

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของประชาชน
ในอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

เกวลี ภางาม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของประชาชน
ในอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

.....
นางสาวเกวลี ภางาม

ผู้วิจัย

.....

.....

รองศาสตราจารย์ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์,

ปร.ด. (ประชากรและการพัฒนา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
.....

อาจารย์ธรรมรัตน์ มะโรหบุตร, Ph.D.

(Public and Social Administration)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

อาจารย์ณัฐฉิย์ มีมนต์, Ph.D.

(Public Affairs)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

รองศาสตราจารย์สุรีย์ กาญจนวงศ์,

Ph.D. (Health Psychology)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของประชาชน
ในอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557

..... เกวลี ภางาม

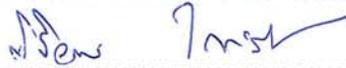
นางสาวเกวลี ภางาม

ผู้วิจัย



.....
รองศาสตราจารย์สุรีย์ กาญจนวงศ์,
Ph.D. (Health Psychology)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....
รองศาสตราจารย์ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์,
ปร.ค. (ประชากรและการพัฒนา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....
อาจารย์ณัฐฉิย์ มีมนต์, Ph.D.

(Public Affairs)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....
รองศาสตราจารย์วีรียา ชินวรรณ,
Ph.D. (American Studies)

คณบดี

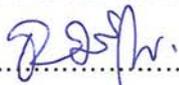
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล



.....
อาจารย์กานูพัฒน์ พุ่มพุกภัย, Ph.D.

(Medical and Health Social Sciences)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....
อาจารย์ธรรมรัตน์ มะโรหบุตร, Ph.D.

(Public and Social Administration)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....
ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถือเป็นผลงานวิจัยที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้วิจัย ซึ่งสำเร็จลงได้นั้น ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.ธรรมรัตน์ มะโรหบุตร และอาจารย์ ดร.ณัฐณิย์ มีมนต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษา ความรู้ คำแนะนำ อันเป็นประโยชน์ สำหรับผู้วิจัย และให้กำลังใจในการทำงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีนั้น ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์ กาญจนวงศ์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ รวมทั้งอาจารย์ ดร.ภาณุพัฒน์ พุ่มพฤษย์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ได้สละเวลา และให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รวมทั้งได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และ แนวทางที่เป็นประโยชน์ อีกทั้งมุ่งมองในการทำงานวิจัยที่รอบด้านมากขึ้นเพื่อให้งานวิจัยนี้มีความ สมบูรณ์ รวมถึงอาจารย์ประจำภาควิชาและเจ้าหน้าที่คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ สาขา สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกตลอด ระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบคุณผู้ร่วมงานฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลท่ากระดาน ที่คอยให้กำลังใจ และ รับผิดชอบงานแทนเมื่อผู้วิจัยต้องลางาน รวมทั้งผู้ตอบแบบสอบถาม ที่เสียสละเวลาและให้ความ ร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจสำคัญ ที่สุดในการเรียนและการทำวิทยานิพนธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นายเชาว์วรธน์ ไชยมงคล ที่คอยให้ กำลังใจและคอยช่วยเหลือทุกอย่างในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มาโดยตลอด รวมทั้งขอขอบคุณ เพื่อนๆ สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข รหัส 52 ที่คอยให้กำลังใจและให้ความ ช่วยเหลือทั้งด้านการเรียนและการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี มา ณ ที่นี้

แก้วลี ภาวาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของประชาชน ในอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี
FACTORS IN RELATION TO PERCEPTION OF QUALITY OF DENTAL CARE : VIEWS FROM
CONSUMERS IN SISAWAT DISTRICT, KANCHANABURI PROVINCE

เกวลี ภางาม 5236849 SHMS/M

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์, Ph.D., ธรรมรัตน์ มะโรหบุตร, Ph.D., ณัฐณิย์ มีมนต์, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาคุณภาพบริการทันตกรรม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม วิธีการศึกษาโดยการสำรวจ (Survey Research) ในกลุ่มผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลที่เคยรับบริการทันตกรรมทุกประเภทอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนและตามสัดส่วนขนาดประชากร สำหรับการเก็บข้อมูลได้ใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และกรอกข้อมูลตอบเอง ได้จำนวนตัวอย่าง 400 คน

การวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประเมินระดับคุณภาพบริการทันตกรรมค่อนข้างสูงในมิติด้านกระบวนการ ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ ในเรื่อง ทันตบุคลากรมีมารยาทที่ดี ($\bar{x} = 4.14$, S.D. = 0.56) และมีคำอธิบายที่เชื่อถือได้ ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.56) การประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมระดับต่ำที่สุด คือ มิติด้านโครงสร้าง ในเรื่อง การมีทันตบุคลากรที่มีชื่อเสียง ($\bar{x} = 3.27$, S.D. = 0.68) และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดึงดูดความสนใจ ($\bar{x} = 3.57$, S.D. = 0.54) และพบว่าเพศ มีความแตกต่างกับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการกับคุณลักษณะประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนความแตกต่างกับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทันตกรรม คือ ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 10.257$, P-value = 0.036) ส่วนมิติด้านผลลัพธ์ไม่พบว่าการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมมีผลกับตัวแปรใดอย่างมีนัยสำคัญ

จากข้อค้นพบเห็นว่า ภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของผู้มารับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้มารับบริการยังไม่พึงพอใจในเรื่องคุณภาพบริการทันตกรรมมากนัก สถานพยาบาลควรปรับปรุงคุณภาพบริการ โดยพิจารณาจากระดับการประเมินคุณภาพของคะแนนที่ต่ำที่สุด สำหรับงานวิจัยครั้งต่อไปควรใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ให้รายละเอียดและเห็นภาพชัดเจนมากขึ้น ขยายการศึกษาไปในหน่วยบริการอื่น สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบเชิงลึก หรืออาจแบ่งกลุ่มประชากรออกเป็นกลุ่มย่อย เพื่อให้เห็นแนวโน้มในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นไป

คำสำคัญ: คุณภาพบริการทันตกรรม/ การรับบริการทันตกรรม/ ผู้มารับบริการทันตกรรม

**FACTORS IN RELATION TO PERCEPTION OF QUALITY OF DENTAL CARE :
VIEWS FROM CONSUMERS IN SISAWAT DISTRICT, KANCHANABURI
PROVINCE****KEVALEE PANGAM 5236849 SHMS/M****M.A.(MEDICAL AND HEALTH SOCIAL SCIENCES)****THESIS ADVISORY COMMITTEE: SIRIWAN GRISURAPONG, Ph.D.,
THAMMARAT MAROHABUTR, Ph.D., NATTHANI MEEMON, Ph.D.****ABSTRACT**

This study investigates the quality of dental services and related factors. Survey research was the methodology used in this study. The sample consisted of 400 patients who have had previous dental treatments aged older than 20 years and residing in Sisawat District, Kanchanaburi. The research instrument was a questionnaire using multi-stage sampling to collect data.

The study reveals that the perception of the participants regarding the quality of dental service received was high, dentist etiquette ($\bar{x} = 4.14$, S.D. = 0.56) and reliable explanation ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.56). The lowest levels of participants regarding quality dental service is in the structural dimension of having a renowned dentist ($\bar{x} = 3.27$, S.D. = 0.68) followed by attractive facilities ($\bar{x} = 3.57$, S.D. = 0.54) are perceived to be relatively low. It was also found that the perceived quality of dental care structure was statistically different across sex ($\chi^2 = 18.597$, $P = 0.000$) as well as the process ($\chi^2 = 31.540$, $P = 0.000$). Transportation expenses related to the quality of dental service is significantly different ($\chi^2 = 10.257$, $P = 0.036$). However, the perceived quality was different across groups.

In general, opinions regarding the quality of dental services as viewed by the recipients was at a moderate level. This study reveals that recipients are not satisfied with the quality of dental service. The hospital has to improve its service quality which received the lowest scores. In terms of result, this research was able to identify that the quality assessment of dental service has an effect on other factors significantly. It is suggested that results from the statistics should be used to create a developmental program that can be implemented for intensive and distinctive data analysis. Future investigations should extend to other work-units, either in-depth interviews or categorizing the population into small groups, which will help discover trends for improving the quality of dental service in the hospital.

**KEY WORDS: DENTAL QUALITY SERVICE / DENTAL SERVICE RECEIVE /
RECIPIENT**

124 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญรูปภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.4 สมมติฐานการวิจัย	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาวิจัย	4
1.6 ขอบเขตการวิจัย	5
1.7 ขอบเขตของเนื้อหา	5
1.8 คำจำกัดความในการวิจัย	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	7
2.1 ระบบบริการสุขภาพช่องปาก	7
2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพ	11
2.3 คุณภาพบริการสุขภาพโดยรวม (Quality)	15
2.4 คุณภาพบริการทันตกรรม (Quality Of Dental Care)	28
2.5 แนวคิดคุณภาพบริการ (Donabedian’s Conceptual Framework)	29
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	39

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	40
3.1 รูปแบบการศึกษา	40
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
3.3 การเลือกสุ่มตัวอย่าง	42
3.4 เครื่องมือในการศึกษา	43
3.5 ลักษณะและเนื้อหาของแบบสอบถาม	43
3.6 ขั้นตอนการดำเนินงาน	48
3.7 ข้อควรพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัย	49
3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
3.9 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์	50
บทที่ 4 ผลการวิจัย	51
4.1 ข้อมูลทั่วไป	52
4.2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้บริการทันตกรรมของกลุ่ม ตัวอย่าง และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง	56
4.3 ภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม	58
4.4 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการ ทันตกรรมของมิติแต่ละด้าน กับคุณลักษณะประชากร และการใช้บริการ ทางทันตกรรม	62
บทที่ 5 อภิปราย สรุปผล และข้อเสนอแนะ	78
5.1 อภิปรายผล	78
5.2 สรุปผล	82
5.3 ข้อเสนอแนะ	85
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	87
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	99
บรรณานุกรม	111
ภาคผนวก	119
ประวัติผู้วิจัย	124

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
3.1	จำนวนประชากรกลางปี 2555 จำแนกตามตำบล	40
3.2	พื้นที่และขนาดตัวอย่าง โดยจำแนกตามตำบล/หมู่บ้าน	43
4.1	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประชากร	53
4.2	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง	57
4.3	จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการโดยรวม จำแนกตามการรับบริการทันตกรรมตามมิติคุณภาพ 3 ด้าน	60
4.4	ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการประเมินคุณภาพของมิติด้านโครงสร้างกับ คุณลักษณะประชากร	63
4.5	ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านโครงสร้างกับการใช้ บริการทางทันตกรรม	65
4.6	ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการกับ คุณลักษณะประชากร	68
4.7	ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการกับการใช้ บริการทางทันตกรรม	70
4.8	ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านผลลัพธ์กับคุณลักษณะ ประชากร	73
4.9	ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านผลลัพธ์กับการใช้บริการ ทางทันตกรรม	75

สารบัญรูปร่างภาพ

รูปภาพ		หน้า
2.1	องค์ประกอบคุณภาพบริการในระบบสุขภาพ	16
2.2	แบบจำลองคุณภาพการบริการของกรอนรัฐ	20
2.3	แบบจำลองคุณภาพการบริการจากความแตกต่างระหว่างการรับรู้และความคาดหวังของการให้บริการของผู้รับบริการ	26
2.4	รูปแบบ Model ของ Donabedian	29
2.5	กรอบแนวคิดเกี่ยวกับบริการทันตกรรม ในลักษณะต่างๆทางประชากร	33

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีสุขภาพของฟันและช่องปากที่ไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยทั่วไป คุณภาพชีวิต ครอบครัว เศรษฐกิจ และค่าใช้จ่าย การดำเนินกิจวัตรประจำวันและสภาพจิตใจ อารมณ์ของคนในครอบครัว ความไม่มั่นใจในตนเองในขณะที่เข้าสังคม ในส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความจำเป็นที่รัฐต้องจัดบริการบำบัดรักษา และการขาดงานของประชาชน ซึ่งทำให้ประเทศสูญเสียผลผลิต นอกจากนี้สภาพปัญหาและผลกระทบที่กล่าวแล้ว ก็ยังพบว่า การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพช่องปาก ซึ่งรวมอยู่ในสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพนั้น ยังไม่สามารถสนองตอบต่อความจำเป็นที่ต้องการของประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน ระหว่างผู้ที่มีฐานะแตกต่างกัน ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการดังกล่าวคือ การที่บุคลากรในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งทันตแพทย์ มีจำนวนไม่เพียงพอและมีการกระจายไปตามพื้นที่ในลักษณะที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งยังขาดความร่วมมือประสานงานกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการใช้บุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด (วีระศักดิ์ พุทธาศรีและคณะ, 2552)

การพัฒนาคุณภาพบริการให้อยู่ในระดับสูงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ทำให้การบริการประสบความสำเร็จ ระดับคุณภาพบริการเป็นกระบวนการบ่งชี้ถึงคุณภาพซึ่งสามารถทำได้โดยการประเมินระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ สำหรับการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งรวมไปถึงการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการทางทันตกรรมเช่นเดียวกัน โดยมุ่งเน้นที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (พิชญญาณ์ อัครวิระพัฒน์, 2553)

ปัญหาสุขภาพฟันและช่องปากไม่ใช่ปัญหาใหม่ของประเทศไทย จากการติดตามสถานการณ์ ดูเหมือนแนวโน้มที่ดีขึ้นเมื่อดูจากตัวชี้วัดต่างๆ เช่น อัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรม รวมไปถึงการแปรงฟันเป็นประจำและการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แต่สภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตประจำวัน การอบรมเลี้ยงดูบุตร การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ตลอดจนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ และ

สัดส่วนการรับประทานผัผลไม้ ี่ให้เห้เห็นว่า ปัญหาด้านทันตสุขภาพจะทวีความรุนแรงขึ้นในอนาคค (สุณี วงศ์คองคาเทพ, 2550)

อัตรการใ้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยเปรียบเทียบระหว่างปี 2550 และ 2552 พบว่ามีประชาชนไทยเคยใ้บริการทันตกรรมเท่ากับ 5.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8.4 ของประชากรทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยของการมารับบริการทันตกรรมเท่ากับ 1.5 ครั้ง/คนที่เคยใ้บริการ/ปี ขณะที่ปี 2552 มีผู้ใ้บริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 6.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.1 ของประชากรทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยของการรับบริการทันตกรรมเท่ากับ 1.7 ครั้ง/คนที่เคยใ้บริการ/ปี กลุ่มอายุที่ใ้บริการสูงสุดทั้ง 2 ครั้ง คือ กลุ่มวัยเรียน 5-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.3 และ 14.7 ส่วนกลุ่มอายุที่ใ้บริการต่ำที่สุด คือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี ร้อยละ 2.1 และ 3.2 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราใ้บริการที่ต่างกัน 4.6-6 เท่า เมื่อจำแนกตามพื้นที่พบว่าประชาชนในกรุงเทพมหานครใ้บริการทันตกรรมสูงสุดร้อยละ 13.9 สูงกว่าพื้นที่นอกเขตเทศบาลเกือบ 1.7-1.9 เท่า เมื่อจำแนกอัตรการใ้บริการทันตกรรมตามลัทธิสวัศคการรักษายาบาล พบว่ากลุ่มที่มีลัทธิข้าราชการมีอัตรการใ้บริการสูงสุดร้อยละ 14.5-16 สูงกว่ากลุ่มลัทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถึง 2 เท่า

ชนิดบริการทันตกรรมที่ใ้บริการสูงสุดในปี 2550 และปี 2552 เรียงตามสัดส่วนที่ใ้ 3 อันดับแรก คือ บริการถอนฟัน ขูดหินปูน และอุดฟัน คิดเป็นร้อยละ 39.4-40.6 ,23.0-23.8 และ 18.9-19.2 ตามลำดับ โดยมีการใ้ฟันเทียมเท่ากับร้อยละ 3.9 และบริการจัดฟันร้อยละ 1.9-2.3 ประชากรทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่ใ้บริการถอนฟันสูงสุดร้อยละ 34.7-56.1 ในปี 2550 และร้อยละ 20.9-55.5 ในปี 2552 ยกเว้นกลุ่มวัยรุ่นซึ่งมีกรับบริการขูดหินปูนร้อยละ 30.9 อุดฟันร้อยละ 25.8 ในปี 2550 ขณะที่ปี 2552 ส่วนใหญ่รับบริการอุดฟันร้อยละ 31.3 และขูดหินปูน ร้อยละ 25.3 ในกลุ่มนี้ยังมีการใ้บริการจัดฟันร้อยละ 10 ของบริการทั้งหมด ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุใ้บริการใ้ฟันเทียมร้อยละ 15.6-16.6 ขณะที่ประชากรในกรุงเทพฯส่วนใหญ่ร้อยละ 40.6-40.7 ใ้บริการขูดหินปูน แต่ที่ในส่วนภูมิภาคส่วนใหญ่ใ้บริการถอนฟัน โดยในเขตเทศบาลพบร้อยละ 32.2-35.5 และพื้นที่นอกเขตเทศบาลพบร้อยละ 48.2-48.8

เมื่อจำแนกตามลัทธิสวัศคการรักษายาบาล พบว่ากลุ่มที่มีลัทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่ใ้บริการถอนฟันสูงสุด ลดลงจากร้อยละ 50.5 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 46.7 ในปี 2552 ขณะที่กลุ่มลัทธิประกันสังคม/ประกันเอกชน ใ้บริการขูดหินปูนเพิ่มจากร้อยละ 46.5 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 48 ในปี 2552 กลุ่มลัทธิข้าราชการใ้บริการในด้านขูดหินปูน อุดฟัน และถอนฟันในสัดส่วนใกล้เคียงกันร้อยละ 26.5-29.6 (สุณี วงศ์คองคาเทพ, 2550)

ในการเข้ารับบริการสุขภาพของประชาชน บางครั้งพบว่าปัญหาความขัดแย้งในระบบบริการสุขภาพ เกิดจากช่องว่างในเรื่องการรับรู้คุณภาพ กล่าวคือ ประชาชนมีความคาดหวัง

ต่อคุณภาพโรงพยาบาลไว้อย่างหนึ่ง แต่สิ่งที่ประชาชนได้รับจากการบริการสุขภาพกับสิ่งที่คาดหวังไว้นั้นไม่สอดคล้องกัน ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ดังเช่นการศึกษาของ Bennett (1994) (อ้างถึงในอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543) ซึ่งทำการศึกษารับรู้ของผู้บริโภคในกรุงเทพฯ พบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ตอบบอกถึงประสบเหตุการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจเกี่ยวกับการบริการของโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจ ความล่าช้า คิวยาว บริการไม่ดี มารยาทไม่ดี ส่วนความไม่พึงพอใจต่อโรงพยาบาลเอกชนคือ เรื่องราคา การวินิจฉัยไม่ถูกต้อง แพทย์ไม่เก่ง ไม่มีจริยธรรม ความไม่พึงพอใจต่อโรงพยาบาลรัฐคือเรื่องการแข่งขันและความไม่เท่าเทียมกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่านักวิชาการหลายท่านในหลายกลุ่มประเทศได้มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่อง คุณภาพบริการ (Service Quality) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวม และส่วนใหญ่จะขึ้นกับสองส่วนที่แตกต่างกันคือความคาดหวังของผู้รับบริการ (Customer expectation) และการรับรู้ที่ผู้รับบริการได้รับ (Customer perception) อาทิ Gronroos (1982), Smith and Houston(1982), Parasuraman et al(1985), Zineldin(1996) และ Schmenner (1995) เป็นต้น แต่การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีการศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทัศนคติของประชาชน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเกิดความสนใจที่จะศึกษาเพื่อให้ทราบถึงการประเมินคุณภาพบริการทัศนคติของผู้มารับบริการ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทัศนคติ

1.2 คำถามการวิจัย

- 1.2.1 การประเมินคุณภาพบริการทัศนคติของผู้มารับบริการเป็นอย่างไร
- 1.2.2 ปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทัศนคติ

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.3.1 เพื่อศึกษาการประเมินคุณภาพบริการทัศนคติของผู้มารับบริการทัศนคติ
- 1.3.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทัศนคติ

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1.4.1 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม

1.4.2 การใช้บริการทางทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม

1.4.3 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านโครงสร้าง

1.4.4 การใช้บริการทางทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านโครงสร้าง

1.4.3 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านกระบวนการ

1.4.4 การใช้บริการทางทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านกระบวนการ

1.4.3 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านผลลัพธ์

1.4.4 การใช้บริการทางทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านผลลัพธ์

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาวิจัย

1.5.1 ทำให้ทราบถึงการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของผู้มารับบริการ

1.5.2 ทำให้ทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม

1.5.3 เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการทันตกรรมให้ดียิ่งขึ้น

1.6 ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ศึกษาในที่นี้ คือ ผู้ที่อยู่ในอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ที่เคยรับบริการทันตกรรม จากสถานพยาบาลที่มีการบริการด้านทันตกรรม ในอำเภอศรีสวัสดิ์ โดยทำการศึกษาในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึง มกราคม พ.ศ.2557

1.7 ขอบเขตของเนื้อหา

ทำการศึกษานบนพื้นฐานทฤษฎีของ Donabedian (Chang & Chang ,2012)

1.8 คำจำกัดความในการวิจัย

คุณภาพบริการ (Service Quality) หมายถึง การประเมินจากการรับรู้ หรือการลงความเห็นของผู้รับบริการ เกี่ยวกับการให้บริการโดยรวม เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบของผู้รับบริการ ระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการ และการบริการที่ได้รับจริง

คุณภาพบริการทันตกรรม (Quality of dental service)

โดยใช้แนวคิดของ Donabedian ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ด้านโครงสร้าง (Structure) จะประกอบไปด้วย 2 ข้อย่อย คือ

ลักษณะทางกายภาพ (Physical) ได้แก่ มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัย, มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดึงดูดความสนใจ, มีลักษณะภายนอกที่สะอาดและถูกสุขลักษณะ, มีอุปกรณ์ และเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ และมีการเข้าถึงอย่างสะดวก

บุคลากร (Staff) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ บุคลากรแต่งกายดี เรียบร้อย, มีทัศนบุคลิกภาพที่เพียงพอ และมีทัศนบุคลิกภาพที่มีชื่อเสียง

ด้านกระบวนการ (Process) จะประกอบไปด้วย 4 ข้อย่อย คือ

ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism) ได้แก่ ทัศนบุคลิกภาพมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี, ปฏิบัติหน้าที่อย่างเป็นธรรมชาติ, มีความรู้ลึกซึ้งตลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ที่ทำการผ่าตัด, มีอาการเจ็บปวดลดลงเมื่อได้รับการดูแล และมีการตรวจช่องปากอย่างละเอียด

การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ได้แก่ มีคำอธิบายที่เชื่อถือได้, ทัศนบุคลิกภาพมีมารยาทที่ดี, มีการอธิบายเรื่องการวินิจฉัยโรคและการรักษาอย่างใกล้ชิด และตอบคำถามเกี่ยวกับข้อสงสัยของผู้ป่วย

ปฏิกริยาตอบสนอง (Reactivity) ได้แก่ มีการบริการที่ตรงเวลา, มีลักษณะท่าทางเห็นอกเห็นใจต่อปัญหาของผู้ป่วย, มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย และมีทัศนคติที่ดีต่อการบริการ

การบริหารจัดการ (Administration) ได้แก่ ใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษาตัวในโรงพยาบาล, มาตรฐานใช้ตรงเวลา, รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย, มีการจัดบันทึกอาการของผู้ป่วยโดยไร้ข้อผิดพลาด, มีการนัดหมายที่สะดวก และมีรายการที่ระบุไว้อย่างชัดเจนในเรื่องค่าใช้จ่าย

ด้านผลลัพธ์ (Outcome) มี 1 ข้อย่อย คือ

ผลลัพธ์ภายหลังการบริการ (Outcomes of the services) ได้แก่ ความปวดลดลงหลังการรักษา, มีความเชื่อมั่นมากขึ้นหลังเข้ารับการรักษา และมีค่าบริการทางทันตกรรมเป็นที่ยอมรับได้ (Chang & Chang ,2012)

การบริการทางทันตกรรม

บริการทันตกรรมปฐมภูมิ หมายถึง ให้บริการทันตกรรมพื้นฐาน การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปาก

บริการทันตกรรมทุติยภูมิ หมายถึง ให้บริการทันตกรรม อุดฟัน ขูดหินปูน รักษาารากฟัน ใใส่ฟันปลอม

บริการทันตกรรมตติยภูมิ หมายถึง ให้บริการทันตกรรมที่ซับซ้อน อุดฟัน ขูดหินปูน รักษาารากฟัน ใใส่ฟันปลอม ศัลยศาสตร์ช่องปากและกระดูกขากรรไกร

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของประชาชน ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในขอบเขต ดังต่อไปนี้

- 2.1 ระบบบริการสุขภาพช่องปาก
- 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพ
- 2.3 คุณภาพบริการสุขภาพโดยรวม (Quality)
- 2.4 คุณภาพบริการทันตกรรม (Quality Of Dental Care)
- 2.5 แนวคิดคุณภาพการบริการ (Donabedian's Conceptual Framework)
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ระบบบริการสุขภาพช่องปาก

เป้าหมายของระบบบริการสุขภาพช่องปากก็เช่นเดียวกับระบบบริการสุขภาพ คือการให้บริการแก่ผู้จำเป็นต้องได้รับบริการ (Needs) ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากโรคในช่องปากของประชาชนไทยมีความชุกสูง เกิดได้ทุกกลุ่มอายุ และประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ความต้องการบริการและการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชน (Service demand และ Service utilization) กลับไม่ได้สูงตามความจำเป็น ผลการศึกษาของศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ (2545) พบว่าปีแรกของการจัดบริการภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีประชาชนมารับบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 แต่รายการบริการที่ได้รับใน 1 ครั้ง กลับน้อยกว่าก่อนมีนโยบาย เป็นตัวชี้ว่าเมื่อมีผู้ให้บริการอยู่เท่าเดิม แม้จะมีแรงจูงใจให้ประชาชนมารับบริการเพิ่มมากขึ้น แต่การบริการต่อครั้งกลับมีน้อยลง

2.1.1 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544) ได้กล่าวถึงลักษณะที่พึงมีของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเชิงสังคม ไว้ดังนี้

1) ควรส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรม (equity) ในการกระจายภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไปสู่คนหมู่มาก ในลักษณะเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขในสังคมตามฐานะและความสามารถทางเศรษฐกิจ ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียม (equality) ในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นภายใต้กรอบมาตรฐานเดียวกัน

2) ควรอำนวยให้เกิดประสิทธิภาพ (efficiency) ในระบบสุขภาพทั้งด้านการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency) ให้การใช้ทรัพยากรตรงต่อความต้องการและสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับสุขภาพของประชาชนมากที่สุด การกระตุ้นให้มีการเลือกใช้บริการและเทคโนโลยีที่เหมาะสมและคุ้มค่า (cost effectiveness) และการส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการใกล้บ้านที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพทางเทคนิค (Technical efficiency) ในการบริการรวมถึงการบริหารจัดการที่ดี

3) ควรเอื้อให้เกิดทางเลือกในการรับบริการที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่คุณภาพของบริการที่ดี เป็นระบบที่เปิดโอกาสให้มีบริการที่หลากหลาย ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ไม่แบ่งแยกบทบาทของผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน และให้มีการแข่งขันกันในด้านประสิทธิภาพและการพัฒนาคุณภาพของบริการภายใต้ข้อกำหนดมาตรฐานด้านคุณภาพ จริยธรรม และแนวทางการดำเนินงานของผู้ให้บริการเป็นที่ยอมรับ

4) ควรมุ่งสู่การ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าไม่ใช่เพียงการคุ้มครองค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยเท่านั้น หากแต่ครอบคลุมบริการสุขภาพในด้านอื่นด้วย โดยเฉพาะบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ประชาชนดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดจากการที่รัฐบาลมีความตั้งใจที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพโดยถ้วนหน้า และได้รับเริ่มนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคขึ้นโดยมีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2545 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติซึ่งบุคคลในขั้นนี้

หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย ดังนั้นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ บุคคลที่มีสัญชาติไทยมีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักและไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้

2.1.2 แนวคิดการประกันสังคม

การประกันสังคม คือ การที่ประชาชนผู้มีรายได้แต่ละคนได้มีส่วนช่วยตัวเอง หรือครอบครัวโดยร่วมกันเสี่ยงภัยหรือช่วยเหลือบำบัดทุกข์ยากเดือดร้อนซึ่งกันและกันระหว่างผู้มีรายได้ในสังคมด้วยการออกเงินสมทบเข้ากองทุนกลางที่เรียกว่า กองทุนประกันสังคม โดยมีนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนนี้ กองทุนนี้จะจ่ายประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ส่งเงินสมทบเพื่อบรรเทาความทุกข์ยากหรือความเดือดร้อน เช่น เจ็บป่วย คลอดบุตร ว่างาน ชราภาพ เป็นต้น ทั้งนี้รัฐเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ การประกันสังคมจึงเป็นสวัสดิการสังคมวิธีหนึ่งที่พึ่งตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชน โดยมีความมุ่งหมายที่จะเป็นหลักประกันและคุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชน ให้มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตแม้มีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องขาดแคลนรายได้ก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข (สำนักงานประกันสังคม 2537) นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการประกันสังคมอีกหลายแนวคิด ดังนี้

จำลอง ศรีประสาธน์ (2531) ได้ให้ความหมายของการประกันสังคมไว้ว่า มาตรการหนึ่งในการจัดบริการด้านสวัสดิการสังคม เพื่อจะคุ้มครองป้องกันประชาชนที่มีรายได้ประจำมิให้ได้รับความเดือดร้อนในความเป็นอยู่ของชีวิต เมื่อต้องสูญเสียรายได้ทั้งหมดหรือบางส่วน หรือมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการครองชีพ

อมร รักษาสัตย์ (2533) การประกันสังคม หมายถึง การประกันภัยให้แก่ประชาชนในสังคมวงกว้างกว่าการประกันภัยภาคเอกชน ได้แก่ การที่รัฐบาลหนุนหลังหรือจัดการให้นายจ้าง ลูกจ้าง จัดระบบประกันให้รูปแบบต่างๆ เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงแก่บรรดาผู้ที่เกี่ยวข้อง การประกันสังคมจึงเป็นโครงการประเภทที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ เพื่อการรักษาพยาบาลที่เจ็บไข้ การประกันรายได้เมื่อตกงาน การประกันรายได้ยามชราพ้นวัยทำงาน การประกันเป็นเรื่องของผู้ที่ให้ประกันภัยกับผู้เอาประกัน ซึ่งโดยหลักการแล้วผู้เอาประกัน ซึ่งโดยหลักการแล้วผู้เอาประกัน คือ ผู้ที่ได้รับประโยชน์ภายหลังจากเกิดกรณีที่ตนประกันไว้

บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ (2535) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การประกันสังคม หมายถึง โครงการที่รัฐบาลจัดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างความมั่นคงและหลักประกันให้แก่ประชาชน โดยมีการเก็บเงินส่วนหนึ่งจากประชาชนที่มีรายได้นำมาสมทบพร้อมกันเป็นกองทุนกลาง เพื่อ

นำไปช่วยเหลือประชาชนในกรณีที่ประสบเคราะห์กรรม เช่น อุบัติเหตุ เจ็บป่วย ทูพผลกระทบในกรณีตกงานและชราภาพ โดยปกติการประกันสังคมในขั้นต้นจะให้บังคับแก่คนทำงานที่รับค่าจ้าง โดยคนงานและนายจ้างเป็นผู้ส่งมอบเงินสมทบและรัฐบาลจะออกเงินสมทบอีกส่วนหนึ่ง

วิชัย โธสุวรรณจินดา (2535) ได้ให้ความหมายของการประกันสังคม คือ การทำให้สังคมมีความมั่นคงและทำให้ประชาชนมีความสุข โดยได้รับความช่วยเหลือในยามที่เดือดร้อนจำเป็นเพื่อจะได้ไม่กลายเป็นภาระต่อสังคม ตามหลักการจะก่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม (Social Security) นั้น รัฐเองก็มีภาระรับผิดชอบที่จะต้องให้การช่วยเหลือแก่ผู้ประสบความเดือดร้อนจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในรูปของการประสาชงเคราะห์และการสาธารณสุข ส่วนนายจ้างก็ต้องดูแลลูกจ้างที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานหรือรักษาผลประโยชน์ให้แก่นายจ้าง แต่การดำเนินการของรัฐที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ การดำเนินการของรัฐที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ การดำเนินการของนายจ้างก็มีขอบเขตจำกัดเพียงที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเท่านั้น แม้แต่นายจ้างบางรายจะตกลงกับลูกจ้างจ่ายเงินสมทบเพื่อให้ลูกจ้างจ่ายเงินสมทบให้ลูกจ้างมีรายได้เลี้ยงชีพ เมื่อต้องพ้นจากการเป็นลูกจ้าง ประโยชน์ที่ลูกจ้างได้รับก็ยังเป็นประโยชน์ส่วนน้อย เมื่อเทียบกับความจำเป็นที่ลูกจ้างมีอยู่

จากความหมายต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น สามารถให้สรุปได้ว่า การประกันสังคมคือ ระบบสวัสดิการรูปแบบหนึ่งที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการเพื่อสร้างความมั่นคงให้แก่ผู้มีรายได้ประจำ โดยมีหลักการให้รัฐบาล นายจ้าง และลูกจ้างร่วมกันออกเงินสมทบกองทุน โดยกองทุนนี้จะจ่ายประโยชน์ทดแทนในยามที่เดือดร้อนด้านชีวิตความเป็นอยู่

2.1.3 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการลูกจ้าง หรือพนักงานของรัฐ และรัฐวิสาหกิจ

ค่าบริการทางทันตกรรม หมายถึงค่าบริการในการรักษาทางทันตกรรมตามรายหัตถการหรือรายโรคโดยการคิดค่าบริการให้คิดครอบคลุมค่าเครื่องมือค่ายาพื้นฐานที่ใช้และวัสดุสิ้นเปลืองด้วย

ทั้งนี้ค่าบริการทางทันตกรรมที่เบิกได้ต้องเป็นไปเพื่อการรักษายาบาลการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุเช่นการถอนฟันอุดฟันขูดหินปูนการจัดฟันเฉพาะกรณีประสบอุบัติเหตุ (โดยให้มีหนังสือรับรองแสดงเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย) การพิมพ์ปากเพื่อการรักษา สำหรับค่าจัดฟันค่าใส่เดือยค่าฟันเทียมค่าครอบฟันและการทำหัตถการเพื่อเป็นการป้องกัน(เช่นการเคลือบหลุมร่องฟันเคลือบฟลูออไรด์) เบิกไม่ได้

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBBS) เป็นสวัสดิการความคุ้มครองทางสุขภาพที่รัฐบาลให้แก่ข้าราชการและข้าราชการบำนาญตลอดจนสมาชิกในครอบครัวอันได้แก่ คู่สมรสบิดามารดาและบุตรธิดาที่อายุไม่เกิน 20 ปี ไม่เกิน 3 คน

ข้อเท็จจริงนี้ สรุปได้ว่า ผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ-รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม เป็นผู้ที่มียาได้สูงกว่า ผู้มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยังมีความลึกลับของการให้ บัตร มี ท. และไม่มี ท. เนื่องจากขาดประสิทธิภาพในการออกบัตรสงเคราะห์ฯ ให้ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย (สุพล ติมวัฒนานนท์และคณะ, 2548)

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพ

แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและไม่ใช้เศรษฐกิจ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ค่าบริการ ค่าเวลาและค่าเดินทาง และการประกันสุขภาพช่องปาก ปัจจัยที่ไม่ใช้เศรษฐกิจมี 3 ประเภท คือ ปัจจัยสังคมประชากร การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก และการมีสถานบริการประจำ (เพ็ญแข ลากยัง และมนิธี ก่อเสวตพงศ์, 2547)

2.2.1 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

1) ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

รายได้หรือความมั่นคงเป็นตัวแปรที่ใช้อธิบายบ่อยที่สุด และความสามารถในการจ่ายเพื่อบริการก็ถูกพิจารณาว่าเป็นอุปสรรคขั้นต้นในการแสวงหาบริการ ฐานะทางเศรษฐกิจได้รับการพิสูจน์ในเรื่องบริการสุขภาพ และสุขภาพช่องปากว่า เป็นตัวแปรหลักที่สัมพันธ์กับการใช้บริการ หลังการควบคุมตัวแปรอื่นๆแล้ว และแม้ว่าการศึกษาในไทย ซึ่งมีเพียงการศึกษาเดียวที่ครอบคลุมตัวแปรทางเศรษฐกิจจะพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างรายได้และบริการสุขภาพช่องปาก แต่ก็ยังควรตรวจสอบต่อไปเช่นเดียวกับตัวแปรอื่นๆ

2) ค่าบริการสุขภาพช่องปาก

เมื่อบุคคลตัดสินใจที่จะบริโภคสินค้าชนิดหนึ่ง ราคาของสินค้านั้นไม่เพียงแต่สะท้อนถึงความสามารถในการจ่าย แต่ยังมีปฏิสัมพันธ์กับการบริโภคสินค้าอื่นๆด้วย เช่น การซื้อยาบรรเทาอาการปวดแทนการไปใช้บริการทันตกรรม

3) ค่าเวลาและค่าเดินทาง

หากศึกษาในกลุ่มอาชีพประเภทเดียวกันเช่น ภาคเกษตรกรรม หรือรับจ้าง ค่าเวลาจะถูกควบคุมโดยอัตโนมัติ ค่าเวลาเป็นสัดส่วนของรายได้และสะท้อนถึงภาระที่เกิดขึ้นในการแสวงหาบริการ เช่น คนติดตามไปเป็นเพื่อน หรือ คนที่ต้องมาทำงานแทน

4) การประกันสุขภาพที่ครอบคลุมสุขภาพช่องปาก

การประกันสุขภาพช่องปาก สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการ หากอุปสรรคของการเข้าถึงบริการเกิดจากค่าบริการ ในประเทศไทยสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากมีอยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการประกันสังคม และโครงการสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจด้านการรักษาพยาบาล แต่ประกันสุขภาพเอกชนส่วนใหญ่ไม่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปาก และที่มีก็มักเป็นเฉพาะกรณีที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ซึ่งแพทย์ผู้รักษาต้องระบุปัญหาช่องปากในการตรวจครั้งแรก ในกรณีนี้การมีประกันสุขภาพจึงแตกต่างจากการมีประกันสุขภาพช่องปากซึ่งการจะทราบแน่ชัด ต้องสอบถามถึงความคุ้มครองของโครงการประกันนั้น

2.2.2 ปัจจัยที่ไม่ใช่เศรษฐกิจ

1) ปัจจัยสังคมประชากร

คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สถานะทางการศึกษาและอาชีพ เป็นปัจจัยทางสังคมที่มักถูกใช้เป็นตัวแทนชนชั้นทางสังคม (social class) โดยการศึกษาสัมพันธ์กับความรู้ การรับรู้ และทักษะในการสื่อสารกับทันตบุคลากร สถานะทางอาชีพไม่เพียงแต่สะท้อนถึงความมั่นคงทางรายได้เท่านั้น แต่ยังสื่อถึงความสามารถในการทำงานซึ่งเอื้อต่อการมาใช้บริการของบุคคล

2) การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก

การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก หรือความสามารถในการประเมินสุขภาพช่องปากตนเองเป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับการใช้บริการ โดยสะท้อนถึงการรับรู้ความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งถูกชี้นำด้วยความไม่สบายจากอาการของโรค การจัดลำดับความสำคัญของการไปใช้บริการ ความสำคัญที่ให้กับลักษณะที่ปรากฏภายนอก และความตระหนักต่ออาการที่มี

3) การมีสถานบริการประจำ

การมีสถานบริการประจำสะท้อนถึงการเข้าถึงการเข้าถึงบริการเนื่องจาก ทราบว่าจะไปใช้บริการได้ที่ไหน ในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้บริการเป็นประจำแม้จะไม่มีสถานบริการประจำ แต่หากเคยมีประสบการณ์ใช้บริการในอดีต ก็สามารถระบุได้ว่าหากต้องไปใช้บริการแล้วจะไปใช้บริการที่ไหน

ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นเป็นปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ แต่การจัดให้มีบริการและอำนาจของวิชาชีพที่มีเหนือกว่าผู้ใช้บริการก็เป็นที่ยอมรับกันว่า มีอิทธิพลต่อการใช้บริการของประชาชน

การพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมีคุณภาพ ที่ประชาชน สามารถเข้าถึงได้สะดวก มีหลักการสำคัญในการจัดบริการสาธารณสุข 4 ประการ คือ หลักของความเสมอภาค ในการเข้าถึงบริการ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางด้านรายได้ และสถานะทางสังคม, หลักของความเป็นธรรมในการจัดบริการสาธารณสุขที่สนองตอบต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ, หลักของเสรีภาพ คือ ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้บริการตามกำลังทรัพย์ และหลักของประโยชน์สูงสุด หรือหลักของประสิทธิภาพ ที่คำนึงถึงการให้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด (เพ็ญแข ลาภยัง และมนิธี ก่อเสวตพงศ์, 2547)

2.2.3 ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร

1) เพศ

ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพศเป็นตัวแปรหนึ่งที่ถูกนำมาศึกษาอย่างแพร่หลาย และผลการศึกษา พบว่าเพศมีความหลากหลายในผลของความสัมพันธ์ต่อเรื่องต่าง ๆ เช่น จากผลการศึกษาของจากรุวรรณ ขำประเสริฐ (2551) พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ คือ เพศ ส่วนหัตยา แก้วกิมและคณะ (2554) พบว่าประชาชนที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้พบว่าเพศที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ

2) อายุ

อายุเป็นข้อบ่งชี้ภาวะหรือความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตัวเอง นิสัย การรับรู้ และการแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามระดับพัฒนาการของอายุ จากรุวรรณ ขำประเสริฐ (2551) และจากการศึกษาของหัตยา แก้วกิมและคณะ (2554) พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31- 40 ปีมากที่สุดและกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการพบว่าอายุที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร สิทธิโชคธรรม (2548) ที่พบว่าประชาชนที่มีอายุต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่แตกต่างกันและสอดคล้องกับการศึกษาของโชนิตา แก้วเกษ (2552) ซึ่งพบว่าผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพบริการ

3) สถานภาพสมรส

จากการศึกษาของหัทธยา แก้วกิมและคณะ (2554) พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดแต่สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยกมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการพบว่าสถานภาพสมรสที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ

4) ระดับการศึกษา

ความสามารถในการดูแลตนเองพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตพัฒนาจากการใช้สติปัญญา การอบรมสั่งสอนและประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (ฉวีวรรณ โคมโลทก, 2544) จากการศึกษาค้นคว้าของหัทธยา แก้วกิมและคณะ (2554) พบว่า ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการพบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการซึ่งขัดกับการศึกษาของวิภาภัทร์ วีระวัฒน์กานนท์ (2549) และโชษิตา แก้วเกษ (2552) ซึ่งพบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

5) อาชีพ

หัทธยา แก้วกิมและคณะ (2554) พบว่า อาชีพรับราชการมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้พบว่าอาชีพที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการและสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาภัทร์ วีระวัฒน์กานนท์ (2549) และโชษิตา แก้วเกษ (2552) ซึ่งพบว่าอาชีพที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ส่วนเบญจมาศ ขุนประเสริฐ (2549) พบว่าผู้รับบริการที่มีอาชีพที่ต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน

6) รายได้

รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้ดี ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีความรู้ที่น้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้ประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (ฉวีวรรณ โคมโลทก, 2544) จากการศึกษาค้นคว้าของหัทธยา แก้วกิมและคณะ (2554) พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาทมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ

พบว่ารายได้ต่อเดือนที่ต่างกันไม่มีผลต่อความความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร สิทธิโชคธรรม (2548) และโชษิตา แก้วเกษ (2552) ซึ่งพบว่าผู้รับบริการที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกันไม่มีผลต่อคุณภาพบริการ

7) จำนวนครั้งที่มารับบริการ

จากการศึกษาของหัตยา แก้วกิมและคณะ (2554) พบว่าส่วนใหญ่เคยมารับบริการมากกว่า 1 ครั้งและผู้มารับบริการครั้งแรกมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการพบว่าจำนวนครั้งที่มารับบริการมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโชษิตา แก้วเกษ (2552) ซึ่งพบว่าจำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้รับบริการไม่มีผลต่อคุณภาพบริการ

2.3 คุณภาพบริการสุขภาพโดยรวม (Quality)

ความหมายและคำนิยามของคุณภาพ (Quality) และคุณภาพการบริการ (quality of service) มีหลากหลายความหมาย ซึ่งมีผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้ให้ความหมาย ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's Dictionary 1988) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง ระดับความเป็นเลิศหรือสิ่งที่ดีกว่าสิ่งอื่น

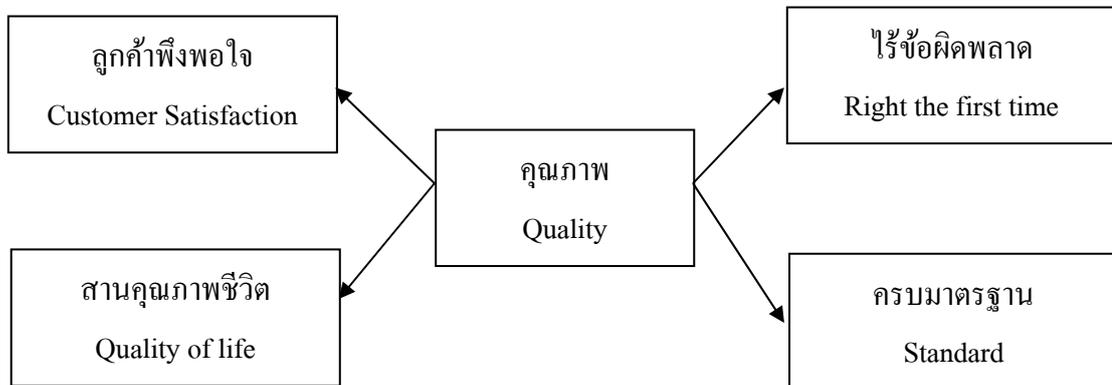
ประวิทย์ และวิจิตรา จงวิศาล (2537) ได้ให้ความหมายของคุณภาพ (Quality) หมายถึง ลักษณะต่างๆของผลิตภัณฑ์หรือการให้บริการที่ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการหรือทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

วิระวัฒน์ ปันนิตามัย (2538) ได้ให้ความหมายคุณภาพบริการ (quality of service) ไว้ว่า คุณสมบัติหรือคุณลักษณะทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ของบริการ ที่ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีคุณค่าโดดเด่นหรือเกินความคาดหวังเป็นที่น่าประทับใจ จากการที่ผู้รับบริการได้จ่ายเงินแลกเปลี่ยนทดลองใช้ สัมผัส และมีประสบการณ์ เป็นต้น

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2539) ได้กล่าวว่า คุณภาพบริการ (quality of service) คือ การที่ทำให้ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ เป็นบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ตลอดจนขั้นตอนของการบริการไปจนถึงภายหลังการบริการด้วย ทั้งนี้ต้องตอบสนองต่อความต้องการเบื้องต้นตลอดจนครอบคลุมไปถึงความคาดหวังของผู้บริการ ย่อมทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากที่สุด

วีรพงษ์ เกลิมจิระรัตน์ (2543) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการ (quality of service) ไว้ว่า คือ ความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ระดับความสามารถของบริการในการบำบัดรักษาความต้องการของผู้รับบริการ และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังจากได้รับบริการไปแล้ว

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) กล่าวว่า คุณภาพ หมายถึง ความพึงพอใจของผู้รับบริการ อันเกิดจากความสามารถในการตอบสนองความต้องการ ทำสิ่งใดถูกต้องตั้งแต่ครั้งแรก การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐาน ซึ่งอาจรวมไปถึงมาตรฐานวิชาชีพ องค์ความรู้ จริยธรรม และแนวทางปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย คือ เกิดผลลัพธ์ที่ดีในภาพรวมต่อสุขภาพ ไม่เพียงแต่หายจากโรคเท่านั้น ตามรูปต่อไปนี้



ภาพ 2.1 องค์ประกอบคุณภาพบริการในระบบสุขภาพ ที่มาจาก ประสิทธิภาพกับคุณภาพในการจัดระบบบริการ, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543)

เมื่อพิจารณาคุณภาพกับความคาดหวังของผู้รับบริการแล้วสามารถนิยามคุณภาพได้เป็น 3 ระดับ (Jaeger และคณะ, 1993 อ้างใน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2541) คือ

1. คุณภาพขั้นพอใช้ได้ คุณภาพในระดับนี้ คือ การบริการที่ได้ผลผลิตตามที่กำหนดหรือได้มาตรฐานไว้ล่วงหน้าเรียกว่า conformance quality ตัวอย่างในทางการแพทย์ เช่น การให้การรักษาผู้ป่วยโรคไข้หวัดหาย โดยใช้ยาและวิธีการรักษาที่เป็นที่ยอมรับว่าถูกต้องตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นต้น

2. คุณภาพขั้นพอใจ คุณภาพในระดับนี้ คือ การบริการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ป่วยได้ทั้งหมดทำให้เกิดความพึงพอใจเรียกว่า requirements quality ตัวอย่างในทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลของรัฐอาจหวังว่าแพทย์จะแค่

มาตรวจเพียงอย่างเดียว แต่แพทย์ได้มาพูดคุยและให้เวลากับผู้ป่วยได้ปรึกษาด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้นเป็นต้น

3. คุณภาพขั้นประทับใจ คุณภาพในระดับนี้ คือ การที่บริการนั้นยอดเยี่ยมมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความประทับใจ คือสิ่งที่ได้มากกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้มาก เรียกว่า quality of kind ตัวอย่างในทางการแพทย์ เช่น แพทย์ให้ความสนใจติดตามอาการของผู้ป่วยโดยออกไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยไม่เคยคาดหวังหรือคาดคิดมาก่อนว่าจะพบแพทย์ เช่นนี้ เป็นต้น

จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2545) อธิบายถึงเกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของการบริการ แบ่งเป็น 7 ลักษณะคือ

1. คุณภาพการบริการจะถูกกำหนดโดยผู้รับบริการ ที่จะเป็นผู้พิจารณาและตัดสินใจว่าอะไรที่เรียกว่าคุณภาพจากสิ่งที่ผู้รับบริการคิดว่าสำคัญในกระบวนการบริการที่เกิดขึ้น คุณภาพของการบริการจะมีลักษณะอย่างไร และตรงจุดใดจึงจะเรียกว่าคุณภาพนั้นอยู่ที่ผู้รับบริการจะเป็นผู้กำหนดขึ้น ซึ่งผู้รับบริการในแต่ละคนจะมองคุณภาพในการบริการที่แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยต้องรอพบแพทย์เป็นเวลานานจึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อคุณภาพบริการ เพราะถือว่าความรวดเร็วของการให้บริการเป็นเรื่องสำคัญ

2. คุณภาพของการบริการเป็นสิ่งที่ต้องค้นหาอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถกำหนดคุณภาพการบริการให้เฉพาะเจาะจงได้ การให้บริการคุณภาพที่ดีต้องกระทำด้วยความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตัวอย่างเช่น ลูกค้าไปทำผมที่ร้านเสริมสวย ช่างทำผมจะต้องทำด้วยความประณีตละเอียดอ่อน ไม่ว่าจะมียูกค้ามากหรือน้อยก็ตาม

3. คุณภาพของการบริการจะเกิดขึ้นได้ด้วยความร่วมมือของทุกคนที่เกี่ยวข้อง รับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นผู้ปฏิบัติงานที่อยู่เบื้องหน้าและเบื้องหลัง การควบคุมคุณภาพการให้บริการของผู้ร่วมงานแต่ละคนล้วนส่งผลต่อความสำเร็จของการบริการที่มีคุณภาพทั้งสิ้น ผู้ให้บริการทุกคนต้องคำนึงถึงการนำเสนอผลงานที่มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอทั้งต่อผู้ร่วมงานและผู้ที่มาใช้บริการ

4. คุณภาพบริการ การบริหารจัดการและการติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งที่ไม่อาจแยกจากกันได้ ในการนำเสนอการบริการที่มีคุณภาพ ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องได้รับความรู้ คำติชม จากผู้บริหาร และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีจะช่วยสร้างให้งานออกมามีคุณภาพ

5. คุณภาพของการบริการต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นธรรม การบริการจะมีคุณภาพเพียงใดขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมการบริการ ซึ่งเรียกว่า corporate culture ภายในองค์กร และองค์กรที่ปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน จะสะท้อนให้เห็นคุณภาพของการบริการที่แท้จริง

6. คุณภาพของการบริการขึ้นอยู่กับความพร้อมในการบริการ แม้ว่าคุณภาพของการบริการจะไม่ได้กำหนดตายตัว แต่การเตรียมความพร้อมไว้ล่วงหน้า การเรียนรู้พฤติกรรมของผู้รับบริการว่ามีความต้องการอะไรบ้าง ย่อมก่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาลที่นั่งรอพบแพทย์ การเตรียมที่ดี คือจัดสถานที่ที่ที่นั่งรอให้พอเหมาะกับปริมาณผู้ป่วย มีหนังสือพิมพ์ให้อ่าน มีโทรทัศน์ให้ดู หรือมีเพลงเปิดให้ฟัง ซึ่งจะไม่ทำให้การรอพบแพทย์ดูน่าเบื่อ ดังนั้นการนำเทคโนโลยีมาเกี่ยวข้อง และเลือกปฏิบัติงานบริการที่เหมาะสมกับลักษณะของงาน รวมทั้งการให้ผู้มารับบริการเข้ามามีส่วนร่วมจะช่วยส่งเสริมคุณภาพของการบริการได้

7. คุณภาพของการบริการ หมายถึง การรักษาคำมั่นสัญญาของการบริการ ผู้รับบริการมักคาดหวังว่าผู้ให้บริการจะให้บริการในสิ่งที่ให้คำมั่นสัญญาเอาไว้ เช่น ลูกค้านำผ้าตัดเสื้อมาให้ช่างตัดเสื้อตัดชุดตามต้องการ เมื่อมารับชุดก็ได้รับชุดตามแบบที่ต้องการ แสดงว่าช่างตัดเสื้อปฏิบัติตามพันธสัญญา ลูกค้าย่อมพอใจในคุณภาพบริการ

ปีนนิกา วนากมล (2545) ได้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพบริการ (quality of service) ว่าหมายถึง ระดับความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังและการรับรู้ต่อบริการนั้น บริการต่างๆที่ผู้รับบริการได้รับจริง ในสถานการณ์นั้นเท่ากับหรือมากกว่าบริการที่ผู้รับบริการคาดหวัง ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ความประทับใจและกลับมาใช้บริการอีก และจะเป็นผู้รับบริการประจำรวมถึงเป็นผู้บอกกล่าวให้แก่ผู้อื่นอีกด้วย

เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ (2550) กล่าวว่าคุณภาพบริการ หมายถึง การทำตามที่ใช้บริการต้องการโดยหน่วยงานจะต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ใช้บริการเสมอ

นภดล ร่มโพธิ์และมนวิกา ผดุงสิทธิ์ (2552) ให้ความหมายคุณภาพในความหมายของผู้ใช้บริการเป็นความหมายค่อนข้างกว้างและเน้นการให้ความสำคัญไปที่ผู้ใช้บริการเป็นหลักคือเมื่อผู้ใช้บริการต้องการอะไรนั้นคือคุณภาพบริการดังนั้นคุณภาพบริการจึงไม่ได้หมายถึงสิ่งที่ดีที่สุดแต่อาจจะเป็นสิ่งที่ตรงกับความต้องการมากที่สุดเช่นผู้ใช้บริการอาจจะต้องการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านสุขภาพหรือต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลในการรักษาหรือคำแนะนำอย่างใดเท่านั้นมิได้ต้องการการรักษาหรือหัตถการทางการแพทย์แต่อย่างใด

Brown, Gummesson, Edvardson & Gustavasson (1991) กล่าวถึงคุณภาพบริการว่ายากที่จะให้ความหมาย เพราะเป็นนามธรรมที่มีการจัดบริการให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับบริการ คำว่าคุณภาพนั้นมีความหมายแตกต่างกันระหว่างบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่ง และจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่ง

Crosby 1979 (อ้างใน จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพบริการ คือ การทำให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่ระบุไว้เพื่อการบรรลุถึงคุณภาพ

Zeithaml, Parasuraman, and Berry (1990) ได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับคุณภาพการ ให้บริการ (Service Quality) ไว้ว่าเป็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังหรือปรารถนา กับสิ่งที่ผู้รับบริการได้รับจริง

โดยที่ปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการมีอยู่ 4 ปัจจัยคือ

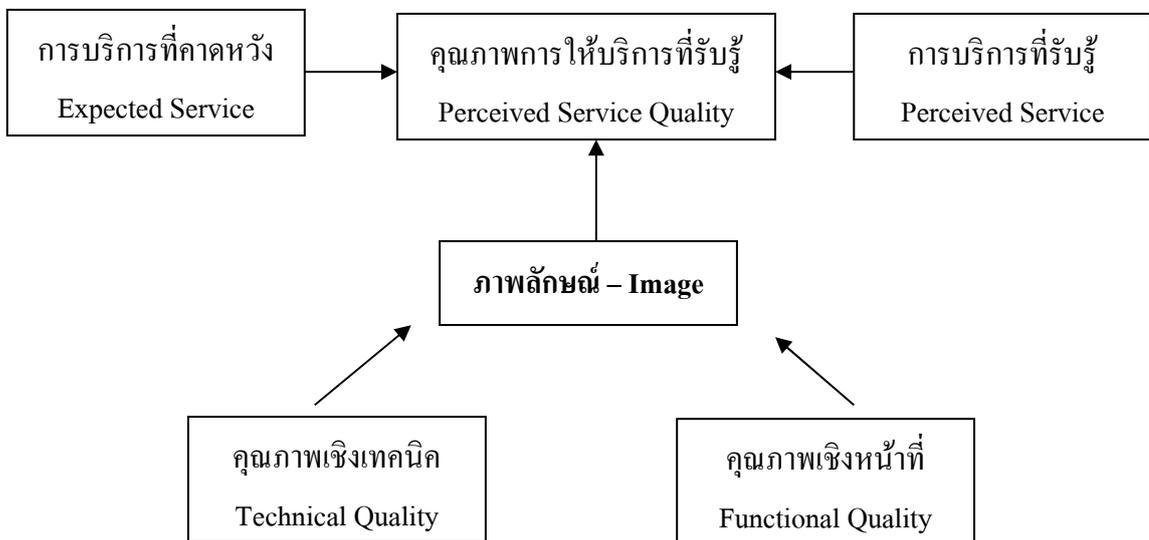
1. การได้รับการบอกกล่าวปากต่อปาก (Word of Communications) คือการที่ ผู้รับบริการได้ยินได้รับรู้จากผู้รับบริการรายอื่นๆ
2. ความต้องการส่วนบุคคล (Personal Needs) ของผู้รับบริการแต่ละคนแตกต่างกัน
3. ประสบการณ์ในอดีต (Past Experience) ซึ่งจะมีผลต่อระดับความคาดหวังของ ผู้รับบริการแต่ละคนแตกต่างกัน
4. การสื่อสารภายนอก (External Communications) การสื่อสารจากการให้บริการของ ผู้ให้บริการถึงผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารทางตรงหรือทางอ้อมจะมีผลต่อ ระดับความคาดหวังของผู้รับบริการ

Gronroos (1990) ได้กล่าวถึงเงื่อนไขของการรับรู้คุณภาพบริการที่ดีของลูกค้ามี 6 ประการดังนี้

1. ความเป็นมืออาชีพและทักษะในการบริการลูกค้าจะรับรู้คุณภาพการบริการที่ดีใน เมื่อผู้ให้บริการมีความรู้ทักษะในการแก้ปัญหาอย่างมืออาชีพ
2. ทักษะและพฤติกรรมเป็นความรู้สึกของลูกค้าที่มีต่อพนักงานบริการพิจารณา เกี่ยวกับความเอาใจใส่ในการแก้ปัญหาคด้วยความเต็มใจโดยทันที
3. การเข้าถึงบริการง่ายและมีความยืดหยุ่นลูกค้าจะพิจารณาจากผู้ให้บริการประกอบ ไปด้วยสถานที่ชั่วโมงการทำงานตัวพนักงานและระบบการทำงานที่ได้ถูกออกแบบให้ง่ายต่อการ เข้าถึงบริการรวมถึงมีการเตรียมปรับการบริการให้ตรงกับความต้องการของลูกค้า
4. ความไว้วางใจและความซื่อสัตย์ของผู้ให้บริการลูกค้าจะรู้ว่าเมื่อใดก็ตามที่มีการตกลง การใช้บริการเกิดขึ้นสามารถที่จะไว้วางใจผู้ให้บริการได้โดยพนักงานจะหาตามสัญญาที่ตกลงไว้ซึ่ง ถือว่าเป็นสิ่งที่ลูกค้าให้ความสนใจเป็นพิเศษ
5. การชดเชยเมื่อใดก็ตามที่ลูกค้ามีความรู้สึกว่ามีบางอย่างผิดปกติหรือไม่เป็นไปตาม ความคาดหวังผู้ให้บริการจะต้องแก้ไขให้เป็นไปตามความคาดหวังของลูกค้าอย่างทันที
6. ความมีชื่อเสียงของผู้ให้บริการลูกค้ามักเชื่อว่าการให้บริการของผู้ให้บริการสามารถ เชื่อถือได้และเหมาะสมกับคุณค่าของเงินที่จ่ายไป

Gronroos (1982), Smith & Houston (1982), Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1988) ได้อธิบายและให้ความหมายเชิงปฏิบัติการไว้ไม่แตกต่างกัน สรุปได้ว่า คุณภาพการให้บริการ (service quality) เป็นความแตกต่างระหว่างความคาดหวัง (expectation-WHAT THEY WANT) กับการรับรู้ (perception-WHAT THEY GET)

Gronroos (1982) ได้ให้ความหมายของคุณภาพการให้บริการว่าจำแนกได้ 2 ลักษณะคือ คุณภาพเชิงเทคนิค (technical quality) อันเกี่ยวกับผลลัพธ์ หรือสิ่งที่ผู้รับบริการได้รับจากบริการนั้น โดยสามารถที่จะวัดได้เหมือนกับการประเมินได้คุณภาพของผลิตภัณฑ์ (product quality) ส่วนคุณภาพเชิงหน้าที่ (functional quality) เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของการประเมิน ตามรูปต่อไป



ภาพ 2.2 แบบจำลองคุณภาพการบริการของกรอนรูสที่มาจาก: Gronroos (1984)

Lewis and Bloom (1983) ได้ให้คำนิยามของคุณภาพการให้บริการว่าเป็นสิ่งที่ชี้วัดถึงระดับของการบริการที่ส่งมอบโดยผู้ให้บริการ ผู้รับบริการว่ามีความสอดคล้องกับความต้องการของเขาได้ดีเพียงใด การส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ (delivering service quality) จึงหมายถึง การตอบสนองต่อผู้รับบริการบนพื้นฐานความคาดหวังของผู้รับบริการ

คุณภาพการให้บริการ เป็นมโนทัศน์และปฏิบัติการในการประเมินของผู้รับบริการ โดยทำการเปรียบเทียบระหว่างการบริการที่คาดหวัง (expectation service) กับการบริการที่รับรู้จริง (perception service) จากผู้ให้บริการ ซึ่งหากผู้ให้บริการสามารถให้บริการที่สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้รับบริการหรือสร้างการบริการที่มีระดับสูงกว่าที่ผู้รับบริการได้คาดหวัง จะส่งผลให้

การบริการที่กล่าวมาเกิดคุณภาพการให้บริการซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับเป็นอย่างมาก Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1988: 1990) , Fitzsimmons, Fitzsimmons (2004) cited in Khantanapha Napaporn (2000) , Kotler and Anderson (1987) , Parasuraman, Zeithaml and Berry (1985) ได้ชี้ให้เห็นด้วยว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นการให้บริการที่มากกว่าหรือตรงกับความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเรื่องของการประเมินหรือการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นเลิศของการบริการในลักษณะของภาพรวม ในมิติของการรับรู้ ผลการศึกษาวิจัยของนักวิชาการกลุ่มนี้ ทำให้เห็นว่า การประเมินคุณภาพการให้บริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ เป็นไปในรูปแบบของการเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อบริการที่คาดหวังไว้ และการบริการตามที่รับรู้ว่ามีความสอดคล้องกันเพียงไร ข้อสรุปที่น่าสนใจประการหนึ่งก็คือ การให้บริการที่มีคุณภาพนั้น จึงหมายถึง การให้บริการที่สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการหรือผู้บริโภคอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ความพึงพอใจต่อการรับบริการ จึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการทำให้เป็นไปตามความคาดหวังหรือการไม่เป็นไปตามความคาดหวัง (confirm or disconfirm expectation) ของผู้รับบริการหรือผู้บริโภค

แนวคิดและคำอธิบายเรื่องคุณภาพการให้บริการที่น่าสนใจได้แก่ มุมมองจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในด้านความคาดหวังของลูกค้า (expert in the field of customer expectation) คือ Zeithaml, Parasuraman and Berry (1990) แนวความคิดของนักวิชาการกลุ่มนี้มองว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นการประเมินของผู้บริโภคเกี่ยวกับความเป็นเลิศหรือความเหนือกว่าของบริการ นักวิชาการทั้งสามท่านดังกล่าว นับว่าเป็นหนึ่งในคณะนักวิชาการที่สนใจทำการศึกษา เรื่องคุณภาพในการให้บริการ และการจัดการคุณภาพในการให้บริการขององค์กรอย่างจริงจังมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983 สิ่งที่เขาให้ความสนใจการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพในการให้บริการนั้น เป็นการมุ่งตอบคำถามสำคัญ 3 ข้อ ประกอบไปด้วย

- (1) คุณภาพในการให้บริการคืออะไร (What is service quality?)
- (2) อะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาคุณภาพในการให้บริการ (What causes service-quality Problems?)
- (3) องค์กรสามารถแก้ปัญหาคคุณภาพในการให้บริการที่เกิดได้อย่างไร (What can organizations do to solve these problems?)

นักวิชาการที่กล่าวถึงความหมายของคุณภาพการให้บริการที่น่าสนใจอีกกลุ่มหนึ่งได้แก่ (Bitner and Hubbert, 1994 cited in Lovelock, 1996) ซึ่งเสนอความเห็นไว้ว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นความประทับใจในภาพรวมของลูกค้าผู้รับบริการ อันมีต่อความเป็นเลิศขององค์กรและบริการที่องค์กรจัดให้มี ขณะที่ (White and Abel, 1995 cited in Lovelock, 1996) ได้ให้นิยามคำ

ดังกล่าวว่าเป็นการวินิจฉัยของผู้รับบริการเกี่ยวกับความสามารถในการเติมเต็มงานการให้บริการของหน่วยงานที่ให้บริการ บริการเช่นว่านี้ เขาเสนอแนวคิดที่แตกต่างไปจากสินค้า (goods) กล่าวคือ สินค้าเป็นสิ่งที่จับต้องได้ มีความคงทนสูง และโดยทั่วไปผลิตขึ้นภายใต้และผลิตเพื่อใช้เป็นไปตามมาตรฐานที่แน่นอนอันหนึ่ง ในขณะที่บริการ เป็นเรื่องที่มีความผันแปรมากกว่าสินค้าแม้จะมีลักษณะที่ตอบสนองผู้บริโภคเช่นเดียวกับสินค้าก็ตาม และโดยทั่วไปแล้ว บริการมีคุณลักษณะสำคัญที่จับต้องไม่ได้ มีความหลากหลาย และไม่สามารถแบ่งแยกได้จากการผลิตและการบริโภค (inseparability of production and consumption) ประเด็นที่น่าสนใจคือ คุณภาพการให้บริการเป็นการพิจารณาจากเรื่องใด

Schmenner (1995) ได้กล่าวถึงคุณภาพการให้บริการไว้ว่า คุณภาพการให้บริการได้มาจากการรับรู้ที่ได้รับจริงลบด้วยความคาดหวังที่คาดว่าจะได้รับจากบริการนั้น หากการรับรู้ในบริการที่ได้รับมีน้อยกว่าความคาดหวัง ก็แสดงว่าผู้รับบริการมองคุณภาพการให้บริการนั้นติดลบ หรือรับรู้ว่าการบริการนั้นไม่มีคุณภาพเท่าที่ควรตรงกันข้าม หากผู้รับบริการรับรู้ว่าการบริการที่ได้รับจริงนั้นมากกว่าสิ่งที่เขาคาดหวังไว้ คุณภาพการให้บริการ ก็จะเป็นบวก หรือมีคุณภาพในการบริการที่ดี ในประเด็นเดียวกันนี้ Lovelock (1996) มองคุณภาพการให้บริการว่ามีความหมายอย่างกว้าง ๆ เป็นแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องของสินค้าหรือบริการที่ลูกค้าที่มีศักยภาพในการซื้อหา สามารถและอาจจะทำการประเมินก่อนที่จะเลือกบริโภคสินค้าหรือบริการนั้น

Zineldin (1996)) กล่าวว่า คุณภาพการให้บริการเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการ ในด้านของคุณภาพภายหลังจากที่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการนั้น ๆ และมีความต้องการที่จะใช้บริการนั้น รวมทั้งการที่ได้ทำการประเมินและเลือกที่จะใช้บริการ

Wisher & Corney (2001) ให้ความเห็นว่า คุณภาพการให้บริการ มีแนวการศึกษาที่สำคัญคือการวิเคราะห์ที่เรียกว่า SERVQUAL ทั้งนี้ นักวิชาการทั้งสองท่านเสนอว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นการตัดสินใจวินิจฉัยเกี่ยวกับความเป็นเลิศของบริการ (superiority of the service)

ในทัศนะของนักวิชาการไทยเช่นวีรพงษ์ เฉลิมจิรรัตน์ (2543) กล่าวว่า คุณภาพการให้บริการ คือความสอดคล้องกันกับความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ หรือระดับของความสามารถในการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการที่ทำให้ลูกค้าหรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับ ส่วนสมวงศ์ พงศ์สถาพร (2550) ได้ให้ความเห็นว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นทัศนคติที่ผู้รับบริการสะสมข้อมูลความคาดหวังไว้ว่าจะได้รับจากบริการ ซึ่งหากอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (tolerance zone) ผู้รับบริการก็จะเกิดความพึงพอใจในการให้บริการ ซึ่งจะมีระดับที่แตกต่างกันออกไปตามความคาดหวังของแต่ละบุคคล และความพึงพอใจนี้ เป็นผลมาจากการประเมินผลที่ได้รับจากบริการนั้น ณ ระยะเวลาหนึ่ง (สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม

2556, จาก http://www.tpa.or.th/writer/read_this_book_topic.php?bookID=1285&pageid=3&read=true&count=true)

คุณภาพในการบริการ (Service quality) ถูกให้คำนิยามและสร้างเป็นแบบจำลองไว้ โดยงานวิจัยหลายชิ้น Seth, Deshmukh & Vrat (2005) ได้ทำบทความเชิงสำรวจ (Survey paper) เกี่ยวกับคุณภาพในการบริการไว้โดยได้สรุปรวบรวมและเปรียบเทียบแบบจำลอง 19 โมเดลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพในการบริการเช่น

1. Technical and Functional quality model
2. Gap model
3. Attribute service quality model
4. Synthesised model of service quality
5. performance only model

สำหรับแบบจำลองที่เป็นที่นิยมในการประเมินคุณภาพการบริการได้แก่แบบจำลอง Technical and Functional quality model และ Gap model

ในส่วน Technical and functional quality model Gronroos (1984) จะแบ่งประเภทของคุณภาพเป็นคุณภาพในเชิงเทคนิค (Technical quality) และคุณภาพในเชิงปฏิบัติ (Functional quality) ซึ่งทั้งสองส่วนจะครอบคลุมความหมายที่แตกต่างกัน โดยคุณภาพในเชิงเทคนิคจะเกี่ยวข้องกับพื้นฐานของความแม่นยำในเชิงเทคนิคและขั้นตอนในการดำเนินงานเช่นความแม่นยำในการวินิจฉัยทางการแพทย์และขั้นตอนหรือวิธีการที่เป็นมาตรฐานนอกจากนี้ยังรวมถึงความสามารถของบุคลากรที่ทำงานประจำอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งจะเกี่ยวข้องกับทักษะในการดำเนินงานของแพทย์ ความเชี่ยวชาญของพยาบาลกับการจัดการยาและเจ้าหน้าที่ในส่วนเทคนิคทั้งหมดที่เกี่ยวข้องส่วนคุณภาพในเชิงปฏิบัติจะเกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริการที่นำเสนอให้กับลูกค้าซึ่งโดยปกติเมื่อมีการประเมินคุณภาพในการให้บริการของโรงพยาบาลผู้ป่วยจะพิจารณาจากการให้บริการทางการแพทย์กับความคาดหวังในการปฏิบัติงานที่จะได้รับเช่นสิ่งอำนวยความสะดวกความสะอาดคุณภาพของอาหารในโรงพยาบาลหรือทัศนคติของบุคลากรในโรงพยาบาลมากกว่าคุณภาพในเชิงเทคนิค เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพของการวินิจฉัยโรคและประสิทธิภาพของกระบวนการรักษาและไม่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างศักยภาพในการดูแลซึ่งเป็นส่วนการปฏิบัติการและศักยภาพในการรักษาซึ่งเป็นส่วนเทคนิคของโรงพยาบาลได้ทำให้คุณภาพในเชิงเทคนิคไม่สามารถใช้อธิบายคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ได้ในมุมมองของผู้มาใช้บริการแม้ว่าคุณภาพในเชิงเทคนิคจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมากกว่าก็ตามแต่ความพึงพอใจโดยรวมของลูกค้ากับการบริการขององค์กรก็ยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของลูกค้ากับองค์กรด้วย

ส่วน Gap Model หรือ SERVQUAL Parasuraman, Zeithaml and Berry (1985) จะขึ้นกับสองส่วนที่แตกต่างกันคือความคาดหวังของผู้รับบริการ (Customer expectation) และการรับรู้ที่ผู้รับบริการได้รับ (Customer perception) โดยความคาดหวังของผู้รับบริการคือความต้องการของผู้รับบริการที่รู้สึกว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการส่วนการที่ผู้รับบริการได้รับรู้หมายถึงการประเมินหรือตัดสินผู้ให้บริการจากการรับรู้ของผู้รับบริการ Lim & Tang (2000)

ดังนั้นหากองค์กรทราบถึงความคาดหวังในการได้รับบริการของผู้รับบริการว่าจะทำอะไรจะสามารถออกแบบการบริการให้ตรงกับความต้องการหรือมากกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการได้ Pizam (2005) คุณภาพการบริการนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ต่อบริการที่จัดให้ว่าสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังได้มากน้อยเพียงใดซึ่งคุณภาพในการบริการจะมีค่าสูงขึ้นหรือต่ำลงขึ้นอยู่กับผู้รับบริการประเมินการรับรู้บริการที่ได้รับจริงว่าตรงกับที่คาดหวังไว้หรือไม่ Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการที่จะทำให้มีความคาดหวังแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลสำหรับการวัดคุณภาพของระบบบริการสุขภาพนั้นแต่เดิมจะวัดคุณภาพจากใบอนุญาตประกอบกิจการและการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองต่อมาได้มีการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพการบริการที่เรียกว่า SERVQUAL ขึ้นเพื่อประเมินความคาดหวังในบริการของผู้รับบริการและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับรู้จริง Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) ถ้าคะแนนการรับรู้มากกว่าหรือเท่ากับคะแนนความคาดหวังในคุณภาพบริการหมายถึงผู้รับบริการมีความพึงพอใจแต่ถ้าคะแนนการรับรู้ต่ำกว่าคะแนนความคาดหวังในคุณภาพบริการจะหมายถึงผู้รับบริการไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับดังที่กล่าวข้างต้นเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถประเมินคุณภาพในเชิงเทคนิคได้จึงไม่เหมาะสมที่จะใช้แบบจำลอง Technical and functional quality ในการประเมินคุณภาพการบริการนอกจากนี้โรงพยาบาลยังเป็นหน่วยงานที่ผู้ให้บริการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการมากจึงมีความเหมาะสมที่จะใช้แบบจำลอง SERVQUAL

สำหรับแบบจำลอง SERVQUAL ผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพบริการจากเกณฑ์วัดคุณภาพบริการที่เรียกว่า “RATER” ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึงลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆซึ่งได้แก่เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และการใช้สัญลักษณ์หรือเอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารให้ผู้รับบริการได้สัมผัสและรับรู้ในความเป็นรูปธรรมนั้นได้

2. ความเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability) หมายถึงความสามารถในการให้บริการนั้นตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการการบริการที่ให้ทุกครั้งมีความถูกต้องเหมาะสมและมีความ

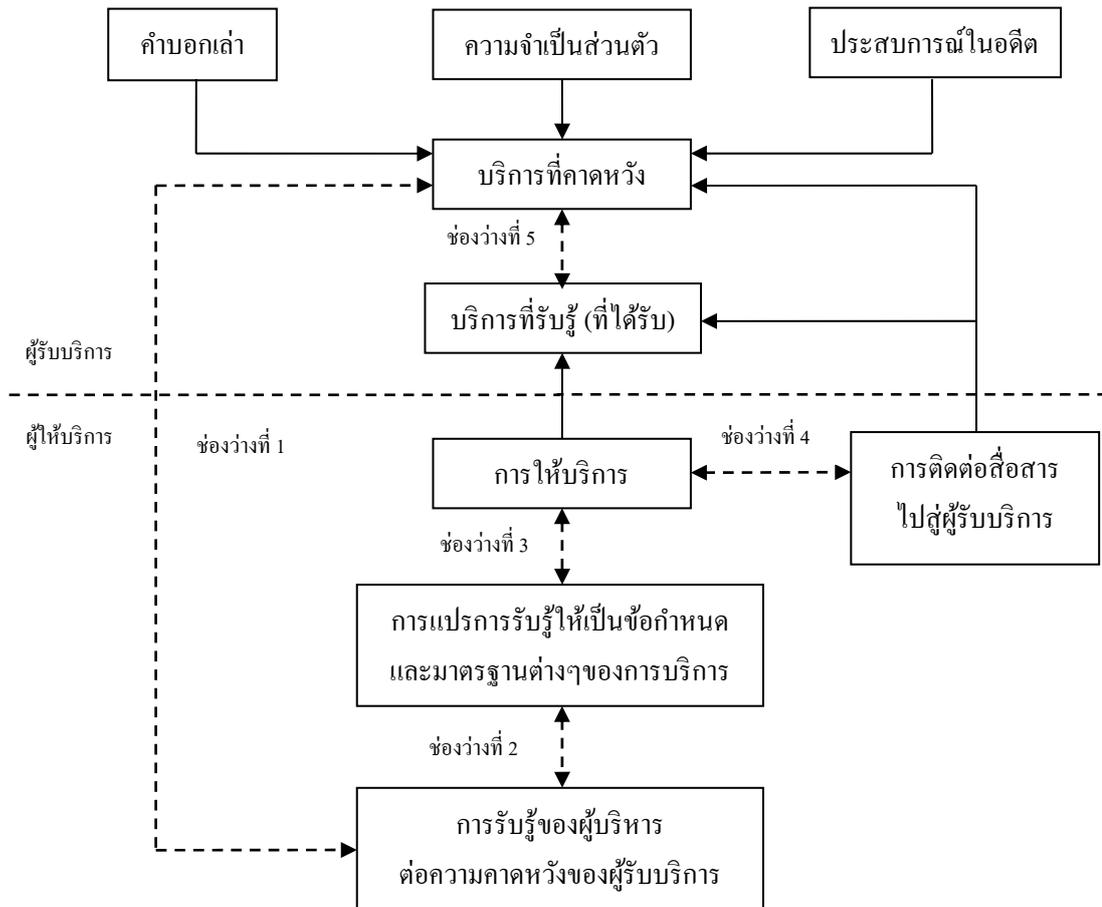
สม่ำเสมอทุกครั้งทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่ได้นั้นมีความน่าเชื่อถือสามารถให้ความไว้วางใจได้

3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึงความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการโดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันที่ที่ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการรวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึงรวดเร็วไม่ต้องรอนาน

4. การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึงผู้ให้บริการมีทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพมีกิริยาท่าทางและมารยาทที่ดีในการให้บริการสามารถที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและเกิดความมั่นใจว่าจะได้บริการที่ดีที่สุด

5. ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy) หมายถึงความสามารถในการดูแลความเอื้ออาทรเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการในแต่ละคน

เกณฑ์วัดคุณภาพบริการ 5 ด้านนี้ ได้มีผู้นำมาใช้ในการวัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาลโดยวัดจากการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการซึ่งผลที่ได้แปรผันตรงกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการ โดยสิ่งสำคัญที่จะทำให้การจัดบริการมีคุณภาพสูงก็คือการจัดบริการให้ผู้รับบริการรับรู้ตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการต้องไม่ให้เกิดช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการและการจัดบริการให้มีคุณภาพนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับกระบวนการซึ่งมีขั้นตอนต่างๆที่สัมพันธ์กันZeitham , Parasuraman and Berry (1990) ดังแสดงในรูปที่ 2 แบบจำลองคุณภาพการบริการจากความแตกต่างระหว่างการรับรู้และความคาดหวังของการให้บริการของลูกค้าซึ่งช่องว่าง(Gap) ที่เกิดขึ้นระหว่างขั้นตอนต่างๆนั้นทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยช่องว่างเหล่านั้นประกอบด้วย 5 ช่องโดยช่องว่างแต่ละส่วนนั้นจะมีดังนี้



ภาพ 2.3 แบบจำลองคุณภาพการบริการจากความแตกต่างระหว่างการรับรู้และความคาดหวังของการให้บริการของผู้รับบริการ Parasuraman , Zeithaml and Berry, 1985 (อ้างใน ทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์, 2541)

ช่องว่างที่ 1 เป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้มารับบริการ (Customers' expectation) และการรับรู้ถึงความคาดหวังนั้นของผู้ให้บริการ (Management's perception)

ช่องว่างที่ 2 เป็นช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้ให้บริการเรื่องความคาดหวังของผู้รับบริการ (Managements' perception of customers' expectation) และการกำหนดลักษณะของคุณภาพบริการ (Service quality specification)

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

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

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

สำหรับช่องว่างทั้ง 4 ส่วนแรกนั้นจะนำไปสู่ช่องว่างที่ 5 ซึ่งเป็นความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้การบริการของลูกค้าโดยช่องว่างในส่วนที่ 5 นี้มักจะใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาลซึ่งปัญหาของช่องว่างนี้เกิดจากการที่ผู้รับบริการมีเกณฑ์ในการวัดคุณภาพบริการต่างจากผู้ให้บริการซึ่งเกณฑ์นั้นประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ความเป็นรูปธรรมของบริการความเชื่อถือไว้วางใจได้การตอบสนองต่อผู้รับบริการการสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการแต่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะเป็นผู้กำหนดและตัดสินคุณภาพของบริการแต่ไม่ได้มองถึงความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย

นันทวัน เหลี่ยมปรีชา (2538) ได้กล่าวถึงการบริการที่ด้อยคุณภาพว่าเกิดจากช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการกับการบริการที่ได้รับจริง ซึ่งช่องว่างต่างๆมีดังต่อไปนี้

1. 'ไม่รู้'ว่าผู้รับบริการคาดหวังอะไร

ช่องว่างนี้เกิดจากผู้ให้บริการไม่เข้าใจในความต้องการของผู้มารับบริการ ผู้ให้บริการ 'ไม่รู้'ว่าบริการแบบไหนที่แสดงถึงคุณภาพที่ดีของบริการนั้น และระดับความสามารถของผู้ให้บริการแบบไหน ที่เป็นที่ต้องการของผู้ใช้บริการ ซึ่งข้อบกพร่องนี้เกิดจากการไม่ได้เรียนรู้ถึงปัญหาที่แท้จริง

2. มาตรฐานในคุณภาพการบริการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่ตรงกัน

ช่องว่างนี้เกิดจากผู้ให้บริการคิดว่าผู้รับบริการต้องการอะไร แล้วนำสิ่งนั้นมาเสนอ แต่บางครั้งอาจไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ ปัญหานี้อาจเกิดจากความไม่เอาใจใส่ของผู้ให้บริการ

3. การให้บริการไม่ตรงกับมาตรฐานที่วางไว้

ช่องว่างนี้เกิดจากระดับมาตรฐานที่ตั้งไว้กับการให้บริการจริง อาจเกิดจากผู้ให้บริการให้บริการโดยไม่ตรงตามมาตรฐานที่วางไว้ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ให้บริการไม่มีความพร้อมและมีความสามารถที่เหมาะสมที่จะให้บริการ

4. 'ไม่ทำ'ตามมาตรฐานที่วางไว้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

ช่องว่างนี้เกิดจากการผิดพลาดของการสื่อสาร และการให้ข่าวสารที่ไม่รอบคอบ ทำให้ระดับความคาดหวังของผู้รับบริการสูงกว่าความสามารถของผู้ให้บริการ ซึ่งผลที่ตามมาคือทำให้ผู้รับบริการเกิดความไม่พอใจในบริการ

กล่าวอย่างสรุปได้ว่าคุณภาพการให้บริการ (service quality) หมายถึงความสามารถในการตอบสนองความต้องการของการให้บริการ คุณภาพของบริการเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะสร้าง

ความแตกต่างของธุรกิจให้เห็นีกว่าคู่แข่งได้ การเสนอคุณภาพการให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่จะต้องกระทำ ผู้รับบริการจะพอใจถ้าได้รับสิ่งที่ต้องการเมื่อผู้รับบริการมีความต้องการ สถานที่ที่ผู้รับบริการต้องการ และในรูปแบบที่ต้องการ

2.4 คุณภาพบริการทันตกรรม (Quality Of Dental Care)

Schoen (1991) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการบริการทันตกรรม อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับรูปแบบบางส่วนของโครงสร้างกระบวนการวิธีการผลการศึกษา นอกจากนี้ได้มีการนำเสนอข้อมูลที่มีคุณภาพและการกระจายของการบริการเช่นเดียวกับข้อมูลอื่น ๆ ที่เชื่อมโยงโดยตรงกับการประเมินผลการปฏิบัติงานทางคลินิก

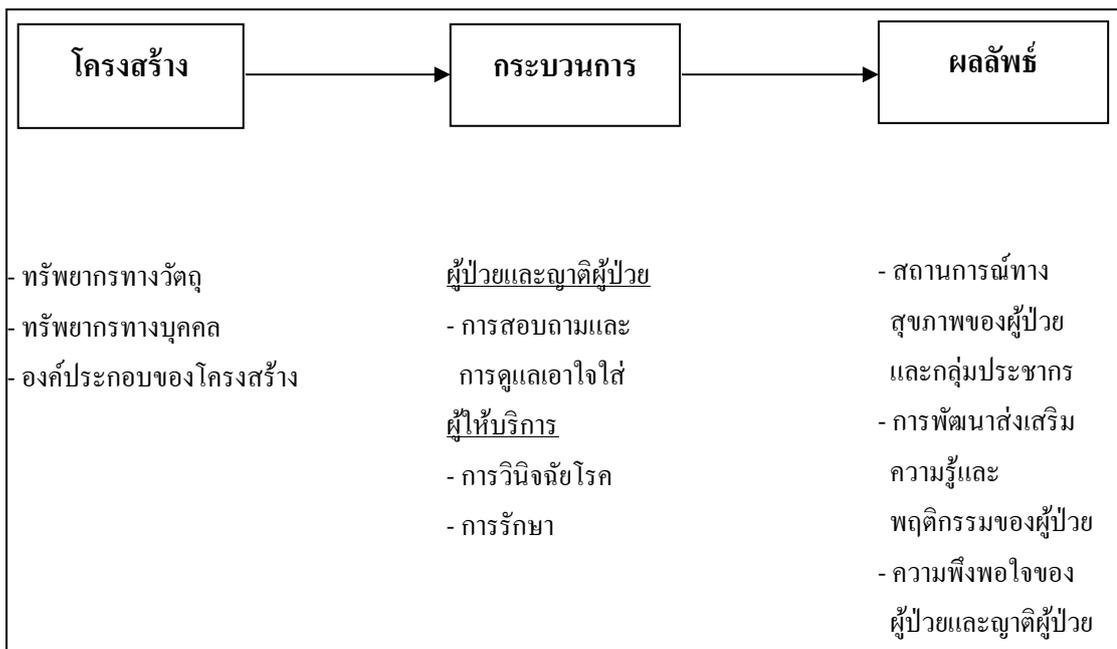
Karydis, Kodovazeniti, Hatzigeorgiou & Panis (2001) ศึกษาเรื่องความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยกรีกเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการปราศจากเชื้อและการฆ่าเชื้อของเครื่องมือมากที่สุด ในกลุ่มที่มีสถานะเศรษฐกิจและสังคมในระดับล่างและปานกลาง เพศหญิงจะเรียกรื่องมากกว่าเพศชาย ส่วนในกลุ่มสถานะเศรษฐกิจและสังคมระดับดี เพศชายจะเรียกรื่องมากกว่าเพศหญิง แต่การรับรู้ในการให้บริการทางทันตกรรมจะสะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจเกี่ยวกับการปราศจากเชื้อจุลินทรีย์และการฆ่าเชื้อ และยังแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจในระดับปานกลางเกี่ยวกับคุณลักษณะอื่น ๆ และความไม่พอใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพช่องปากและสุขอนามัย

Goedhart, Eijkman & Horst (2006) พบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการประเมินคุณภาพของการรักษาทางทันตกรรมในเรื่องอุปกรณ์ ทางการแพทย์ที่ครบครันทันสมัย มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ และความพร้อมของทันตแพทย์ในกรณีฉุกเฉินโดยทั่วไป ผู้ป่วยจะตัดสินใจด้านเทคนิคและการทำงานในการดูแลทางทันตกรรมจะมีความสำคัญมากกว่าการสื่อสารด้านข้อมูลและความแตกต่างในการรับรู้ขึ้นอยู่กับเพศและระดับการศึกษาแต่ในภาพรวมรูปแบบการตอบสนองเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

Richard, Curt & Mary (2006) ศึกษาการประเมินคุณภาพของการบูรณะฟัน โดยการเปรียบเทียบทันตแพทย์และผู้ป่วยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยและคุณภาพของทันตแพทย์พบว่าความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กันกับการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพในการรักษา สรุปได้ว่าผู้ป่วยและทันตแพทย์ มีเกณฑ์บรรทัดฐานในการตัดสินใจคุณภาพของการดูแลทันตกรรมที่แตกต่างกัน

2.5 แนวคิดคุณภาพการบริการ (Donabedian’s Conceptual Framework)

รูปแบบของ Model โดยมากมักถูกนำเสนอ **The Donabedian Model** คือ แนวคิดโมเดล (conceptual model) ที่อธิบายถึงการให้บริการด้านสุขภาพ และการประเมินคุณภาพของการรักษา สำหรับโมเดลเกี่ยวกับคุณภาพในการรักษาสามารถเขียนได้ออกเป็น 3 ส่วน คือ 1. โครงสร้าง (Structure) 2. กระบวนการ (Process) และ ผลลัพธ์ (Outcome) (เป็นที่มาของกรอบแนวคิด S-P-O) การอธิบายถึงโครงสร้างในบริบทซึ่งเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการให้บริการ เช่น การสร้างโรงพยาบาล, พนักงาน, เงินทุน และเครื่องมือ กระบวนการ ได้ชี้แนะ การดำเนินการ (การติดต่อ) ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้คำแนะนำทั้งหมด(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ที่ทำหน้าที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ ท้ายที่สุดแล้ว ผลลัพธ์จะกล่าวถึงถึงผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพ สถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชน Donabedian เป็นแพทย์คนหนึ่งที่ทำหน้าที่เป็นนักวิจัยการให้บริการทางด้านสุขภาพ ณ มหาวิทยาลัยชิแกน ได้พัฒนา Model นี้ขึ้นในปี 1966 และได้มีกรอบแนวคิดด้านคุณภาพในการดูแลรักษาในด้านอื่นๆ เช่นกรอบแนวคิดของ (WHO)-Recommended Quality Care Framework และ Bamako Initiative เป็นต้น สำหรับ โมเดล Donabedian มีความต่อเนื่องครอบคลุมไปถึงแนวความคิด (dominant paradigm) ของการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาในรูปแบบความต่อเนื่อง (ห่วงโซ่) ของกล่อง 3 กล่อง ซึ่งจะประกอบไปด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งเป็นรูปถูกสรที่ชี้ไปในทิศทางเดียว โดยกล่องเหล่านี้ถูกนำเสนอออกเป็นข้อมูล 3 ประเภท ที่อาจนำมารวบรวมเพื่อที่จะเขียนอ้างอิงเกี่ยวกับคุณภาพของการรักษาและระบบการให้บริการ



ภาพ 2.4 รูปแบบ Model ของ Donabedian อ้างอิงจาก Donabedian,A.(1988)

โครงสร้าง จะประกอบไปด้วยปัจจัยซึ่งส่งผลต่อบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา และให้บริการ สิ่งเหล่านี้ก็คือความสะดวกสบายด้านกายภาพ เช่น เครื่องมือ และทรัพยากรมนุษย์ นอกจากนี้ลักษณะขององค์กร พนักงานต้องได้รับการฝึกฝนและเข้าใจในระบบค่าตอบแทน ปัจจัยทั้งหลายเหล่านี้ (เครื่องมือ ทรัพยากรมนุษย์) ได้เข้ามาควบคุมผู้ให้คำแนะนำผู้ป่วย และใน การลงมือปฏิบัติในการดูแลระบบสุขภาพ และยังเป็นการวัดถึงค่าเฉลี่ยของคุณภาพในการรักษาผู้ป่วยที่ อยู่ภายใต้ระบบที่สะดวกสบาย บ่อยครั้งที่โครงสร้าง ง่ายต่อการสังเกตและการวัด และมันอาจเป็น ต้นเหตุของปัญหาที่นำไปสู่กระบวนการได้

กระบวนการ คือผลรวมของทุกการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา สิ่งเหล่านี้ ประกอบไปด้วย การวินิจฉัย,การรักษา,การป้องกันรักษาและ ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย แต่ไม่ได้รวมไป ถึงการกระทำของตัวผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยเอง กระบวนการสามารถเพิ่มประเภทในฐานะ กระบวนการทางเทคนิค เช่นจะให้การดูแลรักษาอย่างไร หรือกระบวนการระหว่างภายในบุคคล ซึ่งสิ่ง ทั้งหมดนี้เป็นองค์ประกอบทางด้านอากัปกริยาที่ดูแลรักษาและบริการ สำหรับ Donabedian เป็น การประเมินของกระบวนการที่ค่อนข้างสมดุลในการประเมินคุณภาพของการรักษา จะรวมไปถึง การกระทำทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการสามารถได้จาก การบันทึกทางการแพทย์ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ลงมือปฏิบัติ (practitioners)หรือ จากการ สังเกตโดยตรงของผู้ที่ไปพบแพทย์

ผลลัพธ์ ประกอบไปด้วยผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือประชาชน ซึ่งรวมไปถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ, พฤติกรรม หรือความรู้ ซึ่งผู้ป่วยมีความพึงพอใจและคุณภาพของ ชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผลลัพธ์ ในบางครั้งถูกมองว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการชี้วัด เกี่ยวกับคุณภาพ เพราะว่า การพัฒนาฐานะทางสุขภาพของผู้ป่วย เป็นเป้าหมายแรกๆ ของการดูแล รักษา แต่อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่สามารถวัดออกมาเป็นตัวเลข เป็นเรื่องยากมากที่จะนำมาอธิบาย เกี่ยวกับการวัดในการดูแลรักษา การเขียนความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการและผลลัพธ์บ่อยครั้ง จำเป็นต้องใช้กลุ่มประชากรขนาดใหญ่ ใน case ที่มีผลสมกัน โดยมีการติดตามผลในระยะยาวซึ่งอาจ นำมาพิจารณาในลักษณะที่สามารถสังเกตได้

Donabedian ได้พัฒนารอบแนวคิดคุณภาพการดูแลรักษาของเขาเพื่อให้ความยืดหยุ่น ที่เพียงพอ เพื่อการนำไปประยุกต์ใช้การจัดตั้งการดูแลสุขภาพที่หลากหลายและในระดับที่แตกต่าง กันที่อยู่ภายใต้ของระบบการให้บริการ ซึ่งโดยตัวของมันเองเป็นระดับพื้นฐานที่สุด กรอบแนวคิด สามารถนำมาใช้เปลี่ยนแปลงโครงสร้างและกระบวนการที่อยู่ภายใต้หน่วยของการให้บริการทาง สุขภาพ เช่น กลุ่มของผู้ปฏิบัติกรขนาดเล็ก หรือสถานพยาบาล เพื่อเป็นการพัฒนาผู้ป่วยให้ดีขึ้น หรือเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ยกตัวอย่างเช่น ผู้บริหารทางด้านสุขภาพหลายๆ ท่าน ซึ่งเป็นแพทย์

ที่เชี่ยวชาญทางด้านเวชปฏิบัติอาจสนใจในการพัฒนาการรักษาที่เชื่อมโยงกับกระบวนการที่ผ่านการติดต่อสื่อสารที่เพิ่มขึ้นของผลของ lab ที่มาจากการทดลองที่ผู้ให้คำแนะนำพยายามปรับปรุงการรักษาผู้ป่วย กระบวนการสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ในที่นี้เป็นการแลกเปลี่ยนผลของ lab ที่ได้รับความใส่ใจจากแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างที่ได้รับและการตีความจากผลที่ได้รับ ซึ่งโครงสร้างสามารถมีความเกี่ยวข้องกับ Electronic Health Record (EHR) โดยนักทดลองจะกรอกผลของ lab ที่แพทย์ได้ทำการวินิจฉัยไว้เสร็จสิ้นสมบูรณ์แล้ว มาพัฒนากระบวนการนี้ เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถดูแลทางด้านสุขภาพอาจมองไปที่โครงสร้างและทำการตัดสินใจชื่อเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร (IT) ที่จะนำไปแก้ไขอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ซึ่งกระบวนการควรเปลี่ยนแปลงผ่านช่องทางที่กำหนดให้มีมาตรฐานอย่างไร เมื่อไรที่ต้องระวังและต้องปลดปล่อย(หยุด) และต้องมีผู้ซึ่งรับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement:QI) อาจเป็นการแก้ไขที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วย, ช่วงเวลาของการวินิจฉัย, หรือผลลัพธ์จากการให้การรักษา (clinical outcome)

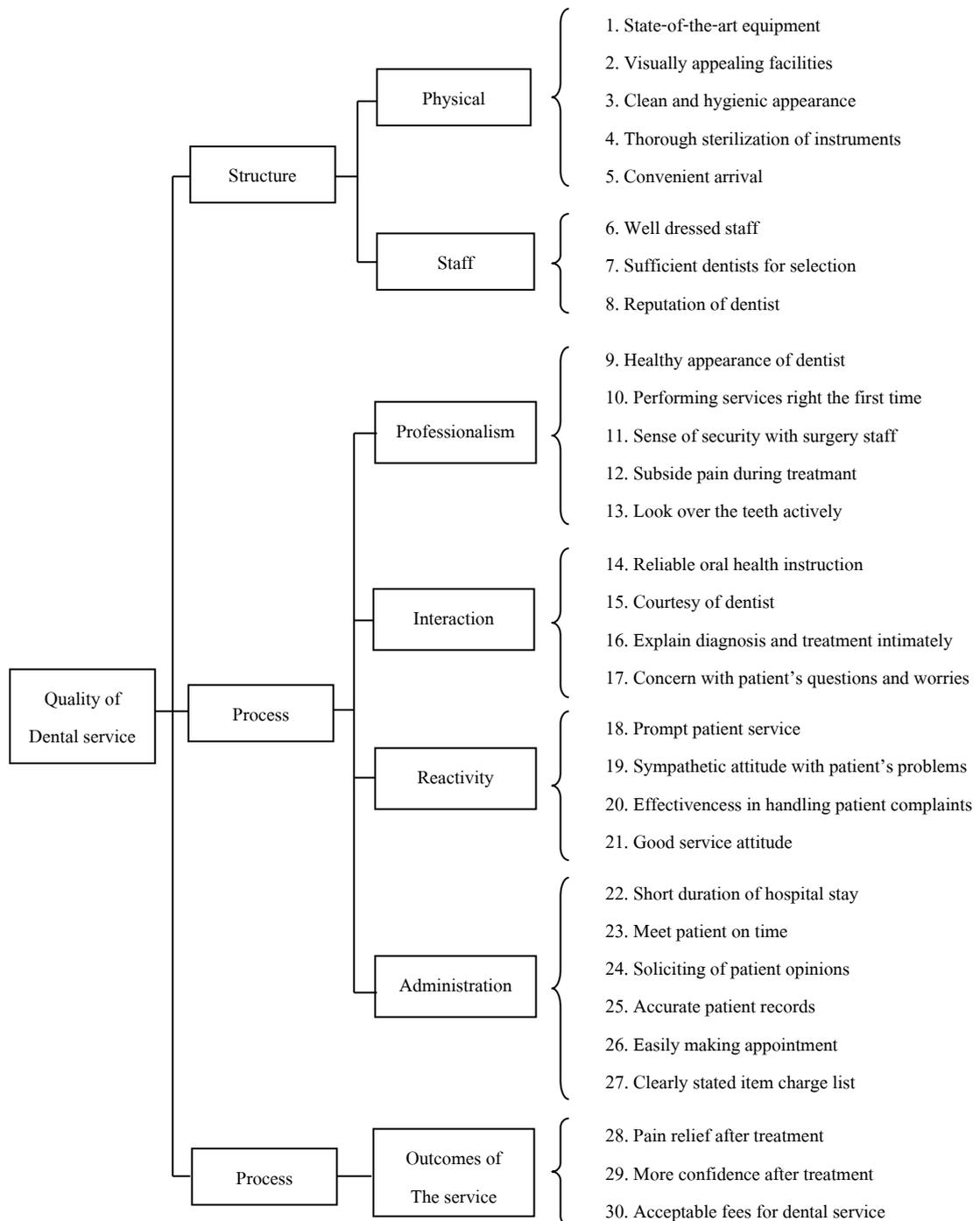
นอกเหนือจากนี้ การอธิบายถึงคุณภาพที่อยู่ภายใต้หน่วยให้บริการดูแลรักษา Donabedian Model เป็นสิ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในระดับโครงสร้างและกระบวนการเพื่อการรักษาโรค และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาคุณภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ยกตัวอย่างเช่น Systemic Lupus Erythematosus (SLE) (ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดหนึ่ง) ที่เป็นเงื่อนไขที่สำคัญต่อความเจ็บป่วยและความตาย ในเรื่องราวที่แตกต่างในเรื่องของผลลัพธ์โรครุนแรง ซึ่งแนวโน้มสำหรับการดูแลโรค SLE มีความล้มเหลวและขาดแคลนความร่วมมือ ซึ่งมีข้อมูลว่า ปัจจัยของระบบในการดูแลรักษาที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาผลลัพธ์โรค SLE ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จุดเปลี่ยนหรือโอกาสที่จะเป็นกระบวนการในการพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันรักษา การเฝ้าติดตาม และประสิทธิภาพในการรักษาตัวเองของผู้ป่วย นักวิจัยอาจพัฒนาหลักฐานที่อยู่ภายใต้เรื่องราวเหล่านี้เพื่อนำมาวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างและกระบวนการ ที่นำมาสู่ผลลัพธ์ ในเรื่องของการรักษา SLE โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาแนวทางในการแก้ไขและพัฒนาผลลัพธ์ ซึ่งการวิเคราะห์เกี่ยวกับ โครงสร้างของ SLE อาจจะเปิดเผยความสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าถึงการรักษาและเงินทุนที่จะนำมาเป็นผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ การวิเคราะห์เกี่ยวกับกระบวนการอาจจะมองไปที่โรงพยาบาลและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องของการรักษา SLE และสิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย SLE ในโรงพยาบาลหรือผลลัพธ์ที่อาจมีการเพิ่มเติม QI indicators ในการวินิจฉัยและทำการรักษาโรค SLE การประเมินถึงการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและกระบวนการ การรวบรวมหลักฐานจากข้อมูลของการตาย,การ

ทำลายของโรค, และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่จะนำมาใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงกระบวนการของโครงสร้างอย่างมีเหตุผล

Model ของ Donabedian ยังถูกนำไปประยุกต์ใช้กับระบบของการดูแลสุขภาพขนาดใหญ่เพื่อที่จะวัดคุณภาพทั้งหมดที่จะเป็นการพัฒนาในด้านเดียวกันที่ข้ามไปยังเรื่องของสถานที่ของโรงพยาบาล, กลุ่มของผู้ให้การรักษาหรือองค์ประกอบใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์ของประชากร ในปี ค.ศ. 2007 สถาบันต่างๆของสหรัฐอเมริกาได้มีจุดมุ่งหมายที่จะพัฒนาการดูแลรักษา “ที่เป็นระบบที่ตรวจวัดหรือประเมินผลได้ทั้งหมด” ซึ่งสิ่งนี้ได้แสดงให้เห็นถึงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการรักษา ตัวชี้วัดเหล่านี้ได้สนับสนุนให้ผู้นำทางด้านการดูแลสุขภาพสุขภาพ นำข้อมูลมาประเมินการทำงานขององค์กร เพื่อที่จะได้ออกแบบ กลยุทธ์ QI Planning ตัวชี้วัดนั้นมีข้อจำกัดเกี่ยวกับ 13 โรคที่วัดหรือไม่สามารถระบุได้ ว่าคำแนะนำในระบบเป็นตัวชี้วัดที่มีคุณภาพ การประยุกต์ใช้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่มีการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้จะมีเรื่องของ QI plan แล้ว การวัดผลประเมินผลสามารถนำมาใช้ประเมินถึงคุณภาพของระบบของการดูแลรักษาได้ตลอดเวลา อย่างไรก็ตามมันเป็นการกระทำที่มีความเกี่ยวเนื่องกันในลักษณะที่เป็นจุดมุ่งหมายที่เป็นไปตามกลยุทธ์ของแผนการ และการกระทำนั้นต้องมีการเปรียบเทียบกับองค์กรที่มีความคล้ายคลึงกัน

ในขณะที่ Model Donabedian ยังคงดำเนินการที่จะสนับสนุนหลักเกณฑ์เพื่อเป็นกรอบในงานวิจัยการให้บริการทางด้านสุขภาพ แต่ศักยภาพและข้อจำกัดก็ได้ถูกอธิบายโดยนักวิจัยท่านอื่นๆ โดยเฉพาะในบางกรณี การปรับปรุงเกี่ยวกับการมีจุดมุ่งหมาย ซึ่งการพัฒนาให้เป็นลำดับขึ้นจากโครงสร้างสู่กระบวนการ สู่ผลลัพธ์ได้ถูกอธิบายเป็นไปในลักษณะของเส้นตรงของกรอบแนวคิด ซึ่งผลลัพธ์นี้ได้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับประโยชน์ที่ครอบคลุมไปถึง อิทธิพลของ 3 domain ที่จะมีการปฏิสัมพันธ์(interact)ต่อกันและกัน นอกจากนี้ model นี้ยังถูกวิพากษ์วิจารณ์ถึงความล้มเหลวของลักษณะของสิ่งที่ติดตัวมากับผู้มีส่วนร่วม (ผู้ป่วย) (เช่น ลักษณะของผู้ป่วย, ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม) ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่เกิดขึ้นก่อนการประเมินคุณภาพการรักษา Colye และ Battles ได้แนะนำว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญที่จะเติมเต็มความเข้าใจที่ส่งผลกระทบต่อความจริงที่เปลี่ยนแปลงปรับปรุงกระบวนการรักษา สำหรับ Colye Battles ได้มีการอธิบายถึงปัจจัยต่างๆ ที่นอกเหนือจาก Model Donabedian ไปยังเรื่องของ ยีน, สังคมประชากร, ลักษณะนิสัยทางสุขภาพ, ความเชื่อและทัศนคติและความชอบส่วนบุคคล และเรื่องของปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมยังอธิบายไปถึง วัฒนธรรมของผู้ป่วย, สังคม, การเมือง, บุคลิกภาพ และลักษณะทางกายภาพ เพราะฉะนั้นปัจจัยหลายตัวที่กล่าวมาจึงมีความสัมพันธ์กับความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพของตัวเอง Donabedian, A. (1988)

การวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยคุณภาพการบริการและการเสริมสร้างการดูแลทันตกรรมโดยใช้แบบจำลองโครงสร้างของ Donabedian (Chang & Chang 2012) เพราะฉะนั้นงานวิจัยนี้จึงได้นำกรอบแนวคิดนี้มาใช้อธิบายเพื่อเป็นการศึกษาคุณภาพบริการทันตกรรมโดยตรง



ภาพ 2.5 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับบริการทันตกรรม ในลักษณะต่างๆทางประชากร อ้างอิงจากทัศนคติของ Donabedian (Chang & Chang 2012)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฉวีวรรณ โคมโลทก. (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่องการรับรู้สิทธิผู้ป่วยของคนไทยพบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยในเชิงลบกล่าวคือไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงส่วนใหญ่จะรับรู้เห็นด้วยในเรื่องที่เป็นการเอื้อผลประโยชน์ต่อตนและจากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกำหนดการรับรู้สิทธิพบว่า การเข้าถึงสื่อในด้านสิทธิผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายเมื่อเทียบระหว่างสื่อ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และสื่อจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า มีความแตกต่างกันน้อยมากในคำร้อยละแสดงให้ทราบว่าบุคคลสามารถรับข้อมูลสิทธิผู้ป่วยได้จาก บุคคลรอบข้างมากกว่าซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้องในเรื่องสิทธิผู้ป่วยแต่สิ่งที่ถูกต้องบุคคลยังไม่ได้เข้าถึง โดยสอดคล้องกับงานวิจัยคือสื่อป้ายประกาศโรงพยาบาลจะมีผลต่อการรับรู้สิทธิผู้ป่วย ได้ถูกต้องแต่จากการศึกษาพบว่าประชาชนเข้าถึงสื่อเหล่านี้ได้น้อยร้อยละ 5.12 และเมื่อศึกษาถึงความรู้ในเรื่องสิทธิผู้ป่วยต่อการรับรู้สิทธิผู้ป่วยพบว่าแม้ประชาชนจะมีความรู้ในเรื่องสิทธิผู้ป่วยระดับสูงร้อยละ 46 จะรับรู้ในเรื่องสิทธิผู้ป่วยไม่แตกต่างกับกลุ่มที่มีความรู้น้อยซึ่งผลที่ได้นี้ก็คล้ายกับการศึกษาถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยความสัมพันธ์แพทย์กับผู้ป่วยโดยจะพบว่า ประสบการณ์การเจ็บป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดการรับรู้ต่อสิทธิผู้ป่วยของประชาชนได้

ศิริพร สิทธิโชคธรรม. (2548) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนตาม ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนตำบลปากเพรียวอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2548 ผล การศึกษาพบว่า ความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง โดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ความเป็น รูปธรรมของบริการความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการการให้ความมั่นใจแก่ ผู้รับบริการและความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการนอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนที่มีระดับ การศึกษาระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านมาถึงศูนย์สุขภาพชุมชนการได้รับข้อมูลข่าวสารด้าน สุขภาพและ โชนที่อยู่อาศัยที่ต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการแตกต่างกัน ส่วนประชาชนที่มีเพศอายุสถานภาพสมรสอาชีพรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนและจำนวนครั้งที่มา รับบริการที่ต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่แตกต่างกันได้เสนอแนะ ให้ปรับปรุงสถานที่ให้บริการและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆประชาสัมพันธ์หรือให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ประชาชน ได้ทราบถึงลักษณะของการบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนและวางแผนพัฒนาศักยภาพ ของบุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่องทั้งด้านความรู้ความเข้าใจในงานบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน และความรู้ความเข้าใจในด้านงานบริการปฐมภูมิ

เบญจมาศ ขุนประเสริฐ. (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่องการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการส่วนงานผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งเขตพัฒนากรุงเทพมหานครผลการวิจัยพบว่าผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพการบริการอยู่ในระดับสูงและผู้ให้บริการมีการรับรู้คุณภาพการบริการอยู่ในระดับสูงผู้รับบริการที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้คุณภาพการบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่พบว่าผู้รับบริการที่มีอายุ 26-35 ปีกับมากกว่า 35 ปีมีการรับรู้คุณภาพการบริการแตกต่างกันนอกนั้น ไม่พบความแตกต่างผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพการบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่พบว่าผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปีกับมากกว่า 10 ปีมีการรับรู้คุณภาพการบริการแตกต่างกันนอกนั้น ไม่พบความแตกต่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีการรับรู้คุณภาพการบริการไม่แตกต่างกันประสบการณ์การทำงานความฉลาดทางอารมณ์สามารถร่วมกันพยากรณ์การรับรู้คุณภาพการบริการของผู้ให้บริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุณี วงศ์คงคาเทพ. (2550) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลดิบ ของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักสถิติแห่งชาติ ข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลระดับบุคคล พ.ศ. 2550 และประมวลผลข้อมูลโดยถ่วงน้ำหนักข้อมูลเพื่อให้ได้ค่าประมาณของประชากรทั้งหมด อัตราการมีหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2550 เท่ากับร้อยละ 96.3 เป็นสิทธิ 30 บาทสูงสุด ร้อยละ 73.6 การใช้บริการทันตกรรมในพ.ศ. 2550 พบร้อยละ 8.4 กลุ่มที่ได้รับบริการสูงสุดคือกลุ่มวัยเรียนร้อยละ 12.3 และกลุ่มที่ใช้บริการต่ำสุด คือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี ร้อยละ 2.1 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมสูง โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้ต่ำ กลุ่มเด็กวัยเรียน และผู้สูงอายุอย่างชัดเจน แต่กลุ่มสิทธิ 30 บาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยากจนและอยู่ในพื้นที่ชนบท พบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนพบอัตราใช้บริการต่ำมาก

หัตยา แก้วกิม,และคณะ. (2554) ได้ทำการศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครศรีธรรมราชผลการวิจัยพบว่า (1) ประชาชนที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครศรีธรรมราชส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 41.12 ปีสถานภาพสมรสคู่ศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าอาชีพเกษตรกรกรรมรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาทเคยมารับบริการแล้วเหตุจูงใจที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือใกล้บ้านสะดวกในการเดินทางและมีความประสงค์จะกลับมารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนี้ (2) ประชาชนมีความคาดหวังและการ

รับรู้ต่อคุณภาพบริการอยู่ในระดับมาก (3) คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังมากกว่าการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (4) คุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่เพศอายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษาอาชีพรายได้ต่อเดือนจำนวนครั้งที่มารับบริการและเหตุจูงใจที่มารับบริการที่ต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน (5) ข้อเสนอแนะของประชาชนที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดเตรียมรถบริการฉุกเฉิน 24 ชั่วโมงเพิ่มสถานที่จอดรถและขยายพื้นที่ให้บริการเพิ่มอุปกรณ์ทางการแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพให้เพียงพอพัฒนาศักยภาพบุคลากรและมีสิ่งอำนวยความสะดวกเช่นพัดลมน้ำดื่มเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้เพิ่มขึ้นต่อไป

Oberst (1984) ได้ศึกษาวิธีการวัดคุณภาพการบริการความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมาเร็ง ผลการศึกษาพบว่า สิ่งอำนวยความสะดวกในการบริการ ประกอบด้วย เวลาการรอคอย การบอกกล่าวผู้ป่วย และสิ่งช่วยอำนวยความสะดวกต่างๆ การให้การดูแลรักษา สถานที่พักผ่อน และพฤติกรรมบริการสื่อสารของพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Eriksen (1987) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ กับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Anderson (1995) ได้ทำการศึกษา การวัดคุณภาพบริการที่คลินิกทางด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัย โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ (SERVQUAL) มีเกณฑ์ 5 ประการ ดังนี้

- 1) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ
- 2) ความเชื่อถือไว้วางใจ
- 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ
- 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ
- 5) ความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจในผู้รับบริการ

ซึ่งพบว่า คุณภาพบริการแปรผันตามความแตกต่างระหว่างการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

Youssef, Nel & Bovaird (1996) ได้ศึกษา เรื่องคุณภาพการดูแลทางด้านสุขภาพอนามัยในโรงพยาบาลที่มีการบริการทางด้านสุขภาพอนามัยแห่งชาติ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ (SERVQUAL) ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเปรียบเทียบกับความคาดหวังของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการ และการรับรู้ของผู้ป่วยหลังจากกลับบ้านไป พบว่า มีความแตกต่างกันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Johara & Hussyeen (2009) ทำการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์จากบริการทันตกรรมด้านสุขภาพในหมู่นักเรียนโรงเรียนหญิงในเมืองริยาด ประเมินความพึงพอใจกับการดูแลทันตกรรมที่ได้รับในระหว่างการมารับบริการทันตกรรมด้วยแบบสอบถามซึ่งถูกกระจายไปในหมู่นักเรียนที่เข้าร่วมแปดรัฐและโรงเรียนเอกชนสี่แห่ง โรงเรียนเหล่านี้ได้รับการสุ่มเลือกให้เป็นตัวแทนสี่โซนที่แตกต่างกันของผู้ดูแลระบบในริยาดผลการศึกษา 600 คน ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 531 ฉบับ และเหมาะสำหรับการวิเคราะห์ เกือบทั้งหมดสามในสี่ของนักเรียนที่เคยไปรับบริการทันตกรรมกับทันตแพทย์มากกว่าหนึ่งครั้งในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา คิดเป็น 75% ได้ไปรักษาในคลินิกทันตกรรมเอกชนเป็นประจำ 63% คุณภาพการบริการทันตกรรมพบว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มาใช้บริการทันตกรรมมากที่สุดในขณะที่ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ของคลินิกทันตกรรมเป็นปัจจัยที่ทำให้หมดกำลังใจมากที่สุด สำหรับผู้ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐบาลปัจจัยที่ทำให้หมดกำลังใจมากที่สุด คือภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่ปัจจัยส่งเสริมมากที่สุดคือความพร้อมของเจ้าหน้าที่ที่เป็นมิตรปัจจัยที่ทำให้หมดกำลังใจมากที่สุดคือค่าใช้จ่ายสูงในการเข้ารับบริการทันตกรรมในขณะที่คุณภาพของการดูแลทันตกรรมเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มาใช้บริการมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคลินิกที่ทันสมัยและการแนะนำจากเพื่อนเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้นักเรียนที่เข้ารับบริการทันตกรรมในขณะที่ไม่เห็นด้วยในเรื่องค่าใช้จ่ายสูงในการใช้บริการทันตกรรมนักเรียนที่เข้ารับบริการทันตกรรมเป็นประจำจากทันตแพทย์ ให้ความสำคัญต่อคุณภาพการบริการความพึงพอใจกับการดูแลพบที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการทันตกรรม คือได้รับความสะดวกในเรื่องของการนัดหมายในการทำฟันครั้งต่อไป พนักงานที่เป็นมิตรคลินิก ทันตกรรมที่ทันสมัยและคลินิกที่ได้รับคำแนะนำจากเพื่อน ซึ่งคุณภาพของการดูแลทันตกรรมค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมสำหรับใช้บริการทางทันตกรรมและสถานที่ให้บริการทันตกรรมคลินิกใกล้บ้านของนักเรียนจะเป็นปัจจัยเสริมให้ไปใช้บริการทางทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

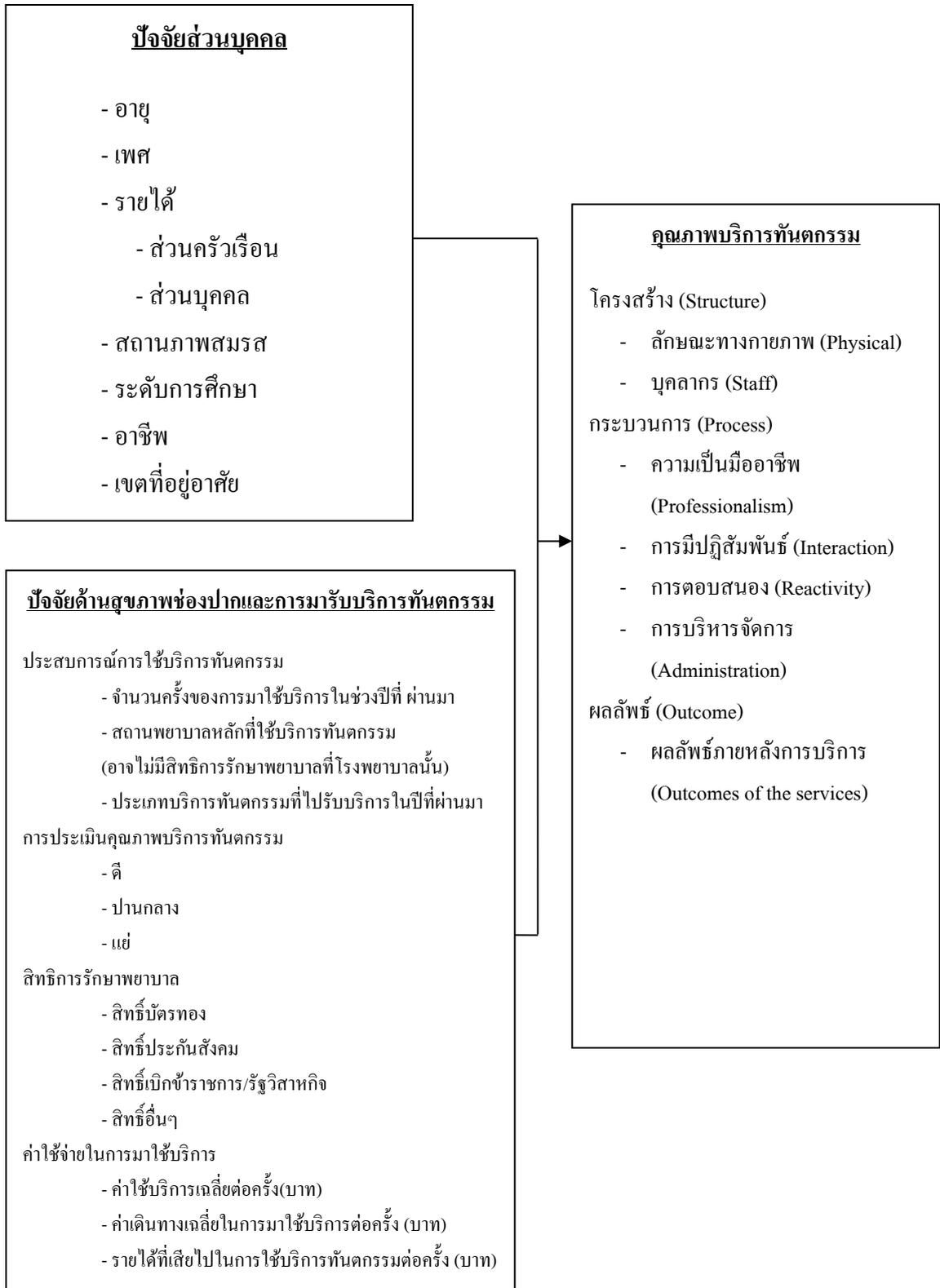
Lee, et al. (2012) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ ทันตกรรมโดยการรักษาของทันตแพทย์ intern โดยการศึกษาที่เลือกสุ่มผู้ป่วยจากแผนกทันตกรรมในศูนย์การแพทย์ ซึ่งตั้งอยู่ในภาคใต้ของไต้หวันและใช้แบบสอบถามเชิงโครงสร้างและ (Likert scales) เพื่อศึกษาระดับความสำคัญและความพึงพอใจของผู้ป่วยทางทันตกรรมที่มีต่อการรักษาโดยทันตแพทย์ intern ในเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน 2004 ผลการศึกษาพบว่า ในเรื่องเกี่ยวกับความสามารถทางเทคนิคเมื่อเทียบกับทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานมานานกว่า พบว่าสถิติความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญตามประเภทของการรักษาที่ได้รับ, เพศ, สถานะภาพสมรส, สถานะระดับการศึกษา และรายได้ของครัวเรือน ดังนั้นศูนย์การแพทย์ควรแนะนำการฝึกงานในกรณีคลินิกและให้มีโครงสร้างการอบรมของทันตแพทย์ฝึกหัด มาตรการเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นของประชาชน

ต่อการปฏิบัติงานและปรับปรุงผู้ป่วยความพึงพอใจกับการฝึกงานผ่านทักษะทางคลินิกที่ดีขึ้นและให้กำลังใจที่ดีเยี่ยมในเรื่องงานทันตกรรม

Chang & Chang (2012) ได้ทำการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยคุณภาพการบริการและการเสริมสร้างการดูแลทันตกรรมของโรงพยาบาลในประเทศไทยได้วัน โดยสำรวจจากผู้ป่วย 400 คน ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบจำลองโครงสร้างของ Donabedian ใช้ตัวแปรด้านประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ) ถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) โดยพบว่า มีทั้งหมด 6 เรื่องที่ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การนัดหมายที่สะดวก มีการเข้าถึงอย่างสะดวก ใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีรายการที่ระบุไว้อย่างชัดเจนในเรื่องค่าใช้จ่าย และมาตรวจคนไข้ตรงเวลา เกือบทั้งหมดอยู่ในมิติด้านกระบวนการ ในเรื่องการบริหารจัดการ ซึ่งเพศถูกนำมาเปรียบเทียบกันในเรื่องของการรับรู้และความพึงพอใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง แสดงให้เห็นว่าเพศมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเพศชายมีความพึงพอใจในการบริการทันตกรรมมากกว่าขณะที่เพศหญิงต้องการบริการทันตกรรมที่ดีกว่านี้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ ศึกษาความพึงพอใจ ความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โดยใช้แนวคิดคุณภาพบริการของ Parasuraman, Zeithaml and Berry (1985) มีประเด็นการวัด 5 ด้าน คือ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจในผู้รับบริการ ซึ่งพบว่าการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาคุณภาพบริการในมุมมองของผู้มารับบริการ มีเพียงบางมิติที่ผู้สนใจนำมาศึกษา เช่น หัตยา แก้วกิม และคณะ (2554) ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการ Lee (2012) ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการทันตกรรม Chang & Chang (2012) วิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยคุณภาพการบริการและการเสริมสร้างการดูแลทันตกรรม เพื่อให้เกิดการศึกษาเรื่องคุณภาพบริการ ผู้วิจัยจึงนำคุณภาพบริการในแต่ละด้านมาเป็นประเด็นหลักในการศึกษาครั้งนี้

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยการสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของประชาชนในอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

3.1.1 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

เดือนพฤศจิกายน 2556 ถึง มกราคม พ.ศ.2557

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ได้แก่ ผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลที่เข้ารับบริการทันตกรรมทุกประเภทมีอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป จากสถานพยาบาลที่มีการบริการด้านทันตกรรม ในเขตอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งแบ่งเป็น 4 ตำบลมีประชากรจำนวน 9,417 คน (ที่ว่าการอำเภอศรีสวัสดิ์, 2555) ดังตาราง 3.1

ตาราง 3.1 จำนวนประชากรกลางปี 2555 จำแนกตามตำบล

ตำบล	จำนวนประชากร กลางปี 2555	จำนวนประชากรที่มีอายุ ระหว่าง 20 ปีขึ้นไป
ท่ากระดาน	1,834	1,259
หนองเป็ด	2,752	1,995
ด่านแม่แลด	4,707	3,542
แม่กระบุง	3,713	2,621
รวม	13,006	9,417

ที่มา : ที่ว่าการอำเภอศรีสวัสดิ์

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประชากรที่มีสิทธิ์ใช้บริการทันตกรรมในทุกสิทธิ์การรักษา จำนวน 9,417 ราย โดยวิธีสุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro, Yamane (Yamane 1973 : 725, อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ 2540 : 71)

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดประชากรทั้งหมดที่ศึกษาจำนวน 9,417 คน

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ที่ระดับค่าความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์

$$\text{แทนค่าในสูตร} \quad n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

$$n = \frac{9,417}{1+9,417(.05)^2}$$

$$= \frac{9,417}{1+23.54}$$

$$= \frac{9,417}{24.54}$$

$$= 383.74 \text{ คน}$$

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้มีจำนวน 384 คน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวเลขจำนวนเต็ม ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จะมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 400 คน

3.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากรจากครัวเรือนในเขตอำเภอศรีสวัสดิ์ตามสัดส่วนของจำนวนครัวเรือนในแต่ละตำบลที่อยู่ในความครอบคลุมของโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลจำนวนครัวเรือนรายตำบล ของอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ณ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 มีจำนวน 6,010 ครัวเรือน (ที่ว่าการอำเภอศรีสวัสดิ์, 2555) ผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนครัวเรือนเป็นกรอบในการคิดสัดส่วนในการสุ่มตัวอย่างประชากรจากครัวเรือน โดยสัมภาษณ์ครัวเรือนละ 1 คน ซึ่งมีขั้นตอนการกำหนดขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้ (ดังตาราง 3.2)

ขั้นตอนที่ 1 จากข้อมูลจำนวนครัวเรือนในอำเภอศรีสวัสดิ์ ทำการแบ่งจำนวนครัวเรือนโดยจำแนกตามตำบล

ขั้นตอนที่ 2 เทียบอัตราส่วนของครัวเรือนแบบร้อยละ

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยจำแนกแต่ละตำบลด้วยการเทียบอัตราส่วนให้ได้ครบจำนวน 400 คน

ขั้นตอนที่ 4 เลือกสุ่มหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยเรียงลำดับหมู่บ้านเริ่มต้นที่ หมู่ที่ 2,4,6,8 ตามลำดับ โดยจำแนกตามตำบล

ขั้นตอนที่ 5 เลือกสุ่มครัวเรือนด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) เรียงลำดับครัวเรือนโดยเริ่มต้นครัวเรือนลำดับที่ 5, 10, 15 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 6 เมื่อได้ครัวเรือนลำดับที่ต้องการแล้ว จะเลือกผู้ตอบแบบสอบถามครัวเรือนละ 1 คน โดยทำการเลือกจากผู้นำครอบครัวหรือผู้ที่สะดวกตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่ไม่มีผู้อยู่อาศัยในครัวเรือนนั้นหรือผู้ที่ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเปลี่ยนครัวเรือนเป็นครัวเรือนลำดับต่อไป จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

ตาราง 3.2 พื้นที่และขนาดตัวอย่างโดยจำแนกตามตำบล/หมู่บ้าน

ตำบล (จำนวนหมู่บ้าน)	จำนวนครัวเรือน (ร้อยละ)	ขนาดตัวอย่าง (คน)	จำนวนที่ถูกสุ่มโดยจำแนกตามหมู่บ้าน(คน)			
			หมู่ 2	หมู่ 4	หมู่ 6	หมู่ 8
ท่ากระดาน (5)	1,917 (32)	128	82	46	NA	NA
หนองเป็ด (4)	808 (13)	52	19	33	NA	NA
ด่านแม่แจลบ (8)	1,849 (31)	124	32	37	50	5
แม่กระบุง (6)	1,436 (24)	96	28	34	34	NA

**หมายเหตุ NA หมายถึง ไม่มีหมู่บ้าน

3.4 เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือแบบสอบถาม (Questionnaire) ลักษณะปลายปิดและปลายเปิดซึ่งได้สร้างขึ้นจากแนวคิด เอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

3.5 ลักษณะและเนื้อหาของแบบสอบถาม

แบบสอบถามดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (check list) และชนิดปลายเปิด (open end) จะประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ได้แก่

- เพศ โดยมีตัวเลือก 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) เพศชาย 2) เพศหญิง
- อายุ ระบุตัวเลขอายุ มีหน่วยวัดเป็นปี
- สถานภาพ โดยมีตัวเลือก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) โสด 2) สมรส 3) ม่าย/หย่า/ร้าง/แยกกัน

อยู่

4. ระดับการศึกษา แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา 2) มัธยมศึกษาตอนต้น 3) มัธยมศึกษาตอนปลาย 4) อนุปริญญา หรือเทียบเท่า 5) ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพปัจจุบัน โดยมีตัวเลือก 7 กลุ่ม ได้แก่ 1) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 2) เกษตรกร 3) รับจ้างทั่วไป 4) พนักงานบริษัทเอกชน/ธุรกิจส่วนตัว 5) พนักงานกระทรวง 6) ไม่ได้ทำงาน 7) อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. เขตที่อยู่อาศัย โดยมีตัวเลือก 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ตำบลท่ากระดาน 2) ตำบลหนองเป็ด 3) ตำบลด่านแม่แฉลบ 4) ตำบลแม่กระบุง 5) อื่นๆ ระบุ.....

7. การนับถือศาสนา โดยมีตัวเลือก 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) พุทธ 2) คริสต์ 3) อิสลาม 4) อื่นๆ

8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน (ประมาณการต่อเดือน) ระบุเป็นตัวเลขจำนวน (บาท)

9. รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน (ประมาณการต่อเดือน) ระบุเป็นตัวเลขจำนวน (บาท)

10. ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยของท่าน (ประมาณการต่อเดือน) ระบุเป็นตัวเลขจำนวน (บาท)

11. สิทธิประโยชน์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล โดยมีตัวเลือก 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) บัตรทอง 30 บาท/ไม่เสียค่าใช้จ่าย 2) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 3) ประกันสังคม 4) อื่นๆ ระบุ.....

12. โรคประจำตัวของท่าน ที่แพทย์ระบุ โดยมีตัวเลือก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) มี 2) ไม่มี 3) ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ

13. ถ้ามี (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ) โดยมีตัวเลือก 7 กลุ่ม ได้แก่ 1) ความดันโลหิตสูง 2) โรคหัวใจและหลอดเลือด 3) เบาหวาน 4) โรคตับ 5) โรคไต 6) อื่นๆ โปรดระบุ 7) ไม่เข้าข่าย

14. ประเภทสถานพยาบาลที่ท่านเลือกไปใช้บริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีตัวเลือก 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) โรงพยาบาลของชุมชน 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 3) โรงพยาบาลประจำจังหวัด 4) อื่นๆระบุ.....

15. โรงพยาบาลที่ใช้บริการทันตกรรมเป็นประจำโปรดระบุ.....

16. เหตุผลที่ท่านเลือกมารับบริการที่โรงพยาบาลตามข้อ 15 คืออะไร (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ) โดยมีตัวเลือก 7 กลุ่ม ได้แก่ 1) การเดินทางสะดวก 2) จากคำบอกเล่าของคนอื่น 3) จากการประชาสัมพันธ์ของทางโรงพยาบาล 4) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 5) เคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาลนี้ 6) มีเครื่องมือที่ทันสมัย 7) อื่นๆ โปรดระบุ.....

17. ท่านเดินทางมาใช้บริการที่สถานพยาบาลอย่างไร โดยมีตัวเลือก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) รถยนต์ส่วนตัว/รถมอเตอร์ไซด์ 2) รถรับจ้าง 3) เดิน

18. ความสะดวกในการเดินทางมาใช้บริการของท่านมีมากน้อยเพียงใด โดยมีตัวเลือก 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) มากที่สุด 2) มาก 3) ปานกลาง 4) น้อย 5) น้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทันตสุขภาพเป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลประสบการณ์การเจ็บป่วยและการเข้ารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาล ซึ่งลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (check list) และชนิดปลายเปิด (open end) จะประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ได้แก่

1. ท่านคิดว่าสุขภาพช่องปากของท่านเป็นอย่างไร โดยมีตัวเลือก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ดี 2) ปานกลาง 3) แย่
2. ท่านทำความสะอาดช่องปากด้วยวิธีใดเป็นประจำ โดยมีตัวเลือก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) แปรงฟัน 2) แปรงฟันร่วมกับวิธีอื่นๆ 3) บ้วนปากด้วยน้ำเปล่า/ไม่ได้ทำเลย
3. จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โปรดระบุ.....
4. บริการทันตกรรมชนิดใดที่ท่านไปใช้บริการในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีตัวเลือก 8 กลุ่ม ได้แก่ 1) อุดฟัน 2) ชูดหินปูน 3) ถอนฟัน 4) ใส่ฟันปลอม 5) รักษาโรคฟัน 6) ครอบฟัน 7) ตรวจฟัน 8) อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทันตกรรมเฉลี่ยต่อครั้ง ระบุเป็นตัวเลขจำนวน (บาท)
6. ค่าเดินทางเฉลี่ยในการมาใช้บริการทันตกรรมต่อครั้ง ระบุเป็นตัวเลขจำนวน (บาท)
7. ค่าจ้างที่เสียไปในการใช้บริการทันตกรรมต่อครั้ง ระบุเป็นตัวเลขจำนวน (บาท)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อต้องการทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของประชาชน ลักษณะของคำถามจะแบ่งแยกตามมิติคุณภาพ 3 มิติคุณภาพ มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 30 ข้อ มีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนตามระดับการประเมินคุณภาพเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับตามแนวคิดของ Likert Scale ดังนี้

- 5 คะแนน = มากที่สุด คือ คิดว่าสถานการณ์ที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลมากที่สุด
- 4 คะแนน = มาก คือ คิดว่าสถานการณ์ที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลมาก
- 3 คะแนน = ปานกลาง คือ คิดว่าสถานการณ์ที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลปานกลางหรือไม่แน่ใจ
- 2 คะแนน = น้อย คือ คิดว่าสถานการณ์ที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลน้อย
- 1 คะแนน = น้อยที่สุด คือ คิดว่าสถานการณ์ที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลน้อยที่สุด

แสดงเนื้อหาของคำถามแต่ละมิตินี้

1. มิติด้านโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

1.1 ด้านลักษณะทางกายภาพ มีจำนวน 5 ข้อย่อย ข้อคำถามครอบคลุมเรื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ครบครันทันสมัยและมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ คะแนนเต็มของแต่ละหัวข้อ คือ 5 คะแนน

1.2 ด้านบุคลากร มีจำนวน 3 ข้อย่อย ข้อคำถามครอบคลุมด้านการมีเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอ และมีชื่อเสียง คะแนนเต็มของแต่ละหัวข้อ คือ 5 คะแนน

2. มิติด้านกระบวนการแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

2.1 ด้านความเป็นมืออาชีพ มีจำนวน 5 ข้อย่อย ข้อคำถามครอบคลุมด้านความปลอดภัย ไม่มีความผิดพลาด และผู้รับบริการเกิดความรู้สึกปลอดภัยเมื่อมารับบริการ คะแนนเต็มของแต่ละหัวข้อ คือ 5 คะแนน

2.2 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์มีจำนวน 4 ข้อย่อย ข้อคำถามครอบคลุมเรื่องการสื่อสาร การฟัง การพูด การให้ข้อมูลและคำอธิบายที่จำเป็นต่อการรักษาของผู้ให้บริการ คะแนนเต็มของแต่ละหัวข้อ คือ 5 คะแนน

2.3 ด้านปฏิบัติการการตอบสนอง มีจำนวน 4 ข้อย่อย ข้อคำถามครอบคลุมเรื่องบริการตรงเวลา การจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยและการมีทัศนคติที่ดีต่อการบริการ คะแนนเต็มของแต่ละหัวข้อ คือ 5 คะแนน

2.4 ด้านการบริหารจัดการ มีจำนวน 6 ข้อย่อย ข้อคำถามครอบคลุมเรื่องการตรงเวลา การรับฟังความเห็นของคนไข้ มีการจดบันทึกและนัดหมาย รวมถึงการระบุรายละเอียดเรื่องค่าใช้จ่ายไว้อย่างชัดเจน คะแนนเต็มของแต่ละหัวข้อ คือ 5 คะแนน

3. มิติด้านผลลัพธ์ แบ่งออกเป็น 1 ด้าน คือ

3.1 ด้านผลลัพธ์ภายหลังการบริการ มีจำนวน 3 ข้อย่อย ข้อคำถามครอบคลุมเรื่องการบรรเทาอาการหลังการรักษา ความเชื่อมั่นหลังการเข้ารับบริการและค่าบริการทางทันตกรรมคะแนนเต็มของแต่ละหัวข้อ คือ 5 คะแนน (Chang, W. J., & Chang, Y. H., 2012)

เกณฑ์การวัดระดับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติด้านโครงสร้าง, มิติด้านกระบวนการ และมิติด้านผลลัพธ์ ผู้วิจัยกำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) กำหนดช่วงการวัดดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงการวัดของมิติด้าน โครงสร้าง} &= \bar{x} \pm SD \\
 &= \bar{x} + SD \\
 &= 3.71+0.39 = 4.10 \\
 &= \bar{x} - SD \\
 &= 3.71-0.39 = 3.32
 \end{aligned}$$

ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยระดับการประเมินคุณภาพบริการทัศนกรรมของมิติด้าน โครงสร้าง คือ
 คะแนนเฉลี่ย ≤ 3.31 หมายถึง การประเมินคุณภาพบริการอยู่ในระดับต่ำ
 คะแนนเฉลี่ย 3.32 - 4.10 หมายถึง การประเมินคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย ≥ 4.11 หมายถึง การประเมินคุณภาพบริการอยู่ในระดับสูง

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงการวัดของมิติด้าน กระบวนการ} &= \bar{x} \pm SD \\
 &= \bar{x} + SD \\
 &= 3.83+0.38 = 3.45 \\
 &= \bar{x} - SD \\
 &= 3.83-0.38 = 3.45
 \end{aligned}$$

ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยระดับการประเมินคุณภาพบริการทัศนกรรมของมิติด้าน
 กระบวนการ คือ

คะแนนเฉลี่ย ≤ 3.45 หมายถึง การประเมินคุณภาพบริการอยู่ในระดับต่ำ
 คะแนนเฉลี่ย 3.45 - 4.21 หมายถึง การประเมินคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย ≥ 4.21 หมายถึง การประเมินคุณภาพบริการอยู่ในระดับสูง

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงการวัดของมิติด้าน ผลลัพธ์} &= \bar{x} \pm SD \\
 &= \bar{x} + SD \\
 &= 3.93+0.62 = 3.31 \\
 &= \bar{x} - SD \\
 &= 3.93-0.62 = 4.55
 \end{aligned}$$

ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยระดับการประเมินคุณภาพบริการทัศนกรรมของมิติด้านผลลัพธ์ คือ
 คะแนนเฉลี่ย ≤ 3.31 หมายถึง การประเมินคุณภาพบริการอยู่ในระดับต่ำ
 คะแนนเฉลี่ย 3.31 - 4.55 หมายถึง การประเมินคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย ≥ 4.55 หมายถึง การประเมินคุณภาพบริการอยู่ในระดับสูง

3.6 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้น โดยศึกษาจากตำราเอกสารและงานวิจัยต่างๆการสร้างเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์จากแนวคิดทฤษฎีผลงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดขอบเขตโครงสร้างเนื้อหาที่จะสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพบริการทัศนกรรมการและการรับบริการในมุมมองของประชาชน

ขั้นตอนที่ 3 สร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินผลโดยให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 4 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอคำปรึกษา และตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา(Content Validity) และความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง(Construct Validity) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามหลังจากผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้(Pre-test) กับผู้มาใช้บริการทัศนกรรมในเขตอำเภอศรีสวัสดิ์ แต่ตำบลไม่ซ้ำกับตำบลที่ใช้สำรวจจริง โดยเลือกนำแบบสอบถามไปทดลองใช้จำนวน 30 ชุด ดำเนินการทดลองใช้ในเดือนตุลาคม 2556 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.9195 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแยกตามมิติ 3 มิติ ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

ค่าความเชื่อมั่นของคำถามมิติด้านโครงสร้าง วัดจากจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7514

ค่าความเชื่อมั่นของคำถามมิติด้านกระบวนการ วัดจากจำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8928

ค่าความเชื่อมั่นของคำถามมิติด้านผลลัพธ์ วัดจากจำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7705

ขั้นตอนที่ 6 นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้ว ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 7 นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

3.7 ข้อควรพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัย

3.7.1 ผู้วิจัยดำเนินการยื่นหนังสือต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เพื่อให้พิจารณาแบบสอบถามที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะมีการนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

3.7.2 ในการให้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ และในการขออนุญาตสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจะยินยอมหรือไม่ยินยอมก็จะมีผลอันใดต่อการใช้บริการ รวมทั้งคำตอบที่ได้ก็จะมีผลต่อการใช้บริการทั้งในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานพยาบาลทุกแห่งเช่นกัน

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขที่ ศศ 0517.12/ (วจส) 913 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2556

3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.8.1 ผู้วิจัยจะทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

3.8.2 เมื่อได้รับการตอบรับจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยสำรวจพื้นที่ที่จะเก็บข้อมูล

3.8.3 สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมเก็บข้อมูลด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจะทำการสื่อสารและทำความเข้าใจ เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล วิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.8.4 ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มเลือกเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในครัวเรือนอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

3.8.5 หากครัวเรือนที่ถูกกำหนดไว้เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่มีผู้อยู่อาศัย หรือมีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะข้ามครัวเรือนนั้น และเลือกครัวเรือนลำดับต่อไป

3.8.6 เมื่อสุ่มเลือกครัวเรือนและประชากรกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะแจ้งรายละเอียด วัตถุประสงค์แก่ผู้ตอบแบบสอบถามทราบ และขอคำยินยอมในการให้สัมภาษณ์ หากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะไม่บังคับ พร้อมจะกล่าวขอบคุณ และเลือกครัวเรือนลำดับต่อไป

3.8.7 หากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงสามารถให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์ โดยแนะนำแนวทางในการสัมภาษณ์และข้อมูลที่เป็นข้อตกลงเบื้องต้น

3.9 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ SPSS/FW (Statistical Package for Social Science / for Window) ในการวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้งหนึ่ง จากนั้นทำการลงรหัส และบันทึกข้อมูล เพื่อนำไปประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์โดยใช้สถิติดังนี้

3.9.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

3.9.1.1 พรรณนาข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้บริการทันตกรรม และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องโดยใช้ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

3.9.1.2 อธิบายถึงภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้ใช้บริการ โดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (\bar{x}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3.9.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

3.9.2.1 เปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติแต่ละด้านกับคุณลักษณะประชากร และการใช้บริการทางทันตกรรม โดยใช้การทดสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพบริการทันตกรรม ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของประชาชน ในอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ทำการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างประชากรจากครัวเรือนที่เข้ารับบริการทันตกรรม จากสถานพยาบาลที่มีการบริการด้านทันตกรรม ที่อำเภอศรีสวัสดิ์ จำนวน 400 คน นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย สิทธิประโยชน์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ประเภทสถานพยาบาลที่เลือกไปใช้บริการทันใน 1 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลที่ใช้บริการทันตกรรมเป็นประจำ เหตุผลที่เลือกมารับบริการ การเดินทางมาใช้บริการ ความสะดวกในการเดินทาง

4.2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สุขภาพช่องปาก การทำความสะอาดช่องปาก จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการทันตกรรม ชนิดบริการทันตกรรมที่ไปใช้บริการ ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทันตกรรมเฉลี่ยต่อครั้ง ค่าเดินทางเฉลี่ยในการมาใช้บริการทันตกรรมต่อครั้ง รายได้ที่เสียไปในการใช้บริการทันตกรรมต่อครั้ง

4.3 ภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมและการรับบริการของผู้มารับบริการ

4.4 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติแต่ละด้านกับคุณลักษณะประชากร และการใช้บริการทางทันตกรรม

4.1 ข้อมูลทั่วไป

4.1.1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร สังคม เศรษฐกิจ

กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 50 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-40 ปี (ร้อยละ 40.3) รองลงมาอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 36.5) ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 63.5) และมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 33.5) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 37.5 และกว่าร้อยละ 20 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนมากประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 32.5) และอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 26.8 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.5) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 47.3) น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 30.3) รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนส่วนใหญ่มากกว่า 20,001 บาท (ร้อยละ 43.8) รองลงมาอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 34.8) ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยกว่าร้อยละ 70 น้อยกว่า 10,000 บาท และอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 21) สิทธิในการรักษาพยาบาลคือสิทธิบัตรทอง 30 บาทหรือไม่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่าร้อยละ 50 รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 27.3) เกือบครึ่งมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 49.3 สถานพยาบาลที่เลือกไปใช้บริการทันตกรรมเป็นประจำ กว่าร้อยละ 90 เป็นโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 4.8) โรงพยาบาลที่ใช้บริการทันตกรรมเป็นประจำ มากกว่าครึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน และกว่าร้อยละ 30 เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เหตุผลที่เลือกมารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้ คือการเคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาลนี้ (ร้อยละ 23.8) รองลงมาคือ การเดินทางสะดวก (ร้อยละ 19.5) มากกว่าร้อยละ 80 เดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัวหรือรถมอเตอร์ไซด์ และเดินทางด้วยการเดิน (ร้อยละ 7.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสะดวกมากในการเดินทางมาใช้บริการ (ร้อยละ 39.5) รองลงมาคือสะดวกปานกลาง (ร้อยละ 31.3) (ตาราง 4.1)

ตาราง 4.1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร สังคม เศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	212	53.00
ชาย	188	47.00
อายุ (ปี)		
20-40 ปี	161	40.30
41-60 ปี	146	36.50
61 ปีขึ้นไป	93	23.30
สถานภาพสมรส		
สมรส	254	63.50
โสด	134	33.50
ม่าย/หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่	12	3.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	122	30.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	42	10.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย	55	13.80
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	31	7.80
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	150	37.50

ตาราง 4.1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร สังคม เศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	130	32.50
เกษตรกร	107	26.80
รับจ้างทั่วไป	84	21.00
พนักงานเอกชน/ธุรกิจส่วนตัว	38	9.50
พนักงานกระทรวง	27	6.80
ไม่ได้ทำงาน	14	3.50
นับถือศาสนา		
พุทธ	398	99.50
คริสต์	2	0.50
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	121	30.30
10,001-20,000 บาท	189	47.30
20,001 บาทขึ้นไป	90	22.50
รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	86	21.50
10,001-20,000 บาท	139	34.80
20,001 บาทขึ้นไป	175	43.80
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	288	72.00
10,001-20,000 บาท	84	21.00
20,001 บาทขึ้นไป	28	7.00

ตาราง 4.1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร สังคม เศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
บัตรทอง/30บาท/ไม่เสียค่าใช้จ่าย	229	57.30
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	109	27.30
ประกันสังคม	59	14.8
โรคประจำตัว		
มี	197	49.30
ไม่มี	166	41.50
ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ	37	9.30
ประเภทสถานพยาบาลที่ใช้บริการทันตกรรม		
ในปีที่ผ่านมา		
โรงพยาบาลของรัฐ	381	95.30
โรงพยาบาลเอกชน	19	4.80
โรงพยาบาลที่ใช้บริการทันตกรรมเป็นประจำ		
โรงพยาบาลชุมชน	226	56.50
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	150	37.50
โรงพยาบาลประจำจังหวัด	24	6.00
การเดินทางมาใช้บริการ		
รถยนต์ส่วนตัว/รถมอเตอร์ไซด์	359	89.80
เดิน	29	7.30
รถรับจ้าง	12	3.00

ตาราง 4.1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร สังกศ เศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลที่เลือกมารับบริการทันตกรรม		
เคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาลนี้	95	23.80
การเดินทางสะดวก	78	19.50
จากคำบอกเล่าของคนอื่น	50	12.50
จากการประชาสัมพันธ์ของทางโรงพยาบาล	40	10.00
มีเครื่องมือที่ทันสมัย	29	7.30
ปัจจัยอื่นๆ	108	27.00
ความสะดวกในการเดินทางมาใช้บริการ		
มากที่สุด	96	24.00
มาก	158	39.50
ปานกลาง	125	31.30
น้อย	21	5.30

4.2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง

ด้านข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างคิดว่าสุขภาพช่องปากของตนเองอยู่ในระดับปานกลางมากกว่าร้อยละ 70 และกว่าร้อยละ 60 ทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันเพียงอย่างเดียว รองลงมาแปรงฟันและใช้วิธีอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 31.5) จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 50) 1-2 ครั้ง และ 3-4 ครั้ง มีจำนวนเท่าๆกัน ซึ่งคนที่ไม่ไปใช้บริการเป็นประจำ คือ คนที่มีนัดทำฟันต่อเนื่อง เช่น การอุดฟัน การรักษารากฟัน การทำฟันปลอม เป็นต้น คนกลุ่มนี้อาจเป็นคนที่ให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นพิเศษ ลักษณะบริการทันตกรรมที่ไม่ไปในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คือ ถอนฟัน เนื่องจากฟันอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้แล้ว (ร้อยละ 26.5) รองลงมาเป็นกลุ่มที่ให้ความสนใจในสุขภาพฟัน โดยการไปใช้บริการขูดหินปูน

(ร้อยละ 16.5) ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทันตกรรมเฉลี่ยต่อครั้ง (ร้อยละ 50) เสีย 30 บาทหรือไม่เสียค่าใช้จ่าย และเบิกได้หมด (ร้อยละ 21.8) เพราะส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม กว่าร้อยละ 40 อยู่ระหว่าง 100 บาทหรือไม่เสียค่าเดินทาง รายได้ที่เสียไปจากการมาใช้บริการทันตกรรมกว่าร้อยละ 70 ไม่เสีย และน้อยกว่า 300 บาท (ร้อยละ 24) (ตาราง 4.2)

ตาราง 4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
การประเมินสุขภาพช่องปากของตนเอง		
ดี	68	17.00
ปานกลาง	311	77.80
แย่	21	5.30
วิธีทำความสะอาดช่องปาก		
แปรงฟัน	262	65.50
แปรงฟันร่วมกับวิธีอื่นๆ	126	31.50
บ้วนปากด้วยน้ำเปล่า/ไม่ได้ทำเลย	12	3.00
จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการทันตกรรมในปี		
1-2 ครั้ง	200	50.00
3 ครั้งขึ้นไป	200	50.00
บริการทันตกรรมที่ใช้ในปีที่ผ่านมา		
ถอนฟัน	106	26.50
อุดฟัน	66	16.50
ใส่ฟัน	44	11.00
ใส่ฟัน	29	7.30
ตรวจฟัน	23	5.80
รักษารากฟัน	11	2.80
อื่นๆ/ใช้บริการหลายชนิด	121	30.30

ตาราง 4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง	จำนวน	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทันตกรรม		
บัตรทอง30บาท/ไม่เสียค่าใช้จ่าย	229	57.30
เบิกได้หมด	87	21.80
น้อยกว่า 1,000 บาท	67	16.80
มากกว่า 1,001 บาท	17	4.30
ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม		
ไม่มี	183	45.80
น้อยกว่า 100 บาท	187	46.80
มากกว่า 101 บาท	30	7.50
รายได้ที่เสียไปในการใช้บริการทันตกรรม		
ไม่เสีย	289	72.30
น้อยกว่า 300 บาท	96	24.00
มากกว่า 301 บาท	15	3.80

4.3 ภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม

ภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.81, S.D. = 0.36$) ซึ่งแบ่งตามมิติคุณภาพ 3 ด้าน จะเห็นได้ว่าถึงแม้ระดับการประเมินคุณภาพบริการแตกต่างกัน แต่เมื่อนำมาจัดกลุ่มจะอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด และเมื่อเรียงระดับของการประเมินคุณภาพ ก็พบว่า

มิติด้านผลลัพธ์ ($\bar{x} = 3.93, S.D. = 0.62$) มีการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับสูงที่สุดในเรื่องผลลัพธ์ภายหลังการให้บริการ คือ มีความเชื่อมั่นมากขึ้นหลังเข้ารับการรักษา ผู้รับบริการมีความเจ็บปวดลดลงหลังได้รับการรักษา และมีค่าบริการทางทันตกรรมเป็นที่ยอมรับได้

รองลงมาคือมิติด้านกระบวนการ ($\bar{x} = 3.83, S.D. = 0.38$) และเมื่อเรียงตามระดับการประเมินคุณภาพในมิติด้านกระบวนการ พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ ($\bar{x} = 3.99, S.D. = 0.49$) มีการประเมิน

คุณภาพบริการสูงสุด คือ ทันตบุคลากรมีมารยาทที่ดี มีคำอธิบายที่เชื่อถือได้ มีการอธิบายเรื่องการวินิจฉัยโรคและการรักษาอย่างใกล้ชิด และมีการตอบคำถามเกี่ยวกับข้อสงสัยของผู้ป่วยได้ดี ถัดมาด้านความเป็นมืออาชีพ ($\bar{x} = 3.89, S.D. = 0.46$) คือ ทันตบุคลากรมีสุขภาพดี มีการตรวจช่องปากอย่างละเอียด ปฏิบัติหน้าที่อย่างเป็นธรรมชาติ มีอาการเจ็บปวดลดลงเมื่อได้รับการดูแล และความรู้สึกปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ที่ทำการผ่าตัด และด้านการบริหารจัดการ ($\bar{x} = 3.75, S.D. = 0.45$) คือ มาตรฐานค่าใช้จ่ายตรงเวลา รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการนัดหมายที่สะดวก มีรายการที่ระบุไว้อย่างชัดเจนในเรื่องค่าใช้จ่าย และมีการจดบันทึกอาการของผู้ป่วยโดยไร้ข้อผิดพลาด ส่วนด้านที่มีการประเมินคุณภาพบริการต่ำที่สุดในมิติด้านกระบวนการ คือ ด้านปฏิบัติการตอบสนอง ($\bar{x} = 3.71, S.D. = 0.45$) คือ บริการตรงเวลา มีท่าทางเห็นอกเห็นใจต่อปัญหาของผู้ป่วย มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย และทัศนคติต่อการบริการ อาจเป็นเพราะว่า ผู้มาใช้บริการเคยไปใช้บริการทันตกรรมจากที่สถานพยาบาลอื่นมาก่อน และมีทัศนคติที่คิดว่า ในเรื่องบริการตรงเวลา รวมทั้งทันตบุคลากรสามารถจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้ดีกว่า จึงทำให้มีการประเมินด้านคุณภาพบริการต่ำที่สุดในกลุ่มของมิติด้านกระบวนการ

และมิติด้านโครงสร้าง ($\bar{x} = 3.71, S.D. = 0.39$) มีการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับต่ำที่สุด จากมิติคุณภาพทั้ง 3 ด้าน ซึ่งแบ่งออกเป็นลักษณะทางกายภาพ ($\bar{x} = 3.76, S.D. = 0.44$) ในเรื่อง การเข้าถึงบริการอย่างสะดวก มีอุปกรณ์เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ อุปกรณ์และเครื่องมือทันสมัย มีลักษณะภายนอกที่สะอาดและถูกสุขลักษณะ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดึงดูดความสนใจ และด้านที่มีการประเมินคุณภาพต่ำที่สุดในมิติด้านโครงสร้าง คือด้านบุคลากร ($\bar{x} = 3.64, S.D. = 0.47$) ในเรื่อง การแต่งกายของเจ้าหน้าที่และบุคลากร มีทันตบุคลากรที่เพียงพอ และมีทันตบุคลากรที่มีชื่อเสียง ซึ่งเหตุผลที่ผู้รับบริการให้ระดับคะแนนการประเมินคุณภาพบริการในส่วนนี้ต่ำที่สุด อาจเป็นเพราะ เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเล็ก มีจำนวนของทันตบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และมีชื่อเสียง ไม่เป็นที่กล่าวถึงของผู้มารับบริการ บางครั้งมีการรักษาที่ยากเกินความสามารถของทันตบุคลากร ก็ทำให้ต้องส่งต่อคนไข้ให้ไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ที่มีทันตบุคลากรที่มีความสามารถมากกว่า (ตาราง 4.3)

ตาราง 4.3 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการ โดยรวม จำแนกตาม การรับบริการทันตกรรมตามมิติคุณภาพ 3 ด้าน

มิติคุณภาพ	\bar{x}	S.D	ระดับคุณภาพ บริการโดยรวม
มิติด้าน โครงสร้าง	3.71	0.39	3.32 - 4.10
1. ลักษณะทางกายภาพ	3.76	0.44	
1.1 มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัย	3.71	0.62	
1.2 มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดึงดูด ความสนใจ	3.57	0.54	
1.3 มีลักษณะภายนอกที่สะอาดและ ถูกสุขลักษณะ	3.68	0.62	
1.4 มีอุปกรณ์ และเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ	3.89	0.54	
1.5 มีการเข้าถึงอย่างสะดวก	3.97	0.72	
2. บุคลากร	3.64	0.47	
2.1 เจ้าหน้าที่ บุคลากรแต่งกายดี เรียบร้อย	4.03	0.58	
2.2 มีทันตบุคลากรที่เพียงพอ	3.61	0.67	
2.3 มีทันตบุคลากรที่มีชื่อเสียง	3.27	0.68	
มิติด้าน กระบวนการ	3.83	0.38	3.45 - 4.21
3. ความเป็นมืออาชีพ	3.89	0.46	
3.1 ทันตบุคลากรมีสุภาพดี	4.07	0.60	
3.2 ปฏิบัติหน้าที่อย่างเป็นธรรมชาติ	4.01	0.59	
3.3 มีความรู้สึกปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ ที่ทำการผ่าตัด	3.59	0.59	
3.4 มีอาการเจ็บปวดลดลงเมื่อได้รับ การดูแล	3.76	0.74	
3.5 มีการตรวจช่องปากอย่างละเอียด	4.02	0.73	

ตาราง 4.3 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการ โดยรวม จำแนกตาม การรับบริการทันตกรรมตามมิติคุณภาพ 3 ด้าน (ต่อ)

มิติคุณภาพ	\bar{x}	S.D	ระดับคุณภาพบริการ โดยรวม
4. การมีปฏิสัมพันธ์	3.99	0.49	
4.1 มีคำอธิบายที่เชื่อถือได้	4.12	0.56	
4.2 ทันตบุคลากรมีมารยาทที่ดี	4.14	0.56	
4.3 มีการอธิบายเรื่องการวินิจฉัยโรค และการรักษาอย่างใกล้ชิด	3.84	0.59	
4.4 ตอบคำถามเกี่ยวกับข้อสงสัยของผู้ป่วย	3.84	0.64	
5. ปฏิกริยาตอบสนอง	3.71	0.45	
5.1 มีการบริการที่ตรงเวลา	3.89	0.61	
5.2 มีลักษณะท่าทางเห็นอกเห็นใจ ต่อปัญหาของผู้ป่วย	3.68	0.61	
5.3 มีประสิทธิภาพในการจัดการกับ ปัญหาของผู้ป่วย	3.64	0.53	
5.4 มีทัศนคติที่ดีต่อการบริการ	3.63	0.48	
6. การบริหารจัดการ	3.75	0.45	
6.1 ใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษาตัว ในโรงพยาบาล	3.76	0.61	
6.2 มาตรฐานค่าใช้จ่าย	3.92	0.63	
6.3 รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย	3.87	0.66	
6.4 มีการจัดบันทึกอาการของผู้ป่วยโดย ไร้ข้อผิดพลาด	3.61	0.54	
6.5 มีการนัดหมายที่สะดวก	3.74	0.81	
6.6 มีรายการที่ระบุไว้อย่างชัดเจนใน เรื่องค่าใช้จ่าย	3.62	0.64	

ตาราง 4.3 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการ โดยรวม จำแนกตาม การรับบริการทันตกรรมตามมิติคุณภาพ 3 ด้าน (ต่อ)

มิติคุณภาพ	\bar{x}	S.D	ระดับคุณภาพบริการ โดยรวม
มิติด้านผลลัพธ์	3.93	0.62	3.31 - 4.55
7. ผลลัพธ์ภายหลังการให้บริการ	3.93	0.62	
7.1 ความปวดลดลงหลังการรักษา	3.95	0.77	
7.2 มีความเชื่อมั่นมากขึ้นหลังเข้ารับการรักษา	4.02	0.64	
7.3 มีค่าบริการทางทันตกรรมเป็นที่ยอมรับได้	3.82	0.80	
มิติคุณภาพโดยรวม	3.81	0.36	ปานกลาง

4.4 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติแต่ละด้านกับคุณลักษณะประชากร และการใช้บริการทางทันตกรรม

4.4.1 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของมิติด้านโครงสร้างกับคุณลักษณะประชากร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการของมิติด้าน โครงสร้าง กับคุณลักษณะประชากร เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) (ตาราง 4.4) พบว่า เพศ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติด้านโครงสร้าง อย่างมีนัยทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติด้าน โครงสร้าง ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระดับการศึกษา

เพศ จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติด้าน โครงสร้างกับเพศ พบว่าภาพรวมของเพศหญิงและเพศชาย กว่าร้อยละ 60 มีการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 21.5 มีการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาตามเพศพบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่มีการประเมินคุณภาพเชิงไปทางปานกลางถึงสูง ร้อย

ละ 20.8 และมีเพียงร้อยละ 15.1 ที่มีการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่เพศชายมีการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับปานกลางเพียงมาทางต่ำ ร้อยละ 28.7 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการของตัวแปรทั้งสองด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่าเพศ มีการประเมินคุณภาพบริการทัศนกรรมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเพศหญิงจะประเมินคุณภาพก่อนไปทางสูง มากกว่าเพศชาย ($\chi^2 = 18.597$, P-value = 0.000) อาจเป็นเพราะเพศหญิงมีโอกาสที่จะได้มาใช้บริการทางทัศนกรรมมากกว่าเพศชาย จึงทำให้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ชาย

ตาราง 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้าน โครงสร้างกับคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	การประเมินคุณภาพของมิติด้านโครงสร้าง			
	(จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
1. อายุ				
20-40 ปี	41(25.5)	94(58.4)	26(16.1)	161(100.0)
41-60 ปี	24(16.4)	106(72.6)	16(11.0)	146(100.0)
61 ปีขึ้นไป	21(22.6)	54(58.1)	18(19.4)	93(100.0)
รวม	86(21.5)	254(63.5)	60(15.0)	400(100.0)
	$\chi^2 = 8.876$, P-value = 0.064			
2. เพศ				
หญิง	32(15.1)	136(64.2)	44(20.8)	212(100.0)
ชาย	54(28.7)	118(62.8)	16(8.5)	188(100.0)
รวม	86(21.5)	254(63.5)	60(15.0)	400(100.0)
	$\chi^2 = 18.597$, P-value = 0.00			
3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	20(16.5)	82(67.8)	19(15.7)	121(100.0)
10,000-20,000 บาท	49(25.9)	113(59.8)	27(14.3)	189(100.0)
มากกว่า 20,001 บาท	17(18.9)	59(65.6)	14(15.6)	90(100.0)
รวม	86(21.5)	254(63.5)	60(15.0)	400(100.0)
	$\chi^2 = 4.338$, P-value = 0.362			

ตาราง 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้าน โครงสร้างกับคุณลักษณะ ประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	การประเมินคุณภาพของมิติด้านโครงสร้าง (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
4. รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	13(15.1)	59(68.6)	14(16.3)	86(100.0)
10,000-20,000 บาท	30(21.6)	91(65.5)	18(12.9)	139(100.0)
มากกว่า 20,001 บาท	43(24.6)	104(59.4)	28(16.0)	175(100.0)
รวม	86(21.5)	254(63.5)	60(15.0)	400(100.0)
$\chi^2 = 3.893$, P-value = 0.421				
5. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	24(19.7)	79(64.0)	19(15.6)	122(100.0)
มัธยมศึกษาตอนต้น	12(28.6)	27(64.3)	3(7.1)	42(100.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11(20.0)	38(69.1)	6(10.9)	55(100.0)
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	5(16.1)	19(61.3)	7(22.6)	31(100.0)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	34(22.7)	91(60.7)	25(16.7)	150(100.0)
รวม	86(21.5)	254(63.5)	60(15.0)	400(100.0)
$\chi^2 = 8.854$, P-value = 0.546				

4.4.2 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการ ทันตกรรม ของมิติด้านโครงสร้างกับการใช้บริการทางทันตกรรม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการของมิติด้าน โครงสร้างกับการใช้บริการทางทันตกรรม จากการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) (ตาราง 4.5) พบว่า ทุกตัวแปร ได้แก่ จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการทันตกรรมในปี โรงพยาบาลที่ใช้บริการทันตกรรมเป็นประจำ สิทธิ์ในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับ บริการทันตกรรม ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม และรายได้ที่เสียไปในการใช้บริการ ทันตกรรม มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) กับการประเมินคุณภาพของมิตี ด้านโครงสร้างกับการใช้บริการทางทันตกรรม

ตาราง 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้าน โครงสร้างกับการใช้บริการทาง
ทันตกรรม

การให้บริการทางทันตกรรม	การประเมินคุณภาพของมิติด้านโครงสร้าง (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
1. จำนวนครั้งของการเข้ารับ บริการทันตกรรมในปี				
1-2 ครั้ง	47(23.5)	117(58.5)	36(18.0)	200(100.0)
3 ครั้งขึ้นไป	39(19.5)	137(68.5)	24(12.0)	200(100.0)
รวม	86(21.5)	254(63.5)	60(15.0)	400(100.0)
$\chi^2 = 4.719$, P-value = 0.094				
2. โรงพยาบาลที่ใช้บริการ ทันตกรรมเป็นประจำ				
โรงพยาบาลชุมชน	44(19.5)	150(66.4)	32(14.2)	226(100.0)
รพ.สต.	35(23.3)	92(61.3)	23(15.3)	150(100.0)
โรงพยาบาลจังหวัด	7(29.2)	12(50.0)	5(20.8)	24(100.0)
รวม	86(21.5)	254(63.5)	60(15.0)	400(100.0)
$\chi^2 = 3.079$, P-value = 0.545				
3. สิทธิ์ในการรักษาพยาบาล				
บัตรทอง30บาท/ไม่เสีย	48(21.0)	152(66.4)	29(12.7)	229(100.0)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	21(19.3)	73(67.0)	15(13.8)	109(100.0)
ประกันสังคม	16(27.1)	29(49.2)	14(23.7)	59(100.0)
รวม	85(21.4)	254(63.5)	58(14.6)	397(100.0)
$\chi^2 = 7.545$, P-value = 0.110				

ตาราง 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการประเมินคุณภาพของมิติด้าน โครงสร้างกับการใช้บริการทางทันตกรรม (ต่อ)

การใช้บริการทางทันตกรรม	การประเมินคุณภาพของมิติด้านโครงสร้าง (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
4. ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับ				
บริการทันตกรรม				
บัตรทอง30บาท/ไม่เสีย	48(21.0)	152(66.4)	29(12.7)	229(100.0)
น้อยกว่า 1,000 บาท	16(23.9)	33(49.3)	18(26.9)	67(100.0)
มากกว่า 1,001 บาท	5(29.4)	10(58.8)	2(11.8)	17(100.0)
รวม	86(21.5)	254(63.5)	60(15.0)	400(100.0)
$\chi^2 = 11.174$, P-value = 0.083				
5. ค่าเดินทางในการมาใช้				
บริการทันตกรรม				
ไม่มี	43(23.5)	110(60.1)	30(16.4)	183(100.0)
น้อยกว่า 100 บาท	40(21.4)	122(65.2)	25(13.4)	187(100.0)
มากกว่า 101 บาท	3(10.0)	22(73.3)	5(16.7)	30(100.0)
รวม	86(21.5)	254(63.5)	60(15.0)	400(100.0)
$\chi^2 = 3.687$, P-value = 0.450				
6. รายได้ที่เสียไปในการใช้				
บริการทันตกรรม				
ไม่เสีย	62(21.5)	182(63.0)	45(15.6)	289(100.0)
น้อยกว่า 300 บาท	18(18.8)	65(67.7)	13(13.5)	96(100.0)
มากกว่า 301 บาท	6(40.0)	7(46.7)	2(13.3)	15(100.0)
รวม	86(21.5)	254(63.5)	60(15.0)	400(100.0)
$\chi^2 = 3.902$, P-value = 0.419				

4.4.3 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการ ทันตกรรม ของมิติด้านกระบวนการกับคุณลักษณะประชากร

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของมิติด้านกระบวนการกับคุณลักษณะประชากร โดยทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) (ตาราง 4.6) พบว่า ตัวแปรเพศ มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติด้านกระบวนการกับคุณลักษณะประชากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) คือ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระดับการศึกษา

เพศ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของมิติด้านกระบวนการกับเพศ พบว่าภาพรวมของเพศมีการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 17.0 เมื่อพิจารณาตามเพศพบว่า เพศหญิงและเพศชายมีการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง แม้เพศหญิงมีการประเมินคุณภาพเอียงไปในระดับสูง ร้อยละ 18.9 ในขณะที่เพศชายกลับมีการประเมินคุณภาพเอียงไปในระดับต่ำ ร้อยละ 28.2 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของตัวแปรทั้งสองด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่าตัวแปรเพศ มีการประเมินคุณภาพความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเพศหญิงจะมีการประเมินคุณภาพก่อนไปทางสูง มากกว่าเพศชาย ($\chi^2 = 31.540$, $P\text{-value} = 0.00$) อาจเป็นเพราะ เพศหญิงเป็นเพศที่มีความละเอียดอ่อน และรักสวยรักงามมากกว่าเพศชาย ทำให้บางครั้งที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก เพศหญิงจึงเป็นเพศที่ไม่นิ่งเฉยที่จะมารับการรักษาทางทันตกรรม รวมถึงแม่ที่พาลูกมารับบริการทันตกรรมจากทันตบุคลากรด้วย

ตาราง 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการกับคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	การประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการ (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
1. อายุ				
20-40 ปี	36(22.4)	100(62.1)	25(15.5)	161(100.0)
41-60 ปี	19(13.0)	102(69.9)	25(17.1)	146(100.0)
61 ปีขึ้นไป	13(14.0)	64(68.8)	16(17.2)	93(100.0)
รวม	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 5.529$, P-value = 0.237				
2. เพศ				
หญิง	15(7.1)	157(74.1)	40(18.9)	212(100.0)
ชาย	53(28.2)	109(58.0)	26(13.8)	188(100.0)
รวม	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 31.540$, P-value = 0.00				
3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	15(12.4)	81(66.9)	25(20.7)	121(100.0)
10,000-20,000 บาท	37(19.6)	128(67.7)	24(12.7)	189(100.0)
มากกว่า 20,001 บาท	16(17.8)	57(63.3)	17(18.9)	90(100.0)
รวม	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 5.697$, P-value = 0.223				

ตาราง 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการกับคุณลักษณะประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	การประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการ (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
4. รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	12(14.0)	53(61.6)	21(24.4)	86(100.0)
10,000-20,000 บาท	19(13.7)	102(73.4)	18(12.9)	139(100.0)
มากกว่า 20,001 บาท	37(21.1)	111(63.4)	27(15.4)	175(100.0)
รวม	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 9.140$, P-value = 0.058				
5. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	17(13.9)	83(68.0)	22(18.0)	106(100.0)
มัธยมศึกษาตอนต้น	8(19.0)	31(73.8)	3(7.1)	42(100.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10(18.2)	34(61.8)	11(20.0)	55(100.0)
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	4(12.9)	21(67.7)	6(19.4)	31(100.0)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	29(19.3)	97(64.7)	24(16.0)	150(100.0)
รวม	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 6.799$, P-value = 0.744				

4.4.4 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการ ทัศนกรรมของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทัศนกรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทัศนกรรมของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทัศนกรรม โดยทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) (ตาราง 4.7) พบว่า ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทัศนกรรม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยทางสถิติ กับการประเมินคุณภาพบริการของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทัศนกรรม ($P < .05$) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) กับการประเมินคุณภาพบริการของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทัศนกรรม คือ จำนวนครั้งของ

การเข้ารับบริการทันตกรรมในปี โรงพยาบาลที่ใช้บริการทันตกรรมเป็นประจำ สิทธิในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทันตกรรม และรายได้ที่เสียไปในการใช้บริการทันตกรรม

ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของมิติด้านกระบวนการกับค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม พบว่า ภาพรวมเกือบทั้งหมดมีการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ที่ไม่เสียค่าเดินทางและผู้ที่มีค่าเดินทางน้อยกว่า 100 บาท มีแนวโน้มการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ แต่ในทางกลับกัน พบว่า ผู้ที่มีค่าเดินทางมากกว่า 101 บาท กลับมีแนวโน้มการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของตัวแปรทั้งสามด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ($\chi^2 = 10.257$, P-value = 0.036) อาจเป็นเพราะ ผู้ที่ต้องเสียค่าเดินทางมากกว่า เป็นผู้ที่อาศัยหรือทำงานอยู่ไกลจากโรงพยาบาล และต้องใช้เวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลค่อนข้างนาน บางคนจำเป็นต้องลงาน หรือลาเรียน บางคนต้องเสียค่าเดินทางในการเช่ารถรับจ้าง บางคนต้องอาศัยมากับเพื่อนบ้าน เพื่อมารับบริการทางทันตกรรมที่โรงพยาบาล ผู้ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่า จึงอาจรู้สึกว่ามีค่าเสียเงินค่าเดินทางก็เยอะ จึงอยากให้ทันตบุคลากรสนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองให้มากขึ้น จึงต้องการที่จะได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด เช่น เรื่องการบริการทางทันตกรรม เรื่องการนัดหมาย เรื่องการอธิบายและวินิจฉัยการรักษา และประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจากทันตบุคลากร

ตาราง 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทันตกรรม

การใช้บริการทางทันตกรรม	การประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการ (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
1. จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการทันตกรรมในปี				
1-2 ครั้ง	40(20.0)	124(62.0)	36(18.0)	200(100.0)
3 ครั้งขึ้นไป	28(14.0)	142(71.0)	30(15.0)	200(100.0)
รวม	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
	$\chi^2 = 3.881$, P-value = 0.144			

ตาราง 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทันตกรรม (ต่อ)

การให้บริการทางทันตกรรม	การประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการ (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
2. โรงพยาบาลที่ใช้บริการ				
ทันตกรรมเป็นประจำ				
โรงพยาบาลชุมชน	35(15.5)	154(68.1)	37(16.4)	226(100.0)
รพ.สต.	27(18.0)	97(64.7)	26(17.3)	150(100.0)
โรงพยาบาลจังหวัด	6(25.0)	15(62.5)	3(12.5)	24(100.0)
รวม	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 1.819$, P-value = 0.769				
3. สิทธิในการรักษาพยาบาล				
บัตรทอง30บาท/ไม่เสีย	35(15.3)	156(68.1)	38(16.6)	229(100.0)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16(14.7)	75(68.8)	18(16.5)	109(100.0)
ประกันสังคม	16(27.1)	33(55.9)	10(16.9)	59(100.0)
รวม	67(16.9)	264(66.5)	66(16.5)	397(100.0)
$\chi^2 = 5.497$, P-value = 0.240				
4. ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับ				
บริการทันตกรรม				
บัตรทอง30บาท/ไม่เสีย	35(15.3)	156(68.1)	38(16.6)	229(100.0)
เบิกได้หมด	13(14.9)	60(69.0)	14(16.1)	87(100.0)
น้อยกว่า 1,000 บาท	16(23.9)	40(59.7)	11(16.4)	67(100.0)
มากกว่า 1,001 บาท	4(23.5)	10(58.8)	3(17.6)	17(100.0)
รวม	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 3.716$, P-value = 0.715				

ตาราง 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทันตกรรม (ต่อ)

การใช้บริการทางทันตกรรม	การประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการ (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
5. ค่าเดินทางในการมาใช้				
บริการทันตกรรม				
ไม่มี	39(21.3)	110(60.1)	34(18.6)	183(100.0)
น้อยกว่า 100 บาท	26(13.9)	137(73.3)	24(12.8)	187(100.0)
มากกว่า 101 บาท	3(10.0)	19(63.3)	8(26.7)	30(100.0)
รวม	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 10.257$, P-value = 0.036				
6. รายได้ที่เสียไปในการใช้				
บริการทันตกรรม				
ไม่เสีย	49(17.0)	192(66.4)	48(16.6)	289(100.0)
น้อยกว่า 300 บาท	13(13.5)	68(70.8)	15(15.6)	96(100.0)
มากกว่า 301 บาท	6(40.0)	6(40.0)	3(20.0)	15(100.0)
รวม	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 7.357$, P-value = 0.118				

4.4.5 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของมิติด้านผลลัพธ์กับคุณลักษณะประชากร

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของมิติด้านผลลัพธ์กับคุณลักษณะประชากร โดยทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) (ตาราง 4.8) พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพของมิติด้านผลลัพธ์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ซึ่งโดยส่วนมากมีการประเมินคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ อายุ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระดับการศึกษา

ตาราง 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านผลลัพธ์กับคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	การประเมินคุณภาพของมิติด้านผลลัพธ์ (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
1. อายุ				
20-40 ปี	30(18.6)	87(54.0)	44(27.3)	161(100.0)
41-60 ปี	31(21.2)	88(60.3)	27(18.5)	146(100.0)
61 ปีขึ้นไป	16(17.2)	58(62.4)	19(20.4)	93(100.0)
รวม	77(19.3)	233(58.3)	90(22.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 4.283$, P-value = 0.369				
2. เพศ				
หญิง	36(17.0)	126(59.4)	50(23.6)	212(100.0)
ชาย	41(21.8)	107(56.9)	40(21.3)	188(100.0)
รวม	77(19.3)	233(58.3)	90(22.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 1.551$, P-value = 0.461				
3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	20(16.5)	80(66.1)	21(17.4)	121(100.0)
10,000-20,000 บาท	42(22.2)	99(52.4)	48(25.4)	189(100.0)
มากกว่า 20,001 บาท	15(16.7)	54(60.0)	21(23.3)	90(100.0)
รวม	77(19.3)	233(58.3)	90(22.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 6.251$, P-value = 0.181				
4. รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	16(18.6)	56(65.1)	14(16.3)	86(100.0)
10,000-20,000 บาท	27(19.4)	78(56.1)	34(24.5)	139(100.0)
มากกว่า 20,001 บาท	34(19.4)	99(56.6)	42(24.0)	175(100.0)
รวม	77(19.3)	233(58.3)	90(22.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 2.805$, P-value = 0.591				

ตาราง 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านผลลัพธ์กับคุณลักษณะประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	การประเมินคุณภาพของมิติด้านผลลัพธ์ (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
5. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	22(18.0)	76(62.3)	24(19.7)	122(100.0)
มัธยมศึกษาตอนต้น	11(26.2)	21(50.0)	10(23.8)	42(100.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11(20.0)	33(60.0)	11(20.0)	55(100.0)
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	5(16.1)	17(54.8)	9(29.0)	31(100.0)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	28(18.7)	86(57.3)	36(24.0)	150(100.0)
รวม	77(19.3)	233(58.3)	90(22.5)	400(100.0)

$\chi^2 = 6.151$, P-value = 0.802

**4.4.6 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการ
ทันตกรรม ของมิติด้านผลลัพธ์กับการใช้บริการทางทันตกรรม**

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของมิติด้านผลลัพธ์กับการใช้บริการทางทันตกรรม โดยทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) (ตาราง 4.9) พบว่า ตัวแปรทุกตัว คือ จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการทันตกรรม ในปี โรงพยาบาลที่ใช้บริการทันตกรรมเป็นประจำสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทันตกรรม ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม และรายได้ที่เสียไปในการใช้บริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของมิติด้านผลลัพธ์กับการใช้บริการทางทันตกรรม

ตาราง 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านผลลัพธ์กับการใช้บริการทางทันตกรรม

การให้บริการทางทันตกรรม	การประเมินคุณภาพของมิติด้านผลลัพธ์ (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
1. จำนวนครั้งของการเข้ารับ บริการทันตกรรมในปี				
1-2 ครั้ง	47(23.5)	109(54.5)	44(22.0)	200(100.0)
3 ครั้งขึ้นไป	30(15.0)	124(62.0)	46(23.0)	200(100.0)
รวม	77(19.3)	233(58.3)	90(22.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 4.763$, P-value = 0.092				
2. โรงพยาบาลที่ใช้บริการ ทันตกรรมเป็นประจำ				
โรงพยาบาลชุมชน	44(19.5)	134(59.3)	48(21.2)	226(100.0)
รพ.สต.	28(18.7)	90(60.0)	32(21.3)	150(100.0)
โรงพยาบาลจังหวัด	5(20.8)	9(37.5)	10(41.7)	24(100.0)
รวม	77(19.3)	233(58.3)	90(22.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 6.127$, P-value = 0.190				
3. สิทธิ์ในการรักษาพยาบาล				
บัตรทอง30บาท/ไม่เสีย	44(19.2)	138(60.3)	47(20.5)	229(100.0)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16(14.7)	68(62.4)	25(22.9)	109(100.0)
ประกันสังคม	16(27.1)	25(42.4)	18(30.5)	59(100.0)
รวม	76(19.1)	231(58.2)	90(22.7)	397(100.0)
$\chi^2 = 8.199$, P-value = 0.085				

ตาราง 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านผลลัพธ์กับการใช้บริการทาง
 ทัศนกรรม (ต่อ)

การใช้บริการทางทัศนกรรม	การประเมินคุณภาพของมิติด้านผลลัพธ์ (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
4. ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับ บริการทัศนกรรม				
บัตรทอง30บาท/ไม่เสีย	44(19.2)	138(60.3)	47(20.5)	229(100.0)
เบิกได้หมด	14(16.1)	55(63.2)	18(20.7)	87(100.0)
น้อยกว่า 1,000 บาท	16(23.9)	31(46.3)	20(29.9)	67(100.0)
มากกว่า 1,001 บาท	3(17.6)	9(52.9)	5(29.4)	17(100.0)
รวม	77(19.3)	233(58.3)	90(22.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 5.975$, P-value = 0.426				
5. ค่าเดินทางในการมาใช้ บริการทัศนกรรม				
ไม่มี	40(21.9)	101(55.2)	42(23.0)	183(100.0)
น้อยกว่า 100 บาท	34(18.2)	111(59.4)	42(22.5)	187(100.0)
มากกว่า 101 บาท	3(10.0)	21(70.0)	6(20.0)	30(100.0)
รวม	77(19.3)	233(58.3)	90(22.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 3.235$, P-value = 0.519				
6. รายได้ที่เสียไปในการใช้ บริการทัศนกรรม				
ไม่เสีย	52(18.0)	172(59.5)	65(22.5)	289(100.0)
น้อยกว่า 300 บาท	20(20.8)	54(56.3)	22(22.9)	96(100.0)
มากกว่า 301 บาท	5(33.3)	7(46.7)	3(20.0)	15(100.0)
รวม	77(19.3)	233(58.3)	90(22.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 2.448$, P-value = 0.654				

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการประเมินด้านคุณภาพบริการทันตกรรมทั้ง 3 ด้าน มีการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อนำมาจัดกลุ่ม พบว่า ด้านที่มีการประเมินคุณภาพบริการอยู่ในระดับสูงสุด คือ ด้านผลลัพธ์ ในเรื่องผลลัพธ์ภายหลังการให้บริการ ได้แก่ ความปวดลดลงหลังการรักษา มีความเชื่อมั่นมากขึ้นหลังเข้ารับการรักษา และมีค่าบริการทางทันตกรรมเป็นที่ยอมรับได้ รองลงมา คือ ด้านกระบวนการ ในเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ มีคำอธิบายที่เชื่อถือได้ ทันตบุคลากรมีมารยาทที่ดี มีการอธิบายเรื่องการวินิจฉัยโรคและการรักษาอย่างใกล้ชิด และตอบคำถามเกี่ยวกับข้อสงสัยของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ส่วนการประเมินคุณภาพบริการต่ำที่สุด คือด้านโครงสร้าง ในเรื่องบุคลากร ได้แก่ ทันตบุคลากรที่เพียงพอ และทันตบุคลากรที่มีชื่อเสียง และในเรื่องลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวกที่ดึงดูดความสนใจ

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติแต่ละด้านกับคุณลักษณะประชากร ก็พบว่า เพศ มีการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ทั้งในด้านโครงสร้าง และด้านกระบวนการ ส่วนด้านผลลัพธ์ พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีการประเมินคุณภาพบริการต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติแต่ละด้านกับการใช้บริการทางทันตกรรม พบว่า ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) กับการประเมินคุณภาพบริการของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทันตกรรม

บทที่ 5

อภิปราย สรุปผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ซึ่งเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามกับประชากรจากครัวเรือนที่เคยรับบริการทันตกรรม จากสถานพยาบาลที่มีการบริการด้านทันตกรรม ในเขตอำเภอศรีสวัสดิ์ จำนวน 400 ราย ในการอภิปรายผลเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

5.1 อภิปรายผล

5.1.1 การประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ

การประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งในด้านที่ผู้มารับบริการประเมินคุณภาพสูงสุด คือ ด้านผลลัพธ์ ($\bar{x} = 3.93$, S.D. = 0.62) แสดงให้เห็นว่า ผู้มารับบริการมีการประเมินคุณภาพในเรื่องผลลัพธ์ภายหลังการบริการอยู่ในระดับสูง เรื่องความเชื่อมั่นมากขึ้นหลังเข้ารับการรักษา ความเจ็บปวดลดลงหลังการรักษา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชญา มาลีศรี และปรารณา ปุณณกิติเกษม (2554) ที่พบว่า ไม่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในปัจจัยด้านคุณภาพบริการของผู้รับบริการระหว่างด้านความเชื่อมั่นในการให้บริการที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ ยลสลวย วาริตสวัสดิ์ และคณะ (2525) ที่กล่าวว่า ประชากรที่มีสถานภาพสังคม เศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับอัตราค่าบริการไม่แตกต่างกัน และจากผลการศึกษาหากพิจารณาคุณภาพบริการทั้ง 3 ด้าน จะพบว่าการประเมินคุณภาพของผู้มารับบริการอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ อาจเป็นเพราะผู้มาใช้บริการเคยไปใช้บริการทันตกรรมจากที่สถานพยาบาลอื่นที่มีการบริการด้านทันตกรรมมาก่อน และมีทัศนคติที่ดีกว่า

มิติด้านโครงสร้าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินคุณภาพบริการด้านโครงสร้างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.71$, S.D. = 0.39) ซึ่งลักษณะทางกายภาพ มีการประเมินคุณภาพบริการ

ในระดับสูงสุด ในเรื่องมีอุปกรณ์ เครื่องมือที่ทันสมัย ลักษณะภายนอกที่สะอาดและถูกสุขลักษณะ มีอุปกรณ์ และเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ รวมไปถึงมีการเข้าถึงอย่างสะดวก สอดคล้องกับผลการศึกษาของชุ้นจิตร ไตรรัตน์เจริญเวช (2007) ที่พบว่า คุณภาพบริการทันตกรรมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ

ประเด็นด้านบุคลากร พบว่า ผู้มารับบริการมีการประเมินคุณภาพบริการต่ำที่สุดในเรื่อง การแต่งกายของเจ้าหน้าที่และบุคลากร มีทันตบุคลากรที่เพียงพอ และมีทันตบุคลากรที่มีชื่อเสียง สอดคล้องกับการศึกษาของ โชษิตี แก้วเกษ (2552) ข้อคิดเห็นของประชาชนที่มารับบริการต่อด้านบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการ พบว่า ควรเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอ แต่ในความเป็นจริง โรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนมีขนาดเล็ก เพียง 30 เตียง ยังไม่มีทันตบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้าน ไม่มีจำนวนของทันตบุคลากรที่เพียงพอ หรือมีชื่อเสียงไม่เป็นที่กล่าวถึงของผู้มารับบริการ บางครั้งมีการรักษาที่ยากเกินความสามารถของทันตบุคลากร ก็ทำให้ต้องส่งต่อคนไข้ให้ไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ที่มีทันตบุคลากรที่มีความสามารถมากกว่า

มิติด้านกระบวนการ ประเด็นการมีปฏิสัมพันธ์ถูกประเมินคุณภาพบริการในระดับสูงสุด ในเรื่องทันตบุคลากรมีคำอธิบายที่เชื่อถือได้ มีมารยาทที่ดี มีการอธิบายเรื่องการวินิจฉัยโรค และการรักษาอย่างใกล้ชิด และมีการตอบคำถามเกี่ยวกับข้อสงสัยของผู้ป่วยได้ดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชญา มาลีศรี และปรารธนา ปุณณกิติเกษม (2554) ที่พบว่า ปัจจัยด้านความเชื่อถือไว้วางใจ ไม่มีผลต่อคุณภาพบริการของผู้รับบริการ อธิบายได้ว่า ถ้าทันตบุคลากรให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจน ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยได้โดยอธิบายเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และเชื่อมั่นในการรักษามากยิ่งขึ้น

ประเด็นด้านความเป็นมืออาชีพ พบว่าผู้มารับบริการต้องการให้มีทันตบุคลากรที่มีสุขภาพดี ปฏิบัติหน้าที่อย่างเป็นธรรมชาติ มีความรู้สึกปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ที่ทำการผ่าตัด มีอาการเจ็บปวดลดลงเมื่อได้รับการดูแล และมีการตรวจช่องปากอย่างละเอียด สอดคล้องกับผลการศึกษาของกนกพร ลีลาเทพินทร์ และคณะ (2554) พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้รวมที่มีค่ามากที่สุด 5 อันดับแรก เมื่อพิจารณาตามปัจจัยด้านคุณภาพการบริการ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีค่าการรับรู้เฉลี่ยในเรื่อง แพทย์/เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถและบริการอย่างมืออาชีพสูงสุด เป็นอันดับที่ 3 และ ค่าเฉลี่ยความคาดหวังรวมที่มีค่ามากที่สุด 5 อันดับแรก เมื่อพิจารณาจากปัจจัยด้านคุณภาพบริการพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีค่าความคาดหวังในเรื่อง แพทย์/เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถและบริการอย่างมืออาชีพสูงสุด เป็นอันดับที่ 4 เช่น เมื่อผู้ป่วยมาใช้บริการทันตกรรมและได้รับการตรวจเป็น

อย่างดีจากทันตบุคลากร ก็ทำให้มั่นใจได้ว่าตนเองจะไม่ได้รับอันตรายใดๆ และการให้บริการที่ไม่มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น

ประเด็นด้านบริหารจัดการ พบว่าผู้มารับบริการต้องการใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษาตัวในโรงพยาบาลทันตบุคลากรมาตรวจคนไข้ตรงเวลา รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย มีการจัดบันทึกอาการของผู้ป่วยโดยไร้ข้อผิดพลาด มีการนัดหมายที่สะดวก และมีรายการที่ระบุไว้อย่างชัดเจนในเรื่องค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang & Chang (2012) ที่ระบุว่า เพศต่างกัน มีความพึงพอใจในเรื่องคุณภาพบริการต่างกัน เรื่องการใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษาตัวในโรงพยาบาลและมีรายการที่ระบุไว้อย่างชัดเจนในเรื่องค่าใช้จ่าย และสอดคล้องกับจันทร์เพ็ญ คุณเทศานันท์ (2542) ให้ความเห็นเห็นว่า ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นได้นั้น ขึ้นอยู่กับสาเหตุอันสำคัญ ได้แก่ คุณภาพบริการ และความรวดเร็วที่ได้รับบริการ

ประเด็นด้านปฏิบัติการตอบสนอง คือผู้มารับบริการต้องการให้มีการบริการที่ตรงเวลา มีท่าทางเห็นอกเห็นใจต่อปัญหาของผู้ป่วย มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย และทัศนคติที่ดีต่อการบริการ พบว่ามีการประเมินคุณภาพบริการต่ำที่สุดในกลุ่มของมิติด้านกระบวนการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร ลีลาเทพินทร์ และคณะ (2554) แสดงค่าเฉลี่ยความคาดหวังรวมที่มีค่าน้อยที่สุด 5 อันดับ เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านคุณภาพการบริการพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีค่าความคาดหวังเฉลี่ยในเรื่องแพทย์/เจ้าหน้าที่ให้บริการตรงเวลา น้อยที่สุดเป็นอันดับ 3 และในเรื่องแพทย์/เจ้าหน้าที่ตอบสนองต่อคำร้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว น้อยที่สุดเป็นอันดับ 4 แต่แตกต่างกันในเรื่องแพทย์/เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถเพียงพอในการตอบคำถามของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยความคาดหวังรวมกับปัจจัยด้านคุณภาพการบริการแล้ว มีค่าสูงสุดเป็นอันดับที่ 5 อาจเป็นเพราะว่า ผู้มาใช้บริการเคยไปใช้บริการทันตกรรมจากที่สถานพยาบาลอื่นมาก่อน และมีทัศนคติที่ดีกว่า ในเรื่องบริการตรงเวลา รวมทั้งทันตบุคลากรสามารถจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้ดีกว่า

5.1.2 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม กับคุณลักษณะประชากร

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายได้ว่า ปัจจัยการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมที่แตกต่างกัน ในด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการกับคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณลักษณะประชากร คือ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระดับการศึกษา

เพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีการประเมินคุณภาพบริการ ทัศนคติที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับจารูวรรณ จำประเสริฐ(2551) พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ คือ เพศ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang & Chang (2012) ที่เพศชายและเพศหญิงถูกนำมาเปรียบเทียบกัน ในแง่ของการรับรู้และความพึงพอใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง แสดงให้เห็นว่าเพศชายมีความพึงพอใจในการบริการทัศนคติ ขณะที่เพศหญิงต้องการบริการทัศนคติที่ดีกว่านี้ และสอดคล้องกับ Karydis et.al. (2001) ที่พบว่า เพศและลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจ ส่งผลต่อความพึงพอใจในการรับบริการทัศนคติ แตกต่างจากผลการศึกษาของ สุพัตรา เหลี่ยมวรางกูร (2540) พบว่า เพศที่ต่างกันนั้น มีผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการงานกายอุปกรณ์ไม่แตกต่างกัน และตรงข้ามกับผลการศึกษาของ หัตยา แก้วกิมและคณะ (2554) พบว่าเพศที่ต่างกันไม่มีผลต่อความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ เพราะประชาชนที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ รวมทั้งแตกต่างกับการศึกษาของภัทรพร ยูบลพันธ์ (2554) ที่พบว่า เพศชายและเพศหญิงรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพระดับมาก คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพระหว่างเพศชายและหญิงทั้งในภาพรวมและรายด้าน พบว่ารับรู้คุณภาพไม่แตกต่างกัน แต่จากการศึกษาครั้งนี้เพศหญิงมีการประเมินคุณภาพบริการทัศนคติก่อนไปทางสูงมากกว่าเพศชาย อาจเพราะเพศหญิงต้องดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว จึงทำให้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย

5.1.3 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการ ทัศนคติกับการใช้บริการทางทัศนคติ

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายได้ว่า ปัจจัยเรื่องค่าเดินทางในการมาใช้บริการ ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการประเมินคุณภาพบริการในด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทัศนคติ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้บริการทัศนคติ ได้แก่ จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการทัศนคติใน 1 ปี โรงพยาบาลที่ใช้บริการทัศนคติเป็นประจำ สิทธิในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทัศนคติ และรายได้ที่เสียไปในการใช้บริการทัศนคติ

ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทัศนคติ เกือบทั้งหมดมีการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ที่ไม่เสียค่าเดินทางและผู้ที่มีค่าเดินทางน้อยกว่า 100 บาท มีแนวโน้มการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ แต่ในทางกลับกัน พบว่า ผู้ที่มีค่าเดินทางมากกว่า 101 บาท กลับมี

แนวโนม้การประเมินคุณภาพอยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกสร อังศุสิงห์ (2536) ที่กล่าวว่า ปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระยะทางที่แตกต่างกัน เป็นเหตุผลสำคัญในการเลือกใช้บริการทันตกรรม ของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของหัทยา แก้วกิม และคณะ (2554) พบว่า ส่วนใหญ่ใกล้บ้าน และสะดวกเวลาเดินทาง และกลุ่มที่ศรัทธาต่อ โรงพยาบาลหรือต่อเจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการมากที่สุด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ที่ต้องเสียค่าเดินทางมากกว่า เป็นผู้ที่อาศัยหรือทำงานอยู่ไกลจากสถานพยาบาลที่มีการ ให้บริการทันตกรรม และต้องใช้เวลาในการเดินทางมาก่อนช้านาน บางคนจำเป็นต้องลงาน หรือขาดเรียน บางคนต้องเสียค่าเดินทางในการเข้ารับจ้าง บางคนต้องอาศัยมากับเพื่อนบ้าน เพื่อ มารับบริการทางทันตกรรมที่สถานพยาบาลที่มีการให้บริการทันตกรรม ผู้ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการ เดินทางมากกว่า จึงอาจรู้สึกว่ มาไกล เสียเงินค่าเดินทางเยอะ จึงอยากให้ทันตบุคลากรสนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองให้มากขึ้น จึงต้องการที่จะได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ มากที่สุด เช่น เรื่องการบริการทางทันตกรรม เรื่องการนัดหมาย เรื่องการอธิบายและวินิจฉัยการรักษา และประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจากทันตบุคลากร

5.2 สรุปผล

การศึกษาครั้งนี้มุ่งที่จะอธิบายถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการ ทันตกรรมของประชาชน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อทราบถึงการประเมินคุณภาพบริการ ทันตกรรมของผู้มารับบริการ รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการ ทันตกรรมด้วย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยการสำรวจ (Survey Research) ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์ มีผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมเก็บข้อมูล ด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่ง ประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทันตสุขภาพเป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลประสบการณ์การเจ็บป่วยและการเข้ารับ บริการทันตกรรมในโรงพยาบาล และส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อต้องการทราบถึงปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ลักษณะของคำถามของส่วนที่ 3 จะแบ่งแยก ตามมิติคุณภาพ 3 มิติคุณภาพ คือ

- 1) มิติด้าน โครงสร้าง แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ
 - 1.1) ด้านลักษณะทางกายภาพ
 - 1.2) ด้านบุคลากร
- 2) มิติด้านกระบวนการแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ
 - 2.1) ด้านความเป็นมืออาชีพ
 - 2.2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์
 - 2.3) ด้านปฏิบัติการตอบสนอง
 - 2.4) ด้านการบริหารจัดการ
- 3) มิติด้านผลลัพธ์ แบ่งออกเป็น 1 ด้าน คือ
 - 3.1) ด้านผลลัพธ์ภายหลังการบริการ

กลุ่มตัวอย่างประชากร คือ ผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลที่เข้ารับบริการทันตกรรมทุกประเภทมีอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป จากสถานพยาบาลที่มีการบริการด้านทันตกรรม ในเขตอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้จะมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 400 คน โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากรจากครัวเรือนในเขตอำเภอศรีสวัสดิ์ตามสัดส่วนของจำนวนครัวเรือนในแต่ละตำบลที่อยู่ในความครอบคลุมของโรงพยาบาล โดยสัมภาษณ์ครัวเรือนละ 1 คน ซึ่งเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึง มกราคม พ.ศ.2557 โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้การทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

5.2.1 คุณลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงกว่าร้อยละ 50 และมีอายุระหว่าง 20 – 40 ปี (ร้อยละ 40.30) ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 63.5) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 37.50) ส่วนมากประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 32.50) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.5) ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 43.8) ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยกว่าร้อยละ 70 น้อยกว่า 10,000 บาท สิทธิในการรักษาพยาบาลคือสิทธิบัตรทอง 30 บาทหรือไม่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่าร้อยละ 50 รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 27.3) เกือบครึ่งมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 49.3 สถานพยาบาลที่เลือกไปใช้บริการทันตกรรมเป็นประจำ กว่าร้อยละ 90 เป็นโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 4.8) โรงพยาบาลที่ใช้บริการทันตกรรมเป็นประจำ มากกว่าครึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน เหตุผลที่เลือกมา

รับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้ คือ การเคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 23.8) มากกว่าร้อยละ 80 เดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัวหรือรถมอเตอร์ไซด์ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสะดวกมากในการเดินทางมาใช้บริการ (ร้อยละ 39.5)

5.2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้บริการทันตกรรม และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่างคิดว่าสุขภาพช่องปากของตนเองอยู่ในระดับปานกลางมากกว่าร้อยละ 70 และกว่าร้อยละ 60 ทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันเพียงอย่างเดียว จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 50) 1-2 ครั้ง และ 3-4 ครั้ง มีจำนวนเท่าๆกัน ลักษณะบริการทันตกรรมที่ใช้ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คือ ถอนฟัน เนื่องจากฟันอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้แล้ว (ร้อยละ 26.5) ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทันตกรรมเฉลี่ยต่อครั้ง (ร้อยละ 50) เสีย 30 บาทหรือไม่เสียค่าใช้จ่าย และร้อยละ 21.8 เบิกได้หมด เพราะส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม กว่าร้อยละ 40 อยู่ระหว่าง 100 บาท หรือไม่เสียค่าเดินทาง รายได้ที่เสียไปจากการมาใช้บริการทันตกรรมกว่าร้อยละ 70 ไม่เสีย และน้อยกว่า 300 บาท

5.2.3 การประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ

กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.81$, S.D. = 0.36) จะเห็นได้ว่าถึงแม้ระดับการประเมินคุณภาพบริการแตกต่างกัน แต่เมื่อนำมาจัดกลุ่มจะอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ถึงแม้จะมีคะแนนที่แตกต่างกันก็ตาม ซึ่งเมื่อแบ่งตามประเด็นข้อคำถาม ก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมสูงที่สุดในมิติด้านกระบวนการ คือ การมีปฏิสัมพันธ์ ในเรื่อง ทันตบุคลากรมีมารยาทที่ดี ($\bar{x} = 4.14$, S.D. = 0.56) และรองลงมา คือ ทันตบุคลากรมีคำอธิบายที่เชื่อถือได้ ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.56) ในทางกลับกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมต่ำที่สุด 2 อันดับแรก คือ มิติด้านโครงสร้าง ในเรื่อง การมีทันตบุคลากรที่มีชื่อเสียง ($\bar{x} = 3.27$, S.D. = 0.68) และรองลงมา คือ เรื่อง สิ่งอำนวยความสะดวกที่ดึงดูดความสนใจ ($\bar{x} = 3.57$, S.D. = 0.54) ตามลำดับ

5.2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของมิติด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการกับคุณลักษณะประชากร

การทดสอบตัวแปรกับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติด้านโครงสร้างและมิติด้านกระบวนการกับคุณลักษณะประชากร พบว่า เพศ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 18.597$, P-value = 0.000), ($\chi^2 = 31.540$, P-value = 0.000) ตามลำดับ

5.2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทันตกรรม

พบว่า ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทันตกรรม ($\chi^2 = 10.257$, P-value = 0.036)

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า การประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการยังไม่เป็นที่พึงพอใจของประชาชนที่มารับบริการมากนักใน 2 ด้าน โดยพิจารณาจากระดับการประเมินคุณภาพต่ำที่สุด คือ ด้านโครงสร้าง และด้านกระบวนการ ส่วนในด้านผลลัพธ์ภายหลังการให้บริการ ผู้รับบริการมีการประเมินคุณภาพบริการเอียงไปทางค่อนข้างสูง ซึ่งควรมีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรมีการพัฒนาคุณภาพบริการ ดังต่อไปนี้

5.3.1.1 ด้านโครงสร้าง

1) มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดึงดูดความสนใจ เช่น ควรมีมุมหรือกิจกรรมที่ทำให้ผู้มารับบริการได้ผ่อนคลาย อาจจะเป็นมุมหนังสือ หรือการให้ความรู้โดยการเปิดเสียงตามสาย

2) มีทัศนบุคลากรมีชื่อเสียง โดยเพิ่มความรู้ความสามารถให้แก่ทัศนบุคลากร เพื่อเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้แก่ผู้มารับบริการ

3) มีทัศนบุคลากรที่เพียงพอ ควรมีการออกให้บริการนอกหน่วยงาน สถานที่แก่ผู้มารับบริการ เพื่อเป็นการกระจายคนไข้และลดความแออัดในโรงพยาบาล เช่น มีการออกหน่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทุกสัปดาห์

5.3.1.2 ด้านกระบวนการ

1) การจดบันทึกอาการของผู้ป่วยโดยไร้ข้อผิดพลาด ควรให้ทัศนบุคลากรอธิบายและจดบันทึกอาการ และการรักษาแก่ผู้ป่วยโดยละเอียด เพื่อให้ผู้มารับบริการเกิดความเข้าใจ และเชื่อถือในบริการนั้น

2) ความรู้ลึกปอดคภัยต่อเจ้าหน้าที่ที่ทำการผ่าตัด ทัศนบุคลากรและเจ้าหน้าที่ควรมีการพูดให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อต้องได้รับการรักษาอย่างอ่อนโยน เพราะผู้ป่วยบางคนมีอาการหวาดระแวง หรือกลัวในการเข้ารับบริการทันตกรรม ซึ่งจะส่งผลต่อภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมในทางที่ดีขึ้น และผู้มารับบริการสามารถบอกต่อให้บุคคลอื่นมารับบริการมากขึ้น รวมถึงจะทำให้โรงพยาบาลเกิดภาพลักษณ์ที่ดีขึ้นในสายตาของประชาชน

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการ ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบและในเขตใกล้เคียงของทางโรงพยาบาลเท่านั้น หากการศึกษาครั้งต่อไปสามารถเก็บข้อมูลจากแหล่งอื่นๆหรือในพื้นที่อื่น ก็จะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพบริการที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็นการสำรวจเฉพาะผู้มารับบริการทันตกรรมเท่านั้น หากขยายการศึกษาไปในมุมมองของหน่วยบริการสุขภาพ หรือหน่วยบริการสาธารณสุข อาจเป็นผลทำให้ได้การศึกษาที่แตกต่างกันออกไป สำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป อาจเป็นการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบเชิงลึก หรืออาจแบ่งกลุ่มประชากรออกเป็นกลุ่มย่อย เช่น กลุ่มวัยทำงาน หรือกลุ่มวัยเรียน เป็นต้น สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ทำให้มองผลการศึกษาเป็นภาพรวมไม่ชัดเจน ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ได้ความละเอียดของข้อมูลและเห็นภาพชัดเจนมากขึ้น เพื่อให้เห็นแนวโน้มในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของประชาชน ในอำเภอศรีสวัสดิ์
จังหวัดกาญจนบุรี

FACTORS IN RELATION TO PERCEPTION OF QUALITY OF DENTAL CARE : VIEWS
FROM CONSUMERS IN SISAWAT DISTRICT, KANCHANABURI PROVINCE

เกวลี ภางาม 5236849 SHMS/M

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์, Ph.D. (POPULATION AND
DEVELOPMENT), ธรรมรัตน์ มะโรหบุตร, Ph.D. (PUBLIC AND SOCIAL
ADMINISTRATION), ณัฐณิย์ มีมณฑ, Ph.D. (PUBLIC AFFAIRS)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

1. ความสำคัญของปัญหา

การมีสุขภาพของฟันและช่องปากที่ไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง ทั้งต่อสุขภาพ โดยทั่วไป คุณภาพชีวิต ครอบครัว เศรษฐกิจ และค่าใช้จ่าย การดำเนินกิจกรรมประจำวันและสภาพจิตใจ อารมณ์ของคนในครอบครัว ความไม่มั่นใจในตนเองในขณะที่เข้าสังคม ในส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความจำเป็นที่รัฐต้องจัดบริการบำบัดรักษา และการขาดงานของประชาชน ซึ่งทำให้ประเทศสูญเสียผลผลิต นอกจากสภาพปัญหาและผลกระทบที่กล่าวแล้ว ก็ยังพบว่า การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพช่องปาก ซึ่งรวมอยู่ในสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพนั้น ยังไม่สามารถสนองต่อความจำเป็นที่ต้องการของประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน (วีระศักดิ์ พุทธาศรีและคณะ, 2552)

การพัฒนาคุณภาพบริการให้อยู่ในระดับสูงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ทำให้การบริการประสบความสำเร็จ ระดับคุณภาพบริการเป็นกระบวนการบ่งชี้ถึงคุณภาพซึ่งสามารถทำได้โดยการประเมินระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ สำหรับการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งรวมไป

ถึงการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการทางทันตกรรมเช่นเดียวกัน โดยมุ่งเน้นที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (พิฐุชญาณ์ อัครวิระพัฒน์, 2553)

ในการเข้ารับบริการสุขภาพของประชาชน บางครั้งพบว่าปัญหาความขัดแย้งในระบบบริการสุขภาพ เกิดจากช่องว่างในเรื่องการรับรู้คุณภาพ กล่าวคือ ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพโรงพยาบาลไว้อย่างหนึ่ง แต่สิ่งที่ประชาชนได้รับจากการบริการสุขภาพกลับสิ่งที่คาดหวังไว้นั้น ไม่สอดคล้องกัน ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ดังเช่นการศึกษาของ Bennett (1994) (อ้างถึงในอนุวัฒน์ สุขขุติกุล และคณะ, 2543) ซึ่งทำการศึกษาการรับรู้ของผู้บริโภคในกรุงเทพฯ พบว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ตอบบอถึงประสบเหตุการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจเกี่ยวกับการบริการของโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจ ความล่าช้า คิวยาว บริการไม่ดี มารยาทไม่ดี ส่วนความไม่พึงพอใจต่อโรงพยาบาลเอกชนคือ เรื่องราคา การวินิจฉัยไม่ถูกต้อง แพทย์ไม่เก่ง ไม่มีจริยธรรม ความไม่พึงพอใจต่อโรงพยาบาลรัฐคือเรื่องการแข่งขันและความไม่เท่าเทียมกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่านักวิชาการหลายท่านในหลายกลุ่มประเทศได้มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่อง คุณภาพบริการ (Service Quality) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมและส่วนใหญ่จะขึ้นกับสองส่วนที่แตกต่างกันคือความคาดหวังของผู้รับบริการ (Customer expectation) และการรับรู้ที่ผู้รับบริการได้รับ (Customer perception) พบว่ายังไม่มีการศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของประชาชน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเกิดความสนใจที่จะศึกษา เพื่อให้ทราบถึงการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อศึกษาการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของผู้มารับบริการทันตกรรม
- 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม

3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม

3.2 การใช้บริการทางทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม

3.3 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านโครงสร้าง

3.4 การใช้บริการทางทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านโครงสร้าง

3.5 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านกระบวนการ

3.6 การใช้บริการทางทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านกระบวนการ

3.7 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านผลลัพธ์

3.8 การใช้บริการทางทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านผลลัพธ์

4. ขอบเขตการวิจัย

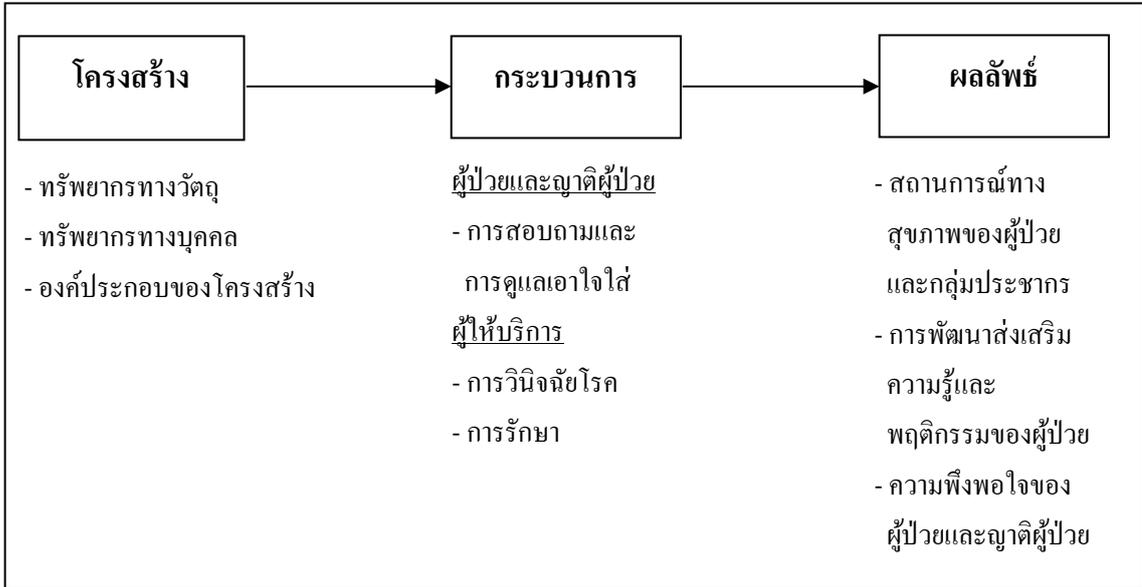
ประชากรที่ใช้ศึกษาในที่นี้ คือ ผู้ที่อยู่ในอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ที่เคยรับบริการทันตกรรม จากสถานพยาบาลที่มีการบริการด้านทันตกรรม ในอำเภอศรีสวัสดิ์ โดยทำการศึกษาในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึง มกราคม พ.ศ.2557

5. แนวคิดคุณภาพการบริการ (Donabedian's Conceptual Framework)

The Donabedian Model คือ แนวคิดโมเดล (conceptual model) ที่อธิบายถึงการให้บริการด้านสุขภาพ และการประเมินคุณภาพของการรักษา สำหรับโมเดลเกี่ยวกับคุณภาพในการรักษา แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1. โครงสร้าง (Structure) 2. กระบวนการ (Process) และ ผลลัพธ์ (Outcome) (เป็นที่มาของกรอบแนวคิด S-P-O) การอธิบายถึงโครงสร้างในบริบทซึ่งเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการให้บริการ

รูปแบบของ Model โดยมากมักถูกนำเสนอในรูปแบบความต่อเนื่อง (ห่วงโซ่) ของกล่อง 3 กล่อง ซึ่งจะประกอบไปด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งเป็นรูปลูกศรที่ชี้ไปใน

ทิศทางเดียว โดยกลองเหล่านีถูกนำเสนอออกเป็นข้อมูล 3 ประเภท ที่อาจนำมารวบรวมเพื่อที่จะเขียนอ้างอิงเกี่ยวกับคุณภาพของการรักษาและระบบการให้บริการ



ภาพ 1 รูปแบบ Model ของ Donabedian อ้างอิงจาก Donabedian, A. (1988)

โครงสร้าง จะประกอบไปด้วยปัจจัยซึ่งส่งผลต่อบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาและให้บริการ สิ่งเหล่านี้ก็คือความสะดวกสบายด้านกายภาพ เช่น เครื่องมือ และทรัพยากรมนุษย์ และยังเป็นการวัดถึงค่าเฉลี่ยของคุณภาพในการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ระบบที่สะดวกสบายบ่อยครั้งที่โครงสร้าง ง่ายต่อการสังเกตและการวัด และมันอาจเป็นต้นเหตุของปัญหาที่นำไปสู่กระบวนการได้

กระบวนการ คือผลรวมของทุกการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา สิ่งเหล่านี้ประกอบไปด้วย การวินิจฉัย,การรักษา,การป้องกันรักษาและ ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย แต่ไม่ได้รวมไปถึงการกระทำของตัวผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยเอง รวมไปถึงการกระทำทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการสามารถได้จากการบันทึกทางการแพทย์ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ลงมือปฏิบัติ (practitioners) หรือ จากการสังเกตโดยตรงของผู้ที่ไปพบแพทย์

ผลลัพธ์ ประกอบไปด้วยผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือประชาชน ซึ่งรวมไปถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ, พฤติกรรม หรือความรู้ ซึ่งผู้ป่วยมีความพึงพอใจและคุณภาพของชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผลลัพธ์ ในบางครั้งถูกมองว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการชี้วัดเกี่ยวกับคุณภาพ เพราะว่า การพัฒนาฐานะทางสุขภาพของผู้ป่วย เป็นเป้าหมายแรกๆ ของการดูแล

รักษา แต่อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่สามารถวัดออกมาเป็นตัวเลข เป็นเรื่องยากมากที่จะนำมาอธิบายเกี่ยวกับการวัดในการดูแลรักษา การเขียนความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการและผลลัพธ์บ่อยครั้ง จำเป็นต้องใช้กลุ่มประชากรขนาดใหญ่

Model ของ Donabedian ยังถูกนำไปประยุกต์ใช้กับระบบของการดูแลสุขภาพขนาดใหญ่เพื่อที่จะวัดคุณภาพทั้งหมดที่จะเป็นการพัฒนาในด้านเดียวกันที่ข้ามไปยังเรื่องของสถานที่ของโรงพยาบาล, กลุ่มของผู้ให้การรักษาหรือองค์ประกอบใหญ่ๆ ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์ของประชากร เพราะฉะนั้นงานวิจัยนี้จึงได้นำกรอบแนวคิดนี้มาใช้ อธิบายเพื่อเป็นการศึกษาคุณภาพบริการทันตกรรมโดยตรง (Donabedian, A, 1988)

6. วิธีการศึกษา

6.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยการสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาถึงคุณภาพบริการทันตกรรมและการรับบริการในมุมมองของประชาชนในอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลที่เข้ารับบริการทันตกรรมทุกประเภทมีอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไปจากสถานพยาบาลที่มีการบริการด้านทันตกรรม ในเขตอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งแบ่งเป็น 4 ตำบลมีประชากรจำนวน 9,417 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ซึ่งขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้มีจำนวน 384 คน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวเลขจำนวนเต็ม ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จะมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 400 คน

6.2 การเลือกสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างประชากรจากครัวเรือนในเขตอำเภอศรีสวัสดิ์ตามสัดส่วนของจำนวนครัวเรือนในแต่ละตำบลที่อยู่ในความครอบคลุมของโรงพยาบาล โดยสัมภาษณ์ครัวเรือนละ 1 คน ซึ่งมีขั้นตอนการกำหนดขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 จากข้อมูลจำนวนครัวเรือนในอำเภอศรีสวัสดิ์ ทำการแบ่งจำนวนครัวเรือนโดยจำแนกตามตำบล

ขั้นตอนที่ 2 เทียบอัตราส่วนของครัวเรือนแบบร้อยละ

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยจำแนกแต่ละตำบลด้วยการเทียบอัตราส่วนให้ได้ครบจำนวน 400 คน

ขั้นตอนที่ 4 เลือกสุ่มหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยเรียงลำดับหมู่บ้านเริ่มต้นที่ หมู่ที่ 2,4,6,8 ตามลำดับ โดยจำแนกตามตำบล

ขั้นตอนที่ 5 เลือกสุ่มครัวเรือนด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) เรียงลำดับครัวเรือนโดยเริ่มต้นครัวเรือนลำดับที่ 5, 10, 15 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 6 เมื่อได้ครัวเรือนลำดับที่ต้องการแล้ว จะเลือกผู้ตอบแบบสอบถามครัวเรือนละ 1 คน โดยทำการเลือกจากผู้นำครอบครัวหรือผู้ที่สะดวกตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่ไม่มีผู้อยู่อาศัยในครัวเรือนนั้นหรือผู้ที่ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเปลี่ยนครัวเรือนเป็นครัวเรือนลำดับต่อไป จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

6.3 เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทันตสุขภาพเป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลประสบการณ์การเจ็บป่วยและการเข้ารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาล และส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อต้องการทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม

6.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา อธิบายข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องโดยใช้ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) อธิบายภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้ใช้บริการ โดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (\bar{x}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติแต่ละด้านกับคุณลักษณะประชากร และการใช้บริการทางทันตกรรม โดยใช้การทดสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพบริการทันตกรรมด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

7. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 คุณลักษณะประชากร สังคม เศรษฐกิจ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงกว่าร้อยละ 50 และมีอายุระหว่าง 20 – 40 ปี (ร้อยละ 40.30) ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 63.5) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 37.50) ส่วนมากประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 32.50) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.5) ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 43.8) ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยกว่าร้อยละ 70 น้อยกว่า 10,000 บาท สิทธิในการรักษาพยาบาลคือสิทธิบัตรทอง 30 บาทหรือไม่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่าร้อยละ 50 รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 27.3) เกือบครึ่งมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 49.3 สถานพยาบาลที่เลือกไปใช้บริการทันตกรรมเป็นประจำ กว่าร้อยละ 90 เป็นโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 4.8) โรงพยาบาลที่ใช้บริการทันตกรรมเป็นประจำ มากกว่าครึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน เหตุผลที่เลือกมารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้ คือ การเคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 23.8) มากกว่าร้อยละ 80 เดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัวหรือรถมอเตอร์ไซด์ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสะดวกมากในการเดินทางมาใช้บริการ (ร้อยละ 39.5)

7.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้บริการทันตกรรมและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่างคิดว่าสุขภาพช่องปากของตนเองอยู่ในระดับปานกลางมากกว่าร้อยละ 70 และกว่าร้อยละ 60 ทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันเพียงอย่างเดียว จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 50) 1-2 ครั้ง และ 3-4 ครั้ง มีจำนวนเท่าๆกัน ลักษณะบริการทันตกรรมที่ใช้ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คือ ถอนฟัน เนื่องจากฟันอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้แล้ว (ร้อยละ 26.5) ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทันตกรรมเฉลี่ยต่อครั้ง (ร้อยละ 50) เสีย 30 บาทหรือไม่เสียค่าใช้จ่าย และร้อยละ 21.8 เบิกได้หมด เพราะส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม กว่าร้อยละ 40 อยู่ระหว่าง 100 บาท หรือไม่เสียค่าเดินทาง รายได้ที่เสียไปจากการมาใช้บริการทันตกรรมกว่าร้อยละ 70 ไม่เสีย และน้อยกว่า 300 บาท

7.3 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทัศนกรรมของมิติด้านโครงสร้างกับคุณลักษณะประชากร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการของมิติด้านโครงสร้างกับคุณลักษณะประชากร เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) (ตาราง 1) พบว่า เพศ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการของมิติด้านโครงสร้าง อย่างมีนัยทางสถิติ ($P < .05$) ภาพรวมของเพศหญิงและเพศชาย กว่าร้อยละ 60 มีการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง เพศหญิงส่วนใหญ่มีการประเมินคุณภาพเชิงไปทางปานกลางถึงสูง ร้อยละ 20.8 ในขณะที่เพศชายมีการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับปานกลางเชิงมาทางต่ำ ร้อยละ 28.7 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการของตัวแปรทั้งสองด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่าเพศ มีการประเมินคุณภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเพศหญิงจะประเมินคุณภาพก่อนไปทางสูง มากกว่าเพศชาย ($\chi^2 = 18.597$, $P\text{-value} = 0.000$) อาจเป็นเพราะเพศหญิงมีโอกาสที่จะได้มาใช้บริการทางทัศนกรรมมากกว่าเพศชาย จึงทำให้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านโครงสร้างกับคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	การประเมินคุณภาพของมิติด้านโครงสร้าง			
	(จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
1. เพศ				
หญิง	32(15.1)	136(64.2)	44(20.8)	212(100.0)
ชาย	54(28.7)	118(62.8)	16(8.5)	188(100.0)
รวม	86(21.5)	254(63.5)	60(15.0)	400(100.0)
$\chi^2 = 18.597$, $P\text{-value} = 0.00$				

7.4 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทัศนกรรมของมิติด้านกระบวนการกับคุณลักษณะประชากร

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทัศนกรรมของมิติด้านกระบวนการกับคุณลักษณะประชากร โดยทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) (ตาราง 2) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการของมิติด้าน

โครงสร้าง อย่างมีนัยทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งเพศหญิงจะมีการประเมินคุณภาพบริการไปทางสูงมากกว่าเพศชาย ($\chi^2 = 31.540$, $P\text{-value} = 0.00$) อาจเป็นเพราะ เพศหญิงเป็นเพศที่มีความละเอียดอ่อน และรักสวยรักงามมากกว่าเพศชาย ทำให้บางครั้งที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก เพศหญิงจึงเป็นเพศที่ไม่นิ่งเฉยที่จะมารับการรักษาทางทันตกรรม

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการกับคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	การประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการ (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
1. เพศ				
หญิง	15(7.1)	157(74.1)	40(18.9)	212(100.0)
ชาย	53(28.2)	109(58.0)	26(13.8)	188(100.0)
รวม	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)

$\chi^2 = 31.540$, $P\text{-value} = 0.00$

7.5 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทันตกรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทันตกรรม โดยทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) (ตาราง 3) พบว่า ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยทางสถิติ กับการประเมินคุณภาพบริการของมิติด้านกระบวนการ ($\chi^2 = 10.257$, $P\text{-value} = 0.036$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่ต้องเสียค่าเดินทางมากกว่า เป็นผู้ที่อาศัยหรือทำงานอยู่ไกลจากสถานพยาบาลที่มีการให้บริการทันตกรรม และต้องใช้เวลาในการเดินทางมาก่อนข้างนาน บางคนจำเป็นต้องลงงาน หรือขาดเรียน บางคนต้องเสียค่าเดินทางในการเช่ารถรับจ้าง บางคนต้องอาศัยมากับเพื่อนบ้าน เพื่อมารับบริการทางทันตกรรมที่สถานพยาบาลที่มีการให้บริการทันตกรรม ผู้ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่า จึงอาจรู้สึกว่ มาไกล เสียเงินค่าเดินทางเยอะ จึงอยากให้ทันตบุคลากรสนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองให้มากขึ้น จึงต้องการที่จะได้รับการรักษา

อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด เช่น เรื่องการบริการทางทันตกรรม เรื่องการนัดหมาย เรื่องการอธิบายและวินิจฉัยการรักษา และประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจากทันตบุคลากร

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทันตกรรม

การใช้บริการทางทันตกรรม	การประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการ (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
1. ค่าเดินทางในการมาใช้ บริการทันตกรรม				
ไม่มี	39(21.3)	110(60.1)	34(18.6)	183(100.0)
น้อยกว่า 100 บาท	26(13.9)	137(73.3)	24(12.8)	187(100.0)
มากกว่า 101 บาท	3(10.0)	19(63.3)	8(26.7)	30(100.0)
รวม	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
	$\chi^2 = 10.257$, P-value = 0.036			

8. การอภิปรายผล

8.1 การประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ

กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมค่อนข้างสูง ($\bar{x} = 3.81$, S.D. = 0.36) แต่จะเห็นได้ว่าระดับคุณภาพบริการโดยรวมเมื่อนำมาจัดกลุ่ม จะอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้จะมีคะแนนที่แตกต่างกันก็ตาม ซึ่งเมื่อแบ่งตามประเด็นข้อคำถาม ก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมสูงที่สุดในมิติด้านกระบวนการ คือ การมีปฏิสัมพันธ์ ในเรื่องทันตบุคลากรมีมารยาทที่ดี ($\bar{x} = 4.14$, S.D. = 0.56) และรองลงมาคือ ทันตบุคลากรมีคำอธิบายที่เชื่อถือได้ ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.56) ในทางกลับกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมต่ำที่สุด 2 อันดับแรก คือ มิติด้านโครงสร้าง ในเรื่อง การมีทันตบุคลากรที่มีชื่อเสียง ($\bar{x} =$

3.27, S.D. = 0.68) และรองลงมา คือ เรื่อง สิ่งอำนวยความสะดวกที่ดึงดูดความสนใจ ($\bar{x} = 3.57$, S.D. = 0.54) ตามลำดับ

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า การประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการยังไม่เป็นที่พึงพอใจของประชาชนที่มารับบริการมากนักใน 2 ด้าน โดยพิจารณาจากระดับการประเมินคุณภาพต่ำที่สุด คือ ด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการ ซึ่งควรมีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรมีการพัฒนาคุณภาพบริการ ดังต่อไปนี้

9.1.1 ด้านโครงสร้าง

1) มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดึงดูดความสนใจ เช่น ควรมีมุมหรือกิจกรรมที่ทำให้ผู้มารับบริการได้ผ่อนคลาย อาจจะเป็นมุมหนังสือ หรือการให้ความรู้โดยการเปิดเสียงตามสาย

2) มีทันตบุคลากรมีชื่อเสียง โดยเพิ่มความรู้ความสามารถให้แก่ทันตบุคลากร เพื่อเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้แก่ผู้มารับบริการ

3) มีทันตบุคลากรที่เพียงพอ ควรมีการออกให้บริการออกหน่วยนอกสถานที่แก่ผู้มารับบริการ เพื่อเป็นการกระจายคนไข้และลดความแออัดในโรงพยาบาล เช่น มีการออกหน่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทุกสัปดาห์

9.1.2 ด้านกระบวนการ

1) การจดบันทึกอาการของผู้ป่วยโดยไร้ข้อผิดพลาด ควรให้ทันตบุคลากรอธิบายและจดบันทึกอาการ และการรักษาแก่ผู้ป่วยโดยละเอียด เพื่อให้ผู้มารับบริการได้เกิดความเข้าใจ และเชื่อถือในบริการนั้น

2) ความรู้สึกปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ที่ทำการผ่าตัด ทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่ควรมีการพูดให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อต้องได้รับการรักษาอย่างอ่อนโยน เพราะผู้ป่วยบางคนมี

อาการหวาดระแวง หรือกลัวในการเข้ารับบริการทันตกรรม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมในทางที่ดีขึ้น และผู้มารับบริการสามารถบอกต่อให้บุคคลอื่นมารับบริการมากขึ้น รวมถึงจะทำให้โรงพยาบาลเกิดภาพลักษณ์ที่ดีขึ้นในสายตาของประชาชน

9.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบและในเขตใกล้เคียงของทางโรงพยาบาลเท่านั้น หากการศึกษารังต่อไปสามารถเก็บข้อมูลจากแหล่งอื่นๆหรือในพื้นที่อื่น ก็จะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพบริการที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็นการสำรวจเฉพาะผู้มารับบริการทันตกรรมเท่านั้น หากขยายการศึกษาไปในมุมมองของหน่วยบริการสาธารณสุข อาจเป็นผลทำให้ได้การศึกษาที่แตกต่างกันออกไป สำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป อาจเป็นการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบเชิงลึก หรืออาจแบ่งกลุ่มประชากรออกเป็นกลุ่มย่อย เช่น กลุ่มวัยทำงาน หรือกลุ่มวัยเรียน เป็นต้น สำหรับการัน้ใช้ Chi-square ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ทำให้มองผลการศึกษาเป็นภาพรวมไม่ชัดเจน ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ได้ความละเอียดของข้อมูลและเห็นภาพชัดเจนมากขึ้น เพื่อให้เห็นแนวโน้มในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นไป

FACTORS IN RELATION TO PERCEPTION OF QUALITY OF DENTAL CARE :
VIEWS FROM CONSUMERS IN SISAWAT DISTRICT, KANCHANABURI
PROVINCE

KEVALEE PANGAM 523689 SHMS/M

M.A. (MEDICAL AND HEALTH SOCIAL SCIENCES)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SIRIWAN GRISURAPONG, Ph.D.,
THAMMARAT MAROHABUTR, Ph.D., NATHANEE MEEMON, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

1. Significance of the problem

Dental and oral cavity problems have several impacts, including on health in general, quality of life, economy, expense, daily living, burden for family member and the self-confidence in social life. On the economic perspective, is the needs for dental care resulted in increased state's resource for arranging treatment services and the absence of people's work days to receive treatment resulted in loss of work productivity in the country. Besides the problems and the effect mentioned, it is found that the health promotion and cavity treatment service arrangement which is included in social insurance system cannot serve the need of people equally. (Bhuddasri et al, 2009)

Developing the service quality to be in high level is an important strategy to achieve success. The level of service quality is a process indicating the quality which can be done by the assessment of people who get the service which includes the dental service quality development that focus on patient-center system. (Atweerapat, 2010)

In getting health service of citizens, sometimes, the conflict is found in health service system and there is also a gap on quality perception; customers have

expectation on hospital's quality service but the service they got from the health service arrange is not consistent with what they expect. This leads to dissatisfaction like in the study of Bennett (1994) (as cited in Supachutikul et al, 2000) that studied on the perception of customers in Bangkok and found that 50% of questionnaire answer on dissatisfaction of hospital service. Most of the dissatisfaction are on slowness, long queue, bad service and bad manner. On the dissatisfaction towards private hospital is the cost, incorrect diagnosis and inability or immoral doctors. On state hospital, the dissatisfaction is on cutting in line and inequality.

From the literature review, there are several studies in many countries concerning quality of health services which involve with overall health and mostly based on two different parts: customers' expectation and customer perception. The study related to factors associated with the quality of dental care is found to be limited. It is, therefore, interesting to investigate how clients perceive dental care quality and the factors related to it.

2. Objectives

- 2.1 To investigate clients' perceptions on dental care quality
- 2.2 To study factors related to clients' perceived quality of dental care.

3. Hypothesis

3.1 Individual characteristics: age, gender, average monthly income, average income per a household and education level are related to overall dental care quality as perceived by dental services clients.

3.2 Experience of dental care service use is related to overall quality of dental care.

3.3 Individual characteristics: age, gender, average monthly income, average income per a household and education level are related to quality of dental care structure as perceived by dental services clients.

3.4 Experience of dental care service use is related to quality of dental care structure.

3.5 Individual characteristics: age, gender, average monthly income, average income per a household and education level are related to quality of dental care process as perceived by dental services clients.

3.6 Experience of dental care service use is related to quality of dental care process.

3.7 Individual characteristics: age, gender, average monthly income, average income per a household and education level are related to quality of dental care outcome as perceived by dental services clients.

3.8 Experience of dental care service use is related to quality of dental care outcome.

4. Scope of the study

Population used in this study are residents in Srisawad district, Kanchanaburi who have experience in using dental care service in hospitals located in the district. The study was conducted during November 2013 – January 2014.

5. Concept of Quality of Care (Donabedian's Conceptual Framework)

The Donabedian Model is a conceptual model which explain on health service providing and the treatment quality assessment. On the model involving the treatment quality, it is divided to 3 parts: structure, process and outcome which are the origin of S-P-O concept, explaining the structure in the context of treatment and service providing.

The model form is mostly presented as the chains of 3 boxes which are consisted of structure, process and outcome with the arrows that point to the same direction. These boxes are presented as 3 types of information which may be gathered to refer to the treatment quality and service system.

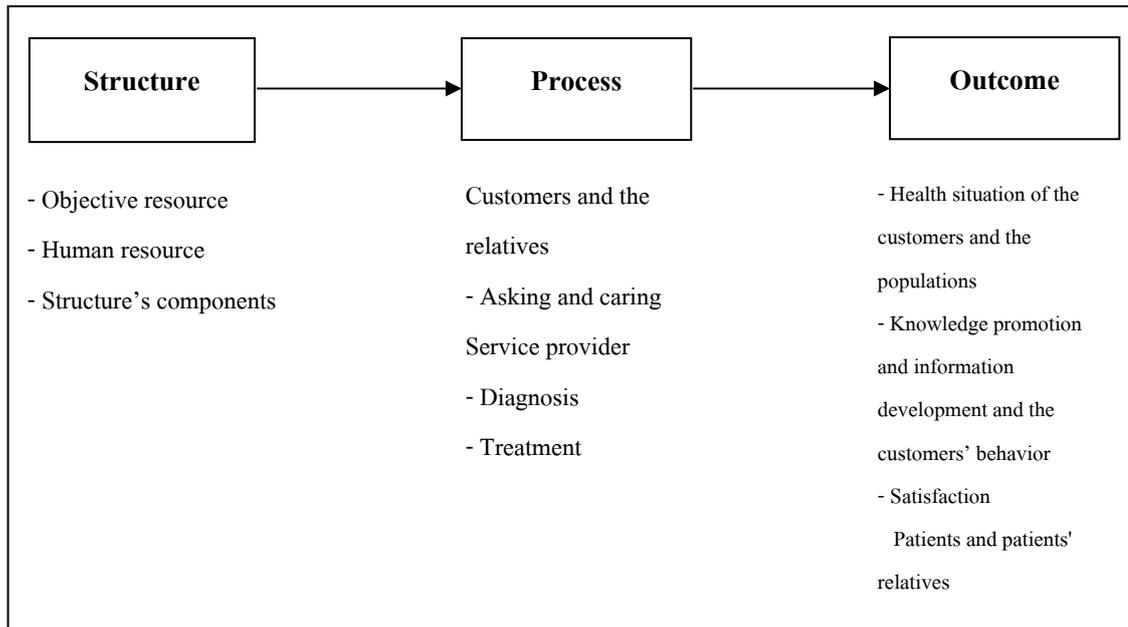


Figure 1 The Donabedian S-P-O Framework (Donabedian,1988)

Structure is consisted of factors that affect to the context involving with treatment and service providing which are physical convenient provider such as tools and human resource. It is also the measurement of average quality of treatment under a convenient system. It is frequently easy to observe and measure the structure which can be the cause of problem of processing.

Process is the overall outcome of every operation involving treatment which are diagnosis, curing, preventive treatment and educating the patients/customers (but the operation of the customers or their relatives are not included), everything bout treatment/ curing. The information of process can be gained by medical note, patients/customers' interviewing and the practitioners or direct observation of those who meet up with doctors.

Outcome is consisted of the treatment outcome which includes changes on health, behavior or knowledge which satisfy the patients/customers, as well as life quality which involving with health. Sometimes outcome is viewed as a very important indicator of the quality because developing health situation is the priority target of treatment. However, the outcome that can be measured to be numbers is

difficult to explain about treatment measurement. Writing the relations between process and outcome often needs to use big groups of population.

Donabedian framework is also applied with the large health care system to assess the overall quality that will develop in the same direction which come across to cover on places in hospital, the curer groups or big components concerning health system in order to develop the quality and outcome of population. Therefore, this study use this method to explain as the direct study of dental care quality service. (Donabedian, 1988)

6. Methodology

6.1 Population and sample

This study is a survey research that studies service quality of dental care and getting treatment in the point of view of locals in Srisawat district, Kanchanaburi. The population in this study is customers who have the right to get the dental care service age from 20 up from hospitals which has dental care service available in Srisawat district, Kanchanaburi, which is divided in to 4 sub-districts, covering 9,417 populations.

Sample size is calculated using Taro Yamane formula, resulted in 384 people. There are 400 respondents who completed the survey.

6.2 Sampling method

A simple random sampling method was used and the sample was drawn from the residents in Srisawat district according to the household ratio of household numbers in each sub-district in the cover of the hospitals, then, a person per household were interviewed. The sampling process are as follows:

- 1) From data of household numbers in Srisawat district, find the proportion of target population by sub-district.
- 2) Compare the household ratio as percentage3) Set up the sample size by sorting out each sub-district by comparing the ratio to get 400 prospective participants.

4) Employ systematic random sampling method by ordering the villages starting at Moo 2,4,6,8 respectively based on sub-district.

5) Select households randomly using systematic random sampling method by ordering household starting at 5, 10, 15 respectively.

6) Approach an interviewee from a household, by choosing the leader of the household or the person who is convenient to answer the questions. In the case that there is no one in the household or no members voluntarily participate in the study, the household in the next order was selected.

6.3 Study tools

The tool used in this study is questionnaire comprising of 3 parts:(1) general information and personal information of the population, (2) dental care behavior including questions about patient's background and experience regarding illness and use of dental care services experiences and (3) part of the questionnaire, it is to know the factors relating to the quality assessment of dental care.

6.4 Data Analysis

Descriptive statistics was conducted to explain characteristics of the respondents,, oral care behavior, the use of dental care service and the expense by using frequency and percentage distribution to assess overall quality of dental care as perceived by the respondents.. The factors related to perceived dental care quality for each dimension were examined using Chi-square test.

7. Study findings

7.1 Characteristics of the respondents

Most sample groups are female with over 50 percent and aged between 20 – 40 years old (40.30%). On marital status, most of them are married (63.5%). On education, the groups are in the level of bachelor degree or higher. (37.50). On career, most of them are civil servants/ staffs of state enterprise (32.50%) and almost all of

them are Buddhist (99.5%). Their average monthly income are 20,001 baht up (43.8%). The expense for the service averagely more than 70% is less than 10,000 baht with the UCS (30 baht Universal Coverage Scheme) or with no expense for more than 50 baht and the second use for the expense is the civil-servant scheme/ the state enterprise scheme (27.3%). Almost half of them have chronic health condition which is 49.3% of them. Over 90% of places they utilize the dental care service are state hospitals and then private hospital (4.8%). More than half of hospitals they go to use the dental care service regularly are the community hospitals with reason that they are the regular patients/customers (23.8%). More than 80% of the customers/patients go to get the treatment by personal cars or personal motorbike and most of the sample groups gain convenience on transportation/travelling to get the service (39.5%)

7.2 Oral care behavior, utilization of dental care and related expense

Over 70% of the respondents perceived that their cavity health were in medium level while more than 60% of them cleaned their cavity by brushing their teeth only. The frequency of utilizing dental care service in 1 year round (50%) are 1-2 times and 3-4 times in equal amount. On the service they get, they are tooth pulling as the tooth is in the state that cannot be saved anymore (26.5%). The expense for dental care service averagely per time (50%) is 30 baht or with no expense at all and 21.8% is able to reimbursed for the whole cost because most of the populations are farmers and civil-servants/ state enterprise staffs. On the expense for transportation to reach the service, over 40% it cost within 100 baht or cost no fee. More than 70% saying they do not lose any regular income for the time they spend on receiving dental care or lose only less than 300 baht.

7.3 Perceived quality of dental care structure in relation to individual characteristics

Chi-square test was used to examine the relationship between perceived quality of dental care structure and individual characteristics. Table 1 indicated that gender is significantly related with perceived quality of dental care structure at p-value smaller than 0.05. When considering the gender difference, female and male, over

60% is having quality assessment in medium level; most female tends to perceive the quality to be medium to high level for 20.8% when in male, the quality assessment is in medium to low level for 28.7%, indicating that female perceive the quality of dental care structure at higher level than than male did ($\chi^2 = 18.597$, P-value = 0.000). It can be because female has higher opportunity to use the dental care service than male so they have more experience than male.

Table 1 Cross-tabulation and chi-square test of the relationship between gender and perceived quality of dental care structure

Population’s qualification	Quality of Dental Care Structure (amount/percentage)			
	Low	Medium	High	Total
1. Gender				
female	32(15.1)	136(64.2)	44(20.8)	212(100.0)
male	54(28.7)	118(62.8)	16(8.5)	188(100.0)
Total	86(21.5)	254(63.5)	60(15.0)	400(100.0)
		$\chi^2 = 18.597$, P-value = 0.00		

7.4 Perceived quality of dental care process in relation to individual characteristics

The relationship between quality of the dental care process and individual characteristics is examined using Chi-Square test (table 2). It is found that gender has statistically significant relationship with the quality of dental care process dimension . Female tends to assess the service quality in higher level than male ($\chi^2 = 31.540$, P-value = 0.00). It can be because female are more sensitive and are likely to be interested in beauty more than male so when cavity problems occur, female populations tends not to dismiss the problem and get the dental care treatment.

Table 2 Cross-tabulation and chi-square test of the relationship between gender and perceived quality of dental care process

Population's qualification	Quality of Dental Care Process (amount/percentage)			
	Low	Medium	High	Total
1. Gender				
female	15(7.1)	157(74.1)	40(18.9)	212(100.0)
male	53(28.2)	109(58.0)	26(13.8)	188(100.0)
Total	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
		$\chi^2 = 31.540$, P-value = 0.00		

7.5 Perceived quality of dental care process in relation to utilization of dental care services

The relations between quality of dental care process and the use of dental care service is examined using Chi-Square test (table 3). It is found that transportation expense has statistically significant relationship with quality dental care process ($\chi^2 = 10.257$, P-value = 0.036). The reason of the relationship can be because those who pays for more cost of transportation reside or work in a far distance from the hospitals that has dental care service available and need to spend more time to reach the service place. Some of them even need to take leave from their work or absent in classroom and some of them need to pay for renting cars/ bus and some need to tag along with their neighbors to get the dental care service. Those who spend higher cost for transportation can feel that they spend a lot of money and come from far distance so they want to be cared by dentists more closely and the most effective treatment on the dental care service, making appointment, diagnosis and explanation and the efficiency in dental problem solution.

Table 3 Cross-tabulation and chi-square test of the relationship between utilization of dental care and perceived quality of dental care process

Population's qualification	Quality of Dental Care Process (amount/percentage)			
	Low	Medium	High	Total
1. Transportation cost for receiving dental care service				
None	39(21.3)	110(60.1)	34(18.6)	183(100.0)
Less than 100 baht	26(13.9)	137(73.3)	24(12.8)	187(100.0)
More than 101 baht	3(10.0)	19(63.3)	8(26.7)	30(100.0)
Total	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
		$\chi^2 = 10.257$, P-value = 0.036		

8. Conclusion

8.1 Quality of dental care as perceived by the respondents

The overall quality is perceived to be high among the respondents ($\bar{x} = 3.81$, S.D. = 0.36). However, when divided into the three dimensions, the quality of each dimension as perceived by the respondents are at medium level. Quality of dental care process is perceived to be relatively high, when compared to other dimensions. In details, the respondents rated quite high score for the interaction component: the staffs in dental care have good manners ($\bar{x} = 4.14$, S.D. = 0.56) and the second highest level of assessment is that the dentists have reliable explanation ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.56). On the other hand, the 2 aspects that received lowest level of quality assessment are on structural dimension; renown dentists ($\bar{x} = 3.27$, S.D. = 0.68), and the second lowest level is the attractive facilitator ($\bar{x} = 3.57$, S.D. = 0.54).

9. Discussion and recommendation

9.1 Implication of the study

From the study, it is found that in the overall quality of dental care as perceived by the district-level clients are at medium level, implying that the clients are not much satisfied with the quality of the available dental care, particularly in two dimensions including structure and process. Hence, the quality improvement is suggested in order to develop the dental care service system that could meet clients' expectations. The recommendation from the study findings are as follows:

9.1.1 Structural dimension

- 1) There should be attractive facilities like a corner or activities for relaxing which probably is a book corner or and radio providing knowledge.
- 2) There should be renown dentists in the hospitals which can be done by have the staffs trained to gain trust from customers.
- 3) There should be enough dentists and the mobile service to reduce density in hospital like going out to provide service in sub-district hospitals every week.

9.1.2 Processing dimension

- 1) There should be a note taking of patients/customers' symptom without any mistakes and the explanation and the note should be provided to the customers in details so that customers/patients understand and trust the service.
- 2) Staffs and dentists should give encouragement to the patients/customers when customers/patients are paranoid or scared. It will affect to the overall picture of the dental care service's quality assessment which will lead to improve the image of the hospital in people's views.

9.2 Future study

For this study, the data were collected from the customers of the hospitals in their responsible area and the neighbors only. For further study, it would be better to collect data from other sources or other areas so that it can reflect the quality of dental

care in wider setting. Besides, this study is the survey only among the customers/patients. It would be better to study in the health care provider's perspective that may result in different findings. Further study can also be done qualitatively or by considering different subgroups of study population such as working age groups. It should be noted that the Chi-square test, in this study may not be able to capture the precision of respondent's ratings on quality of care. In the next study, there should be the use of statistic that can clearly investigate factors associated with quality of dental care in order to give more valuable information to dental care facilities regarding how to improve the quality of their structure, process, and outcome of dental care.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชญา มาลือศรี และปรารธนา ปุณณกิติเกษม. (2554). การประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL. วารสารวิจัยและพัฒนา มจร. ตุลาคม – ธันวาคม 2554. วิทยาลัยการจัดการ. มหาวิทยาลัยมหิดล. 34(4), 449-455.
- เกสร อังศุสิงห์. (2536). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.
- คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544). ข้อเสนอระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จันทร์เพ็ญ ตูเทศนันท์. (2542). ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินงานของสถานพยาบาลเทศบาลในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- จารุวรรณ จำประเสริฐ. (2551). การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.
- จิตตินันท์ เฉชะคุปต์. (2545). ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินงานของสถาบันสุขภาพในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. (2543). ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ. หนังสือชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จำลอง ศรีประสาธน์. (2531). สวัสดิการสังคมกับการประกันสังคม. นิตยสารการประชาสงเคราะห์, 2 (3), 7-8.
- ฉวีวรรณ โกมลัทท. (2544). การรับรู้สิทธิผู้ป่วยของคนไทย. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.

- ชื่นจิตร ไตรรัตน์เจริญเวช. (2007). การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, Vol.2 กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก.
- โชษิตา แก้วเกษ (2552). คุณภาพบริการตามความคาดหวังและที่รับรู้จริงของผู้รับบริการแพทย์แผนจีนศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกมหาวิทยาลัยมหิดล. การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์. (2541). คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการบริหาร โรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- นภดล ร่มโพธิ์ และมนวิภา ผดุงสิทธิ์. (2552). เครื่องมือการประเมินผลการปฏิบัติงานองค์กร. กรุงเทพฯ : คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2552.
- นันทวัน เหลี่ยมปรีชา. (2538). คุณภาพของการบริการ. วารสารกรมบัญชีกลาง, 36 (3), 24-29.
- บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ. (2535). รายงานการศึกษาสำรวจเรื่องสภาพการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคม. กรุงเทพฯ: มูลนิธิอารมณพงษ์พันธ์.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2540). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. โรงพิมพ์และปกเจริญผล. กรุงเทพมหานคร.
- เบญจมาศ ขุนประเสริฐ. (2549). การรับรู้คุณภาพการบริการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการส่วนงานผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งเขตวัฒนากรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประวิทย์ จงวิศาลและวิจิตรา จงวิศาล. (2537). คู่มือการทำกิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพ. โรงพิมพ์และปกเจริญผล. กรุงเทพมหานคร.
- ปัทมิกา วนาภมล. (2545). คุณภาพบริการของโรงพยาบาลค่ายธนะรัชต์ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
- พิรุชญาณ์ อัครวิระพัฒน์. (2553). ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการต่อการตรวจเบื้องต้นทางทันตกรรมจัดฟัน โดยใช้แนวคิดช่วงความคาดหวังคุณภาพบริการ. วิทยานิพนธ์

- ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.
- เพ็ญแข ลาภยั้ง และมนิธี ก่อเสวตพงศ์. (2547). **ทันตแพทย์ไทยใน 30 บาท**. รายงานการวิจัย. กองทันตสาธารณสุข. นนทบุรี.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2539). **แนวคิดการบริหารมุ่งคุณภาพการบริการพยาบาล**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาลเฉลิมศกกาญจนาภิเษกเรื่อง Update in nursing practice. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. อัดสำเนา.
- ภัทรพร บุบลพันธ์. (2554). **การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของผู้รับบริการต่อโรงพยาบาลเอกชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.
- ยลสลวย วาริตสวัสดิ์, อุไรวรรณ คะนิงสุขเกษม, วัลลภ ภูพานิช และอรพรรณ ทันจางสิทธิ์. (2525). **ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมของประชาชนที่มารับบริการทันตกรรมในกรุงเทพมหานคร**. เอกสารทางวิชาการหมายเลข 65 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. (2550). **นโยบายสาธารณะ**. กรุงเทพมหานคร. บพิธการพิมพ์, 2550.
- วิชัย โธสุวรรณจินดา. (2535). **การแก้กฎหมายประกันสังคม**. เอกสารประกอบการสัมมนาสมาคมกฎหมายแรงงาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม.
- วิภาภัทร์ วีระวัฒนกันนท์. (2549). **คุณภาพบริการตามคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ.
- วีรพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์. (2543). **คุณภาพในงานบริการ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. วิจัยการตลาด มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิโรฒ. สำนักพิมพ์ ศ.ส.ท. กรุงเทพมหานคร.
- วีระวัฒน์ ปันนิตมัย. (2538). **การประเมินคุณภาพบริการ**. เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาบริการ หน่วยที่ 8-15. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ. (2552). **นโยบายทันตสาธารณสุขไทย : เกาะติดปัญหาใช้วิชาการสานสร้างความร่วมมือ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์เดอะกราฟิก ชีสเต็ม. นนทบุรี.

- ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ. (2545). การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพนโยบาย
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ระบบบริการสุขภาพบริการทันตกรรมสถานการณ์การ
 บริการสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริพร สิทธิโชคธรรม. (2548). **คุณภาพบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนตามความคาดหวังและการ
 รับรู้ของประชาชนตำบลปากเพรียวอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี**. วิทยานิพนธ์
 มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล
 มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.
- สุพัตรา เหลี่ยมวรารังกูร. (2540). **คุณภาพบริการงานกายอุปกรณ์ ศูนย์สิทธิรักษาเพื่อการฟื้นฟู
 สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.
- สุณี วงศ์คงคาเทพ. (2550). **ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของ ประชาชน
 ไทย พ.ศ.2550**. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุพล ลิ้มวัฒนานนท์และคณะ. (2548). **ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ : สถานการณ์
 สุขภาพประเทศไทย**. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.
- สำนักงานประกันสังคม. (2537). **พรบ.เงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537**.
 ประกาศสำนักงานประกันสังคม.
- สมวงศ์ พงศ์สถาพร. (2550). **เคล็ดไม่ลับการตลาดบริการ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:ยูบีซีแอลบุ๊กส์.
- หัทธยา แก้วกิมและคณะ (2554). **ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการ
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช**. การประชุมเสนอ
 ผลงานวิจัยครั้งที่ 2 ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2541). **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2543). **เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2)**. คู่มือการเรียนรู้
 เชิงปฏิบัติ. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร.
- อมร รักษาสัตย์. (2533). **การสร้างความมั่นคงในสังคมด้านการจัดสวัสดิการและประกันสังคม :**
แนวคิดปรัชญา. ม.ป.ท.

ภาษาอังกฤษ

- Anderson, E.A. (1995). **Measuring service quality at a university health clinic.** Journal of Health Care Quality Assurance, 8(2), 32-37.
- Bitner, M.J., & Hubbert, A.R. (1994). **Encounter satisfaction versus overall satisfaction versus service quality: the consumer's voice,** in Rust, R.T. and Oliver, R.L. (Eds), Service Quality: New Directions in Theory and Practice, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Brown, S.W., Gummesson, E., Edvardson, B., & Gustavsson B. (1991). **Service Quality: Multidisciplinary and multinational perspective.** Massachusetts: Lexington Book.
- Chang, W.J., & Chang, Y.H., (2012). **Patient satisfaction analysis: Identifying key drivers and enhancing service quality of dental care.** Taoyuan, Taiwan.
- Eriksen, L.R. (1987). **Patient satisfaction : An indication of nursing care quality.** Nursing Management, 18(July), 31-35.
- Fitzsimmons, J.A., & Fitzsimmons, M., (2004). **Service Management.** 4th ed. Irwin McGraw-Hill, Boston.
- Gronroos, C. (1982). **Strategic Management and Marketing in the Service Sector.** Helsingfors : Swedish School of Economics and Business Administration.
- Gronroos, C. (1984). **A service quality model and its marketing implications.** European Journal of Marketing, Vol. 18, No. 4, pp. 36-44.
- Gronroos, C. (1990). **Service Management and Marketing.** The Nature of Service and Service Quality. Stockholm University. Sweden.
- Johara, Al. A. & Hussyeen, Al. (2009). **Factors affecting utilization of dental health services and satisfaction among adolescent females in Riyadh City: Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics,** King Saud University, College of Dentistry.
- Karydis, A., Kodovazeniti M. K., Hatzigeorgiou, D. & Panis, V. (2001). **Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care.** Department of Periodontology, School of Dentistry, University of Athens, Athens, Greece.

- Lee, K.T., Chen, C.M., Huang, S.T., Wu, Y.M., Lee, H.E., Hsu, K.J., et al. (2012). **Patient satisfaction with the quality of dental treatment provided by intern.** Journal of Dental Sciences. Republic of china.
- Lewis, R.C. and Bloom, B.H. (1983). **The Marketing Aspects of Service Quality.** in Emerging Perspectives on Services Marketing, L. Berry, G. Shostack, and G. Upah, eds. Chicago: American Marketing.
- Lim, P.C. and Tang, N.K.H., (2000). **A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals.** International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 13, No. 7, pp. 290-299.
- Lovelock, C. H. (1996). **Service Marketing.** Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Oberst, M.T. (1984). **Patients perception of care : Measurement of quality and satisfaction.** **Cancer**, 15 (May), 2365-2367.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., and Berry, L.L., (1985), **“A conceptual model of service quality and its implications for future research”**, Journal of Marketing, Vol. 49, No. 1, pp. 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., and Berry, L.L., (1988). **SERVQUAL : A Multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality.** Journal of Retailing, Vol. 64, No.1, pp.12-40.
- Pizam, A. (2005). **The Encyclopaedia of Hospitality.** Oxford : Butterworth-Heinemann.
- Schmenner, Roger W. (1995). **Service operations management.** Englewood Cliffs, NJ Prentice-Hall.
- Schoen, M. H. (1991), **National Health Care and the Public's Oral Health.** Journal of Public Health Dentistry, Boston, Massachusetts.
- Seth N., Deshmukh S.G., and Vrat, P. (2005). **Service quality models: a review.** International Journal of Quality & Reliability Management, Vol.22, No. 9, pp. 913-949.
- Smith, R.A. and Houston, M.J. (1982). **Script-Based Evaluations of Satisfaction with Service.** in Emerging Perspectives on Services Marketing, L. Berry , G. Shostack, and G. Upah, eds., Chicago: American Marketing,.
- Webster, N. **New Webster's Dictionary.** (1988). (3rd ed.). New York: Simon & Schuster.

- Wisher, J.D. and Corney, W.J. (2001). **Comparing practices for capturing bank customer feedback – Internet versus traditional banking**. *Benchmarking: An International Journal* 8(3), 240-250.
- Yamane T. (1973), **Statistic: An Introductory Analysis**. 3rd ed. Harper and Row (pp. 1133).
- Youssef, F.N., Nel,D.&Bovaird, T. (1996). **Health care quality in NHS hospitals**. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9 (1).
- Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., and Berry,L.L. (1990), **Delivering quality service : balancing customer perceptions and expectations**, New York :Free Press.
- Zineldin, M. (1996). **Bank Strategy Portioning and Some Determinants of Bank Selection**.*International Journal of Bank Marketing*, 14(6), 12-22.

อินเทอร์เน็ต

- ชัชวาลย์ ทัดศิวัช. (2011). **ความหมายของคุณภาพการให้บริการ**, 9 มีนาคม 2556.
http://www.tpa.or.th/writer/read_this_book_topic.php?bookID=1285&pageid=3&read=true&count=true
- Donabedian, A. (1988). **The quality of care: How can it be assessed?**, 31 กรกฎาคม 2556.
http://en.wikipedia.org/wiki/The_Donabedian_Model
- Goedhart, H., Eijkman, M.A.J., & Horst, G. T. (2006). **Quality of dental care: the view of regular attenders**, 20 กันยายน 2556. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.16000528.1996.tb00808.x/abstract>
- Khantanapha Napaporn (2000). **An Empirical Study of Service Quality in Part-time MBA Program in Private and Public Universities in Thailand**, Dissertation submitted to the Degree of Doctor of Business Administration, Wayne Huizenga Graduate School of Business and Entrepreneurship, Nova Southeastern University. 12 มีนาคม 2556.
http://www.tpa.or.th/writer/read_this_book_topic.php?pageid=11&bookID=1285&read=true&count=true#sthash.aHkVeDso.dpuf
- Kotler, P., & Anderson, A. R. (1987). **Strategic Marketing for Nonprofit Organizations**, 12 มีนาคม 2556. http://www.tpa.or.th/writer/read_this_book_topic.php?pageid=11&bookID=1285&read=true&count=true#sthash.aHkVeDso.dpuf

Richard A. Abrams ,Curt S. Ayers, Mary Vogt Petterson. (2006). **Quality assessment of dental restorations: a comparison by dentists and patients**, 4 กันยายน 2557
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.1986.tb01081.x/abstract>.

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง : กรุณากรอกข้อมูลของท่านและ/หรือเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่กำหนดให้ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพ โสด สมรส ม่าย/หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพปัจจุบัน รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ เกษตรกร
 รับจ้างทั่วไป พนักงานบริษัทเอกชน/ธุรกิจส่วนตัว
 พนักงานกระทรวง ไม่ได้ทำงาน
 อื่นๆ ระบุ.....
6. เจดที่อยู่อาศัย ตำบลท่ากระดาน ตำบลหนองเป็ด ตำบลด่านแม่แฉลบ
 ตำบลแม่กระบุง อื่นๆ ระบุ.....
7. นับถือศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน (ประมาณการต่อเดือน).....บาท
9. รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน (ประมาณการต่อเดือน).....บาท
10. ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยของท่าน (ประมาณการต่อเดือน)บาท
11. สิทธิประโยชน์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล
 บัตรทอง30บาท/ไม่เสียค่าใช้จ่าย ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
 ประกันสังคม อื่นๆ ระบุ.....
12. โรคประจำตัวของท่านที่แพทย์ระบุ มี ไม่มี ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
13. (ถ้ามี) สามารถเลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ
 ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด
 เบาหวาน โรคตับ โรคไต
 อื่นๆ ระบุ..... ไม่เข้าข่าย
14. ประเภทสถานพยาบาลที่ท่านเลือกไปใช้บริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา
 โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
 โรงพยาบาลประจำจังหวัด อื่นๆ ระบุ.....
15. โรงพยาบาลที่ใช้บริการทันตกรรมเป็นประจำ ระบุ

16. เหตุผลที่ท่านเลือกมารับบริการที่โรงพยาบาลตามข้อ 15 คืออะไร (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> การเดินทางสะดวก | <input type="checkbox"/> จากคำบอกเล่าของคนอื่น |
| <input type="checkbox"/> จากการประชาสัมพันธ์ของทางโรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ |
| <input type="checkbox"/> เคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาลนี้ | <input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่ทันสมัย |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ | |

17. ท่านเดินทางมาใช้บริการที่สถานพยาบาลอย่างไร

- | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> รถส่วนตัว/รถมอเตอร์ไซด์ | <input type="checkbox"/> รถรับจ้าง | <input type="checkbox"/> เดิน |
|--|------------------------------------|-------------------------------|

18. ความสะดวกในการเดินทางมาใช้บริการของท่านมีมากน้อยเพียงใด

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> มากที่สุด | <input type="checkbox"/> มาก | <input type="checkbox"/> ปานกลาง |
| <input type="checkbox"/> น้อย | <input type="checkbox"/> น้อยที่สุด | |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ ประสบการณ์การเจ็บป่วย และการเข้ารับบริการทันตกรรม

คำชี้แจง : กรุณากรอกข้อมูลของท่านและ/หรือเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่กำหนดให้ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. ท่านคิดว่าสุขภาพช่องปากของท่านเป็นอย่างไร

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ดี | <input type="checkbox"/> ปานกลาง | <input type="checkbox"/> แย่ |
|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------|

2. ท่านทำความสะอาดช่องปากด้วยวิธีใดเป็นประจำ แปรงฟัน แปรงฟันร่วมกับวิธีอื่นๆ

- บ้วนปากด้วยน้ำเปล่า/ไม่ได้ทำเลย

3. จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ระบุ

4. บริการทันตกรรมชนิดใดที่ท่านไปใช้บริการในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> อุดฟัน | <input type="checkbox"/> ขูดหินปูน | <input type="checkbox"/> ถอนฟัน | <input type="checkbox"/> ใส่ฟันปลอม |
| <input type="checkbox"/> รักษารากฟัน | <input type="checkbox"/> ครอบฟัน | <input type="checkbox"/> ตรวจฟัน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ |

5. ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทันตกรรมเฉลี่ยต่อครั้ง ระบุ

6. ค่าเดินทางเฉลี่ยในการมาใช้บริการทันตกรรมต่อครั้ง ระบุ.....บาท

7. รายได้ที่เสียไปในการใช้บริการทันตกรรมต่อครั้ง.....บาท

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการทันตกรรมและการรับบริการในมุมมองของผู้มารับบริการ

คำชี้แจง : ในส่วนนี้ขอให้ท่านตอบคำถาม และเลือกตอบในระดับที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ว่าเห็นด้วยหรือไม่ในระดับใด กับข้อความดังนี้

คำอธิบาย ระดับความคิดเห็น

- 1 = น้อยที่สุด
- 2 = น้อย
- 3 = ปานกลาง
- 4 = มาก
- 5 = มากที่สุด

ประเด็นคำถามของมิติคุณภาพ	ระดับความคิดเห็น				
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	5	4	3	2	1
1. ลักษณะทางกายภาพ					
1.1 มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัย					
1.2 มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดึงดูดความสนใจ					
1.3 มีลักษณะภายนอกที่สะอาดและถูกสุขลักษณะ					
1.4 มีอุปกรณ์ และเครื่องที่ปราศจากเชื้อ					
1.5 มีการเข้าถึงอย่างสะดวก					
2. บุคลากร					
2.1 เจ้าหน้าที่ บุคลากรแต่งกายดี เรียบร้อย					
2.2 มีทัศนบุคลิกภาพที่เพียงพอ					
2.3 มีทัศนบุคลิกภาพที่มีชื่อเสียง					
มิติด้านกระบวนการ	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	5	4	3	2	1
3. ความเป็นมืออาชีพ					
3.1 ทัศนบุคลิกภาพมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี					
3.2 ปฏิบัติหน้าที่อย่างเป็นธรรมชาติ					
3.3 มีความรู้ลึกซึ้งตลอดจนต่อเจ้าหน้าที่ที่ทำการผ่าตัด					
3.4 มีอาการเจ็บปวดลดลงเมื่อได้รับการดูแล					
3.5 มีการตรวจช่องปากอย่างละเอียด					
4. การมีปฏิสัมพันธ์					
4.1 มีคำอธิบายที่เชื่อถือได้					
4.2 ทัศนบุคลิกภาพมีมารยาทที่ดี					
4.3 มีการอธิบายเรื่องการวินิจฉัยโรคและการรักษา อย่างใกล้ชิด					
4.4 ตอบคำถามเกี่ยวกับข้อสงสัยของผู้ป่วย					
5. ปฏิบัติการตอบสนอง					
5.1 มีการบริการที่ตรงเวลา					
5.2 มีลักษณะท่าทางเห็นอกเห็นใจต่อปัญหาของ ผู้ป่วย					
5.3 มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาของ ผู้ป่วย					
5.4 มีทัศนคติที่ดีต่อการบริการ					

ประเด็นคำถามของมิติคุณภาพ	ระดับความคิดเห็น				
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	5	4	3	2	1
6. การบริหารจัดการ					
6.1 ใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษาตัวในโรงพยาบาล					
6.2 มาตรวจคนไข้ตรงเวลา					
6.3 รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย					
6.4 มีการจัดบันทึกอาการของผู้ป่วยโดยไร้ ข้อผิดพลาด					
6.5 มีการนัดหมายที่สะดวก					
6.6 มีรายการที่ระบุไว้อย่างชัดเจนในเรื่องค่าใช้จ่าย					
มิติด้านผลลัพธ์	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	5	4	3	2	1
7. ผลลัพธ์ภายหลังการบริการ					
7.1 ความปวดลดลงหลังการรักษา					
7.2 มีความเชื่อมั่นมากขึ้นหลังเข้ารับการรักษา					
7.3 มีค่าบริการทางพันธุกรรมเป็นที่ยอมรับได้					

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล

นางสาวเกวดี ภางาม

วัน เดือน ปีเกิด

4 กันยายน พ.ศ.2528

สถานที่เกิด

จังหวัดกาญจนบุรี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี,

พ.ศ. 2547-2549

ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์

(ทันตสาธารณสุข)

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี พ.ศ. 2549-2551

วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วท.บ.)

สาขาสาธารณสุขชุมชน

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2552 – 2557

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ศศ.ม.)

สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข

ที่อยู่ปัจจุบัน

19/42 ถนนไชยชุมพล ตำบลบ้านใต้

อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี 71000

เบอร์โทรศัพท์

089-8076574, 090-9608814

E-mail address

kik_kuku@hotmail.com