอบครัว พ.ร.บ. คุ้มครองบุคคลที่ 3 หรือประกันชีวิต ซึ่งแต่ละประเภทผู้ใช้สิทธิ มีการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการใช้บริการที่ต่างกันออกไป

เกสร อังศุสิงห์ (2537) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการทันตกรรมที่แผนกทันตกรรมทั้งหมด 385 คน แบ่งเป็นผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐ 188 คน และโรงพยาบาลเอกชน 197 คน ผลการวิจัยพบว่า เหตุผลสำคัญที่สุดในการเลือกใช้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐ คือ คำใช้จ่ายถูก ในขณะที่เหตุผลในการเลือกใช้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากโรงพยาบาลอยู่ใกล้บ้านหรือที่ทำงาน ส่วนปัจจัยด้านความพึงพอใจในบริการ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อความสะดวกในการใช้บริการ ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการความพึงพอใจต่ออัธยาศัยของเจ้าหน้าที่และความพึงพอใจต่อการได้รับคำแนะนำ

พนิดา คำยุ (2538) ได้ศึกษาคุณภาพ การบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพ การบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร พบว่าคุณภาพการบริการที่ผู้ป่วยคาดหวัง ได้แก่ การสื่อสาร ทักษะของพยาบาล ความมีอัธยาศัยไมตรีความน่าเชื่อถือ ความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ความมั่นคงปลอดภัยและการเข้าใจและรู้จักผู้ป่วยอยู่ในระดับความคาดหวังที่สูง

ศศิวิมล สันติเวชชกุล (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ความเชื่อถือของผู้ใช้บริการที่มีต่อโรงพยาบาลนั้นผู้ใช้บริการจะให้ความสำคัญด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นอันดับแรก รองลงมาเป็นด้านการให้บริการทั่วไปของโรงพยาบาล คุณภาพของแพทย์และภาพพจน์ของโรงพยาบาลต่อความเข้าใจของผู้ใช้บริการนั้นผู้ใช้บริการให้การยอมรับเกี่ยวกับปัจจัยด้านการจัดระเบียบของห้องตรวจและความพร้อมของสถานที่ภายในห้องตรวจ ปัจจัยทั้งสองนี้มีความสำคัญในการสร้างภาพพจน์ของทางโรงพยาบาลเอกชนต่อผู้มาใช้บริการ

สไพเซีย (Spitzer อ้างถึงใน ดุษฎี ใหญ่เรืองศรี, 2541) ได้ศึกษาวิจัยและได้แนวคิดเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือ คุณภาพของการรักษา ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย ทางด้านกายภาพและจิตใจ โดยมีตัวชี้วัดคุณภาพ คือ ความเป็นมิตร เป็นกันเอง อัธยาศัยดี การได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากทีมการพยาบาล การได้รับการดูแลอย่างเป็นส่วนตัว การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและได้รับการยอมรับ มีการบริการครบทุกแผนก และสถานที่สะดวกสบาย

ไพรพนา ศรีเสน (2544) ได้ศึกษาความคาดหวังของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ที่มีความพึงพอใจต่อการได้รับการบริการ พบว่าพฤติกรรมบริการของบุคลากร มีระดับความคาดหวังแตกต่างกัน แต่ด้านคุณภาพการบริการมีระดับความคาดหวังไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ตามหลักของ Scheffe ขององค์ประกอบด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร มีเพียง 1 คู่ คือ คุณภาพการรักษาพยาบาลกับค่ารักษาไม่แพงที่แตกต่างกันส่วนอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน ในทุกองค์ประกอบ นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนครั้งที่มาใช้บริการของผู้รับบริการต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีผลทำให้อิทธิพลต่อความภักดีของผู้รับบริการที่แตกต่างกันออกไป

ดวงพร สุนทราจารย์ และสาวิตรี เทียนชัย (2545) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจ ของผู้รับบริการทันตกรรม สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยเมื่อระยะเวลาการนัดทำฟันนาน ทันตแพทย์รีบร้อนที่จะทำฟันให้เสร็จและค่ารักษาแพง ส่วนด้านที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูง คือ ทันตแพทย์พูดคุยด้วยดี เจ้าหน้าที่พูดสุภาพ และทันตแพทย์มีขีดความสามารถ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gurdal และคณะ ในปี ค.ศ. 2000 พบว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้ ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการบริการของคลินิกทันตกรรม ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย การบริหารจัดการหน่วยงานที่ดี และความสามารถในทางวิชาชีพของทันตแพทย์ และสิ่งที่ ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการบริการมากที่สุด คือ ระยะเวลาการนัดทำฟันนาน

เพ็ญแข ลาภยิ่ง (2547) จากงานวิจัยเรื่อง ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพช่องปาก ที่พบว่าปัจจัยกลุ่มหนึ่งที่สัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและไม่ใช่เศรษฐกิจ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ค่าบริการ ค่าเวลาและค่าเดินทาง และการประกันสุขภาพช่องปาก ปัจจัยที่ไม่ใช่เศรษฐกิจมี 3 ประเภท คือ ปัจจัยสังคมประชากร การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก และการมีสถานบริการประจำ ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนได้รับการพิสูจน์ในเรื่องบริการสุขภาพและสุขภาพช่องปากว่า เป็นตัวแปรหลักที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ ด้านค่าบริการสุขภาพช่องปากเมื่อบุคคลตัดสินใจที่จะบริโภคสินค้าชนิดหนึ่ง ราคาของสินค้านั้นไม่เพียงแต่สะท้อนถึงความสามารถในการจ่ายแต่ยังมีปฏิสัมพันธ์กับการบริโภคสินค้าอื่นๆ ด้วย ค่าเวลาและค่าเดินทางสะท้อนถึงภาระที่เกิดขึ้นในการแสวงหาบริการ เช่น คนติดตามไปเป็นเพื่อนหรือคนที่ต้องมาทำงานแทน ด้านการประกันสุขภาพช่องปากนั้นการประกันสุขภาพช่องปากสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการหากอุปสรรค์ของการเข้าถึงบริการเกิดจากค่าบริการ ส่วนปัจจัยที่ไม่ใช่เศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย ตัวแปรเหล่านี้นอกจากจะมีความหมายตรงตัวแล้วยังมีนัยสะท้อนถึงรสนิยมหรือคุณค่าที่มีต่อสุขภาพและบริการด้วย เช่น วัยรุ่นเพศหญิงในเขตเมืองมีแนวโน้มที่ให้ความสำคัญกับลักษณะที่ปรากฏภายนอก มากกว่ากลุ่มอื่น ด้านการศึกษาสัมพันธ์กับความรู้ การรับรู้ และทักษะในการสื่อสารกับทันตบุคลากร และการรับรู้

ปัญหาสุขภาพช่องปากหรือความสามารถในการประเมินสุขภาพช่องปากตนเองเป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับการใช้บริการ

ยอดขวัญ เรื่องรัตน์ (2547) ได้ศึกษาความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพ การบริการของโรงพยาบาลพญาไท 1 โดยกลุ่มตัวอย่างผู้บริการตรวจรักษาพยาบาลแผนก ผู้ป่วยนอก พบว่าระดับความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลพญาไท 1 ทั้งด้านเครื่องมืออุปกรณ์อาคาร สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการปฏิบัติงานของแพทย์พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ อื่นๆ ด้านการตรวจรักษาด้านการเข้าถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้รับบริการ ด้านอัตราการบริการตรวจรักษา ล้วนอยู่ในระดับสูงทั้งสิ้น ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลและความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลพญาไท 1 พบว่าปัจจัยในด้านอายุ การศึกษา อาชีพ ระดับรายได้มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการ

อรรัฐา พรธนาชัย (2548) ศึกษาเรื่องปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจใช้บริการคลินิกแพทย์ปริญญาของผู้บริโภคในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า มูลเหตุจูงใจที่ส่วนใหญ่มาใช้บริการคือ มีคนแนะนำหรือบอกต่อปัจจัยในการตัดสินใจใช้บริการคลินิกแพทย์ปริญญาของผู้บริโภคในเขตจังหวัดชลบุรี ทั้งปัจจัยด้านคุณลักษณะของแพทย์ ปั จจัยด้านคุณลักษณะของพนักงาน ปัจจัยด้านบรรยากาศในคลินิก ปัจจัยด้านอัตราค่ารักษา และปัจจัยด้านการสงเสริมการตลาด เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจใช้บริการคลินิกแพทย์ปริญญา ในระดับที่มาก

ชื่นจิตร ไตรรัตน์เจริญเวช (2550) ทำการศึกษาเรื่อง การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก โดยหาความสัมพันธ์ของการประเมินการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก ร่วมกับความพึงพอใจต่อการใช้บริการทันตกรรม แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพบริการทันตกรรมด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านความต้อเนื่องของบริการ ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับ การได้คำอธิบายจากทันตแพทย์เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การได้รับคำอธิบายวิธีการรักษาของทันตแพทย์ ด้านการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคทางทันตกรรมในปัจจุบัน ด้านระบบข้อมูลผู้ใช้บริการ ได้แก่ ทันตแพทย์ อธิบายขั้นตอนในการรักษา และการซักถามอาการเจ็บป่วย เป็นต้น ด้านการบริหารจัดการและการจัดสถานที่ เพื่อความสะดวก และด้านบริการด้านยา เช่น ความครบถ้วนของข้อมูลเกี่ยวกับยา เช่น เมื่อรับยาได้รับยาที่เขียนชื่อชัดเจน วิธีการกินยา และขนาดการใช้ยา และการให้คำแนะนำการใช้ยา ส่วนความพึงพอใจต่อการใช้บริการทันตกรรม มีคำถามในประเด็นต่างๆ ดังนี้ ด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความ

สะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ และท้ายที่สุด ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ ผลการวิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับบริการทันตกรรม พบว่าคุณภาพบริการทันตกรรมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับบริการทันตกรรม อย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพบรกิารทันตกรรมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก สิทธิปรโยชน์ทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ นั่นคือ เมื่อโรงพยาบาลมีคุณภาพบริการทันตกรรมอยู่ในระดับที่ดี ผู้สูงอายุที่มีการรับบริการทันตกรรมก็จะมีความพึงพอใจมากตามไปด้วย

ทิพาพร เสถียรศักดิ์พงศ์ (2552) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจ ความต้องการและความคาดหวังของผู้มารับบริการในคลินิกทันตกรรม พบว่า เหตุผลสำคัญที่ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกมาใช้บริการของคลินิกทันตกรรมคือ ราคาเหมาะสมร้อยละ 55.7 เนื่องจากคลินิกให้บริการ โดยคิดราคาของกระทรวงสาธาณสุขทำให้ผู้มีสิทธิเบิกได้สามารถเบิกค่ารักษาคืนได้ทั้งหมดตามสิทธิ ส่วนเหตุผลอื่นๆ คือ คุณภาพการบริการมีร้อยละ 53.5 มีทันตแพทย์เฉพาะทางร้อยละ 51.7 นอกจากนี้ผู้มารับบริการหลายคนเลือกมาใช้บริการเพราะความพึงพอในการให้บริการตรงตามความต้องการและเจ้าหน้าที่เต็มใจให้บริการ ภาพลักษณ์ความน่าเชื่อถือ สถานที่ตั้งอยู่ใกล้บ้าน

พลวัฒน์ อรรถาสิงห์ (2552) ศึกษาเรื่องปัจจัยในการตัดสินใจใช้บริการกองทันตกรรมโรงพยาบาลทหารผ่านศึก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ปัจจัยด้านค่าบริการ ผู้มาใช้บริการมีการตัดสินใจอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับการศึกษาและอาชีพต่างกันมีระดับการตัดสินใจใช้บริการแตกต่างกัน และสิทธิในการรักษาพยาบาลต่างกันมีระดับการตัดสินใจใช้บริการต่างกัน ส่วนผู้มาใช้บริการที่มีอายุต่างกันมีระดับการตัดสินใจใช้บริการกองทันตกรรมโรงพยาบาลทหารผ่านศึกโดยรวมและด้านสถานที่แตกต่างกัน

ศิริรัตน์ ศิริมาศ (2554) ได้ทำการศึกษาทัศนคติต่อสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของระบบประกันสังคมและระดับการให้ความสำคัญต่อการพิจารณาเลือกคลินิกทันตกรรมของผู้ประกันตนในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้ประกันตนเห็นว่าควรเพิ่มสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมแก่ผู้ประกันตนมากขึ้นและควรให้บริการทันตกรรมแบบเหมาจ่ายในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง โดยปัจจัยที่ผู้ประกันตนให้ความสำคัญระดับมาก ได้แก่ ค่ารักษาถูกกว่าคลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ตลอดจนบุคลิกภาพ มนุษยสัมพันธ์ความสามารถและความชำนาญของทันตแพทย์ อีกทั้งทำให้ผู้ประกันตนมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพในมาตรฐาน ระดับเดียวกับผู้รับบริการกลุ่มอื่นน่าจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ประกันตนมารับบริการมากขึ้น

จากผลงานวิจัยที่นำมากล่าวข้างต้นมีประโยชน์และเกี่ยวข้องกับผลงานวิจัยในครั้งนี้ กล่าวคือ ได้นำแนวคิด วิธีการ และผลการศึกษาดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการกำหนดวิธีวิจัย การพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ โดยพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการคลินิกทันตกรรมของผู้บริโภค ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษาอาชีพ รายได้ต่อเดือน และภูมิลำเนา แล้วยังได้รับการกระตุ้นด้วยปัจจัยหลายๆ ด้านนั่นก็คือ ความสามารถในการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ ซึ่งล้วนแต่มีผลให้ผู้รับบริการใช้เป็นองค์ประกอบในการตัดสินใจมารับบริการทันตกรรม ซึ่งผู้วิจัยจะนำทฤษฎีการเข้าถึงบริการของ เพนเชนสกี้ โทมัส (Pencharsky & Thomus) และทฤษฎีด้านคุณภาพบริการของ พาราสุไรมาน (Parasuraman) มาเป็นเครื่องมือในการวิจัยในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรมในสถานบริการรัฐ 5 แห่งในจังหวัดสมุทรปราการของผู้รับบริการที่มีสิทธิในการเลือกสถานบริการต่อไป