



การให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีนโดยใช้
มิติตามทฤษฎีคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimensions)
ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ : กรณีศึกษา
คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

โดย

เนมิราช พาหะมาก

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชานวัตกรรมทางธุรกิจ
โครงการหลักสูตรปริญญาโทออนไลน์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2568

PRIORITIZATION OF SERVICE QUALITY IN TRADITIONAL CHINESE
MEDICINE USING THE SERVQUAL DIMENSIONS COMBINED
WITH A MODIFIED ANALYTIC HIERARCHY PROCESS
: A CASE STUDY OF HUA CHIEW TCM CLINIC

BY

NAYMIRACH PAHAMAK

AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF BUSINESS
ADMINISTRATION PROGRAM IN BUSINESS INNOVATION
TUXSA ONLINE MASTER'S DEGREE PROGRAM
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2025

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โครงการหลักสูตรปริญญาโทออนไลน์

การค้นคว้าอิสระ

ของ

เนมิราช พาหะมาก

เรื่อง

การให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีนโดยใช้
มิติตามทฤษฎีคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimensions)
ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ : กรณีศึกษา
คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชานวัตกรรมการบริหารธุรกิจ

เมื่อ วันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2568

ประธานกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระ



(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนาธร ทะนานทอง)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ



(ศาสตราจารย์ ดร.ก่องกุ่มท์ โตชัยวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการบริหารการศึกษา
แบบออนไลน์



(รองศาสตราจารย์ ดร.ดำรงค์ อุดยุทธิกุล)

หัวข้อการค้นคว้าอิสระ	การให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีนโดยใช้มิติตามทฤษฎีคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimensions) ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ : กรณีศึกษาคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว
ชื่อผู้เขียน	เนมิราช พาหะมาก
ชื่อปริญญา	บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต (นวัตกรรมการบริหาร)
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	โครงการหลักสูตรปริญญาโทออนไลน์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ	ศาสตราจารย์ ดร. กองกฤษณ์ โดชัยวัฒน์
ปีการศึกษา	2568

บทคัดย่อ

การค้นคว้าอิสระเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีนและศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่มีต่อการจัดลำดับความสำคัญดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้มิติตามทฤษฎีคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimensions) ร่วมกับกระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ (Modified Analytic Hierarchy Process: Modified AHP) กรณีศึกษา คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ใช้เทคนิคการเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparison) จากกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการจำนวน 414 คน ที่เคยเข้ารับบริการในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยกระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ (Modified Analytic Hierarchy Process: Modified AHP) เพื่อคำนวณหาค่าน้ำหนักความสำคัญ (Priority Vectors) และตรวจสอบอัตราส่วนความสอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมผู้รับบริการให้ความสำคัญกับด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.38 รองลงมาคือ ด้านความมั่นใจ (Assurance) ร้อยละ 29.96 ด้านการตอบสนอง (Responsiveness) ร้อยละ 17.47 ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) ร้อยละ 13.00 และด้านรูปธรรม (Tangibles) ร้อยละ 8.20 ตามลำดับเมื่อพิจารณาในรายปัจจัยย่อยพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ ความรู้ความสามารถของแพทย์ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงทีและ

การใส่ใจรับฟังปัญหา นอกจากนี้ผลการศึกษายังยอมรับสมมติฐานที่ว่า “ระดับรายได้มีอิทธิพลต่อลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการอย่างมีนัยสำคัญ” โดยกลุ่มผู้มีรายได้ระดับเริ่มต้นและระดับกลางค่อนข้างสูงให้ความสำคัญสูงสุดกับด้านความเข้าใจและเอาใจใส่เพื่อแสวงหาความคุ้มค่าทางจิตใจ ในขณะที่กลุ่มผู้มีรายได้สูง (มากกว่า 100,000 บาทต่อเดือน) ให้ความสำคัญสูงสุดกับด้านความมั่นใจ โดยมุ่งเน้นที่ความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรใช้กลยุทธ์การบริหารที่ตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกัน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสารและความเข้าใจ สำหรับกลุ่มลูกค้าทั่วไป ควบคู่ไปกับการเน้นย้ำความเชี่ยวชาญเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับกลุ่มลูกค้าที่มีกำลังซื้อสูง

คำสำคัญ: คุณภาพบริการ, การแพทย์แผนจีน, ทฤษฎี SERVQUAL, กระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์, มิติคุณภาพการบริการ

Independent Study Title	PRIORITIZATION OF SERVICE QUALITY IN TRADITIONAL CHINESE MEDICINE USING THE SERVQUAL DIMENSIONS COMBINED WITH A MODIFIED ANALYTIC HIERARCHY PROCESS: A CASE STUDY OF HUA CHIEW TCM CLINIC
Author	Naymirach Pahamak
Degree	Master of Business Administration (Business Innovation)
Major Field/Faculty/University	TUXSA Online Master's Degree Program Thammasat University
Independent Study Advisor	Professor Kongkoon Tochaiwat, Ph.D.
Academic Year	2025

ABSTRACT

The objective of this independent study was to investigate the prioritization of service quality dimensions in Traditional Chinese Medicine and to examine the influence of personal factors, specifically average monthly income, on such prioritization. This study applied the SERVQUAL dimensions in conjunction with the Modified Analytic Hierarchy Process (Modified AHP), using the Hua Chiew Traditional Chinese Medicine Clinic as a case study

The research methodology employed was quantitative research. Data were collected via questionnaires utilizing the Pairwise Comparison technique from a sample group of 414 service users who had visited the clinic within the past year. Participants were selected using convenience sampling. The data were analyzed using the Modified Analytic Hierarchy Process (Modified AHP) to calculate Priority Vectors and verify the Consistency Ratio

The findings revealed that, overall, service users placed the highest priority on Empathy (31.38%), followed by Assurance (29.96%), Responsiveness (17.47%), Reliability (13.00%), and Tangibles (8.20%), respectively. Regarding sub-factors, the

most critical attributes were medical competence, the provision of clear and timely information, and attentiveness to patient concerns. Furthermore, the results supported the hypothesis that income levels significantly influence the prioritization of service quality dimensions. Specifically, entry-level and upper-middle-income groups placed the highest importance on Empathy, seeking psychological value. In contrast, the high-income group (exceeding 100,000 THB per month) prioritized Assurance, focusing primarily on professional expertise

Recommendations from this study suggested implementing management strategies tailored to diverse needs. This involved focusing on developing soft skills specifically communication and empathy for general clients, while simultaneously emphasizing professional expertise to build confidence among high-purchasing-power clients

Keywords: Service Quality, Traditional Chinese Medicine, SERVQUAL Model, Modified Analytic Hierarchy Process, Service Quality Dimension

กิตติกรรมประกาศ

การให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีนโดยใช้มิติตามทฤษฎีคุณภาพการบริการ(SERVQUAL Dimensions) ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์กรณีศึกษา คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีจากความกรุณาของท่าน

ศาสตราจารย์ ดร.กองกฤษณ์ โต้ชัยวัฒน์ ที่ปรึกษางานวิจัยที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาชี้แนะในการปรับปรุงให้งานการค้นคว้าอิสระนี้ถูกต้องสมบูรณ์ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ธนธร ทะนันทอง ประธานกรรมการสอบค้นคว้าอิสระที่ได้กรุณาสละเวลาและให้คำแนะนำพร้อมข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขทำให้การค้นคว้าอิสระนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ แพทย์จีนสมชาย จิรพิณิจวงศ์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว ที่กรุณาสละเวลามาให้คำแนะนำและช่วยสนับสนุนการค้นคว้าอิสระนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ที่ช่วยให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกตลอดการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้รับบริการคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวทุกท่านที่ให้ ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือตลอดเวลาที่ผ่านมา

เนมิราช พาหะมาก

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญตาราง	(10)
สารบัญภาพ	(11)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของการศึกษา	1
1.2 สมมติฐานงานวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ในการศึกษา	3
1.4 ขอบเขตในการศึกษา	3
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
1.6 นิยามคำศัพท์	4
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับศาสตร์การแพทย์แผนจีน	5
2.1.1 ประวัติและความสำคัญของการแพทย์แผนจีน	5
2.1.2 บทบาทการแพทย์แผนจีน	6
2.1.3 สถานการณ์ตลาดและธุรกิจบริการด้านการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย	7
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้บริโภค	8

2.2.1	กระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภค	8
2.3	แนวคิดด้านประชากรศาสตร์	10
2.4	มิติคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimension)	11
2.5	กระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้น (Analytic Hierarchy Process)	11
2.5.1	แนวคิดหลักของ AHP	11
2.6	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
2.7	กรอบแนวคิดการศึกษา	23
บทที่ 3 วิธีการวิจัย		24
3.1	การออกแบบงานวิจัย	24
3.2	ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย	25
3.2.1	ตัวแปรต้น	25
3.2.2	ตัวแปรตาม	25
3.2.3	สมมุติฐานของงานวิจัย	25
3.3	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	26
3.4	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	26
3.5	วิธีการเก็บข้อมูล	28
3.6	การวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมุติฐาน	28
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล		29
4.1	ผลการวิจัย	30
4.1.1	การวิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	30
4.1.2	ผลกระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์วิเคราะห์ ปัจจัยด้านคุณภาพบริการ (SERVQUAL)	36
4.2	ประมวลผลการวิจัย	43
4.3	อภิปรายผลการวิจัย	44

4.3.1	ประเด็นด้านลักษณะประชากรและพฤติกรรมแสวงหา บริการสุขภาพ	45
4.3.2	ประเด็นความสำคัญภาพรวมสูงสุดของการศึกษานี้ "ความเข้าใจและเอาใจใส่" (Empathy)	45
4.3.3	ประเด็นการเปลี่ยนแปลงลำดับความสำคัญตามระดับรายได้	46
4.3.4	ประเด็นด้านการตอบสนอง (Responsiveness) มีลำดับ ความสำคัญกว่าด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) ในผู้รับบริการ ภาพรวม	47
บทที่ 5 สรุปผลและข้อเสนอแนะ		48
5.1	สรุป	48
5.1.1	วัตถุประสงค์	48
5.1.2	รูปแบบการวิจัยโดยสรุป	48
5.1.3	สรุปลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม	49
5.1.4	สรุปผลการให้ลำดับความสำคัญ "มิติหลัก" ของ SERVQUAL (ภาพรวม)	49
5.1.5	ผลการทดสอบสมมติฐานความแตกต่างตามระดับรายได้	49
5.2	ข้อเสนอแนะ	50
5.2.1	ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์	50
5.2.2	ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	51
รายการอ้างอิง		53
ภาคผนวก		58
ภาคผนวก ก แบบสอบถามงานวิจัย		59
ภาคผนวก ข แบบประเมินดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัย (IOC)		69

ภาคผนวก ค แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมหรือระบบเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล โดยใช้ AI สำหรับผู้ไม่มีพื้นฐานด้านการเขียนโปรแกรม (เฉพาะการศึกษาที่ไม่ระบุตัวตนผู้ตอบเท่านั้น)	81
--	----



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 ระดับค่าคะแนนการเปรียบเทียบของ Saaty	12
4.1 เพศของผู้รับบริการ	30
4.2 อายุของผู้รับบริการ	30
4.3 ระดับการศึกษา	31
4.4 อาชีพ	32
4.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้รับบริการ	32
4.6 ข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อเดือนและปัจจัยส่วนบุคคล	33
4.7 น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลักของผู้รับบริการภาพรวม	36
4.8 น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลักผู้รับบริการแต่ละ กลุ่มรายได้	38
4.9 การให้น้ำหนักความสำคัญอนุมิติต้านความเป็นรูปธรรม(Tangibles)	40
4.10 การให้น้ำหนักความสำคัญอนุมิติต้านความน่าเชื่อถือ(Reliability)	40
4.11 การให้น้ำหนักความสำคัญอนุมิติต้านการตอบสนอง (Responsiveness)	41
4.12 การให้น้ำหนักความสำคัญอนุมิติต้านความมั่นใจ (Assurance)	41
4.13 การให้น้ำหนักความสำคัญอนุมิติต้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy)	42
4.14 สรุปลำดับความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลักของผู้รับบริการใน แต่ละกลุ่มรายได้	43

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

23



บทที่ 1 บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของการศึกษา

การแพทย์แผนจีน (Chinese Medicine) เป็นศาสตร์แพทย์ทางเลือกที่สำคัญที่ได้รับ ความนิยมในประเทศไทยเนื่องจากการแพทย์แผนตะวันตก (Western Medicine) ซึ่งเป็นวิธี การแพทย์หลักในประเทศไทยยังไม่อาจตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของประชาชนได้ อย่างครบถ้วน ด้วยเหตุนี้ ประชาชนจึงเริ่มหันมาใช้บริการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนร่วมกับ การแพทย์แผนตะวันตก โดยอิงจากแนวคิดที่ว่า “การป้องกันดีกว่าการรักษา” ซึ่งการแพทย์แผนจีนมี ศักยภาพในการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง (พิชณา (เฮ้งบริบูรณ์พงศ์) ใจดี และคณะ, 2557) ในปัจจุบันการแพทย์แผนจีนเป็นที่นิยมอย่างมากของคนไทย เนื่องจากต้นทุนค่าใช้จ่าย ในการรักษาค่อนข้างต่ำซึ่งเหมาะกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจในยุคโลกาภิวัตน์ (วรารัณ และพงศ์ นเรศ, 2565) ส่งผลทำให้แนวโน้มการใช้บริการด้านการแพทย์แผนจีนในระบบสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้น อย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปีงบประมาณ 2560–2564 จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจาก 393 คนเป็น 110,672 คน (เพิ่ม 281.6 เท่า) และจำนวนครั้งในการวินิจฉัยโรคเพิ่มจาก 1,670 ครั้งเป็น 287,056 ครั้ง (เพิ่ม 171.8 เท่า) สะท้อนถึงความต้องการในการเข้ารับบริการแพทย์แผนจีนที่สูงขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง (ฐิตารัตน์ ศุทธระชัยอนันต์ และคณะ, 2566)

ในปัจจุบันประเทศไทยมีสถานบริการด้านการแพทย์แผนจีนกระจายอยู่ทั่วประเทศ รวมแล้วกว่า 300 แห่งโดยเป็นศูนย์แพทย์แผนจีนที่อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 224 แห่งและ สถานพยาบาลแพทย์แผนจีนที่เป็นภาคเอกชน จำนวน 103 แห่ง ซึ่งมีแพทย์แผนจีนทั่วไปในประเทศ ที่พร้อมให้บริการอยู่ถึง 2,000 คน (ผู้จัดการออนไลน์, 2564) จากข้อมูลของเว็บไซต์ Grand View Research (2025) ระบุว่าตลาดการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย(รวมการแพทย์แผนจีน)มีมูลค่า ประมาณ 3,146.8 ล้านบาทเมื่อครั้งปีแรกปี 2566 และคาดว่าจะขยายตัวแต่ละระดับ 6,217.1 ล้าน บาทภายในสิ้นปี 2573 โดยมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปี (CAGR) อยู่ที่ร้อยละ 24.9 ในช่วงปี 2566 ถึง 2573 (Grand View Research, 2025) ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) จึงทำให้รัฐบาลกำหนดยุทธศาสตร์หลักทั้ง 7 ด้าน โดยยุทธศาสตร์ที่ 4 มุ่งเน้น การพัฒนาบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อส่งเสริมให้บริการด้านสุขภาพ เหล่านี้มีความเป็นเลิศ โดดเด่น และมีอัตลักษณ์เฉพาะตามภูมิปัญญาไทย สามารถสร้างมูลค่าเพิ่มและ มีชื่อเสียงในระดับนานาชาติ ทั้งนี้เพื่อยกระดับคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานสากล พร้อมทั้งสนับสนุน

งานวิจัยที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับ โดยประเทศไทยต้องมีสถานบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน และสามารถเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2559) จึงทำให้สถานบริการด้านการแพทย์แผนจีนมีมาตรฐานสากลและมีจำนวนผู้ใช้บริการมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงได้มีการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้รับบริการและคุณภาพการบริการของคลินิกหัตถ์เฉียวไทย-จีน แพทย์แผนไทย (ชื่อเดิมของคลินิกการแพทย์แผนจีนหัตถ์เฉียว) โดยมีสมมุติฐานการวิจัยคือลักษณะทางประชากรของผู้เข้ารับบริการคลินิกหัตถ์เฉียวไทย-จีน แพทย์แผนไทย มีการรับรู้คุณภาพการบริการที่แตกต่างกัน โดยใช้กรอบแนวคิดใช้โมเดล SERVQUAL วัดคุณภาพการบริการทั้ง 5 ด้าน โดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการจำนวน 400 คน จากการศึกษาพบว่าคุณภาพการบริการทั้ง 5 ด้าน โดยเฉพาะด้านคุณภาพและด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) สูงเป็นอันดับต้นๆ นอกจากนี้ระดับการศึกษาและสถานภาพยังส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้ใช้บริการคลินิกหัตถ์เฉียวไทย-จีน แพทย์แผนไทยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (อริญญา แต่งน้อย, 2559) นอกจากนี้การศึกษายังมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลการแพทย์แผนจีนโบราณ ในร้านเอี้ยะเล้งฮั้ง อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ให้บริการจำนวน 2 คนและผู้ให้บริการ จำนวน 10 คนตามแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการทั้งหมด 5 ด้านตามหลัก SERVQUAL ได้แก่ 1.ด้านคุณภาพของสิ่งที่จับต้องได้ เช่น แบบแผนการรักษาที่ชัดเจน การรับคินยาสมุนไพรหากทานไปแล้วไม่เห็นผล การปฏิเสธผู้ให้บริการที่มีอาการไม่เหมาะสมกับการรักษา 2.ความน่าเชื่อถือ เช่น ผลการรักษาที่ดี สมุนไพรที่มีคุณภาพ 3.การตอบสนองของพนักงาน เช่น ระบบการบันทึกข้อมูล ประวัติการรักษาที่สืบค้นได้แน่นอน การสั่งจ่ายาล่วงหน้าให้แก่ผู้ให้บริการกรณีไม่สามารถมาได้ด้วยตนเอง 4.การเอาใจใส่จากพนักงาน เช่น แจ้งราคาก่อนใช้บริการ ให้ผู้ให้บริการกำหนดความต้องการรับยาสมุนไพรโดยสมัครใจ 5.ความไว้วางใจ เช่น ไม่จำหน่ายสมุนไพรที่ไม่มีคุณภาพ ไม่คัดลอกตำสูตรยาของคลินิกอื่นไม่ชักจูงผู้รับบริการเพื่อจำหน่ายสินค้า การให้บริการทั้ง 5 ด้านนี้ส่งผลทำให้ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการในร้านเอี้ยะเล้งฮั้ง (อิทธิพร ขำประเสริฐ และคณะ, 2564)

ในปัจจุบันการเติบโตของแพทย์แผนจีนในประเทศไทยมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง แต่การศึกษาด้านพฤติกรรมของผู้รับบริการตามแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการ (SERVQUAL) 5 มิติที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนจีนที่ศึกษาในผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนจีนภาคเอกชนขนาดใหญ่ช่วงระยะเวลาไม่เกิน 5 ปีองค์ความรู้ในส่วนนี้ยังคงขาดหายไป จึงเป็นที่มาของการศึกษา การให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีนโดยใช้มิติตามทฤษฎีคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimension) ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบ

ประยุกต์ กรณีศึกษาคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว โดยคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวเป็นสถานพยาบาลต้นแบบที่ได้รับการรับรองเป็น “ศูนย์กลางการแพทย์แผนจีนแห่งสาธารณรัฐ ประชาชนจีนในประเทศไทย” จากสำนักงานการแพทย์แผนจีนแห่งชาติ และได้รับประกาศเกียรติคุณ"สถานพยาบาลการแพทย์แผนจีนต้นแบบในประเทศไทย" จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (หัวเฉียวแพทย์แผนจีน, ม.ป.ป.) เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญในการค้นคว้าอิสระฉบับนี้ เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีนให้เท่าทันการเติบโตของแพทย์แผนจีนและรองรับยุทธศาสตร์ของประเทศไทยในอนาคต

1.2 สมมติฐานงานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลในมิติรายได้ส่งผลต่อลำดับความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้านตามแนวคิดมิติคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimensions) ในการตัดสินใจใช้บริการด้านการแพทย์แผนจีนในคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวของประชาชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

1.3 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1.3.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลในมิติรายได้ที่ส่งผลต่อลำดับความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้านตามแนวคิดมิติคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimensions) ในการตัดสินใจใช้บริการด้านการแพทย์แผนจีนในคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวของประชาชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

1.3.2 เพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนาของบริการด้านการแพทย์แผนจีน

1.4 ขอบเขตในการศึกษา

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลในมิติรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่งผลต่อระดับความสำคัญของมิติของคุณภาพบริการ (Service Quality Dimensions) ทั้ง 5 ด้านประกอบด้วยด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy), ด้านความมั่นใจ (Assurance), ด้านการตอบสนอง (Responsiveness), ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) และด้านรูปธรรม (Tangibles) ตามแนวคิด SERVQUAL Dimensions ในการตัดสินใจใช้

บริการด้านการแพทย์แผนจีนในคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวของประชาชนในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร โดยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

ผู้รับบริการคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร

1.4.4 ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2568

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 เพื่อให้องค์กรภาครัฐและภาคเอกชน ที่มีบริการด้านการแพทย์แผนจีนหรือสนใจเปิดบริการด้านการแพทย์แผนจีนได้เข้าใจปัจจัยส่วนบุคคลในมิติรายได้ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการด้านการแพทย์แผนจีน

1.5.2 เพื่อเติมเต็มช่องว่างทางความรู้และนำเสนอข้อมูลเชิงลึกที่เป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการคลินิก บริการด้านการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย

1.6 นิยามศัพท์

1.6.1 การแพทย์แผนจีน หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์หรือผู้มุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัย การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพโดยใช้ความรู้แบบแพทย์แผนจีน (ราชกิจจานุเบกษา, 2552)

1.6.2 การแพทย์ทางเลือก(alternative medicine) หมายถึงรูปแบบการแพทย์ การวินิจฉัย การรักษา หรือการป้องกัน ที่ไม่ใช่แพทย์แผนปัจจุบัน แต่เป็นการรักษานอกแบบแผนที่เสริมการแพทย์กระแสหลัก (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์ และรัชดา เรื่องสารกฤต, 2565)

1.6.3 มิติตามทฤษฎีคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimension) หมายความว่า ปัจจัยคุณภาพบริการ 5 ด้านประกอบด้วยด้านความเข้าใจและเอาใจใส่(Empathy) ด้านความมั่นใจ (Assurance) ด้านการตอบสนอง(Responsiveness) ด้านความน่าเชื่อถือ(Reliability) และด้านรูปธรรม (Tangibles) จากงานต้นฉบับ “SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality”ของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry ที่ตีพิมพ์เมื่อปี 1988

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “การให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีนโดยใช้มิติตามทฤษฎีคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimension) ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ : กรณีศึกษาคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว” จำเป็นต้องศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับศาสตร์การแพทย์แผนจีน
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้บริโภค
- 2.3 แนวคิดด้านประชากรศาสตร์
- 2.4 มิติคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimension)
- 2.5 กระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้น (Analytic Hierarchy Process: AHP)
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดการศึกษา

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับศาสตร์การแพทย์แผนจีน

2.1.1 ประวัติและความสำคัญของการแพทย์แผนจีน

ศาสตร์การแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine หรือ TCM) เป็นระบบการแพทย์แผนโบราณที่มีประวัติศาสตร์อันยาวนาน ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) การแพทย์แผนจีนจัดเป็นหนึ่งในระบบการแพทย์แผนเดิม (Traditional Medicine - TM) ซึ่งมีลักษณะ คือ เป็นผลรวมขององค์ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่อิงตามทฤษฎี ความเชื่อและประสบการณ์ดั้งเดิมของวัฒนธรรมโดยมีวัตถุประสงค์ ใช้ในการรักษาสุขภาพ การป้องกัน การวินิจฉัย การปรับปรุง หรือการรักษาโรคทางกายและจิตใจโดยเป็นศาสตร์ที่มีระบบที่ครอบคลุม มีทฤษฎีการวินิจฉัย การรักษาและการปฏิบัติที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เป็นอิสระ โดยการแพทย์แผนจีนสามารถแบ่งได้เป็นการปฏิบัติที่เน้นการใช้ยาสมุนไพรจากพืช ชิ้นส่วนสัตว์ แร่ธาตุ อีกส่วนหนึ่ง คือ การปฏิบัติที่เน้นหัตถการ เช่น การฝังเข็ม นวดรักษา เป็นต้น อีกด้านหนึ่งตำราประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนจีนหลายเล่มได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นมรดกทางวัฒนธรรม เช่น คัมภีร์หวงตี้ในจิง (Yellow Emperor's Inner Canon - Huang Di Nei Jing) และ เป็นเฉ่ากังกู่

(Compendium of Materia Medica - Ben Cao Gang Mu) ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนในบัญชีความทรงจำโลก Memory of the World Register (World Health Organization, 2019)

ในประเทศไทย “การแพทย์แผนจีน” หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์หรือ มุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริม และการฟื้นฟู สุขภาพ โดยใช้ความรู้แบบแพทย์แผนจีน (ราชกิจจานุเบกษา, 2552) เป็นศาสตร์การแพทย์ที่มีรากฐานยาวนานโดยเน้นหลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมผ่านการสร้างสมดุลของพลังหยิน-หยางและพลังชี่ในร่างกาย แนวคิดนี้ได้รับความนิยมในหลายประเทศรวมถึง ประเทศไทยที่มีความสัมพันธ์ทางวัฒนธรรมกับจีนอย่างแน่นแฟ้นทำให้ประชาชนจำนวนมากหันมาใช้ บริการแพทย์แผนจีนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยเฉพาะในด้านการฝังเข็ม ยาสมุนไพรจีน และการนวดทุยหนาซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับปรัชญาการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2556) โดยการแพทย์แผนจีนเริ่มเข้ามาในประเทศไทย ผ่านการอพยพของชาวจีนตั้งแต่สมัยสุโขทัยโดยมีหลักฐานตำรับยาจีนปรากฏในตำราพระโอสถ พระนารายณ์ยุครุ่งศรีอยุธยาแสดงให้เห็นถึงบทบาทในราชสำนักและสังคมไทยต่อมาในสมัย รัตนโกสินทร์มีการก่อตั้งโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิในปี พ.ศ. 2446 และสมาคมแพทย์จีนในปี พ.ศ. 2468 จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2543 รัฐบาลไทยได้ออกกฎหมายรองรับให้การแพทย์แผนจีนเป็น ศาสตร์ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ปัจจุบันมีสถานศึกษาระดับ อุดม ศึกษา 9 แห่งเปิดสอนสาขานี้และมีผู้ประกอบโรคศิลปะที่ได้รับใบอนุญาตแล้วกว่า 1,600 ราย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2559)

2.1.2 บทบาทการแพทย์แผนจีน

ในยุคโลกาภิวัตน์ประชาชนหันมาใส่ใจสุขภาพเชิงป้องกันมากขึ้นทำให้การแพทย์แผนจีนกลายเป็นทางเลือกที่ได้รับความนิยม เนื่องจากเน้นการรักษาแบบองค์รวมมีต้นทุนต่ำและ สามารถใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพปัจจุบันคลินิกแพทย์แผนจีนเอกชนใน เขตเมืองโดยเฉพาะกรุงเทพฯ ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การศึกษาเพื่อเข้าใจปัจจัยที่ส่งผล ต่อการตัดสินใจใช้บริการจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการและตอบสนองความต้องการ ของผู้รับบริการได้อย่างตรงจุด (วรางคณา และพงศ์นเรศ, 2565) แนวคิด “การป้องกันย่อมดีกว่า การรักษา” สะท้อนหลักการพื้นฐานของศาสตร์แพทย์แผนจีนซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคผ่านการสร้างสมดุลของพลังชีวิต ได้แก่ “พลังชี่” และ “หยิน-หยาง” โดยอาศัยองค์ความรู้ ด้านสมุนไพร อาหาร ฝังเข็ม นวดแผนจีน และการเคลื่อนไหวเช่น วูซู (พิชญา (เฮ้งปิริบูรณ์พงศ์) ใจดี และคณะ, 2557) อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐไทยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ที่มีความร่วมมือกับรัฐบาลจีนจัดตั้งศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน และในปีพ.ศ. 2543

รัฐบาลไทยได้ประกาศให้การแพทย์แผนจีนสามารถประกอบโรคศิลปะได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย นอกจากนี้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ยังบัญญัติให้บริการด้านแพทย์แผนจีนเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขไทย (ชวฤทธิ์ สุนทกิตติกรรุ่งเรือง, 2549)

ในบริบทของประเทศไทยแพทย์แผนจีนได้รับการยอมรับมากขึ้นจากความคล้ายคลึงทางวัฒนธรรมระหว่างไทยและจีนตลอดจนแนวโน้มการหันมาใช้บริการการแพทย์ทางเลือกของประชาชน โดยเฉพาะในเขตเมืองอย่างกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งหน่วยบริการของรัฐและเอกชนให้บริการด้านนี้เป็นจำนวนมากแพทย์แผนจีนจึงมีบทบาทสำคัญในการบูรณาการกับระบบสาธารณสุขในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (พัชณา (เฮ้งบริบูรณ์พงศ์) ใจดี และคณะ, 2557) ภายใต้นโยบายการผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) รัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์หลัก 7 ด้าน โดย ยุทธศาสตร์ที่ 4 มุ่งเน้นการพัฒนาบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อส่งเสริมให้บริการด้านสุขภาพเหล่านี้มีความเป็นเลิศโดดเด่น และมีอัตลักษณ์เฉพาะตามภูมิปัญญาไทยสามารถสร้างมูลค่าเพิ่มและมีชื่อเสียงในระดับนานาชาติ ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานสากลพร้อมทั้งสนับสนุนงานวิจัยที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับ โดยประเทศไทยต้องมีสถานบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน และสามารถเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2559) โดยการแพทย์แผนจีนได้รับการบรรจุไว้ในนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นหน่วยงานหลักในการส่งเสริม สนับสนุน และควบคุมมาตรฐานของศาสตร์การแพทย์แผนจีนในประเทศหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อน คือ สถาบันการแพทย์ไทย-จีนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งได้ดำเนินการพัฒนาหลายด้าน อาทิ การวางมาตรฐานหลักสูตรการศึกษา แนวปฏิบัติทางคลินิกมาตรฐานยาและสมุนไพรจีน ตลอดจนมาตรฐานวัสดุและเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เข็มฝังเข็มและเอกสารทางวิชาการ เพื่อวางรากฐานที่มั่นคงสำหรับการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (เย็นจิตร เตชะดำรงสิน, 2556)

2.1.3 สถานการณ์ตลาดและธุรกิจบริการด้านการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมอุตสาหกรรมบริการแพทย์ครบวงจร โดยกำหนดเป็นหนึ่งใน 10 อุตสาหกรรมเป้าหมายกลุ่ม New S-curve เพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ตามนโยบายประเทศไทย 4.0 ซึ่งมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2547 ภายหลังจากวิกฤตการณ์โควิด-19 ทั่วโลกได้รับบทเรียนและหันมาให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันมากขึ้นทำให้กระแสการใส่ใจสุขภาพและ

ความต้องการบริการทางการแพทย์ที่หลากหลายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฟื้นตัวและมีแนวโน้มเติบโตชัดเจนในอนาคตอันใกล้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพทย์ทางเลือกที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้บริโภค ซึ่งรวมถึงการแพทย์แผนจีนที่ถูกระบุว่าเป็นหนึ่งในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพสะท้อนถึงบทบาทที่สำคัญและได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้นในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในปัจจุบันและอนาคต (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) ประเทศไทยมีแนวโน้มการใช้บริการด้านการแพทย์แผนจีนในระบบสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปีงบประมาณ 2560–2564 จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจาก 393 คน เป็น 110,672 คน (เพิ่ม 281.6 เท่า) และจำนวนครั้งในการวินิจฉัยโรคเพิ่มจาก 1,670 ครั้ง เป็น 287,056 ครั้ง (เพิ่ม 171.8 เท่า) สะท้อนถึงการขยายตัวของความต้องการบริการแพทย์แผนจีนอย่างชัดเจนอย่างไรก็ตาม แม้ความต้องการสูงขึ้น แต่สถานพยาบาลที่ให้บริการยังจำกัดจาก 13,602 แห่งทั่วประเทศ มีเพียง 984 แห่ง (ร้อยละ 7.2) ที่มีบริการแพทย์แผนจีน ขณะเดียวกันสถาบันการศึกษาผลิตแพทย์แผนจีนได้เฉลี่ยเพียง 232 คน/ปี (2560–2563) จึงไม่เพียงพอต่อการรองรับบริการที่ขยายตัวอีกทั้งบุคลากรยังมีแนวโน้มกระจุกตัวในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ ทำให้ประชาชนต่างจังหวัดเข้าถึงบริการได้ยาก (ฐิตารัตน์ และคณะ, 2566) ปัจจุบันประเทศไทยมีสถานบริการด้านการแพทย์แผนจีนกระจายอยู่ทั่วประเทศรวมแล้วกว่า 300 แห่ง โดยเป็นศูนย์แพทย์แผนจีนที่อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 224 แห่ง และสถานพยาบาลแพทย์แผนจีนที่เป็นภาคเอกชน จำนวน 103 แห่งซึ่งมีแพทย์แผนจีนทั่วไปในประเทศที่พร้อมให้บริการอยู่ถึง 2,000 คน (ผู้จัดการออนไลน์, 2564) จากข้อมูลของเว็บไซต์ Grand View Research (2025) ระบุว่าตลาดการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย (รวมการแพทย์แผนจีน) มีมูลค่าประมาณ 3,146.8 ล้านบาทเมื่อครั้งปีแรกปี 2566 และคาดว่าจะขยายตัวแตะระดับ 6,217.1 ล้านบาทภายในสิ้นปี 2573 โดยมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปี (CAGR) อยู่ที่ร้อยละ 24.9 ในช่วงปี 2566 ถึง 2573

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้บริโภค (Consumer Behavior Concepts)

2.2.1 กระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภค

2.2.1.1 กระบวนการตัดสินใจซื้อ

ตามแนวคิดของ Kotler and Keller (2016) กระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภคสามารถแบ่งออกเป็น 5 ลำดับขั้นตอนสำคัญ ซึ่งอธิบายถึงวิธีการที่ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าและบริการ ดังนี้

(1) การตระหนักถึงปัญหา

การตระหนักถึงปัญหากระบวนการเริ่มจากการผู้บริโภคพบว่าตนเองมีความต้องการหรือปัญหาที่ต้องการแก้ไขที่ สิ่งเร้าอาจมาจากปัจจัยภายใน เช่น ความหิว ความกระหายหรือจากปัจจัยภายนอก เช่น การพบเห็นโฆษณา หรือการสังเกตพฤติกรรมผู้บริโภคของผู้อื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้ผู้บริโภคตระหนักถึงปัญหาได้

(2) การค้นหาข้อมูล

การค้นหาข้อมูล จะเกิดขึ้นเมื่อเกิดความต้องการแล้วโดยผู้บริโภคจะเริ่มหาข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น แหล่งข้อมูลมีได้หลายประเภท ได้แก่ ข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิด, ข้อมูลเชิงพาณิชย์ (โฆษณา เว็บไซต์ พนักงานขาย) ข้อมูลจากสาธารณะ (สื่อมวลชนหรือหน่วยงานตรวจสอบ) และข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ตรง เช่น การทดลองใช้ผลิตภัณฑ์

(3) การประเมินทางเลือก

การประเมินทางเลือก หลังจากได้ข้อมูลมา ผู้บริโภคจะเปรียบเทียบและวิเคราะห์คุณสมบัติของสินค้าแต่ละทางเลือก ตัวอย่างเช่น ในการเลือกซื้อคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก อาจพิจารณาจากหน่วยความจำ ความสามารถด้านกราฟิก ขนาด น้ำหนัก หรือราคา โดยการประเมินนี้จะนำไปสู่การสร้างทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับแบรนด์ต่าง ๆ

(4) การตัดสินใจซื้อ

การตัดสินใจซื้อเกิดขึ้นเมื่อพิจารณาทางเลือกแล้ว ผู้บริโภคจะเลือกสินค้าที่ตรงกับความต้องการมากที่สุดและดำเนินการตัดสินใจซื้อในที่สุด

(5) พฤติกรรมหลังการซื้อ

พฤติกรรมหลังการซื้อหลังจากซื้อสินค้าแล้ว ผู้บริโภคอาจรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับสินค้าในส่วนนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมการซื้อซ้ำ รวมถึงการบอกต่อหรือแนะนำผู้อื่นในอนาคต

2.2.1.2 กระบวนการตัดสินใจใช้บริการ

ในหนังสือของ Kotler and Keller (2016) ยังกล่าวว่าการตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าและการตัดสินใจใช้บริการมีลักษณะที่แตกต่างบางประการ หากนิยาม “การตัดสินใจใช้บริการ” หมายถึง กระบวนการที่บุคคล กลุ่มบุคคลหรือองค์กรใช้ในการเลือก ซื้อ ใช้และจัดการบริการเพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของพวกเขาโดยกระบวนการนี้มีความคล้ายคลึงกับกระบวนการตัดสินใจซื้อสินค้าแต่ก็มีลักษณะเฉพาะบางประการที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติของบริการ ธรรมชาติของบริการและผลกระทบต่อการตัดสินใจได้แก่

(1) ความไม่มีตัวตน บริการส่วนใหญ่ไม่มีตัวตนจับต้องไม่ได้ เพื่อชดเชยสิ่งนี้ผู้ให้บริการมักจะใช้สัญลักษณ์ โลโก้ ตัวละครและสโลแกน เพื่อให้บริการและประโยชน์หลักจับต้องได้มากขึ้นเช่น "friendly skies" ของ United, "good hands" ของ Allstate

(2) การผลิตและการบริโภคพร้อมกัน บริการมักถูกผลิตและบริโภคไปพร้อมกันทำให้ผู้ให้บริการเป็นส่วนหนึ่งของบริการและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับลูกค้าเป็นคุณลักษณะพิเศษของการตลาดบริการ

(3) ความไม่คงทน บริการไม่สามารถจัดเก็บได้ ทำให้เป็นปัญหาเมื่อความต้องการผันผวน ตัวอย่างเช่น บริษัทขนส่งสาธารณะต้องมีอุปกรณ์มากกว่าปกติเพื่อรองรับความต้องการช่วงชั่วโมงเร่งด่วน

(4) ความเสี่ยงที่รับรู้สูง เนื่องจากบริการมักมี ประสบการณ์และความน่าเชื่อถือสูง ผู้บริโภคจึงรับรู้ความเสี่ยงในการซื้อบริการมากกว่าสินค้าจับต้องได้

ในด้านของกระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภค 5 ขั้นตอน (สำหรับบริการ) กระบวนการตัดสินใจใช้บริการยังคงดำเนินไปตามรูปแบบ 5 ขั้นตอนหลักของการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค

2.3 แนวคิดด้านประชากรศาสตร์

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2538) ได้ให้คำจำกัดความของ “ประชากร” ว่า หมายถึงคุณลักษณะของกลุ่มบุคคลซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพทางสมรส รายได้ อาชีพ และระดับการศึกษา องค์ประกอบดังกล่าวมักถูกนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งส่วนตลาด เนื่องจากเป็นข้อมูลเชิงประชากรศาสตร์ที่มีลักษณะเป็นตัวเลข สามารถวัดและเปรียบเทียบได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังมีความสำคัญต่อการกำหนดขอบเขตและลักษณะของตลาดเป้าหมายอย่างเหมาะสม โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) **อายุ** คือตัวแปรที่สะท้อนถึงความแตกต่างด้านความต้องการและพฤติกรรม การบริโภคในแต่ละช่วงวัย โดยวัยรุ่นอาจเน้นสินค้าด้านแฟชั่นและเทคโนโลยี วัยทำงานให้ความสำคัญกับความคุ้มค่าและคุณภาพ ขณะที่ผู้สูงอายุมักมุ่งเน้นไปที่สินค้าเพื่อสุขภาพและความสะดวกสบาย

(2) **เพศ** ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค ซึ่งปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบทบาทของสตรีที่เข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้น ส่งผลให้ความต้องการและพฤติกรรมผู้บริโภคมีความหลากหลายยิ่งขึ้น

(3) **รายได้** การศึกษาและอาชีพคือตัวแปรที่สะท้อนถึงศักยภาพในการบริโภคสินค้าและบริการ รายได้บ่งชี้ขีดความสามารถในการจับจ่ายใช้สอย ขณะที่การศึกษาและอาชีพสะท้อนถึงรสนิยมและค่านิยมทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสินค้าและบริการ

2.4 มิติคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimension)

มิติคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimension) ถูกพัฒนาโดย Parasuraman et al. (1988) โดยระบุเกณฑ์ 5 มิติหลักในการประเมินคุณภาพบริการประกอบด้วย

(1) **ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)** คือ ลักษณะทางกายภาพที่มองเห็นและสัมผัสได้ เช่น อาคารสถานที่, อุปกรณ์เครื่องมือ, การแต่งกายของบุคลากร และเอกสารต่างๆ

(2) **ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability)** คือ ความสามารถในการให้บริการตามที่สัญญาไว้อย่างสม่ำเสมอ ถูกต้อง และแม่นยำ เช่น การรักษาคำพูด, การเรียกเก็บเงินที่ถูกต้อง, การให้บริการตรงเวลา

(3) **การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness)** คือ ความเต็มใจและความพร้อมของพนักงานในการช่วยเหลือและให้บริการลูกค้าอย่างรวดเร็วและทันท่วงที

(4) **การสร้างความมั่นใจ (Assurance)** คือ ความรู้ ความสามารถ และความสุภาพของพนักงานที่สามารถสร้างความไว้วางใจและความเชื่อมั่นให้กับลูกค้าได้ รวมถึงความปลอดภัยในการทำธุรกรรมต่างๆ

(5) **ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy)** คือ การดูแลเอาใจใส่ลูกค้าเป็นรายบุคคล ทำความเข้าใจความต้องการของลูกค้า และทำให้ลูกค้ารู้สึกว่าจะเข้าถึงบริการได้ง่าย

2.5 กระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้น (Analytic Hierarchy Process: AHP)

กระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้น (Analytic Hierarchy Process: AHP) เป็นวิธีการตัดสินใจเชิงพหุเกณฑ์ (Multi-Criteria Decision Making: MCDM) ที่ Thomas L. Saaty พัฒนาขึ้นในปี 1980 โดยมีจุดเด่นคือช่วยให้ผู้ตัดสินใจสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยหลาย ๆ ด้านทั้งที่เป็นเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้อย่างเป็นระบบและมีเหตุผล

2.5.1 แนวคิดหลักของ AHP

2.5.1.1 การสร้างโครงสร้างลำดับชั้น (Hierarchy) แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

(1) **ระดับบนสุด** คือ เป้าหมาย (Goal)

(2) ระดับกลาง คือ เกณฑ์และอนุเกณฑ์ (Criteria / Sub-criteria)

(3) ระดับล่าง คือ ทางเลือก (Alternatives)

2.5.1.2 การเปรียบเทียบแบบจับคู่ (Pairwise Comparison)

(1) ประเมินความสำคัญของเกณฑ์/ทางเลือกทีละคู่ โดยใช้สเกล 1–9 ของ Saaty (1 = สำคัญเท่ากัน, 9 = สำคัญกว่ามากที่สุด)

ตารางที่ 2.1

ระดับค่าคะแนนการเปรียบเทียบของ Saaty

ระดับความสำคัญ	คำจำกัดความ	คำอธิบาย
1	สำคัญเท่ากัน	ปัจจัยทั้งสองมีความสำคัญต่อวัตถุประสงค์เท่าๆ กัน
3	ค่อนข้างสำคัญกว่า	ประสบการณ์และการตัดสินใจเอียงไปทางปัจจัยหนึ่งเล็กน้อย
5	สำคัญกว่ามาก	ประสบการณ์และการตัดสินใจสนับสนุนปัจจัยหนึ่งอย่างชัดเจน
7	สำคัญกว่า ยิ่งมาก	ประสบการณ์และการตัดสินใจสนับสนุนปัจจัยหนึ่งอย่างชัดเจนและมีการพิสูจน์ความสำคัญได้จริงในการปฏิบัติ
9	สำคัญที่สุดอย่างเด็ดขาด	หลักฐานที่สนับสนุนปัจจัยหนึ่งมีความถูกต้องสูงสุดและน่าเชื่อถือที่สุด
2, 4, 6, 8	ค่าระดับกลาง	ใช้เมื่อจำเป็นต้องประนีประนอมระหว่างค่าที่กำหนดไว้

Note. From The analytic hierarchy process by Saaty, 1980, McGraw-Hill.

2.5.1.3 การคำนวณค่าน้ำหนัก (Weights / Priority Vectors)

(1) Wu et al. (2024) ใช้เมทริกซ์เปรียบเทียบคู่ (pairwise comparison matrix) แล้วหา ค่าน้ำหนักสร้างเมทริกซ์เปรียบเทียบโดย n คือ ตัวที่แปรใช้ในการเปรียบเทียบเมทริกซ์ $P = [p_{ij}]$ ขนาด $n \times n$ โดย P_{ij} มีค่าเท่ากับ 1 โดย V_i เท่ากับ j ระดับความสำคัญของ P_i เมื่อเทียบกับ P_j ใช้สเกลของ Saaty โดยค่าตรงข้ามของ P_{ji} มีค่าเท่ากับ $1/P_{ij}$ และ $V_i \neq j$ โดยที่ i และ j มีค่าเท่ากับ $1, 2, 3 \dots n$ (Saaty, 2008)

$$P = [p_{ij}] = \begin{bmatrix} 1 & p_{12} & \cdots & p_{1n} \\ p_{21} & 1 & \cdots & p_{2n} \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ p_{n1} & p_{n2} & \cdots & 1 \end{bmatrix}$$

(2) ทำให้เป็นเมทริกซ์เชิงปกติ (Normalization) หาผลรวมของแต่ละคอลัมน์แล้วนำค่าทุกช่องในคอลัมน์นั้นหารด้วยผลรวมคอลัมน์เดียวกันจะได้เมทริกซ์เชิงปกติ โดยที่ P^N คือ เมทริกซ์เปรียบเทียบแบบจับคู่ที่ถูกทำให้เป็นแบบปกติ (normalized) และ P_{ij}^N คือ ค่าการเปรียบเทียบแบบปกติของเกณฑ์ i เมื่อเทียบกับเกณฑ์ j

$$P_{ij}^N = \frac{P_{ij}}{\sum_{i=1}^n P_{ij}}$$

$$P^N = [P_{ij}^N] = \begin{bmatrix} P_{11}^N & P_{12}^N & \cdots & P_{1n}^N \\ P_{21}^N & P_{22}^N & \cdots & P_{2n}^N \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ P_{n1}^N & P_{n2}^N & \cdots & P_{nn}^N \end{bmatrix}$$

(3) การคำนวณเวกเตอร์ค่าน้ำหนัก (priority vector) สร้างเวกเตอร์โดยนำผลรวมของค่าทุกช่องในแต่ละแถวของเมทริกซ์เปรียบเทียบแบบจับคู่ที่ทำให้เป็นแบบปกติแล้วมาหารด้วยจำนวนเกณฑ์ทั้งหมดในเมทริกซ์โดยที่ W คือเวกเตอร์ค่าน้ำหนัก (priority vector) และ W_i คือค่าน้ำหนักของเกณฑ์ที่ i

$$W = [w_i] = \frac{\sum_{j=1}^n P_{ij}^N}{n}$$

2.5.1.4 การตรวจสอบความสอดคล้อง (Consistency Check)

คำนวณ Consistency Ratio (CR) เพื่อตรวจสอบว่าการให้ค่าความสำคัญของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันหรือไม่ ($CR \leq 0.1$ ถือว่ายอมรับได้) โดยมีขั้นตอนดังนี้

(1) ในการคำนวณค่า CR จำเป็นต้องหาค่าเอกลักษณ์มากที่สุด λ_{\max} ก่อน โดยเริ่มจากคูณเมทริกซ์เปรียบเทียบแบบจับคู่ P ด้วยเวกเตอร์ค่าน้ำหนัก W เพื่อให้ได้เวกเตอร์ W' ดังสมการ

$$W' = [w'_i] = [p_{ij}][w_j]$$

(2) จากนั้นจึงคำนวณค่า λ_{\max} สมการดังนี้

$$\lambda_{max} = \sum_{i=1}^n \frac{w_i'}{nw_i}$$

(3) สุดท้ายใช้สูตรสำหรับการคำนวณค่า CR แสดงดังสมการต่อไปนี้

$$CR = \frac{(\lambda_{max} - n)/(n - 1)}{RI}$$

(4) ตามการวิเคราะห์ของ Saaty และหาก $CR < 0.1$ จะหมายความว่าเมทริกซ์มีความสอดคล้องอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Saaty, 1996)

2.5.1.5 จัดลำดับความสำคัญและวิเคราะห์ผล

การจัดลำดับความสำคัญและวิเคราะห์ผลหลังจากที่คำนวณค่าน้ำหนักและตรวจสอบแล้วว่าผลลัพธ์มีความสอดคล้อง ($CR \leq 0.1$) ขั้นตอนสุดท้ายคือการนำค่าน้ำหนักที่ได้มาวิเคราะห์ผลโดยจัดลำดับความสำคัญ (Ranking) โดยการนำค่าน้ำหนัก (Priority Vector) ของแต่ละปัจจัยมาเรียงลำดับจากมากไปน้อย โดยปัจจัยที่มีค่าน้ำหนักสูงสุดถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดตามการตัดสินใจของผู้ประเมิน

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดำรงชัย บวชสันเทียะ (2565) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการคลินิกแพทย์แผนจีน โรงพยาบาลค่ายภาคบุรีรังสี” โดยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดบริการ (Marketing Mix 7Ps) ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาที่คลินิกอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดบริการทั้ง 7 ด้านได้แก่ ผลิตภัณฑ์และบริการ, ราคา, สถานที่, การส่งเสริมการตลาด, บุคลากร, ลักษณะทางกายภาพ และกระบวนการให้บริการล้วนส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาความคิดเห็นต่อปัจจัยเหล่านี้โดยรวมพบว่าผู้ใช้บริการให้ความสำคัญอยู่ในระดับ “มากที่สุด” โดยปัจจัยที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเรียงตามลำดับคือ ด้านบุคลากร (ค่าเฉลี่ย 4.45), ด้านการรักษาและบริการ (ค่าเฉลี่ย 4.31) และ ด้านสภาพวะทางกายภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.30) โดยงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) อายุระหว่าง 25-35 ปี (ร้อยละ 38.7) มีอาชีพข้าราชการ (ร้อยละ 54.7) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000 – 25,000 บาท (ร้อยละ 38.7) ผลการวิจัยสามารถ

นำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคลินิกแพทย์แผนจีน เพื่อเพิ่มโอกาสในการแข่งขันและดึงดูดให้ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการมากขึ้น

รมิดา สงวนชาติ และอรไท ชั่วเจริญ (2565) ได้ทำการวิจัยเชิงปริมาณเรื่องคุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ใช้บริการแพทย์แผนจีนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือเพื่อศึกษาว่าคุณภาพการให้บริการส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ใช้บริการอย่างไรในการวิจัยนี้เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คนที่เคยใช้บริการแพทย์แผนจีนในพื้นที่ดังกล่าวโดยผลการศึกษา พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับคุณภาพการให้บริการในทุกมิติในระดับ “มากที่สุด” เมื่อทำการทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple-Regression Analysis) ได้พบว่า คุณภาพการให้บริการ 3 ด้านที่ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ด้านคุณภาพของสิ่งที่จับต้องได้ (Tangible), ด้านการตอบสนองของพนักงาน (Responsiveness) และด้านความไว้วางใจ (Assurance) ในทางกลับกัน ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ, อาชีพและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่ได้ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ใช้บริการโดยรวม ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการที่สามารถสัมผัสและรับรู้ได้โดยตรงเช่น สภาพแวดล้อมของสถานพยาบาล ความรวดเร็วในการให้บริการของพนักงาน และความน่าเชื่อถือที่ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนจีน

อิทธิพร ขำประเสริฐ และคณะ (2564) ได้ศึกษา “กรณีศึกษาร้านเอี้ยะเล่งฮั้ง อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี” รูปแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจรูปแบบการให้บริการและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนจีนโบราณโดยผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการพบว่า ร้านมีรูปแบบบริการ 3 ลักษณะ คือ การจัดยาสมุนไพร (ยาต้ม, ยาผง, ยาเม็ด) การแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาและการบำบัดแบบผสมผสานร่วมกับการแพทย์แผนอื่นโดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้บริการกลับมาใช้บริการอย่างต่อเนื่องเกิดจากการที่ร้านสามารถสร้างคุณภาพการบริการที่ผู้ป่วยสัมผัสได้ตามกรอบแนวคิด SERVQUAL โดยปัจจัยเหล่านี้ครอบคลุมทั้ง ความน่าเชื่อถือ (เช่น รักษาแล้วอาการดีขึ้น) การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ (เช่น มีระบบค้นหาประวัติการรักษาที่แน่นอน) การให้ความเชื่อมั่น (เช่น ไม่นำยาที่ไม่มีคุณภาพมาจำหน่าย) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (เช่น มีแบบแผนการรักษาที่ชัดเจน) และความเข้าใจผู้ใช้บริการ (เช่น การแจ้งราคาก่อนจัดยาและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ) โดยงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าคุณภาพการบริการที่เป็นระบบและใส่ใจในความต้องการของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การตัดสินใจเลือกใช้บริการ

ฤทธิ์เจตน์ รินแก้วกาญจน์ (2561) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด 7Ps และปัจจัยด้านการให้บริการ ที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคลินิกการแพทย์แผนจีน หัวเฉียว กรุงเทพมหานคร” วัตถุประสงค์ของการวิจัยคือเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (7Ps) และปัจจัยด้านการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโดยการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณรูปแบบการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยผลการศึกษา พบว่าปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดโดยรวมส่งผลต่อความพึงพอใจในระดับมากและเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ปัจจัยที่ผู้ใช้บริการให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ด้านบุคลากร (ค่าเฉลี่ย 4.32) รองลงมาคือ ด้านผลิตภัณฑ์ (ค่าเฉลี่ย 4.28) และด้านการส่งเสริมการตลาด (ค่าเฉลี่ย 4.03) ตามลำดับ นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ยืนยันว่า ปัจจัย 7Ps ส่งผลเชิงบวกต่อความพึงพอใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นเพียงด้านช่องทางการจัดจำหน่าย สำหรับการศึกษปัจจัยด้านการให้บริการ เพิ่มเติม 3 ด้าน คือ ด้านบุคลิกภาพ ด้านลูกค้าสัมพันธ์และด้านการอบรมและให้บริการความรู้ พบว่าโดยรวมส่งผลต่อความพึงพอใจในระดับมาก โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกสูงสุดคือ ด้านการอบรมแบบให้บริการความรู้และด้านบุคลิกภาพ ดังนั้นงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าคุณภาพของบุคลากร ผลิตภัณฑ์บริการและการสื่อสาร เป็นหัวใจสำคัญในการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการคลินิกการแพทย์แผนจีน

ธัญวรรณ เกิดดอนทราย และคณะ (2567) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร” โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 240 คน โดยการวิจัยนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพบริการ Servqual Model เพื่อประเมินตัวแปรอิสระ (เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคติ ความรู้) ที่ส่งผลต่อตัวแปรตามคือคุณภาพการรับบริการซึ่งวัดจาก 5 มิติ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรม ความเชื่อถือไว้วางใจ การตอบสนอง การให้ความมั่นใจและความเข้าใจผู้รับบริการโดยผลการศึกษาพบว่าคุณภาพการรับบริการโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าปัจจัย 4 ด้านที่ส่งผลต่อคุณภาพการรับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ทักษะคติต่อการรักษาด้วยการฝังเข็ม (ซึ่งมีอิทธิพลสูงสุด) ความรู้เกี่ยวกับการรักษา สิทธิการรักษาและภาวะสุขภาพกายโดยงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุหรือรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการรับบริการแต่ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคติเชิงบวก การเข้าถึงบริการผ่านสิทธิการรักษาและแรงจูงใจจากปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการ

กนกพร ลีลาเทพินทร์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาการประเมินคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครโดยใช้แบบจำลอง SERVQUAL เป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษาโดยการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยนอก 421 คน

เพื่อเปรียบเทียบช่องว่างระหว่าง ความคาดหวังและการรับรู้ ที่มีต่อคุณภาพบริการใน 5 มิติ ผลการวิเคราะห์ภาพรวมพบว่าผู้รับบริการมีความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้บริการที่ได้รับจริง แสดงว่าผู้รับบริการโดยรวมไม่พึงพอใจกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลและเมื่อพิจารณารายมิติพบว่า มีเพียงมิติเดียวที่ผู้รับบริการพึงพอใจคือ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ส่วนอีก 4 มิติ ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ การตอบสนองในการให้บริการ , การสร้างความมั่นใจในบริการและความเห็นอกเห็นใจ ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ เนื่องจากค่าการรับรู้ต่ำกว่าความคาดหวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการตอบสนองในการให้บริการ (Responsiveness) เป็นมิติที่มีช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเป็นปัญหาเร่งด่วนที่สุดที่ควรปรับปรุง โดยประเด็นที่มีการรับรู้ต่ำที่สุดคือ “ระยะเวลาการรอคอยการรักษาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง”

อนุสร คำชาย และโสภณทัย คัมภีร์ (2565) ได้ศึกษาเรื่อง “ความต้องการคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานฝึกโยคะของผู้ฝึกโยคะในกรุงเทพมหานคร” โดยใช้กรอบแนวคิด SERVQUAL การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระคือความต้องการคุณภาพบริการ 5 ด้าน (ความเป็นรูปธรรม ความน่าเชื่อถือ การตอบสนอง การให้ความเชื่อมั่น การรู้จักและเข้าใจลูกค้า) กับตัวแปรตามคือการตัดสินใจเลือกสถานฝึกโยคะโดยผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าความต้องการคุณภาพบริการสามารถร่วมกันพยากรณ์การตัดสินใจเลือกสถานฝึกโยคะได้ร้อยละ 38.5 โดยมีปัจจัย 3 ด้านที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อลูกค้า (ซึ่งมีอิทธิพลสูงสุด) ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการและด้านการรู้จักและเข้าใจลูกค้าแต่ในทางกลับกันพบว่าความต้องการคุณภาพบริการด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจและด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้าไม่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานฝึกโยคะ

อรุณ แดงน้อย (2559) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การรับรู้คุณภาพการบริการ คลินิกหัวเฉียวไทย-จีน แพทย์แผนไทย” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้คุณภาพการบริการและเปรียบเทียบความแตกต่างตามลักษณะทางประชากรของผู้ใช้บริการในการวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิด SERVQUAL ในการประเมินคุณภาพบริการ 5 ด้านเป็นการศึกษาเป็นเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการจำนวน 400 คน ด้วยแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพบริการโดยรวมอยู่ใน ระดับสูง ในทุกมิติ โดยมิติที่ได้รับการรับรู้สูงสุดคือด้านความเชื่อถือได้ (Reliability) (ค่าเฉลี่ย = 4.00) และมิติที่ได้รับการรับรู้ต่ำที่สุดคือด้านความสามารถตอบสนอง (Responsiveness) (ค่าเฉลี่ย = 3.66) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระซึ่งคือลักษณะทางประชากร พบว่ามีเพียง ระดับการศึกษา และ สถานภาพ ที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มผู้มีการศึกษาต่ำกว่า

ปริญญาตรีมีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าและกลุ่มผู้มีสถานภาพสมรส มีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่ากลุ่มผู้มีสถานภาพโสด ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้และอาชีพ ไม่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วีริศ อัมระपाल (2560) ได้ศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพการให้บริการของการทางพิเศษแห่งประเทศไทย (EXAT) และค้นหาปัจจัยด้านบริการที่มีความสำคัญที่สุด โดยใช้กรอบแนวคิดวิจัยที่ผสมผสานระหว่างแบบจำลอง SERVQUAL และกระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้น (Analytic Hierarchy Process: AHP) เพื่อแก้ไขข้อจำกัดของ SERVQUAL ที่ให้น้ำหนักความสำคัญของมิติคุณภาพบริการทุกด้านเท่ากันโดยระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิค AHP โดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านเพื่อกำหนดค่าน้ำหนักความสำคัญของมิติคุณภาพบริการ 4 ด้าน (ความน่าเชื่อถือ สิ่งที่ต้องได้ การให้ความมั่นใจ และการตอบสนอง) จากนั้นจึงใช้แบบสอบถาม SERVQUAL เก็บข้อมูลจากผู้ใช้บริการทางพิเศษ 400 คน เพื่อวัดระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อบริการในแต่ละมิติ ก่อนจะนำค่าน้ำหนักที่ได้จาก AHP มาถ่วงคะแนนเพื่อคำนวณหาช่องว่างคุณภาพ (Gap Score) ผลการวิจัยพบว่า มิติที่ผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการให้ความสำคัญสูงสุดคือ “ความน่าเชื่อถือ (Reliability)” ซึ่งมีค่าน้ำหนักความสำคัญถึงร้อยละ 34.94 อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ กลับพบว่ามิติ “ความน่าเชื่อถือ” มีค่าช่องว่างสูงสุด (0.1807) ซึ่งหมายความว่าแม้จะเป็นด้านที่สำคัญที่สุด แต่กลับเป็นด้านที่ผู้ใช้บริการรู้สึกว่ายังไม่ได้รับการตอบสนองตามความคาดหวังมากที่สุด ดังนั้นงานวิจัยจึงสรุปว่าการทางพิเศษฯ ควรให้ความสำคัญกับการปรับปรุงบริการด้านความน่าเชื่อถือเป็นอันดับแรก เพื่อลดช่องว่างและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการ

Xu et al. (2025) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพแบบสังเคราะห์ (qualitative meta-synthesis) จากงานวิจัย 39 ฉบับเพื่อรวบรวมปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการใช้การแพทย์แผนจีนในการรักษาโรคมะเร็งจากมุมมองของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์โดยผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญคือ ความคาดหวังว่าศาสตร์การแพทย์แผนจีนจะช่วยเสริมการรักษาแผนปัจจุบัน ลดผลข้างเคียงและปรับปรุงคุณภาพชีวิต โดยได้รับอิทธิพลจากความเชื่อทางวัฒนธรรมและคำแนะนำจากคนรอบข้าง แต่ในขณะเดียวกันมีอุปสรรคสำคัญ คือ การขาดความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของศาสตร์การแพทย์แผนจีน ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์และนอกจากนี้ยังมีอุปสรรคด้านการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยทัศนคติเชิงลบของแพทย์แผนปัจจุบัน ข้อจำกัดด้านทรัพยากรเช่น ค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญและประสบการณ์เชิงลบระหว่างการรักษา โดยผู้วิจัยจึงได้เสนอแนวทางแก้ไข เช่น การพัฒนาเส้นทางการส่งต่อผู้ป่วยที่มีโครงสร้างชัดเจน การสร้างคู่มือการสื่อสารและการสนับสนุนให้ทีมงานวิจัย

คุณภาพสูงเพิ่มเติมเพื่อลดช่องว่างและส่งเสริมการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนจีน ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพ

Vargas (2010) ได้นำเสนอหลักการและเทคนิคของกระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้น (Analytic Hierarchy Process: AHP) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจในการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกโครงการเข้าสู่แฟ้มโครงการโดยงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าองค์กรต่างๆ มีความต้องการใช้เกณฑ์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมในการตัดสินใจเลือกโครงการแต่การตัดสินใจมักเป็นกระบวนการทางความคิดที่อิงจากเกณฑ์ทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ AHP เป็นแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ที่ช่วยในการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ซับซ้อนซึ่งมีตัวแปรหรือเกณฑ์จำนวนมากโดยหลักการสำคัญของ AHP คือการย่อยปัญหาที่ซับซ้อนออกเป็นโครงสร้างลำดับชั้น (Hierarchy) ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมายหลัก เกณฑ์การประเมินและทางเลือกต่างๆ จากนั้นผู้มีอำนาจตัดสินใจจะทำการเปรียบเทียบเกณฑ์และทางเลือกต่างๆ เป็นคู่ ๆ (Pair-wise comparisons) โดยใช้มาตราวัดความสำคัญเปรียบเทียบของ Saaty (Saaty's Scale) ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 9 โดย AHP จะแปลงค่าการเปรียบเทียบเชิงคุณภาพเหล่านี้ให้เป็นค่าน้ำหนักเชิงตัวเลข (Priority Vector หรือ Eigenvector) ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของแต่ละเกณฑ์และลำดับความสำคัญของแต่ละทางเลือกโดย Vargas ได้ยกตัวอย่างการประยุกต์ใช้ AHP กับองค์กรสมมติชื่อ "ACME" เพื่อคัดเลือกโครงการจำนวน 6 โครงการโดยใช้เกณฑ์การประเมิน 12 ข้อ ซึ่งจัดกลุ่มเป็น 4 หมวดหมู่หลักได้แก่ ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านการเงิน ด้านกลยุทธ์ และเกณฑ์อื่นๆ ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า AHP สามารถคำนวณคะแนนรวมของแต่ละโครงการและจัดลำดับความสำคัญได้อย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจสามารถเลือกโครงการที่สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กรได้ดีที่สุดโดยงานวิจัยนี้สรุปว่า AHP เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจทางคณิตศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้การตัดสินใจมีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้และจำลองผลลัพธ์ที่เป็นไปได้

Sayampanathan et al. (2015) ได้ศึกษารูปแบบเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกรับการรักษาด้วยการฝังเข็มในโรงพยาบาลรัฐ ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย 14 รายโดยผลการศึกษาพบปัจจัยหลัก 4 กลุ่ม คือ การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกว่าการฝังเข็มใช้เวลาและความใส่ใจมากกว่า ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจโดยผู้ป่วยมองว่าการฝังเข็มเป็นวิถีธรรมชาติและกังวลเรื่องผลข้างเคียงจากยาแผนปัจจุบัน อีกทั้งการที่คลินิกตั้งอยู่ในโรงพยาบาลรัฐยังช่วยสร้างความน่าเชื่อถือและเป็น "แบรนด์" ที่ทำให้ไว้วางใจได้, ความรู้ วัฒนธรรมและความเชื่อ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยชาวจีนซึ่งมีพื้นฐานความเชื่อด้านการแพทย์แผนจีนอยู่แล้วและความร่วมมือระหว่างแพทย์ฝังเข็มและแพทย์แผนตะวันตก ซึ่งผู้ป่วยมองว่าช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างองค์รวมและสะดวกสบาย โดยงานวิจัยนี้สรุปว่าการตัดสินใจเลือกใช้บริการไม่ได้

ขึ้นอยู่กับปัจจัยเดียว แต่เป็นการผสมผสานกันของปัจจัยหลายด้าน ตั้งแต่คุณภาพบริการ ความน่าเชื่อถือของสถานพยาบาล ไปจนถึงความเชื่อส่วนบุคคลและการทำงานร่วมกันระหว่างศาสตร์ การแพทย์ที่แตกต่างกัน

Yan et al. (2024) ได้สำรวจปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการเชิงป้องกันของการแพทย์แผนจีน ในกลุ่มผู้สูงอายุโดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2,081 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 17.7 เท่านั้นที่ใช้บริการเหล่านี้ในช่วงปีที่ผ่านมาซึ่งชี้ให้เห็นถึงอัตราการใช้บริการที่ยังอยู่ในระดับต่ำโดยเมื่อวิเคราะห์โดยใช้แบบจำลอง Andersen และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมนพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ ได้แก่ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว อาการเจ็บปวด การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมของสถานบริการ ความตระหนักรู้และการควบคุมตนเองจากการวิเคราะห์ความสำคัญของปัจจัยต่างๆ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความตระหนักรู้และการควบคุมตนเอง มีอิทธิพลมากที่สุดโดยคิดเป็นร้อยละ 59.78 ของความแปรปรวนทั้งหมด รองลงมาคือปัจจัยด้านทรัพยากรที่เอื้ออำนวย เช่น การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมของสถานบริการร้อยละ 16.98 โดยงานวิจัยนี้สรุปว่าปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุมิบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการเชิงป้องกันของศาสตร์การแพทย์แผนจีน ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพและการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการปรับปรุงคุณภาพและสภาพแวดล้อมของสถานบริการจะเป็นกลยุทธ์สำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการใช้บริการเหล่านี้ในวงกว้างมากขึ้น

Wu (2025) ได้ทำวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกเรื่อง “Essays on the Economics of Traditional Chinese Medicine” ได้ศึกษาพลวัตทางเศรษฐศาสตร์ของการแพทย์แผนจีนใน 3 ประเด็นหลักโดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองของ Grossman (Grossman's Model of Investment in Health Capital) ผลการศึกษาประเด็นแรกจากการวิเคราะห์ข้อมูลการประกันสุขภาพของไต้หวันพบว่า การแพทย์แผนจีนและการแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern Medicine: MM) เป็นสินค้าที่ใช้ประกอบกันไม่ใช่สินค้าทดแทนกันโดยความต้องการใช้บริการการแพทย์แผนจีนมีความอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลงของราคาน้อยกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน ประเด็นที่สองพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกใช้บริการแพทย์แผนจีนในกลุ่มผู้ใหญ่ชาวจีนและไต้หวันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น การเป็นผู้หญิง การอาศัยในชนบทของจีนและการมีสถานะสุขภาพที่ดีจากการประเมินตนเอง ประเด็นสุดท้ายคือการประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ตลอดชีพซึ่งพบว่าการฝังเข็มเพื่อป้องกันไมเกรนสร้างผลประโยชน์สุทธิทางเศรษฐศาสตร์ได้สูงกว่า เมื่อเทียบกับการไม่รักษาหรือการใช้ยาป้องกันโดยประโยชน์หลักมาจากการลดการสูญเสียผลิตภาพในการทำงานและการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตโดยรวมแล้วงานวิจัยนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ เช่น การเพิ่มการจ่ายเงินร่วมสำหรับ

บริการการแพทย์แผนจีนในสถานพยาบาลขนาดใหญ่และการเพิ่มการเบิกจ่ายค่ารักษาสำหรับการฝังเข็มเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

Li et al. (2025) ได้มีการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานสำหรับประเมินคุณภาพการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการศึกษาใช้แบบจำลองคุณภาพสามมิติ ที่ประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ เป็นกรอบแนวคิดหลัก ที่มีการวิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ, ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi method) กับผู้เชี่ยวชาญ 20 คนเพื่อคัดเลือกและปรับปรุงตัวชี้วัดและใช้กระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้น (Analytic Hierarchy Process: AHP) เพื่อกำหนดค่าน้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวชี้วัด โดยผลการศึกษาได้สร้างระบบตัวชี้วัดคุณภาพที่น่าเชื่อถือซึ่งประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัดหลัก 10 ตัวชี้วัดรองและ 40 ตัวชี้วัดย่อยเมื่อวิเคราะห์ค่าน้ำหนักด้วย AHP พบว่าใน มิติโครงสร้าง ตัวชี้วัด “การทำงานร่วมกันที่ีระหว่างแพทย์และพยาบาล” มีความสำคัญสูง (ค่าน้ำหนัก 0.045) ในมิติกระบวนการ “อัตราการยื่นเอกสารควบคุมคุณภาพโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ” มีน้ำหนักมากที่สุด (ค่าน้ำหนัก 0.046), และในมิติผลลัพธ์ “อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน” เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่สุด (ค่าน้ำหนัก 0.065) ซึ่งสะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรงโดยสรุป งานวิจัยนี้สามารถพัฒนาระบบตัวชี้วัดที่น่าเชื่อถือและเป็นวิทยาศาสตร์ ซึ่งสามารถใช้เป็นเครื่องมือที่เป็นประโยชน์สำหรับสถานพยาบาลในการประเมินและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างเป็นระบบ

Chow and Luk (2005) ได้พัฒนากรอบแนวคิดเชิงกลยุทธ์เพื่อวัดคุณภาพบริการโดยคำนึงถึงการแข่งขัน โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวิเคราะห์ตามลำดับชั้นแบบประยุกต์ (Analytic Hierarchy Process: Modified AHP) โดยงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางที่ช่วยให้ผู้จัดการสามารถระบุได้ว่ามิติคุณภาพบริการใด (ตามกรอบ RATER: Reliability, Assurance, Tangibles, Empathy, Responsiveness) ที่ควรได้รับความสำคัญเพื่อสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขันที่ยั่งยืน แนวทางที่นำเสนอเรียกว่า “AHP-SQ” (Analytic Hierarchy Process for Service Quality) ซึ่งใช้แบบจำลองการประเมินเชิงเปรียบเทียบ ทำให้สามารถวิเคราะห์คู่แข่งได้โดยใช้ข้อมูลเพียงชุดเดียว ซึ่งแตกต่างจากเครื่องมือ SERVQUAL แบบดั้งเดิมที่ต้องเก็บข้อมูลหลายชุด วิธีการวิจัย เป็นการศึกษาในอุตสาหกรรมร้านอาหารฟาสต์ฟู้ดโดยใช้ร้าน McDonald's, Burger King และ Harvey's เป็นกรณีศึกษา ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน ซึ่งเป็นลูกค้าที่เคยใช้บริการทั้งสามร้าน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบทำการเปรียบเทียบความสำคัญของมิติคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้านแบบจับคู่ (pairwise comparisons) และเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อร้านอาหารแต่ละแห่งในแต่ละมิติ โดยใช้มาตราวัดแบบ 9 ระดับ จากนั้นข้อมูลจะถูกนำมาวิเคราะห์ 5 ขั้นตอน ได้แก่ สร้างเมทริกซ์การเปรียบเทียบ ตรวจสอบความสอดคล้องของการตัดสินใจ, คำนวณ

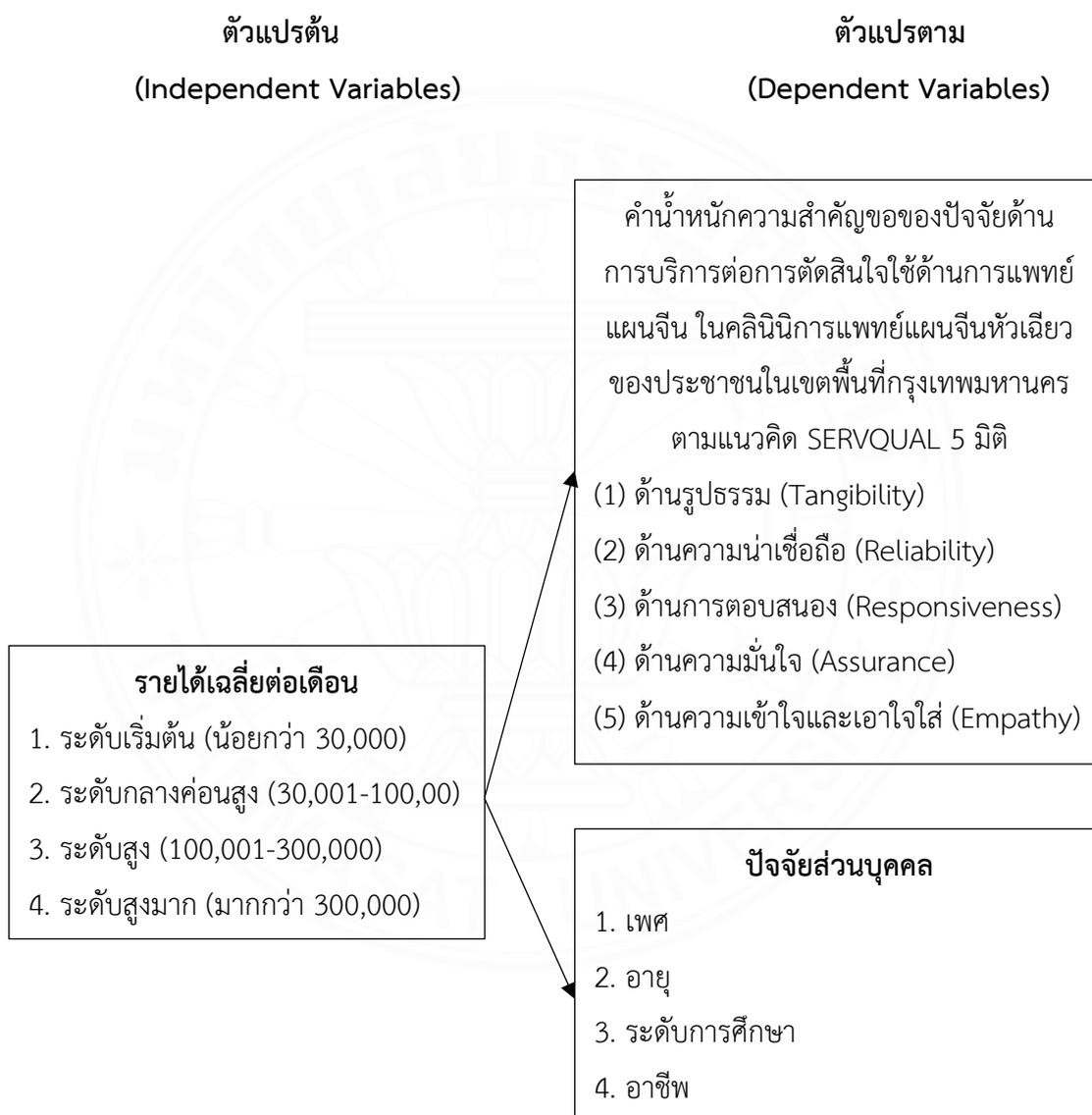
ค่าน้ำหนักความสำคัญและคะแนนความพึงพอใจ คำนวณค่าเฉลี่ยโดยรวมเพื่อจัดอันดับและคำนวณ ช่องว่างคุณภาพซึ่งเป็นส่วนต่างของคะแนนความพึงพอใจระหว่างบริษัทที่ศึกษา (McDonald's) กับผู้นำตลาดผลการวิจัย พบว่า ลูกค้าให้ความสำคัญกับมิติ “ความเข้าอกเข้าใจ (Empathy)” มาก ที่สุดตามมาด้วย “สิ่งที่จับต้องได้ (Tangibles)” และ “การให้ความมั่นใจ (Assurance)” ตามลำดับ เมื่อพิจารณาคะแนนความพึงพอใจโดยรวม พบว่า Harvey's เป็นผู้นำในตลาดสำหรับ McDonald's ซึ่งเป็นบริษัทที่ใช้ในการศึกษา พบว่ามีช่องว่างคุณภาพเชิงลบมากที่สุดในมิติ “ความน่าเชื่อถือ (Reliability)” และ “การให้ความมั่นใจ (Assurance)” ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่า McDonald's ควรจัดลำดับความสำคัญในการปรับปรุงสองมิตินี้เป็นอันดับแรกเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ ในการแข่งขันโดยงานวิจัยนี้สรุปว่า กรอบแนวคิด AHP-SQ ช่วยให้ผู้บริหารสามารถประเมินตำแหน่ง ทางการแข่งขันของตนเอง และระบุงบค้ประกอบของบริการที่ต้องการการปรับปรุงอย่างเร่งด่วนที่สุด ได้ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวางแผนกลยุทธ์การปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อมทางการแข่งขันจริง



2.7 กรอบแนวคิดการศึกษา

ภาพที่ 2.1

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีน โดยใช้มิติตามทฤษฎีคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimension) ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ : กรณีศึกษาคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว” เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในรูปแบบของการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินงานวิจัยไว้ดังนี้

- 3.1 การออกแบบงานวิจัย
- 3.2 ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย
- 3.3 การกำหนดประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง
- 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย
- 3.5 วิธีการเก็บข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน

3.1 การออกแบบงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการด้านการแพทย์แผนจีนประชาชนในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (Individual Factors) ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการด้านการแพทย์แผนจีนในคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวและศึกษาปัจจัยด้านการบริการ (Service Factors) ตามแนวคิด SERVQUAL ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการด้านการแพทย์แผนจีนในคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวของประชาชนในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานครตามแนวคิด SERVQUAL ได้แก่ ด้านรูปธรรม (Tangibility), ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability), ด้านการตอบสนอง (Responsiveness), ด้านความมั่นใจ (Assurance) และด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy) รูปแบบของการวิจัยเชิงสำรวจใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติและใช้กระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ (Modified Analytic Hierarchy Process: Modified AHP)

3.2 ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย

3.2.1 ตัวแปรต้น

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ได้แก่

- ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000 บาท)
- ระดับกลางค่อนข้างสูง (30,001-100,000 บาท)
- ระดับสูง (100,001-300,000 บาท)
- ระดับสูงมาก (มากกว่า 300,000 บาท)

3.2.2 ตัวแปรตาม

3.2.2.1 คำนี้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยด้านการบริการต่อการตัดสินใจใช้บริการด้านการแพทย์แผนจีน ในคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวของประชาชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตามแนวคิด SERVQUAL 5 มิติ

- ด้านรูปธรรม (Tangibility)
- ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)
- ด้านการตอบสนอง (Responsiveness)
- ด้านความมั่นใจ (Assurance)
- ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy)

3.2.2.2 ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ

3.2.3 สมมุติฐานของงานวิจัย

งานวิจัยเรื่องนี้ต้องการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลมิติด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่งผลต่อระดับความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้านตามแนวคิด SERVQUAL ในการตัดสินใจใช้บริการด้านการแพทย์แผนจีนในคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวของประชาชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ที่เคยเข้ารับบริการในคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครโดยอ้างอิงข้อมูลสถิติผู้เข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวนทั้งสิ้น 272,000 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยคือผู้ใช้บริการของคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวจำนวน 400 คนจากกลุ่มผู้ใช้บริการในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2568 ถึง 30 พฤศจิกายน 2568 โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการของทาโรยามาเน่ (Taro Yamane, 1973: 1088) ที่ระดับความน่าเชื่อถือร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ ± 5 ดังนี้

สูตรคำนวณ

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

กำหนดให้

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

e = ขนาดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

แทนค่า

$$n = \frac{272000}{1 + 272000 \times 0.05^2}$$

$$n = 399.41 \text{ คน}$$

จากการคำนวณข้างต้นได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 399.41 คน ทั้งนี้เพื่อความสะดวกต่อการจัดเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ผลและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลผู้ศึกษาได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาในครั้งนี้เท่ากับ 400 คน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “การให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีน โดยใช้ทฤษฎีคุณภาพการบริการ (SERVQUAL) ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ : กรณีศึกษาคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว” เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในรูปแบบของการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถามซึ่งออกแบบตามหลักการของกระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์เก็บข้อมูลผ่านแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์โดย แบบสอบถามแบ่งเป็น

4 ส่วน ประกอบด้วย คำถามคัดกรอง/ประชากรศาสตร์และหัวข้อหลักที่ให้ผู้ตอบ “เปรียบเทียบเป็นคู่ (pairwise)” ด้วยสเกล 1–9 ของ Saaty เพื่อจัดลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการตามกรอบ SERVQUAL 5 มิติ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามคัดกรอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 3 การให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการ (Pairwise comparison)

ส่วนที่ 3.1 การให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการ

ส่วนที่ 3.2 น้ำหนักความสำคัญอนุมิติ “ด้านความเป็นรูปธรรม (Tangibles)”

ส่วนที่ 3.3 น้ำหนักความสำคัญอนุมิติ “ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)”

ส่วนที่ 3.4 น้ำหนักความสำคัญอนุมิติ “ด้านการตอบสนอง (Responsiveness)”

ส่วนที่ 3.5 น้ำหนักความสำคัญอนุมิติ “ด้านความมั่นใจ (Assurance)”

ส่วนที่ 3.6 น้ำหนักความสำคัญอนุมิติ “ด้านความเข้าใจผู้ป่วยและเอาใจใส่ (Empathy)”

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา, ประธานสอบและผู้บริหารระดับสูงคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวโดยประเมินตามวิธี Index of Item–Objective Congruence (IOC) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้องของแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์การวิจัยด้วยค่าคะแนน + 1 คือสอดคล้อง, 0 คือไม่แน่ใจและ -1 คือไม่สอดคล้อง (Turner and Balkin, 2002) จากนั้นคำนวณค่า IOC รายข้อด้วยค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งหมดโดยกำหนดเกณฑ์พิจารณา IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 (≥ 0.50) ถือว่าใช้ได้และ IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 (≥ 0.70) ถือว่าดีมาก ข้อที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.50 ถึง 0.69 ได้รับการปรับถ้อยคำหรือเพิ่มตัวอย่างเพื่อความชัดเจน ในส่วนข้อที่น้อยกว่า 0.05 (< 0.05) จะถูกปรับแก้หรือยกเลิก (Rovinelli and Hambleton, 1976) รวมถึงการสรุปผลเป็นค่า IOC รายข้อและค่าเฉลี่ยรายหมวด พร้อมบันทึกข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อใช้ปรับปรุงแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

3.5 วิธีการเก็บข้อมูล

3.5.1 ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตจากผู้บริหารของคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวเพื่อเก็บข้อมูล

3.5.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ชุด ณ คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวโดยมีการอธิบายชี้แจงรายละเอียดและให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำด้วยความสมัครใจ การเก็บข้อมูลไม่ระบุตัวตนผู้ตอบดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2568

3.5.3 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับมาทั้งหมด

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบสมมุติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ทั้งสถิติเชิงพรรณนาและกระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ (Modified Analytic Hierarchy Process : Modified AHP) ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ เป็นต้น

กระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ใช้วิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณภาพบริการ (SERVQUAL) โดยดำเนินการดังนี้

1. การสร้างเมทริกซ์การเปรียบเทียบโดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านคุณภาพบริการ (SERVQUAL) มาสร้างเป็นเมทริกซ์การเปรียบเทียบ

2. การคำนวณค่าน้ำหนัก (Weight Calculation) จากเมทริกซ์ที่ได้จะทำการคำนวณหาค่า Eigenvector ซึ่งจะแสดงถึงค่าน้ำหนักความสำคัญของแต่ละปัจจัยโดยค่าน้ำหนักเหล่านี้จะถูกนำไปจัดอันดับเพื่อแสดงว่าปัจจัยใดมีความสำคัญที่สุดโดยใช้หลักการของค่าเฉลี่ยเรขาคณิต (Geometric Mean)

3. การตรวจสอบความสอดคล้อง (Consistency Check) คำนวณค่า Consistency Ratio (CR) ซึ่งเป็นอัตราส่วนระหว่าง Consistency Index (CI) กับ Random Consistency Index (RI) เพื่อตรวจสอบว่าการให้คะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามมีความสอดคล้องกันหรือไม่หากค่า CR น้อยกว่า 0.10 แสดงว่าเมทริกซ์มีความสอดคล้องกันและน่าเชื่อถือ

บทที่ 4

ผลวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง “การให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีน โดยใช้มิติตามทฤษฎีคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimension) ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ : กรณีศึกษาคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว ” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการในกลุ่มผู้รับบริการที่มีปัจจัยส่วนบุคคลในมิติด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่แตกต่างกัน 4 กลุ่มได้แก่ ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000 บาท) ,ระดับกลางค่อนข้างสูง (30,001-100,000 บาท),ระดับสูง (100,001-300,000 บาท)และระดับสูงมาก (มากกว่า 300,000) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามแบบเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise comparison) ตามหลัก Modified Analytic Hierarchy Process (AHP) ซึ่งพัฒนาโดยอ้างอิงกระบวนการ SERVQUAL และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ คำถามคัดกรอง ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ การให้คะแนนเปรียบเทียบมิติ SERVQUAL และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ใช้บริการคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน ตามรายละเอียดวิธีการวิจัยที่นำเสนอในบทที่ 3 ผู้วิจัยได้ขอเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการจริงที่ใช้บริการภายในคลินิกฯครั้งล่าสุดไม่เกิน 12 โดยผู้รับบริการให้ความอนุเคราะห์ในการตอบข้อมูลจำนวน 450 ชุด โดยคัดกรองข้อมูลที่ไม่เข้าเกณฑ์ออกและได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 414 ชุด โดยข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 การวิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

4.1.2 ผลกระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์วิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณภาพบริการ (SERVQUAL)

4.2 ประมวลผลการวิจัย

4.3 อภิปรายผลการวิจัย

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 การวิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

การนำเสนอผลในส่วนนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามตามปัจจัยส่วนบุคคล 5 ด้าน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

4.1.1.1 เพศ

ตารางที่ 4.1

เพศของผู้รับบริการ

เพศ	n = 414	
	ความถี่(คน)	ร้อยละ
ชาย	92	22.22
หญิง	320	77.29
อื่นๆ/ไม่ต้องการระบุ	2	0.48

จากตารางที่ 4.1 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น “หญิง” จำนวน 320 คน คิดเป็นร้อยละ 77.29 รองลงมาเป็นเพศ “ชาย” จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 และอื่นๆหรือไม่ต้องการระบุจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 0.48 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ใช้บริการคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวที่เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศ “หญิง” ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะผู้ใช้บริการด้านการแพทย์แผนจีนที่พบว่ากลุ่มเพศ “หญิง” ให้ความสนใจต่อการดูแลสุขภาพด้วยแพทย์แผนจีนมากกว่า (ดำรงชัย บวชสันเทียะ,2565)

4.1.1.2 อายุ

ตารางที่ 4.2

อายุของผู้รับบริการ

อายุ	n = 414	
	ความถี่(คน)	ร้อยละ
ไม่เกิน 20 ปี	14	3.38

ตารางที่ 4.2

อายุของผู้รับบริการ (ต่อ)

อายุ	n = 414	
	ความถี่(คน)	ร้อยละ
21-30	82	19.81
31-40	163	39.37
41-50	88	21.26
51-60	50	12.08
60 ปีขึ้นไป	17	4.11

จากตารางที่ 4.2 พบว่ากลุ่มอายุของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในช่วง “อายุ 31-40 ปี” จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 39.37 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 21.26 สะท้อนให้เห็นว่า ผู้รับบริการคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานซึ่งเป็นช่วงวัยที่เริ่มให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพระยะยาวและมองหาทางเลือกการรักษา

4.1.1.3 ระดับการศึกษา

ตารางที่ 4.3

ระดับการศึกษาของผู้รับบริการ

ระดับ	n = 414	
	ความถี่(คน)	ร้อยละ
น้อยกว่าปริญญาตรี	63	15.22
ปริญญาตรี	241	58.21
สูงกว่าปริญญาตรี	110	26.57

จากตารางที่ 4.3 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา “ปริญญาตรี” จำนวน 241 คน คิดเป็นร้อยละ 58.21 รองลงมาคือระดับสูงกว่าปริญญาตรีจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 26.57 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีและปริญญาตรีขึ้นไปส่งผลให้มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและเปิดรับแนวคิดการแพทย์แผนจีนในฐานะทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพ

4.1.1.4 อาชีพ

ตารางที่ 4.4

อาชีพของผู้รับบริการ

อาชีพ	n = 414	
	ความถี่(คน)	ร้อยละ
นักเรียน / นักศึกษา	20	4.83
พนักงานบริษัท / ลูกจ้างเอกชน	188	45.41
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	29	7.00
เจ้าของกิจการ / ธุรกิจส่วนตัว	72	17.39
ประกอบอาชีพอิสระ (Freelance)	55	13.29
พ่อบ้าน / แม่บ้าน / ผู้เกษียณอายุ	29	7.00
อื่นๆ	21	5.07

จากตารางที่ 4.4 พบว่า อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ได้แก่ “พนักงานบริษัท/ลูกจ้างเอกชน จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 45.41 รองลงมาเป็นกลุ่ม “เจ้าของกิจการ/ธุรกิจส่วนตัว” จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 17.39 ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวเป็นที่นิยมในกลุ่ม “พนักงานบริษัท/ลูกจ้างเอกชน” ซึ่งมีรูปแบบการทำงานและไลฟ์สไตล์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดหรือปัญหาสุขภาพเรื้อรัง จึงเลือกใช้บริการแพทย์แผนจีนเพื่อบรรเทาอาการและส่งเสริมสุขภาพ

4.1.1.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ตารางที่ 4.5

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้รับบริการ

รายได้	n = 414	
	ความถี่(คน)	ร้อยละ
ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000)	157	37.92
ระดับกลางค่อนข้างสูง (30,001-100,000)	201	48.55
ระดับสูง (100,001-300,000)	48	11.59
ระดับสูงมาก (300,000 ขึ้นไป)	8	1.93

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง “ระดับกลางค่อนข้างสูง (30,001-100,000)” จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 48.55 รองลงมาอยู่ในช่วง “ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000)” จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 37.92 เมื่อจำแนกตามระดับรายได้ พบว่า ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000 บาท) มีจำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 37.92, ระดับกลางค่อนข้างสูง (30,001-100,000 บาท) มีจำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 48.55, ระดับสูง (100,001-300,000 บาท) มีจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 11.59, ระดับสูงมาก (มากกว่า 300,000 บาท) มีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 1.93 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ใช้บริการคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวส่วนใหญ่มีศักยภาพในการจ่ายค่าบริการอยู่ในระดับกลางค่อนข้างสูง

4.1.1.6 ข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อเดือนและปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 4.6

ข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อเดือนและปัจจัยส่วนบุคคล

ระดับรายได้เฉลี่ย/เดือน	เพศ	ความถี่(คน)	ร้อยละ
ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000 บาท) n = 157	ชาย	31	19.75
	หญิง	125	79.62
	อื่นๆ	1	0.64
ระดับกลางค่อนข้างสูง (30,001-100,000 บาท) n = 201	ชาย	48	23.88
	หญิง	152	75.62
	อื่นๆ	1	0.50
ระดับสูง (100,001-300,000 บาท) n = 48	ชาย	10	20.83
	หญิง	38	79.17
	อื่นๆ	0	0.00
ระดับสูงมาก (มากกว่า 300,000) n = 8	ชาย	3	37.50
	หญิง	5	62.50
	อื่นๆ	0	0.00
ระดับรายได้เฉลี่ย/เดือน	อาชีพ	ความถี่(คน)	ร้อยละ
ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000 บาท) n = 157	นักเรียน / นักศึกษา	19	12.10
	พนักงานบริษัท / ลูกจ้างเอกชน	61	38.85
	ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	10	6.37
	เจ้าของกิจการ / ธุรกิจส่วนตัว	6	3.82

ตารางที่ 4.6

ข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อเดือนและปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ระดับรายได้เฉลี่ย/เดือน	อาชีพ	ความถี่(คน)	ร้อยละ
ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000 บาท) n = 157	ประกอบอาชีพอิสระ	24	15.29
	พ่อบ้าน / แม่บ้าน / ผู้เกษียณอายุ	22	14.01
	อื่นๆ	15	9.55
ระดับกลางค่อนข้างสูง (30,001-100,000 บาท) n = 201	นักเรียน / นักศึกษา	0	0.00
	พนักงานบริษัท / ลูกจ้างเอกชน	102	50.75
	ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	18	8.96
	เจ้าของกิจการ / ธุรกิจส่วนตัว	44	21.89
	ประกอบอาชีพอิสระ	25	12.44
	พ่อบ้าน / แม่บ้าน / ผู้เกษียณอายุ	6	2.99
	อื่นๆ	6	2.99
ระดับสูง (100,001-300,000 บาท) n = 48	นักเรียน / นักศึกษา	1	2.08
	พนักงานบริษัท / ลูกจ้างเอกชน	24	50.00
	ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	2.08
	เจ้าของกิจการ / ธุรกิจส่วนตัว	16	33.33
	ประกอบอาชีพอิสระ	5	10.42
	พ่อบ้าน / แม่บ้าน / ผู้เกษียณอายุ	1	2.08
	อื่นๆ	0	0.00
ระดับสูงมาก (มากกว่า 300,000) n = 8	นักเรียน / นักศึกษา	0	0.00
	พนักงานบริษัท / ลูกจ้างเอกชน	1	12.50
	ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	0	0.00
	เจ้าของกิจการ / ธุรกิจส่วนตัว	6	75.00
	ประกอบอาชีพอิสระ	1	12.50
	พ่อบ้าน / แม่บ้าน / ผู้เกษียณอายุ	0	0.00
	อื่นๆ	0	0.00

ตารางที่ 4.6

ข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อเดือนและปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ระดับรายได้เฉลี่ย/เดือน	ระดับการศึกษา	ความถี่(คน)	ร้อยละ
ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000 บาท) n = 157	น้อยกว่าปริญญาตรี	47	29.94
	ปริญญาตรี	99	63.06
	สูงกว่าปริญญาตรี	11	7.01
ระดับกลางค่อนข้างสูง (30,001-100,000 บาท) n = 201	น้อยกว่าปริญญาตรี	14	6.97
	ปริญญาตรี	122	60.70
	สูงกว่าปริญญาตรี	65	32.34
ระดับสูง (100,001-300,000 บาท) n = 48	น้อยกว่าปริญญาตรี	1	2.08
	ปริญญาตรี	19	39.58
	สูงกว่าปริญญาตรี	28	58.33
ระดับสูงมาก (มากกว่า 300,000) n = 8	น้อยกว่าปริญญาตรี	1	12.50
	ปริญญาตรี	1	12.50
	สูงกว่าปริญญาตรี	6	75.00
ระดับรายได้เฉลี่ย/เดือน	อายุ	ความถี่(คน)	ร้อยละ
ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000 บาท) n = 157	ไม่เกิน 20 ปี	13	8.28
	21-30 ปี	58	36.94
	31-40 ปี	40	25.48
	41-50 ปี	21	13.38
	51-60 ปี	14	8.92
	60 ปีขึ้นไป	11	7.01
ระดับกลางค่อนข้างสูง (30,001-100,000 บาท) n = 201	ไม่เกิน 20 ปี	0	0
	21-30 ปี	23	11.44
	31-40 ปี	101	50.25
	41-50 ปี	54	26.87
	51-60 ปี	18	8.96
	60 ปีขึ้นไป	5	2.49

ตารางที่ 4.6

ข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อเดือนและปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ระดับรายได้เฉลี่ย/เดือน	อายุ	ความถี่(คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (100,001-300,000 บาท) n = 48	ไม่เกิน 20 ปี	1	2.08
	21-30 ปี	1	2.08
	31-40 ปี	18	37.50
	41-50 ปี	13	27.08
	51-60 ปี	15	31.25
	60 ปีขึ้นไป	0	0.00
ระดับสูงมาก (มากกว่า 300,000) n = 8	ไม่เกิน 20 ปี	0	0.00
	21-30 ปี	0	0.00
	31-40 ปี	4	50.00
	41-50 ปี	0	0.00
	51-60 ปี	3	37.50
	60 ปีขึ้นไป	1	12.50

4.1.2 ผลกระบวนการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์วิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณภาพ

บริการ (SERVQUAL)

ผลการคำนวณค่าน้ำหนักความสำคัญของมิติ SERVQUAL ทั้ง 5 ด้านและอนุมิติย่อยโดยใช้วิธี Modified Analytic Hierarchy Process (AHP) ตามขั้นตอนที่ระบุในบทที่ 3 ได้แก่ การสร้างเมทริกซ์การเปรียบเทียบรายคู่ การทำให้ค่าปกติ (Normalization) การหาเวกเตอร์ค่าน้ำหนัก (Priority Vector) และการตรวจสอบอัตราส่วนความสอดคล้อง (Consistency Ratio: CR)

4.1.2.1 การให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลักของผู้รับบริการในภาพรวม

ตารางที่ 4.7

น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลักของผู้รับบริการในภาพรวม

ปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลัก (SERVQUAL)	ค่าน้ำหนัก (ร้อยละ)	ลำดับความสำคัญ
ด้านรูปธรรม (Tangibles)	8.20	5

ตารางที่ 4.7

น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลักของผู้รับบริการในภาพรวม (ต่อ)

ปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลัก (SERVQUAL)	ค่าน้ำหนัก (ร้อยละ)	ลำดับความสำคัญ
ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)	13.00	4
ด้านการตอบสนอง (Responsiveness)	17.47	3
ด้านความมั่นใจ (Assurance)	29.96	2
ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy)	31.38	1
CR = 0.0136		

จากตารางที่ 4.7 ซึ่งแสดงค่าน้ำหนักความสำคัญของมิติคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้านในภาพรวมของผู้รับบริการที่ให้ข้อมูลพบว่า “ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy)” มีค่าน้ำหนักมากที่สุดเท่ากับร้อยละ 31.38 รองลงมาคือมิติด้านความมั่นใจ (Assurance) ค่าน้ำหนักเท่ากับร้อยละ 29.96 ลำดับถัดมาคือมิติ “ด้านการตอบสนอง (Responsiveness)” ค่าน้ำหนักเท่ากับร้อยละ 17.47 , ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) ค่าน้ำหนักเท่ากับร้อยละ 13.00 และมิติที่มีค่าน้ำหนักน้อยที่สุดคือ “ด้านรูปธรรม (Tangibles)” ค่าน้ำหนักเท่ากับร้อยละ 8.20

เมื่อพิจารณารวมกันจะเห็นว่าผู้รับบริการให้ความสำคัญต่อมิติ “ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy)” มากที่สุดโดยจากการศึกษานี้ให้ความหมายว่า ผู้ใช้บริการให้ความสำคัญกับ ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy) เช่น การให้ความใส่ใจและรับฟังปัญหาของผู้ป่วย , ความเข้าใจในความต้องการที่แตกต่างของผู้ป่วยและความสะดวกในการติดต่อและเข้าถึง บริการ เป็นต้น เป็นปัจจัยหลักในการตัดสินใจเลือกใช้บริการคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

ผลการตรวจสอบอัตราส่วนความสอดคล้อง (CR) ของเมทริกซ์ระดับมิติ SERVQUAL เท่ากับ 0.0136 ซึ่งน้อยกว่า 0.10 แสดงว่าการให้คะแนนเปรียบเทียบของผู้ตอบแบบสอบถามมีความสอดคล้องกันอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ตามเกณฑ์ของ Saaty (1980; 1996)

4.1.2.2 การให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลัก ของผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มรายได้

ตารางที่ 4.8

น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลักของผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มรายได้

ระดับรายได้เฉลี่ย/เดือน	ปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลัก	ค่าน้ำหนัก (ร้อยละ)	ลำดับ ความสำคัญ
ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000 บาท)	ด้านรูปธรรม	8.32	5
	ด้านความน่าเชื่อถือ	13.08	4
	ด้านการตอบสนอง	18.11	3
	ด้านความมั่นใจ	28.98	2
	ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่	31.52	1
	CI = 0.0212, CR = 0.0189		
ระดับกลางค่อนข้างสูง (30,001-100,000 บาท)	ด้านรูปธรรม	8.05	5
	ด้านความน่าเชื่อถือ	12.98	4
	ด้านการตอบสนอง	17.40	3
	ด้านความมั่นใจ	30.02	2
	ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่	31.54	1
	CI = 0.0134, CR = 0.0119		
ระดับสูง (100,001-300,000 บาท)	ด้านรูปธรรม	8.09	5
	ด้านความน่าเชื่อถือ	12.10	4
	ด้านการตอบสนอง	16.15	3
	ด้านความมั่นใจ	33.13	1
	ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่	30.53	2
	CI = 0.0207, CR = 0.0185		
ระดับสูงมาก (มากกว่า 300,000)	ด้านรูปธรรม	10.56	5
	ด้านความน่าเชื่อถือ	18.31	3
	ด้านการตอบสนอง	15.05	4
	ด้านความมั่นใจ	28.05	1

ตารางที่ 4.8

น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลักของผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มรายได้ (ต่อ)

ระดับรายได้เฉลี่ย/เดือน	ปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลัก	ค่าน้ำหนัก (ร้อยละ)	ลำดับ ความสำคัญ
ระดับสูงมาก (มากกว่า 300,000)	ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่	28.03	2
	CI = 0.0299, CR = 0.0267		

จากตารางที่ 4.8 แสดงน้ำหนักความสำคัญเชิงร้อยละของปัจจัยคุณภาพบริการ 5 มิติได้แก่ ด้านรูปธรรม(Tangibility), ด้านความน่าเชื่อถือ(Reliability), ด้านการตอบสนอง (Responsiveness), ด้านความมั่นใจ (Assurance) และด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy) จำแนกตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้รับบริการโดยผลรวมของน้ำหนักในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 100% และค่าความสอดคล้องของเมทริกซ์การเปรียบเทียบคู่ (CI, CR) อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทั้งหมด (CR < 0.10) และมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มรายได้ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000 บาท) ผู้รับบริการให้ความสำคัญสูงสุดกับ “ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (ร้อยละ 31.52)” รองลงมาคือ “ด้านความมั่นใจ(ร้อยละ29.94)” ตามด้วย “ด้านการตอบสนอง (ร้อยละ 18.15)” และ “ด้านความน่าเชื่อถือ (ร้อยละ13.08)” ส่วน “ด้านรูปธรรม มีน้ำหนักต่ำสุดที่ร้อยละ 8.32 แสดงว่าผู้มีรายได้ระดับเริ่มต้นให้คุณค่ากับการดูแลใส่ใจและความมั่นใจที่ได้รับจากผู้ให้บริการมากกว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหรือรูปลักษณ์ โดยการจัดลำดับมีความสอดคล้องดี (CI = 0.0212, CR = 0.0189)

กลุ่มรายได้ระดับกลางค่อนข้างสูง (30,001–100,000 บาท) ลำดับความสำคัญมีรูปแบบใกล้เคียงกับกลุ่มแรกโดย “ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (ร้อยละ 31.54)” และ “ด้านความมั่นใจ (ร้อยละ 30.02)” ยังคงเป็นสองอันดับแรก ตามด้วย “ด้านการตอบสนอง (ร้อยละ 17.40) และ ด้านความน่าเชื่อถือ (ร้อยละ 12.98) ส่วน ด้านรูปธรรม ต่ำสุดที่ร้อยละ 8.05 สะท้อนว่ากลุ่มผู้มีรายได้ช่วงนี้ยังคงมุ่งเน้นคุณค่าจากการปฏิสัมพันธ์และความเชี่ยวชาญมากกว่าองค์ประกอบที่จับต้องได้ ทั้งนี้ค่าความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ดี (CI = 0.0134, CR = 0.0119)

กลุ่มรายได้ระดับสูง (100,001–300,000 บาท) ผลลัพธ์เปลี่ยนไปเล็กน้อย โดย “ด้านความมั่นใจ” ขยับขึ้นมาเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ร้อยละ 33.13 รองลงมาคือ “ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (ร้อยละ 30.53)” ขณะที่ “ด้านการตอบสนอง (ร้อยละ13.15)” และ “ด้านความน่าเชื่อถือ (ร้อยละ 12.10)” มีน้ำหนักใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ “ด้านรูปธรรม” ยังคงต่ำสุดที่

ร้อยละ 8.09 สะท้อนว่าผู้รับบริการที่มีรายได้สูงให้ความสำคัญกับความเชี่ยวชาญและความปลอดภัย รวมถึงมาตรฐานของบริการมากขึ้น (CI = 0.0207, CR = 0.0185)

กลุ่มรายได้ระดับสูงมาก (มากกว่า 300,000 บาท) ในกลุ่มนี้ “ด้านความมั่นใจ (ร้อยละ 28.05)” และ “ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (ร้อยละ 28.03)” มีน้ำหนักใกล้เคียงกันและอยู่ในลำดับต้น สอดคล้องกับความคาดหวังทั้งด้านความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพและการดูแลแบบใส่ใจเป็นพิเศษ ที่โดดเด่นคือ “ด้านความน่าเชื่อถือ” มีน้ำหนักสูงขึ้นเป็นร้อยละ 18.31 เหนือ ด้านการตอบสนอง (ร้อยละ 15.05) ขณะที่ “ด้านรูปธรรม” เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 10.56 เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น (CI = 0.0299, CR = 0.0267)

4.1.2.3 การให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการอนุมิตีของผู้รับบริการในภาพรวม

(1) น้ำหนักความสำคัญอนุมิตี “ด้านความเป็นรูปธรรม (Tangibles)”

ตารางที่ 4.9

การให้น้ำหนักความสำคัญอนุมิตีด้านความเป็นรูปธรรม (Tangibles)

อนุมิตีด้านความเป็นรูปธรรม (Tangibles)	ค่าน้ำหนัก (ร้อยละ)
อาคารสถานที่สะอาด	33.74
อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย	40.66
การแต่งกายของบุคลากร	25.60

จากตารางที่ 4.9 พบว่าผู้รับบริการในภาพรวมให้ความสำคัญกับ “อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย (ร้อยละ 40.66)” มากที่สุดในมิตินี้ รองลงมาคือ “ความสะอาดของสถานที่ (ร้อยละ 33.74)” ซึ่งยังคงเป็นปัจจัยสำคัญในภาพลักษณ์และความปลอดภัยของการรับบริการ ส่วน “การแต่งกายของบุคลากร (ร้อยละ 25.60)” ได้รับความสำคัญน้อยกว่า (CR = 0.0001)

(2) น้ำหนักความสำคัญอนุมิตี “ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)”

ตารางที่ 4.10

การให้น้ำหนักความสำคัญอนุมิตีด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)

อนุมิตีด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)	ค่าน้ำหนัก (ร้อยละ)
ความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการ	36.49
การเรียกเก็บเงินถูกต้อง	28.85

ตารางที่ 4.10

การให้น้ำหนักความสำคัญนุ้มนิตีด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) (ต่อ)

อนุ้มนิตีด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)	ค่าน้ำหนัก (ร้อยละ)
การให้บริการตรงเวลาตามที่ตกลงไว้	34.65

จากตารางที่ 4.10 พบว่าผู้รับบริการให้คุณค่าสูงสุดกับ “ความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการ (ร้อยละ 36.49)” ซึ่งเป็นแก่นของความเชื่อมั่นในคลินิกตามมาด้วย “ความตรงต่อเวลา(ร้อยละ 34.65)” ที่สะท้อนวินัยและความเป็นมืออาชีพของหน่วยบริการ ขณะที่ “ความถูกต้องของการเรียกเก็บเงิน(ร้อยละ 28.85)” แม้จะสำคัญแต่มิ่้น้ำหนักน้อยที่สุดในมิตินี้เมื่อเทียบกับความแม่นยำและตรงต่อเวลา (CR = 0.0000)

(3) น้ำหนักความสำคัญนุ้มนิตี “ด้านการตอบสนอง (Responsiveness)”

ตารางที่ 4.11

การให้น้ำหนักความสำคัญนุ้มนิตีด้านการตอบสนอง (Responsiveness)

อนุ้มนิตีด้านการตอบสนอง (Responsiveness)	ค่าน้ำหนัก (ร้อยละ)
ความรวดเร็วในการให้บริการ	20.97
ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ความช่วยเหลือ	36.74
การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที	42.28

จากตารางที่ 4.11 พบว่า “การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที” มีความสำคัญสูงสุดที่ร้อยละ 42.28 , รองลงมาคือ “ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ความช่วยเหลือ” ที่ร้อยละ 36.74 ในขณะที่ “ความรวดเร็วในการให้บริการ” มีน้ำหนักร้อยละ 20.97 ซึ่งเป็นค่าต่ำสุดในอนุ้มนิตินี้(CR = 0.0012)

(4) น้ำหนักความสำคัญนุ้มนิตี “ด้านความมั่นใจ (Assurance)”

ตารางที่ 4.12

การให้น้ำหนักความสำคัญนุ้มนิตีด้านความมั่นใจ (Assurance)

อนุ้มนิตีด้านความมั่นใจ (Assurance)	ค่าน้ำหนัก (ร้อยละ)
ความรู้ความสามารถของแพทย์	44.33
การรักษาความลับ	26.71

ตารางที่ 4.12

การให้น้ำหนักความสำคัญอนุมิตีด้านความมั่นใจ (Assurance) (ต่อ)

อนุมิตีด้านความมั่นใจ (Assurance)	ค่าน้ำหนัก (ร้อยละ)
ความรู้ความสามารถของบุคลากรส่วนสนับสนุน	28.96

จากตารางที่ 4.12 พบว่า “ความรู้ความสามารถทางการแพทย์ของแพทย์” ได้รับความสำคัญสูงสุดที่ร้อยละ 44.33 , ตามด้วย “ความรู้ความสามารถของบุคลากรส่วนสนับสนุน” ที่ร้อยละ 28.96, และ “การรักษาความลับ” ที่ร้อยละ 26.71 หากตีความเฉพาะข้อมูลจากการศึกษานี้ตีความได้ว่าผู้รับบริการให้ความสำคัญต่อ ความเชี่ยวชาญและมาตรฐานวิชาชีพของแพทย์ มากที่สุดขณะเดียวกันยังคาดหวังความสามารถของทีมสนับสนุนและการคุ้มครองความลับข้อมูลส่วนบุคคลในระดับสูงอย่างสม่ำเสมอ (CR = 0.0011)

(5) น้ำหนักความสำคัญอนุมิตี “ด้านความเข้าใจผู้ป่วยและเอาใจใส่ (Empathy)”

ตารางที่ 4.13

การให้น้ำหนักความสำคัญอนุมิตีด้านความเข้าใจผู้ป่วยและเอาใจใส่ (Empathy)

อนุมิตีด้านความเข้าใจผู้ป่วยและเอาใจใส่ (Empathy)	ค่าน้ำหนัก (ร้อยละ)
การให้ความใส่ใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย	34.35
ความเข้าใจในความต้องการที่แตกต่างของผู้ป่วย	32.74
ความสะดวกในการติดต่อและเข้าถึงบริการ	32.91

จากตารางที่ 4.13 ทั้งสามอนุมิตีมีน้ำหนักใกล้เคียงกัน สะท้อนว่าเป็นชุดคุณลักษณะที่ผู้รับบริการเห็นว่าสำคัญใกล้เคียงกัน โดย “ความใส่ใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย” มีน้ำหนักสูงสุดร้อยละ 34.35, ส่วน “ความสะดวกในการติดต่อและเข้าถึงบริการ” อยู่ที่ร้อยละ 32.91 และ “ความเข้าใจความต้องการที่แตกต่างของผู้ป่วย” ร้อยละ 32.74 หากกล่าวจากข้อมูลของการศึกษานี้ผู้รับบริการให้คุณค่าอย่างมากกับ การรับฟังอย่างจริงจัง, การเข้าถึงบริการที่ไม่ยุ่งยาก, และการดูแลแบบคำนึงถึงความแตกต่างรายบุคคล ซึ่งทั้งสามองค์ประกอบต้องทำควบคู่กันจึงจะตอบโจทย์ด้านความเข้าใจผู้ป่วยและเอาใจใส่ได้ครบถ้วน

4.2 ประมวลผลงานวิจัย

จากสมมุติฐานของการศึกษานี้คือ “ปัจจัยส่วนบุคคลในมิติรายได้ส่งผลต่อลำดับความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้านตามแนวคิดมิติคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimensions) ในการตัดสินใจใช้บริการด้านการแพทย์แผนจีนในคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวของประชาชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร” พบว่า “ระดับรายได้มีผลต่อลำดับความสำคัญ” โดยมีรายละเอียดจากการศึกษาได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.14

สรุปลำดับความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลักของผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มรายได้

ปัจจัยคุณภาพบริการมิติหลัก \ ระดับรายได้เฉลี่ย/เดือน	ระดับเริ่มต้น	ระดับกลางค่อนข้างสูง	ระดับสูง	ระดับสูงมาก
ด้านรูปธรรม	5	5	5	5
ด้านความน่าเชื่อถือ	4	4	4	3
ด้านการตอบสนอง	3	3	3	4
ด้านความมั่นใจ	2	2	1	1
ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่	1	1	2	2

หมายเหตุ ระดับรายได้เฉลี่ย/เดือน คือ ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000 บาท), ระดับกลางค่อนข้างสูง (30,001-100,000 บาท), ระดับสูง (100,001-300,000 บาท), ระดับสูงมาก (มากกว่า 300,000)

จากตารางที่ 4.14 สรุปลำดับความสำคัญของปัจจัยคุณภาพการบริการ (SERVQUAL) 5 มิติ จำแนกตาม ระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้รับบริการโดยในตารางกำหนดให้ เลข 1 หมายถึงความสำคัญสูงสุดและเลข 5 หมายถึงความสำคัญต่ำสุดโดยพบรูปแบบร่วมกันว่า ด้านรูปธรรม (Tangibility) อยู่ลำดับความสำคัญ อันดับที่ 5 ทุกกลุ่มรายได้ สะท้อนว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมหรือรูปลักษณ์สถานที่ที่มีอิทธิพลน้อยกว่า “ปฏิสัมพันธ์” และ “ความเชี่ยวชาญ” ส่วนด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy) และด้านความมั่นใจ (Assurance) เป็นสองมิติที่มีความสำคัญสูงสุดสลับกันไปตามช่วงรายได้ ขณะที่ ด้านการตอบสนอง (Responsiveness) และด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยทั่วไปอยู่ในลำดับกลาง ๆ ของการจัดอันดับ

กลุ่มรายได้ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000 บาท) ผู้รับบริการให้ความสำคัญสูงสุดกับ “ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่” เป็นอันดับที่ 1 และรองลงมาคือ “ด้านความมั่นใจ” เป็นอันดับที่ 2 ตามด้วย “ด้านการตอบสนอง” และ “ด้านความน่าเชื่อถือ” เป็นอันดับที่ 3 และ 4 ตามลำดับ ส่วน “ด้านรูปธรรม มีน้ำหนักต่ำสุดเป็นอันดับที่ 5 ในกลุ่มรายได้นี้แปลความได้ว่ากลุ่มรายได้เริ่มต้นให้คุณค่ากับการได้รับการดูแลใส่ใจและการสื่อสารที่เข้าใจง่าย ควบคู่กับความเชื่อมั่นในผู้ให้บริการ มากกว่าสิ่งอำนวยความสะดวกที่จับต้องได้

กลุ่มรายได้ระดับกลางค่อนข้างสูง (30,001–100,000 บาท) ลำดับความสำคัญเหมือนกับกลุ่มแรกสะท้อนว่ากลุ่มผู้มีรายได้ส่วนใหญ่ของการศึกษานี้ยังให้ความสำคัญกับ “การเอาใจใส่และเข้าใจใจ” เป็นอันดับต้น ๆ

กลุ่มรายได้ระดับสูง (100,001–300,000 บาท) ลำดับความสำคัญ เกิดการปรับเปลี่ยน ลำดับความสำคัญ ในลำดับที่ 1 และ 2 โดยในกลุ่มรายได้นี้ “ด้านความมั่นใจ” เป็นอันดับที่ 1 และตามด้วย “ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่” เป็นอันดับที่ 2 ซึ่งว่าผู้มีรายได้สูงให้ความสำคัญต่อความเชี่ยวชาญของแพทย์ มาตรฐาน และความปลอดภัยของบริการมากขึ้น เมื่อเทียบกับการเอาใจใส่เพียงอย่างเดียว

กลุ่มรายได้ระดับสูงมาก (มากกว่า 300,000 บาท) มีการให้ลำดับความสำคัญแบบเดียวกับกลุ่มรายได้ระดับสูง (100,001–300,000 บาท) ในลำดับที่ 1 และ 2 โดยในกลุ่มรายได้นี้ “ด้านความมั่นใจ” เป็นอันดับที่ 1 และตามด้วย “ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่” เป็นอันดับที่ 2 และอันดับที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงเป็น “ด้านความน่าเชื่อถือ” แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ ในอันดับที่ 3 และในอันดับที่ 4 คือ ด้านการตอบสนองและอันดับสุดท้ายคือด้านรูปธรรมจากข้อมูลนี้สะท้อนการให้ความสำคัญที่เข้มงวดต่อ “ความถูกต้องแม่นยำและความผิดพลาดต่ำ” มากกว่าความรวดเร็วในการตอบสนอง

4.3 อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาการให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีนโดยใช้มิติตามทฤษฎีคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Dimension) ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ : กรณีศึกษาคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว ผู้วิจัยขอเสนอประเด็นอภิปรายผลที่สำคัญ 4 ประเด็นหลัก เพื่อวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างผลการค้นพบกับแนวคิดทฤษฎีและบริบททางสังคม ดังนี้

4.3.1 ประเด็นด้านลักษณะประชากรและพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 77.29) และอยู่ในวัยทำงานช่วงอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 39.37) ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นถึงโครงสร้างทางประชากรของผู้แสวงหาการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยที่ชัดเจน โดยสามารถอธิบายได้ว่า

4.3.1.1 บทบาททางเพศกับการดูแลสุขภาพ สัดส่วนของเพศหญิงที่สูงกว่าเพศชายสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดำรงชัย บวขสันเทียะ (2565) ที่ศึกษาคลินิกแพทย์แผนจีนโรงพยาบาลค่ายภานุรังษี ซึ่งพบว่าผู้ใช้บริการร้อยละ 60 เป็นเพศหญิงพบว่ากลุ่มเป้าหมายหลักของคลินิกแพทย์แผนจีนคือเพศหญิงและสอดคล้องกับงานวิจัยระดับนานาชาติของ Elizabeth Chining Wu (2025) ที่ศึกษาเศรษฐศาสตร์ของการแพทย์แผนจีนและพบว่า "การเป็นผู้หญิง" เป็นปัจจัยสำคัญที่มีนัยสำคัญต่อการเลือกใช้บริการแพทย์แผนจีนมากกว่าเพศชาย ปรากฏการณ์นี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (Health-seeking behavior) และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและการรักษาความงามแบบองค์รวมมากกว่าเพศชาย

4.3.1.2 กลุ่มวัยทำงานและโรควิถีชีวิต การที่กลุ่มตัวอย่างกระจุกตัวอยู่ในช่วงวัยทำงานและประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน สะท้อนให้เห็นว่า บริการแพทย์แผนจีนกำลังตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพของคนเมือง (Urban Health Issues) เช่น อาการปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) หรือออฟฟิศซินโดรม ซึ่งแพทย์แผนตะวันออกอาจใช้ยาแก้ปวดบรรเทาอาการ แต่แพทย์แผนจีนนำเสนอทางเลือกการรักษาที่ยั่งยืนกว่าผ่านการฝังเข็มและการปรับสมดุลร่างกาย สอดคล้องกับแนวโน้มที่ Grand View Research (2025) ระบุว่าตลาดการแพทย์ทางเลือกในไทยกำลังเติบโตเพื่อรองรับความต้องการด้านสุขภาพเชิงป้องกัน

4.3.2 ประเด็นความสำคัญภาพรวมสูงสุดของการศึกษานี้ "ความเข้าใจและเอาใจใส่" (Empathy)

จากผลการศึกษากำหนดลำดับความสำคัญในภาพรวมพบว่า “ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy)” มีค่าน้ำหนักความสำคัญสูงสุด (ร้อยละ 31.38) โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ธรรมชาติของการบริการแบบ High-Touch การแพทย์แผนจีนเป็นศาสตร์ที่ต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยสูงมาก (High-Touch Service) เช่น การนวด (การจับชีพจร) การสอบถามอาการอย่างละเอียด หรือการฝังเข็ม ซึ่งต้องอาศัยความไว้วางใจ ผลการวิจัยนี้จึงสนับสนุนแนวคิดของ Parasuraman et al. (1985) ในเรื่องมิติ Empathy ที่เน้นการดูแลเอาใจใส่เป็นรายบุคคลและสอดคล้องโดยตรงกับงานวิจัยของ Chow and Luk (2005) ที่พบว่าลูกค้าให้ความสำคัญกับมิติความเข้าใจและเอาใจใส่มากที่สุดในการใช้บริการที่ต้องการความใส่ใจสูง

ความคาดหวังต่อการสื่อสาร เมื่อพิจารณาในอนุมิติย่อย พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับ “การรับฟังปัญหา” และ “ความเข้าใจความต้องการที่แตกต่าง” สิ่งนี้สะท้อนว่าผู้ป่วยแพทย์แผนจีนไม่ได้ต้องการเพียงแค่ “ยา” หรือ “การฝังเข็ม” แต่ต้องการ “ที่ปรึกษาทางสุขภาพ” ที่รับฟังและเข้าใจบริบทชีวิตของตน ซึ่งเป็นจุดแข็งที่ทำให้แพทย์แผนจีนแตกต่างในมุมมองของผู้รับบริการ ตามที่ Sayampanathan et al. (2015) ค้นพบว่าปัจจัยเรื่องการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) มีผลอย่างมากต่อการตัดสินใจ

การเปลี่ยนแปลงบริบทจากอดีตข้อค้นพบนี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยของ อรัญ แดงน้อย (2559) ที่ศึกษาคลินิกหัวเฉียวฯ เมื่อหลายปีก่อนและพบว่าด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) เป็นด้านที่มีคะแนนการรับรู้สูงสุด การเปลี่ยนแปลงลำดับความสำคัญจากด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) มาสู่ ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy) ในการศึกษาครั้งนี้ อาจสะท้อนถึงวิวัฒนาการความคาดหวังของผู้บริโภคยุคใหม่ว่าสิ่งที่ผู้บริโภคแสวงหาเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความประทับใจคือ “ประสบการณ์ทางอารมณ์ (Emotional Experience)” และความเข้าใจ

4.3.3 ประเด็นการเปลี่ยนแปลงลำดับความสำคัญตามระดับรายได้

ผลการวิจัยที่เป็นข้อค้นพบสำคัญของการศึกษานี้คือระดับรายได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนลำดับความสำคัญระหว่าง ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy) และด้านความมั่นใจ (Assurance) ซึ่งยืนยันสมมติฐานการวิจัยโดยอภิปรายได้ว่า

กลุ่มรายได้ระดับเริ่มต้นและปานกลางค่อนข้างเน้นด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ ผู้รับบริการกลุ่มนี้มองหา "ความคุ้มค่าทางจิตใจ" (Psychological Value) การได้รับการปฏิบัติอย่างดี และเป็นกันเองช่วยลดความกังวลในการเข้ารับบริการ

กลุ่มรายได้สูง “เน้นด้านความมั่นใจ” เมื่อผู้รับบริการมีกำลังซื้อสูงขึ้น ความคาดหวังจะเปลี่ยนไปสู่ “ผลลัพธ์และความปลอดภัย (Outcome and Safety)” กลุ่มนี้มองว่าบริการทางการแพทย์เป็น สินค้าที่ต้องอาศัยความเชื่อถือนั้นพวกเขาจึงต้องการเครื่องกำประกันความเสี่ยง นั่นคือ "ความรู้ความสามารถของแพทย์" ในอนุมิตีด้านความมั่นใจจึงถูกให้ลำดับความสำคัญสูงสุด เพื่อให้มั่นใจว่าการลงทุนทางสุขภาพของตนจะสัมฤทธิ์ผล การค้นพบนี้ขยายความเข้าใจจากงานวิจัยของฤทธิ์เจตน์ รินแก้วกาญจน์ (2561) ที่ศึกษาคลินิกหัวเฉียวฯ ในบริบท 7Ps และพบว่าปัจจัยด้าน "บุคลากร (People)" เป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดซึ่งยืนยันว่า “คุณภาพของคน” (แพทย์และเจ้าหน้าที่) คือหัวใจหลักของคลินิกหัวเฉียวฯ

4.3.4 ประเด็นด้านการตอบสนอง (Responsiveness) มีลำดับความสำคัญกว่าด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) ในผู้รับบริการภาพรวม

การให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการ (SERVQUAL) ในภาพรวม (ตารางที่ 4.7) โดย“ด้านการตอบสนอง(Responsiveness)”ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงความถึงอนุมิตี คือ ความรวดเร็วในการให้บริการ,ความกระตือรือร้นและความเต็มใจให้ความช่วยเหลือและการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ในด้านความน่าเชื่อถือ(Reliability) ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงความถึงอนุมิตี คือ ความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการ การเรียกเก็บเงินถูกต้องและการให้บริการตรงตามเวลาที่ตกลงไว้ ผู้ศึกษาอภิปรายเพิ่มเติมดังนี้

การตอบสนอง (Responsiveness) คือ “การแสดงพฤติกรรมด้านบริการที่จับต้องได้ทันที” โดยผลของลำดับความสำคัญนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Sutanto (2022) เป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่มุ่งเน้นสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient Satisfaction) ในศูนย์บริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลในประเทศอินโดนีเซีย โดยใช้กรอบแนวคิดมิติคุณภาพการบริการ 5 ด้านโดยมีผู้ให้ข้อมูล 370 คน พบว่า ด้านการตอบสนอง (Responsiveness) หรือความเต็มใจในการให้บริการอย่างรวดเร็วเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญความพึงพอใจของผู้ป่วย ในขณะที่ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) ไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาครั้งนี้ให้ผลส่วนหนึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในปี ค.ศ. 2025 ของ Alfatafta และคณะได้ทำการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่ใช้โมเดล SERVQUAL เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการ ประสิทธิภาพผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วยในศูนย์กายอุปกรณ์ (Prosthetics and Orthotics) ในประเทศจอร์แดนเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย 307 คน ที่ใช้บริการในศูนย์กายอุปกรณ์ 14 แห่ง ทั้งในภาคส่วนรัฐบาล, ทหาร, เอกชนและองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรโดยผลการศึกษาที่สำคัญคือหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ การตอบสนอง (Responsiveness) ความมั่นใจ (Assurance) ซึ่งเป็นตัวทำนายที่แข็งแกร่งต่อทั้งประสิทธิภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วยด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) ส่งผลเชิงบวกโดยตรงต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยแต่อาจไม่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในทันทีเนื่องจากผู้ป่วยมักมองเห็นความสม่ำเสมอของคุณภาพอุปกรณ์ในระยะยาวมากกว่า

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “การให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีน โดยใช้มิติตามทฤษฎีคุณภาพการบริการ(SERVQUAL Dimension) ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุทธ์ : กรณีศึกษาคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว ” ซึ่งผู้วิจัยมีข้อสรุปและข้อเสนอแนะในการศึกษาคั้งนี้ดังนี้

5.1 สรุป

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุป

5.1.1 วัตถุประสงค์

การศึกษาเรื่อง “การให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีนโดยใช้มิติตามทฤษฎีคุณภาพการบริการ(SERVQUAL Dimension) ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุทธ์ : กรณีศึกษาคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว ” มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในมิติรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่งผลต่อลำดับความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการทั้ง 5 มิติ ตามแนวคิด SERVQUAL ในการตัดสินใจใช้บริการด้านการแพทย์แผนจีนหรือไม่
2. เพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีน

5.1.2 รูปแบบการวิจัยโดยสรุป

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลโดยส่วนสำคัญเป็นแบบ เปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise comparison) ตามแนวคิดวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุทธ์เพื่อคำนวณ “ค่าน้ำหนักความสำคัญ(Weights)” ของคุณภาพบริการตามกรอบ SERVQUAL 5 มิติและอนุมิติย่อย พร้อมทั้งตรวจสอบความสอดคล้องของการให้คะแนนด้วยค่า CR (Consistency Ratio) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บริการคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวในเขตกรุงเทพมหานคร (ข้อมูลที่เก็บได้จริง n = 414) ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling)และทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาร่วมกับการคำนวณค่าน้ำหนักด้วยกระบวนการ AHP

5.1.3 สรุปลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม

- เพศหญิงเป็นสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 77.29)
- กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 31–40 ปี (ร้อยละ 39.37) สะท้อนฐานผู้รับบริการหลักเป็นวัยทำงาน
- ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ปริญญาตรี (ร้อยละ 58.21)
- อาชีพส่วนใหญ่ พนักงานบริษัท/ลูกจ้างเอกชน (ร้อยละ 45.41)
- รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30,001–100,000 บาท (ร้อยละ 48.55) รองลงมาคือ น้อยกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 37.92)

5.1.4 สรุปผลการให้ลำดับความสำคัญ “มิติหลัก” ของ SERVQUAL (ภาพรวม)

ผลการวิเคราะห์ด้วยเทคนิค วิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์พบว่าผู้รับบริการให้ความสำคัญกับปัจจัยคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้

อันดับ 1 ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy) มีค่าน้ำหนักความสำคัญสูงสุดที่ ร้อยละ 31.38 โดยปัจจัยย่อยที่สำคัญที่สุดคือ "การให้ความใส่ใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย"

อันดับ 2 ด้านความมั่นใจ (Assurance) มีค่าน้ำหนัก ร้อยละ 29.96 โดยปัจจัยย่อยที่สำคัญที่สุดคือ "ความรู้ความสามารถของแพทย์"

อันดับ 3 ด้านการตอบสนอง (Responsiveness) มีค่าน้ำหนัก ร้อยละ 17.47 โดยปัจจัยย่อยที่สำคัญที่สุดคือ "การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที"

อันดับ 4 ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) มีค่าน้ำหนัก ร้อยละ 13.00 โดยปัจจัยย่อยที่สำคัญที่สุดคือ "ความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการ"

อันดับ 5 ด้านความเป็นรูปธรรม (Tangibles) มีค่าน้ำหนักน้อยที่สุดที่ ร้อยละ 8.20 โดยปัจจัยย่อยที่สำคัญที่สุดคือ "อุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย"

5.1.5 ผลการทดสอบสมมติฐานความแตกต่างตามระดับรายได้

ผลการศึกษาพบว่า “ระดับรายได้มีผลต่อการให้ลำดับความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการ” ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างกลุ่มรายได้ดังนี้

กลุ่มรายได้ระดับเริ่มต้นและระดับกลางค่อนข้างสูง (ไม่เกิน 100,000 บาท) ให้ความสำคัญกับ “ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy)” เป็นอันดับ 1 และ “ด้านความมั่นใจ (Assurance)” เป็นอันดับ 2 สะท้อนความต้องการการดูแลคุณภาพมาตรฐานและการเข้าถึงง่าย

กลุ่มรายได้ระดับสูงและระดับสูงมาก (มากกว่า 100,000 บาทขึ้นไป) มีการเปลี่ยนแปลงลำดับความสำคัญโดยให้ความสำคัญกับ “ด้านความมั่นใจ (Assurance)”

เป็นอันดับ 1 แทนสะท้อนความคาดหวังต่อความเป็นมืออาชีพ ความเชี่ยวชาญของแพทย์และมาตรฐานความปลอดภัยที่สูงขึ้นตามกำลังซื้อ

5.2 ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของด้านการแพทย์แผนจีนและข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคตดังนี้

5.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์

เนื่องจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า “ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy)” และ “ด้านความมั่นใจ (Assurance)” คือหัวใจสำคัญของการบริการและกลุ่มผู้รับบริการมีความต้องการที่แตกต่างกันตามระดับรายได้ จึงควรพิจารณาดำเนินการดังนี้

(1) กลยุทธ์การบริการด้วยหัวใจ สำหรับกลุ่มลูกค้าทั่วไปเน้นประสบการณ์การดูแลเอาใจใส่ การสื่อสารที่เข้าใจง่าย การเข้าถึงบริการสะดวก

- เน้นการฝึกอบรม Soft Skills เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับ Empathy สูงสุด ควรจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ในหัวข้อ “ศิลปะการฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep Listening)” และ “การสื่อสารด้วยความเข้าใจ” เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ได้รับความใส่ใจและเป็นคนสำคัญ

- การดูแลรายบุคคล (Personalized Care) ส่งเสริมให้แพทย์ใช้เวลาในการซักประวัติและพูดคุยเพื่อทำความเข้าใจบริบทชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น นอกเหนือจากการตรวจรักษาเพียงอย่างเดียวซึ่งจะตอบโจทย์ปัจจัยย่อยเรื่อง “การรับฟังปัญหาของผู้ป่วย” ได้ตรงจุด

- พัฒนาแนวปฏิบัติการสื่อสารแบบ รับฟังเชิงลึก/ซักประวัติอย่างเข้าใจบริบทชีวิต (เพราะ “การรับฟังปัญหา” เป็นอนุมิติสำคัญสูงสุดของ Empathy)

- ออกแบบขั้นตอนบริการให้สะท้อนความใส่ใจเช่น สรุปรายการและแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจ, มีคำแนะนำหลังรับบริการที่เฉพาะบุคคล

- ยกระดับการเข้าถึงบริการ (Access) เช่น ช่องทางติดต่อที่ชัดเจน, การนัดหมายที่สะดวก, การตอบคำถามก่อนและหลังรับบริการ

(2) กลยุทธ์สร้างความเชื่อมั่นในความเป็นมืออาชีพ สำหรับกลุ่มกำลังซื้อสูง เน้นความเชี่ยวชาญ ความปลอดภัย มาตรฐานวิชาชีพ กระบวนการรักษาที่ชัดเจนและการคุ้มครองข้อมูล

- สื่อสารความเชี่ยวชาญ สำหรับกลุ่มรายได้สูงที่เน้น “ด้านความมั่นใจ (Assurance)” ควรเน้นการประชาสัมพันธ์ประวัติ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและใบรับรองคุณวุฒิของแพทย์ให้ชัดเจนผ่านช่องทางออนไลน์และป้ายแนะนำแพทย์เพื่อสร้างความมั่นใจก่อนเข้ารับบริการ (ภายใต้กรอบของกฎหมายโฆษณาสถานพยาบาล)

- ยกระดับความเป็นส่วนตัว พิจารณาจัดโซนบริการพิเศษหรือระบบนัดหมายที่ลดความแออัด เพื่อตอบสนองความต้องการด้านความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ ซึ่งเป็นปัจจัยย่อยที่สำคัญของด้านความมั่นใจ

(3) การปรับปรุงระบบข้อมูลข่าวสาร (Digital Responsiveness)

จากผลการวิจัยที่พบว่าในด้านการตอบสนองผู้รับบริการให้ความสำคัญสูงสุดกับ "การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที" คลินิกควรพัฒนาระบบ Official LINE หรือ Chatbot ให้สามารถตอบคำถามเบื้องต้น นัดหมายแพทย์ และแจ้งเตือนคิวรับบริการได้อย่างรวดเร็ว เพื่อลดความกังวลและระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการ

(4) จัดทำมาตรฐานบริการที่ทำให้ “ผู้ป่วยมั่นใจได้ทันที” เช่น แนวทางการอธิบายความเสี่ยงและข้อควรระวัง, แนวทางดูแลหลังฝังเข็มหรือหลังรับยา, ระบบติดตามอาการ เป็นต้น

(5) เน้นการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาความลับ ให้เห็นเป็นรูปธรรม เช่น แนวปฏิบัติหน้าห้องตรวจ, การจัดเก็บเวชระเบียน, การให้ข้อมูลกับญาติ

(6) พัฒนาด้านการตอบสนอง (Responsiveness) แบบ “สื่อสารชัดเจน” มากกว่า “เร็วอย่างเดียว”

- เน้นการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงทีเช่น ค่าใช้จ่าย, ระยะเวลา, ขั้นตอนรักษาและข้อปฏิบัติ เป็นต้น

- พัฒนา “สื่อประกอบการอธิบาย” (เอกสารหรืออินโฟกราฟิก) เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจตรงกัน ลดความคลาดเคลื่อนและลดภาระการถามซ้ำ

(7) ด้านความเป็นรูปธรรม (Tangibles) รักษามาตรฐาน “ความสะอาด” และ “ความทันสมัยของเครื่องมือ” อย่างสม่ำเสมอเพราะเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่เชื่อมโยงกับความปลอดภัยและความเชื่อมั่น แม้น้ำหนักรวมจะต่ำสุด

5.2.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

5.2.2.1 ขยายการศึกษาไปยังคลินิกหรือโรงพยาบาลหลายแห่งหรือหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มความสามารถในการสรุปเชิงเปรียบเทียบและการอธิบายเชิงภาพรวม

5.2.2.2 เพิ่มปัจจัยส่วนบุคคลอื่นร่วมกับรายได้ (เช่น อายุ ประสบการณ์ใช้บริการ โรค/เหตุผลที่เข้ารับบริการ) เพื่อเห็นภาพการแบ่งกลุ่มลูกค้าที่ชัดเจน

5.2.2.3 ทำวิจัยแบบผสมผสาน (เชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพ) เช่น สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่ออธิบาย “เหตุผลเบื้องหลัง” การให้ความสำคัญต่อ “ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (Empathy)” และ “ด้านความมั่นใจ (Assurance)” ที่แตกต่างกัน

5.2.2.4 ศึกษาความเชื่อมโยงระหว่าง “ค่าน้ำหนักความสำคัญ” กับ “ความพึงพอใจ และความตั้งใจกลับมาใช้บริการรวมถึงการบอกต่อ” เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์คมชัดยิ่งขึ้น



รายการอ้างอิง

หนังสือและบทความในหนังสือ

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2559). รายงานทบทวนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เป็น ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก. กระทรวงสาธารณสุข.
- เย็นจิตร เตชะดำรงสิน. (2556). นโยบายและทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2016). *Marketing management* (15th ed.). Pearson India Education Services.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1976). *On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity* (ED121845). ERIC
- Saaty, T. L. (1980). *The analytic hierarchy process*. McGraw-Hill.
- Saaty, T. L. (1996). *The analytic hierarchy process: Planning, priority setting, resource allocation* (2nd ed.). RWS Publications
- Turner, R. C., & Balkin, R. S. (2002). *Computing indices of item congruence for test specifications*. Proceedings of SUGI 27
- Vargas, R.V. (2010). *Using the Analytic Hierarchy Process (AHP) to Select and Prioritize Projects in a Portfolio*. Proc. PMI Global Congress 2010-North America, hold by Project Management Institute. Washington DC.
- World Health Organization. (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. World Health Organization.

ราชกิจจานุเบกษา

- พระราชกฤษฎีกากำหนดให้สาขาการแพทย์ แผนจีนเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะตาม พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 พ.ศ. 2552. ราชกิจจานุเบกษา.

บทความวารสาร

- กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชญา มาลีศรี, และปรารณา ปุณณกิติเกษม. (2554). การประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL. *วารสารวิจัยและพัฒนา มจร.*, 34(4), 443–456.
- คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. (2556). การดูแลสุขภาพโดยใช้แนวทางแพทย์แผนจีน. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 8(2), 120–132.
- ชวฤทธิ์ สุนทกิตติกรรุ่งเรือง. (2549). การแพทย์แผนจีนในประเทศไทย: อดีต ปัจจุบัน และอนาคต. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 4(2), 99–121.
- ฐิตารัตน์ ศุภระชัยอนันต์, วรชัย คงแสงไชย, และวิริสพัชร เสียงประเสริฐ. (2566). การศึกษาสถานการณ์แพทย์แผนจีนในระบบสาธารณสุขไทย. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 21(1), 160–161.
- ดำรงชัย บวขสันเทียะ. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการคลินิกแพทย์แผนจีน โรงพยาบาลค่ายภานุรังษี. *วารสารโครงการทวีปปริญาทางรัฐประศาสนศาสตร์และบริหารธุรกิจ*. 1-13.
- ธัญวรรณ เกิดดอนทราย, นพโรจน์ วงศ์พัชรจรัส, และณัฐศิ ฐิติภาสวัจน์. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี*, 18(2), 107–118.
- พัชณา (เฮ้งบริบูรณ์พงศ์) ใจดี, กุหลาบ รัตนสังธรรม, และศิริพร จันทร์ฉาย. (2557). การแพทย์แผนจีนและสาธารณสุขไทย. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 8(2), 112–118. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/45567>
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์ และรัชดา เรืองสารกุล. (2565). แนวคิดสุขภาพและการแพทย์ทางเลือก: มุมมองจากผู้ใช้การแพทย์ทางเลือก. *วารสารสังคมศาสตร์บูรณาการ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 9(2), 102-104.
- วรางคณา กล้าจริง และพวงศันเรศ แจ่มพรมมา. (2565). แพทย์แผนจีน: ทางเลือกสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 20(2), 370–377.
- วีริศ อัมระपाल. (2560). การใช้แบบจำลอง SERVQUAL และวิธี ANALYTIC HIERARCHY PROCESS (AHP) ในการประเมินคุณภาพการให้บริการของทางพิเศษแห่งประเทศไทย. *วารสารปัญญาภิวัตน์*, 9(ฉบับเพิ่มเติม), 122-136.

- อนุสร คำชาย, และ โสมฤทัย คุ่มรักษ์. (2565). ความต้องการคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานฝึกโยคะของผู้ฝึกโยคะในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ*, 23(3), 133–148.
- อิทธิพร ขำประเสริฐ, เสาวลักษณ์ นทีศรี, และฐิติรัตน์ จันทรรดา. (2564). การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนจีนโบราณ: กรณีศึกษาร้านเอี้ยะเล่งฮั้งอำเภอดำเนินสะดวกจังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 13(1), 233-245.
- Alfatafta, M., Alsubahi, N., Alfatafta, H., Alshawabka, A., McGarry, A., Ahmad, A., Derkacs, E., Varga, D., & Molics, B. (2025). Assessing service quality and its impact on patient experience and satisfaction in prosthetics and orthotics: A SERVQUAL-based cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 25(985) <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13172-z>
- Bureau of Alternative Medicine. (2013). Traditional Chinese medicine. *Journal of Bureau of Alternative Medicine*, 6(1), 1–10.
- Chow, C. C., & Luk, P. (2005). A strategic service quality approach using analytic Hierarchy process. *Managing Service Quality*, 15(3), 278–289. <https://doi.org/10.1108/09604520510597827>
- Li, M., Zhang, X., Wang, P., Li, X., Li, C., & Zhang, Y. (2025). Construction of a quality Evaluation indicator system for extended care in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional study. *BMJ Open* <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086027>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41–50.
- Saaty, T. L. (2008). Decision making with the analytic hierarchy process. *International Journal of Services Sciences*, 1(1), 83–98. <https://doi.org/10.1504/IJSSCI.2008.017590>

- Sayampanathan, A. A., Koh, T. H. B., Kong, K. H., & Low, Y. P. (2015). Factors affecting decision-making of patients choosing acupuncture in a public hospital. *Annals of Translational Medicine*, 3(19), 283. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2305-5839.2015.11.10>
- Sutanto, S. H. (2022). Public Health Center Patient Satisfaction: The Role of Empathy, Reliability, Responsiveness, Assurance, and Tangibles. *EAI*. <https://doi.org/10.4108/eai.29-10-2022.2334031>
- Xu, R., Sun, Y., Liu, Y., Pan, J., Han, Y., Zhang, X., Zhao, H., Li, M., Wu, Y., Yu, C., & Jiang, M. (2025). Factors influencing the utilization of traditional Chinese medicine in cancer treatment: A qualitative meta-synthesis of patient and healthcare professional perspectives. *Frontiers in Medicine*, 12, Article 1501918. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1501918>
- Yan, C., Dequan, S., Renlei, S., Yujie, C., Jiaqi, Y., Jie, D., Zhifang, S., & Dahui, W. (2024). The importance of factors influencing elderly using of preventive services of traditional Chinese medicine. *Chinese General Practice Journal*, 1, 100031. <https://doi.org/10.1016/j.cgpj.2024.10.004>

วิทยานิพนธ์

- รมิตา สงวนชาติ, และอรไท ชิวเจริญ. (2565). *คุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ใช้บริการแพทย์แผนจีนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล* [การค้นคว้าอิสระ, มหาวิทยาลัยรามคำแหง]
- ฤทธิเจตน์ รินแก้วกาญจน์. (2561). *ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด 7Ps และปัจจัยด้านการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเดียว กรุงเทพมหานคร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสยาม].
- อรัญ แตนน้อย. (2559). *การรับรู้คุณภาพการบริการ คลินิกหัวเดียวไทย-จีน แพทย์แผนไทย* [การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร]
- Wu, E. C. (2025). *Essays on the Economics of Traditional Chinese Medicine* [Doctoral dissertation, University of Toronto].

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ผู้จัดการออนไลน์. (2564, สิงหาคม 27). สธ.เร่งผลักดันบริการ “แพทย์แผนจีน” แก้ปัญหาผู้ป่วยล้น
โรงพยาบาลช่วงโควิด-19.

<https://mgronline.com/specialscoop/detail/9640000084568>

ห้วเฉียวแพทยแผนจีน. (ม.ป.ป.). มารู้อัจักห้วเฉียวแพทยจีน. <https://www.huachiewtcm.com/มารู้อัจักห้วเฉียวแพทยจีน>

Grand View Research. (2025). *Thailand complementary and alternative medicine market outlook*.

<https://www.grandviewresearch.com/horizon/outlook/complementary-and-alternative-medicine-market/thailand>





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามงานวิจัย

**แบบสอบถามเพื่อศึกษาการให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีน
โดยใช้ทฤษฎี SERVQUAL ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์
(Modified Analytic Hierarchy Process) : กรณีศึกษา คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว**

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการค้นคว้าอิสระในหัวข้อ “การศึกษาการให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีนโดยใช้ทฤษฎี SERVQUAL ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ (Modified Analytic Hierarchy Process) : กรณีศึกษา คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว” และเป็นส่วนหนึ่งของการค้นคว้าอิสระของนักศึกษาในระดับมหาบัณฑิตสาขานวัตกรรมการธุรกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยด้านคุณภาพบริการที่ท่านคำนึงถึงในการตัดสินใจเข้ารับบริการ ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อการวิจัยเท่านั้นจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านต่อสาธารณะการตอบแบบสอบถามนี้จะใช้เวลาประมาณ 5-10 นาทีและเป็นกรให้ข้อมูลโดยความสมัครใจสามารถยกเลิกได้ทุกเมื่อ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามคัดกรอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านประชากรศาสตร์

ส่วนที่ 3 การให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการ (Pairwise comparison)

ส่วนที่ 3.1 การให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการ

ส่วนที่ 3.2 น้ำหนักความสำคัญอนุมิตี “ด้านความเป็นรูปธรรม (Tangibles)”

ส่วนที่ 3.3 น้ำหนักความสำคัญอนุมิตี “ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)”

ส่วนที่ 3.4 น้ำหนักความสำคัญอนุมิตี “ด้านการตอบสนอง (Responsiveness)”

ส่วนที่ 3.5 น้ำหนักความสำคัญอนุมิตี “ด้านความมั่นใจ (Assurance)”

ส่วนที่ 3.6 น้ำหนักความสำคัญอนุมิตี “ด้านความเข้าใจผู้ป่วยและเอาใจใส่ (Empathy)”

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงสำหรับความร่วมมือและเวลาอันมีค่าของท่านในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

การให้ความยินยอม: ยินยอมให้ใช้ข้อมูลเพื่อการวิจัย ไม่ยินยอม (หยุดตอบแบบสอบถาม)

ส่วนที่ 1 คำถามคัดกรอง

S1. ท่านเคยใช้บริการคลินิกแพทย์แผนจีนภายใน 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่

- เคย ไม่เคย (จบแบบสอบถาม)

S2. ท่านอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครหรือไม่

- ใช่ ไม่ใช่ (เข้าสู่หน้าระบุจังหวัด)

S3. ท่านอาศัยอยู่ในจังหวัดใด

- ตัวเลือกจังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านประชากรศาสตร์

D1. เพศ: ชาย หญิง ไม่ระบุ/อื่น ๆ

D2. อายุ: 0-10 11-20 21-30 31-40

41-50 51-60 60 ปีขึ้นไป

D3. ระดับการศึกษา: น้อยกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

D4. อาชีพ : นักเรียน / นักศึกษา พนักงานบริษัท / ลูกจ้างเอกชน

ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ เจ้าของกิจการ / ธุรกิจส่วนตัว

ประกอบอาชีพอิสระ (Freelance)

พ่อบ้าน / แม่บ้าน / ผู้เกษียณอายุ อื่นๆ

D5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

น้อยกว่า 15,000 15,001-30,000

[ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000)]

30,001-50,000 50,001-70,000 70,000-100,000

[ระดับกลางค่อนข้างสูง (30,001-100,00)]

100,001-150,000 150,001-300,000

[ระดับสูง (100,001-300,000)]

300,001-500,000 500,000 ขึ้นไป

[ระดับสูงมาก (มากกว่า 300,000)]

ส่วนที่ 3 การให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการ (Pairwise comparison)

คำชี้แจง: ในส่วนนี้ ขอให้ท่านเปรียบเทียบปัจจัยคุณภาพบริการ "ทีละคู่" เพื่อประเมินว่าปัจจัยใดมีความสำคัญต่อ การตัดสินใจเลือกใช้บริการของท่าน “มากกว่า” และ “มากกว่าแค่ไหน” โดยใช้สเกล 1-9 ของ Saaty ดังตารางต่อไปนี้

ค่าคะแนน	ความหมาย	ตัวอย่างการตีความ
1	สำคัญเท่ากัน	ทั้งสองมิติมีความสำคัญพอ ๆ กัน
3	สำคัญกว่าเล็กน้อย	เอนเอียงเล็กน้อยต่อมิติหนึ่ง
5	สำคัญกว่าปานกลาง	มีเหตุผลชัดเจนว่ามีมิติหนึ่งสำคัญกว่า
7	สำคัญกว่ามาก	มีหลักฐาน/ความเชื่อมั่นสูง
9	สำคัญกว่าอย่างยิ่งยวด	แทบจะเด่นชัดไม่ต้องสงสัย
2,4,6,8	ค่ากลาง	ใช้เมื่ออยู่ระหว่างค่าข้างต้น

ตัวอย่างการตอบข้อมูล

ตัวอย่างคำถาม “ท่านชอบเที่ยวสถานที่ใดมากกว่าและมากกว่าแค่ไหน ระหว่างทะเลเทียบกับภูเขา”

ทะเล VS ภูเขา

ทะเล [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ภูเขา

หากท่านชอบทะเลมากกว่าในระดับ “มาก” ให้ระบุคะแนน 7 ในฝั่งซ้าย

ทะเล [9][8][7][6][~~5~~][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ภูเขา

หากท่านชอบภูเขามากกว่าในระดับ “ปานกลาง” ให้ระบุคะแนน 5 ในฝั่งขวา

ทะเล [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][~~7~~][8][9] ภูเขา

หากท่านคิดว่าชอบเท่ากัน ให้ระบุเลือกที่หมายเลข 1

ทะเล [9][8][7][6][5][4][3][2] [~~1~~] [2][3][4][5][6][7][8][9] ภูเขา

โปรดอ่านคำอธิบายปัจจัยทั้ง 5 ด้าน ก่อนเริ่มทำแบบประเมิน

คำจำกัดความมิติ SERVQUAL (Parasuraman, et al. 1988)

T: ด้านความเป็นรูปธรรม (Tangibles)

R: ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)

Re: ด้านการตอบสนอง (Responsiveness)

A: ด้านความมั่นใจ (Assurance)

E: ด้านความเข้าใจผู้ป่วยและเอาใจใส่ (Empathy)

คำจำกัดความอนุมิติ (Sub-criteria) รายมิติ

มิติ T: ด้านความเป็นรูปธรรม (Tangibles)

T1: อาคารสถานที่สะอาด

T2: อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย

T3: การแต่งการของบุคลากร

มิติ R : ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)

R1: ความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการ

R2: การเรียกเก็บเงินถูกต้อง

R3: การให้บริการตรงเวลาตามที่ตกลงไว้

มิติ Re : ด้านการตอบสนอง (Responsiveness)

Re1: ความรวดเร็วในการให้บริการ เช่น การลงทะเบียน การรอพบแพทย์ เป็นต้น

Re2: ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ความช่วยเหลือของพนักงาน

Re3: การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที

มิติ A : ด้านความมั่นใจ (Assurance)

A1: ความรู้ความสามารถของแพทย์และบุคลากรในการรักษา

A2: การรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้ป่วย

A3: ความรู้ความสามารถของบุคลากรส่วนสนับสนุนบริการ

มิติ E : ด้านความเข้าใจผู้ป่วยและเอาใจใส่ (Empathy)

E1: การให้ความใส่ใจและรับฟังปัญหาของผู้ป่วย

E2: ความเข้าใจในความต้องการที่แตกต่างของผู้ป่วย

E3: ความสะดวกในการติดต่อและเข้าถึงบริการ

ส่วนที่ 3.1 การให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการระหว่างปัจจัยฝั่งซ้าย ↔ ปัจจัยฝั่งขวา ข้อใดสำคัญกว่ากัน และมากกว่าแค่ไหน (เลือก 1 ค่าในสเกล 1-9)

3.1.1 ด้านรูปธรรม (อาคารสถานที่สะอาด, อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย, การแต่งกายของบุคลากร) VS **ด้านความน่าเชื่อถือ** (ความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการ, การเรียกเก็บเงินถูกต้อง, การให้บริการตรงเวลา)

ด้านรูปธรรม [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความน่าเชื่อถือ

3.1.2 ด้านรูปธรรม (อาคารสถานที่สะอาด, อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย, การแต่งกายของบุคลากร) VS **ด้านการตอบสนอง** (ความรวดเร็วในการให้บริการ, ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ความช่วยเหลือของพนักงาน, การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที)

ด้านรูปธรรม [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านการตอบสนอง

3.1.3 ด้านรูปธรรม (อาคารสถานที่สะอาด, อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย, การแต่งกายของบุคลากร) VS **ด้านความมั่นใจ** (ความรู้ความสามารถของแพทย์และบุคลากรในการรักษา, การรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้ป่วย, ความรู้ความสามารถของบุคลากรส่วนสนับสนุนบริการ)

ด้านรูปธรรม [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความมั่นใจ

3.1.4 ด้านรูปธรรม (อาคารสถานที่สะอาด, อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย, การแต่งกายของบุคลากร) VS **ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่** (การให้ความใส่ใจและรับฟังปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล, ความเข้าใจในความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย, ความสะดวกในการติดต่อและเข้าถึงบริการ)

ด้านรูปธรรม [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่

3.1.5 ด้านความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการ, การเรียกเก็บเงิน ถูกต้อง, การให้บริการตรงเวลา) VS **ด้านการตอบสนอง** (ความรวดเร็วในการให้บริการ, ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ความช่วยเหลือของพนักงาน, การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที)

ด้านความน่าเชื่อถือ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านการตอบสนอง

3.1.6 ด้านความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการ, การเรียกเก็บเงิน ถูกต้อง, การให้บริการตรงเวลา) VS **ด้านความมั่นใจ** (ความรู้ความสามารถของแพทย์และบุคลากรในการรักษา, การรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้ป่วย, ความรู้ความสามารถของบุคลากรส่วนสนับสนุนบริการ)

ด้านความน่าเชื่อถือ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความมั่นใจ

3.1.7 ด้านความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการ, การเรียกเก็บเงิน ถูกต้อง, การให้บริการตรงเวลา) VS **ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่** (การให้ความใส่ใจและรับฟัง ปัญหาของผู้ป่วย, ความเข้าใจในความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย, ความสะดวกในการติดต่อและ เข้าถึงบริการ)

ด้านความน่าเชื่อถือ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความเข้าใจและเอาใจ
ใส่

3.1.8 ด้านการตอบสนอง (ความรวดเร็วในการให้บริการ, ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ความช่วยเหลือของพนักงาน, การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที) VS **ด้านความมั่นใจ** (ความรู้ความสามารถของแพทย์และบุคลากรในการรักษา, การรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้ป่วย, ความรู้ความสามารถของบุคลากรส่วนสนับสนุนบริการ)

ด้านการตอบสนอง [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความมั่นใจ

3.1.9 ด้านการตอบสนอง (ความรวดเร็วในการให้บริการ, ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ความช่วยเหลือของพนักงาน, การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที) VS **ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่** (การให้ความใส่ใจและรับฟังปัญหาของผู้ป่วย, ความเข้าใจในความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย, ความสะดวกในการติดต่อและเข้าถึงบริการ)

ด้านการตอบสนอง [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่

3.1.10 ด้านความมั่นใจ (ความรู้ความสามารถของแพทย์และบุคลากรในการรักษา, การรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้ป่วย, ความรู้ความสามารถของบุคลากรส่วนสนับสนุนบริการ) VS **ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่** (การให้ความใส่ใจและรับฟังปัญหาของผู้ป่วย, ความเข้าใจในความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย, ความสะดวกในการติดต่อและเข้าถึงบริการ)

ด้านความมั่นใจ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่

ส่วนที่ 3.2 น้าหนักความสำคัญนุมิตี “ด้านความเป็นรูปธรรม (Tangibles)” ระหว่างปัจจัยฝั่งซ้าย ↔ ปัจจัยฝั่งขวา ข้อใดสำคัญกว่ากันและมากกว่าแค่ไหน (เลือก 1 ค่าในสเกล 1–9)

3.2.1 อาคารสถานที่สะอาด VS อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย

อาคารสถานที่สะอาด [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย

3.2.2 อาคารสถานที่สะอาด VS การแต่งการของบุคลากร

อาคารสถานที่สะอาด [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] การแต่งการของบุคลากร

3.2.3 อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย VS การแต่งการของบุคลากร

อาคารสถานที่สะอาด [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] การแต่งการของ
บุคลากร

ส่วนที่ 3.3 น้าหนักความสำคัญนุมิติ “ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)” ระหว่างปัจจัยฝั่งซ้าย
↔ ปัจจัยฝั่งขวา ข้อใดสำคัญกว่ากันและมากกว่าแค่ไหน (เลือก 1 ค่าในสเกล 1-9)

3.3.1 ความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการ VS การเรียกเก็บเงินถูกต้อง

ความถูกต้องแม่นยำ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] การเรียกเก็บเงินถูกต้อง

3.3.2 ความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการ VS การให้บริการตรงเวลาตามที่ตกลงไว้

ความถูกต้องแม่นยำ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] การให้บริการตรงเวลา
ตามที่ตกลงไว้

3.3.3 การเรียกเก็บเงินถูกต้อง VS การให้บริการตรงเวลาตามที่ตกลงไว้

การเรียกเก็บเงินถูกต้อง [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] การให้บริการตรงเวลา
ๆ

ส่วนที่ 3.4 น้าหนักความสำคัญนุมิติ “ด้านการตอบสนอง (Responsiveness)” ระหว่างปัจจัย
ฝั่งซ้าย ↔ ปัจจัยฝั่งขวา ข้อใดสำคัญกว่ากันและมากกว่าแค่ไหน (เลือก 1 ค่าในสเกล 1-9)

3.4.1 ความรวดเร็วในการให้บริการเช่น การลงทะเบียน การรพบแพทย์ VS
ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ความช่วยเหลือของพนักงาน

ความรวดเร็ว [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ความกระตือรือร้นและเต็มใจ

3.4.2 ความรวดเร็วในการให้บริการเช่น การลงทะเบียน การรพพบแพทย์ VS การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที

ความรวดเร็วฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] การให้ข้อมูลที่ชัดเจนทันท่วงที

3.4.3 ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ความช่วยเหลือของพนักงาน VS การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที

ความกระตือรือร้นและเต็มใจฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] การให้ข้อมูลที่ชัดเจนฯ

ส่วนที่ 3.5 น้ำหนักความสำคัญอนุมัติ “ด้านความมั่นใจ (Assurance)” ระหว่างปัจจัยฝั่งซ้าย ↔ ปัจจัยฝั่งขวา ข้อใดสำคัญกว่ากันและมากกว่าแค่ไหน (เลือก 1 ค่าในสเกล 1-9)

3.5.1 ความรู้ความสามารถของแพทย์และบุคลากรในการรักษา VS การรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความรู้ความสามารถของแพทย์ฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] การรักษาความลับฯ

3.5.2 ความรู้ความสามารถของแพทย์และบุคลากรในการรักษา VS ความรู้ความสามารถของบุคลากรส่วนสนับสนุนบริการ

ความสามารถของแพทย์ฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ความสามารถของบุคลากรฯ

3.5.3 การรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้ป่วย VS ความรู้ความสามารถ ของบุคลากรส่วนสนับสนุนบริการ

การรักษาความลับฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ความสามารถของ
บุคลากรฯ

ส่วนที่ 3.6 น้าหนักความสำคัญอนุมัติ “ด้านความเข้าใจผู้ป่วยและเอาใจใส่ (Empathy)”
ระหว่างปัจจัยฝั่งซ้าย ↔ ปัจจัยฝั่งขวา ข้อใดสำคัญกว่ากันและมากกว่าแค่ไหน (เลือก 1 ค่าใน
สเกล 1-9)

3.6.1 การให้ความใส่ใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย VS ความเข้าใจในความต้องการที่ แตกต่างของผู้ป่วย

การให้ความใส่ใจ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ความเข้าใจในความ
ต้องการฯ

3.6.2 การให้ความใส่ใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย VS ความสะดวกในการติดต่อและ เข้าถึงบริการ

การให้ความใส่ใจ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ความสะดวกในการติดต่อฯ

3.6.3 ความเข้าใจในความต้องการที่แตกต่างของผู้ป่วย VS ความสะดวกในการ ติดต่อและเข้าถึงบริการ

ความเข้าใจในความต้องการฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ความสะดวกใน
การติดต่อฯ

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....
.....

ภาคผนวก ข

แบบประเมินดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัย (IOC)

คำอธิบายการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการค้นคว้าอิสระในหัวข้อ “การให้ลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการด้านการแพทย์แผนจีนโดยใช้ทฤษฎี SERVQUAL ร่วมกับการวิเคราะห์ลำดับชั้นแบบประยุกต์ (Modified Analytic Hierarchy Process) : กรณีศึกษา คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว” และเป็นส่วนหนึ่งของการค้นคว้าอิสระของนักศึกษาในระดับมหาบัณฑิตสาขานวัตกรรมทางธุรกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วยคำถามคัดกรอง/ประชากรศาสตร์ และหัวข้อหลักที่ให้ผู้ตอบ “เปรียบเทียบเป็นคู่ (pairwise)” ด้วยสเกล 1-9 ของ Saaty เพื่อจัดลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการตามกรอบ SERVQUAL 5 มิติ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามคัดกรอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านประชากรศาสตร์

ส่วนที่ 3 การให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการ (Pairwise comparison)

ส่วนที่ 3.1 การให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการ

ส่วนที่ 3.2 น้ำหนักความสำคัญอนุมิติ “ด้านความเป็นรูปธรรม (Tangibles)”

ส่วนที่ 3.3 น้ำหนักความสำคัญอนุมิติ “ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)”

ส่วนที่ 3.4 น้ำหนักความสำคัญอนุมิติ “ด้านการตอบสนอง (Responsiveness)”

ส่วนที่ 3.5 น้ำหนักความสำคัญอนุมิติ “ด้านความมั่นใจ (Assurance)”

ส่วนที่ 3.6 น้ำหนักความสำคัญอนุมิติ “ด้านความเข้าใจผู้ป่วยและเอาใจใส่ (Empathy)”

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาความสอดคล้องของข้อความโดยทำเครื่องหมาย ✓ เลือกเพียงหนึ่งช่อง (1/0/-1) และให้ข้อเสนอแนะสั้น ๆ (ถ้ามี)

เกณฑ์คะแนน: +1 = สอดคล้องชัดเจน, 0 = ไม่แน่ใจ/สอดคล้องบางส่วน, -1 = ไม่สอดคล้อง

ส่วนที่ 1 คำถามคัดกรอง

ข้อที่	คำถามคัดกรอง	ความคิดเห็น ผู้ทรงคุณวุฒิ			ผลคะแนน	สรุป
		1	2	3		
1	S1. ท่านเคยใช้บริการ คลินิกแพทย์แผนจีน ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา หรือไม่ <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย (จบแบบสอบถาม)	1	1	1	1	ผ่าน
2	S2. ท่านอาศัยอยู่ใน กรุงเทพมหานครหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (เข้าสู่หน้าระบุจังหวัด)	1	1	1	1	ผ่าน
3	S3. ท่านอาศัยอยู่ใน จังหวัดใด -ตัวเลือกจังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร)	1	1	1	1	ผ่าน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านประชากรศาสตร์

ข้อที่	คำถามคัดกรอง	ความคิดเห็น			ผล คะแนน	สรุป
		ผู้ทรงคุณวุฒิ				
		1	2	3		
1	D1. เพศ: <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ไม่ระบุ/อื่น ๆ	1	1	1	1	ผ่าน
2	D2. อายุ: <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31-40 <input type="checkbox"/> 41-50 <input type="checkbox"/> 51-60 <input type="checkbox"/> 60 ปีขึ้นไป	1	1	1	1	ผ่าน
3	D3. ระดับการศึกษา: <input type="checkbox"/> น้อยกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	1	1	1	1	ผ่าน
4	D4. อาชีพ : <input type="checkbox"/> นักเรียน / นักศึกษา <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท / ลูกจ้างเอกชน <input type="checkbox"/> ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการ / ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> ประกอบอาชีพอิสระ <input type="checkbox"/> พ่อบ้าน / แม่บ้าน / ผู้เกษียณอายุ <input type="checkbox"/> อื่นๆ	1	1	1	1	ผ่าน

ข้อที่	คำถามคัดกรอง	ความคิดเห็น ผู้ทรงคุณวุฒิ			ผล คะแนน	สรุป
		1	2	3		
5	D5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 15,000 <input type="checkbox"/> 15,001-30,000 <input type="checkbox"/> 30,001-50,000 <input type="checkbox"/> 50,001-70,000 <input type="checkbox"/> 70,000-100,000 <input type="checkbox"/> 100,001-150,000 <input type="checkbox"/> 150,001-300,000 <input type="checkbox"/> 300,001-500,000 <input type="checkbox"/> 500,000 ขึ้นไป หมายเหตุ : กรอบตัวแปรจะแบ่งรายได้เฉลี่ย ต่อเดือน 4 กลุ่ม ได้แก่ 1.ระดับเริ่มต้น (น้อยกว่า 30,000) 2.ระดับกลาง-สูง (30,001-100,00) 3.ระดับสูง (100,001-300,000) 4.ระดับสูงมาก (มากกว่า 300,000)	1	1	1	1	ผ่าน

ส่วนที่ 3 การให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการ (Pairwise comparison)

ส่วนที่ 3.1 การให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการ

คำอธิบาย การให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยคุณภาพบริการระหว่างปัจจัยฝั่งซ้าย ↔ ปัจจัยฝั่งขวา ข้อใดสำคัญกว่ากัน และมากกว่าแค่ไหน (เลือก 1 ค่าในสเกล 1–9)

ข้อที่	คำถามคัดกรอง	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ			ผลคะแนน	สรุป
		1	2	3		
1	ด้านรูปธรรม (อาคารสถานที่สะอาด, อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย, การแต่งกายของบุคลากร) VS ด้านความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการ, การเรียกเก็บเงินถูกต้อง, การให้บริการตรงเวลา) ด้านรูปธรรม [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความน่าเชื่อถือ	1	1	1	1	ผ่าน
2	ด้านรูปธรรม (อาคารสถานที่สะอาด, อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย, การแต่งกายของบุคลากร) VS ด้านการตอบสนอง (ความรวดเร็วในการให้บริการ, ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ความช่วยเหลือของพนักงาน, การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที) ด้านรูปธรรม [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านการตอบสนอง	1	1	1	1	ผ่าน
3	ด้านรูปธรรม (อาคารสถานที่สะอาด, อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย, การแต่งกายของบุคลากร) VS ด้านความมั่นใจ (ความรู้ความสามารถของแพทย์และบุคลากรในการรักษา, การรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้ป่วย, ความรู้ความสามารถของบุคลากรส่วนสนับสนุนบริการ) ด้านรูปธรรม [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความมั่นใจ	1	1	1	1	ผ่าน
4	ด้านรูปธรรม (อาคารสถานที่สะอาด, อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย, การแต่งกายของบุคลากร) VS ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (การให้ความใส่ใจ	1	1	1	1	ผ่าน

ข้อที่	คำถามคัดกรอง	ความคิดเห็น ผู้ทรงคุณวุฒิ			ผล คะแนน	สรุป
		1	2	3		
	และรับฟังปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล,ความ เข้าใจในความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย, ความสะดวกในการติดต่อและเข้าถึงบริการ) ด้านรูปธรรม [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความเข้าใจและเอาใจ ใส่					
5	ด้านความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้องแม่นยำในการ ให้บริการ,การเรียกเก็บเงินถูกต้อง, การให้บริการ ตรงเวลา) VS ด้านการตอบสนอง (ความรวดเร็วใน การให้บริการ,ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ ความช่วยเหลือของพนักงาน, การให้ข้อมูลที่ ชัดเจนและทันท่วงที) ด้านความน่าเชื่อถือ[9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านการตอบสนอง	1	1	1	1	ผ่าน
6	ด้านความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้องแม่นยำในการ ให้บริการ,การเรียกเก็บเงินถูกต้อง, การให้บริการ ตรงเวลา) VS ด้านความมั่นใจ (ความรู้ ความสามารถของแพทย์และบุคลากรในการรักษา, การรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้ป่วย, ความรู้ความสามารถของบุคลากรส่วนสนับสนุน บริการ) ด้านความน่าเชื่อถือ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความมั่นใจ	1	1	1	1	ผ่าน
7	ด้านความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้องแม่นยำในการ ให้บริการ,การเรียกเก็บเงินถูกต้อง, การให้บริการ ตรงเวลา) VS ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (การ ให้ความใส่ใจและรับฟังปัญหาของผู้ป่วย,ความ	1	1	1	1	ผ่าน

ข้อที่	คำถามคัดกรอง	ความคิดเห็น ผู้ทรงคุณวุฒิ			ผล คะแนน	สรุป
		1	2	3		
	เข้าใจในความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย, ความสะดวกในการติดต่อและเข้าถึงบริการ) ด้านความน่าเชื่อถือ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความเข้าใจและเอาใจ ใส่					
8	ด้านการตอบสนอง (ความรวดเร็วในการให้บริการ ,ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ความช่วยเหลือ ของพนักงาน, การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที) VS ด้านความมั่นใจ (ความรู้ความสามารถของ แพทย์และบุคลากรในการรักษา, การรักษา ความลับและความปลอดภัยของผู้ป่วย, ความรู้ ความสามารถของบุคลากรส่วนสนับสนุนบริการ) ด้านการตอบสนอง [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความมั่นใจ	1	1	1	1	ผ่าน
9	ด้านการตอบสนอง (ความรวดเร็วในการให้บริการ ,ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ความช่วยเหลือ ของพนักงาน, การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที) VS ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (การให้ความ ใส่ใจและรับฟังปัญหาของผู้ป่วย,ความเข้าใจในความ ต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย, ความสะดวกใน การติดต่อและเข้าถึงบริการ) ด้านการตอบสนอง [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความเข้าใจและเอาใจ ใส่	1	1	1	1	ผ่าน
10	ด้านความมั่นใจ (ความรู้ความสามารถของแพทย์ และบุคลากรในการรักษา, การรักษาความลับและ ความปลอดภัยของผู้ป่วย, ความรู้ความสามารถ	1	1	1	1	ผ่าน

ข้อที่	คำถามคัดกรอง	ความคิดเห็น ผู้ทรงคุณวุฒิ			ผล คะแนน	สรุป
		1	2	3		
	<p>ของบุคลากรส่วนสนับสนุนบริการ) VS ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่ (การให้ความใส่ใจและรับฟังปัญหาของผู้ป่วย,ความเข้าใจในความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย, ความสะดวกในการติดต่อและเข้าถึงบริการ)</p> <p>ด้านความมั่นใจ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ด้านความเข้าใจและเอาใจใส่</p>					

ส่วนที่ 3.2 น้ำหนักความสำคัญอนุมัติ “ด้านความเป็นรูปธรรม (Tangibles)”

คำอธิบาย น้ำหนักความสำคัญอนุมัติ “ด้านความเป็นรูปธรรม (Tangibles)” ระหว่างปัจจัยฝั่งซ้าย

↔ ปัจจัยฝั่งขวา ข้อใดสำคัญกว่ากันและมากกว่าแค่ไหน (เลือก 1 ค่าในสเกล 1-9)

ข้อที่	คำถามคัดกรอง	ความคิดเห็น ผู้ทรงคุณวุฒิ			ผลคะแนน	สรุป
		1	2	3		
1	<p>อาคารสถานที่สะอาด VS อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย</p> <p>อาคารสถานที่สะอาด</p> <p>[9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9]</p> <p>อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย</p>	1	1	1	1	ผ่าน
2	<p>อาคารสถานที่สะอาด VS การแต่งการของบุคลากร</p> <p>อาคารสถานที่สะอาด</p> <p>[9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9]</p> <p>การแต่งการของบุคลากร</p>	1	1	1	1	ผ่าน

ข้อที่	คำถามคัดกรอง	ความคิดเห็น ผู้ทรงคุณวุฒิ			ผลคะแนน	สรุป
		1	2	3		
3	อุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย VS การแต่งการของบุคลากร อาคารสถานที่สะอาด [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] การ แต่งการของบุคลากร	1	1	1	1	ผ่าน

ส่วนที่ 3.3 น้ำหนักความสำคัญนุมิติ “ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)”

คำอธิบาย น้ำหนักความสำคัญนุมิติ “ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)” ระหว่างปัจจัยฝั่งซ้าย ↔
ปัจจัยฝั่งขวา ข้อใดสำคัญกว่ากันและมากกว่าแค่ไหน (เลือก 1 ค่าในสเกล 1-9)

ข้อที่	คำถามคัดกรอง	ความคิดเห็น ผู้ทรงคุณวุฒิ			ผล คะแนน	สรุป
		1	2	3		
1	ความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการ VS การเรียก เก็บเงินถูกต้อง ความถูกต้องแม่นยำ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] การเรียกเก็บเงินถูกต้อง	1	1	1	1	ผ่าน
2	ความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการ VS การ ให้บริการตรงเวลาตามที่ตกลงไว้ ความถูกต้องแม่นยำ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] การให้บริการตรงเวลาตามที่ ตกลงไว้	1	1	1	1	ผ่าน
3	การเรียกเก็บเงินถูกต้อง VS การให้บริการตรงเวลา ตามที่ตกลงไว้ การเรียกเก็บเงินถูกต้อง [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] การให้บริการตรงเวลา	1	1	1	1	ผ่าน

ส่วนที่ 3.4 น้ำหนักความสำคัญนุมิตี “ด้านการตอบสนอง (Responsiveness)”

คำอธิบาย น้ำหนักความสำคัญนุมิตี “ด้านการตอบสนอง (Responsiveness)” ระหว่างปัจจัยฝั่ง

ซ้าย ↔ ปัจจัยฝั่งขวา ข้อใดสำคัญกว่ากันและมากกว่าแค่ไหน (เลือก 1 ค่าในสเกล 1-9)

ข้อที่	คำถามคัดกรอง	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ			ผลคะแนน	สรุป
		1	2	3		
1	<p>ความรวดเร็วในการให้บริการเช่น การลงทะเบียน การรอพบแพทย์ VS ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ความช่วยเหลือของพนักงาน</p> <p>ความรวดเร็วฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ความกระตือรือร้นและเต็มใจฯ</p>	1	1	1	1	ผ่าน
2	<p>ความรวดเร็วในการให้บริการเช่น การลงทะเบียน การรอพบแพทย์ VS การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที</p> <p>ความรวดเร็วฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] การให้ข้อมูลที่ชัดเจนทันท่วงที</p>	1	1	1	1	ผ่าน
3	<p>ความกระตือรือร้นและเต็มใจให้ความช่วยเหลือของพนักงาน VS การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันท่วงที</p> <p>ความกระตือรือร้นและเต็มใจฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] การให้ข้อมูลที่ชัดเจนฯ</p>	1	1	1	1	ผ่าน

ส่วนที่ 3.5 น้าหนักความสำคัญอนุมัติ “ด้านความมั่นใจ (Assurance)”

คำอธิบาย น้าหนักความสำคัญอนุมัติ “ด้านความมั่นใจ (Assurance)” ระหว่างปัจจัยฝั่งซ้าย ↔ ปัจจัยฝั่งขวา ข้อใดสำคัญกว่ากันและมากกว่าแค่ไหน (เลือก 1 ค่าในสเกล 1-9)

ข้อที่	คำถามคัดกรอง	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ			ผลคะแนน	สรุป
		1	2	3		
1	<p>ความรู้ความสามารถของแพทย์และบุคลากรในการรักษา VS การรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p>ความรู้ความสามารถของแพทย์ฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1]</p> <p>[2][3][4][5][6][7][8][9] การรักษาความลับฯ</p>	1	1	1	1	ผ่าน
2	<p>ความรู้ความสามารถของแพทย์และบุคลากรในการรักษา VS ความรู้ความสามารถของบุคลากรส่วนสนับสนุนบริการ</p> <p>ความสามารถของแพทย์ฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ความสามารถของบุคลากรฯ</p>	1	1	1	1	ผ่าน
3	<p>การรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้ป่วย VS ความรู้ความสามารถของบุคลากรส่วนสนับสนุนบริการ</p> <p>การรักษาความลับฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1]</p> <p>[2][3][4][5][6][7][8][9] ความสามารถของบุคลากรฯ</p>	1	1	1	1	ผ่าน

ส่วนที่ 3.6 น้าหนักความสำคัญนุมิติ “ด้านความเข้าใจผู้ป่วยและเอาใจใส่ (Empathy)”

คำอธิบาย น้าหนักความสำคัญนุมิติ “ด้านความเข้าใจผู้ป่วยและเอาใจใส่ (Empathy)” ระหว่าง
ปัจจัยฝั่งซ้าย ↔ ปัจจัยฝั่งขวา ข้อใดสำคัญกว่ากันและมากกว่าแค่ไหน (เลือก 1 ค่าในสเกล 1–9)

ข้อที่	คำถามคัดกรอง	ความคิดเห็น ผู้ทรงคุณวุฒิ			ผล คะแนน	สรุป
		1	2	3		
1	การให้ความใส่ใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย VS ความเข้าใจในความต้องการที่แตกต่างของผู้ป่วย การให้ความใส่ใจฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ความเข้าใจในความต้องการฯ	1	1	1	1	ผ่าน
2	การให้ความใส่ใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย VS ความสะดวกในการติดต่อและเข้าถึงบริการ การให้ความใส่ใจฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ความสะดวกในการติดต่อฯ	1	1	1	1	ผ่าน
3	ความเข้าใจในความต้องการที่แตกต่างของผู้ป่วย VS ความสะดวกในการติดต่อและเข้าถึงบริการ ความเข้าใจในความต้องการฯ [9][8][7][6][5][4][3][2] [1] [2][3][4][5][6][7][8][9] ความสะดวกในการติดต่อฯ	1	1	1	1	ผ่าน

ภาคผนวก ค

แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมหรือระบบเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลโดยใช้ AI สำหรับผู้ไม่มีพื้นฐานด้านการเขียนโปรแกรม (เฉพาะการศึกษาที่ไม่ระบุตัวตนผู้ตอบเท่านั้น)

ส่วนที่ 1 การเตรียมการ

1.1 กระบวนการก่อนลงมือเก็บข้อมูลคงที่แล้ว โดยผู้ศึกษาจำเป็นต้องผ่านการสอบเค้าโครง (บทที่ 1-3) ก่อนเพื่อให้ข้อมูลในช่วงเตรียมการศึกษามีความสมบูรณ์โดยที่มา วัตถุประสงค์ เป้าหมาย การนำข้อมูลไปใช้และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยมีทิศทางที่ชัดเจนแล้ว

1.2 กระบวนการการวิจัยคงที่แล้ว โดยวิธีวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ผล รูปแบบสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์รวมถึงสูตรที่ใช้ในการคำนวณ

1.3 ค้นหาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูล รูปแบบแบบสอบถาม ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

1.4 แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

1.5 เตรียมการซื้อ AI (ผู้ศึกษาใช้ Gemini pro ร่วมกับ ChatGPT plus 5.0-5.2) ไม่แนะนำการใช้ Free Version

1.6 ลงโปรแกรม Visual Studio Code (สำหรับแก้ไขและปรับปรุง Code)

ส่วนที่ 2 ลงมือปฏิบัติ

2.1 เปิด AI โหมดการคิด(Thinking) ส่งข้อมูลแนวทางการศึกษาของเราให้ ป้อนคำสั่ง “เรียนรู้และจดจำข้อมูลนี้ ตอบเพียงแค่เข้าใจแล้วเมื่อเรียนรู้เสร็จ” เหตุผลของการให้ระบุว่า “ตอบเพียงแค่เข้าใจแล้วเมื่อเรียนรู้เสร็จ” เพื่อประหยัด token ในการประมวลผลข้อมูลของ AI

2.2 ส่งข้อมูลงานวิจัยวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูล รูปแบบแบบสอบถาม ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เราค้นคว้ามาให้ระบบได้เรียนรู้ (จำเป็นต้องเปิดโหมดการคิดไว้เสมอ)และป้อนคำสั่ง “เรียนรู้และจดจำข้อมูลนี้ ตอบเพียงแค่เข้าใจแล้วเมื่อเรียนรู้เสร็จ”

2.3 ป้อนคำสั่ง แรกโดยจำเป็นต้องกำหนดข้อมูลตามหลักการนี้ให้ชัดเพื่อให้ AI สร้างได้อย่างแม่นยำ โดยหลักการมีดังนี้ (แนะนำใช้ Gemini เปิดเครื่องมือ Canvas โหมด การคิด)

2.3.1 ต้องการให้ระบบสร้างอะไร (ตัวอย่าง *ต้องการสร้างแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ จากข้อมูลที่ให้ไปก่อนหน้านี้*)

2.3.2 จัดเก็บข้อมูลแบบไหน (ตัวอย่าง *โดยการจัดเก็บข้อมูลจัดเก็บภายในเครื่องของฉันเป็นเครื่อง Host*) สำหรับมือใหม่ให้ใช้คอมพิวเตอร์ตนเองเป็นเครื่องแม่เพื่อลดความซับซ้อนของการตั้งค่า

2.3.3 จัดเก็บข้อมูลด้วยอะไร (ตัวอย่าง *ต้องการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้ iPad เข้าผ่าน Link ได้ใน Wi-Fi เดียวกัน เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูล*)

2.3.4 ข้อมูลที่ต้องการอื่นๆ เช่น ใช้ตัวอักษรแบบไหน โทนสีอะไร

2.4 ตรวจสอบเบื้องต้นในสิ่งที่ระบบสร้างขึ้นมาให้ หากใช้ Gemini (เครื่องมือ Canvas) ระบบจะแสดงหน้าต่าง UI ของระบบที่เราออกแบบมาให้ดูในกราฟแรก

2.5 ตรวจสอบความถูกต้องในการใช้งาน ในการแก้ไขหน้าต่างให้ระบบการแก้ไขเฉพาะส่วนที่จำเป็นก่อนในส่วนที่ยังขาดตามเอกสารจัดเก็บข้อมูลที่เราส่งให้ AI เรียนรู้ เช่น รูปแบบตัวเลือกเช่น เป็นคะแนน , เป็น check box หรือคำถามคัดกรองก่อนตอบข้อมูล เป็นต้น

2.6 เมื่อนำหน้าต่าง UI ได้ตามที่เรต้องการแล้ว ให้ป้อนคำสั่ง “สอนฉัน Deploy ระบบนี้ อธิบายให้เข้าใจง่ายแบบคนไม่มีพื้นฐานด้านโปรแกรม”

2.7 ทำตามที่ระบบแนะนำ หากเกิดข้อผิดพลาดหรือใช้งานไม่ได้ให้ป้อนคำสั่ง แจ้งให้ AI ทราบและส่งหน้าจอหรือข้อผิดพลาดให้ระบบรับรู้

2.8 ทดลองใช้งานให้ครบทุกระบบที่มี เมื่อระบบสามารถทำงานได้ในครั้งแรกควรทดสอบการใช้งานก่อน 1-5 ครั้ง ว่ามีส่วนใดเกิดข้อผิดพลาดหรือไม่ก่อนทำงานจริง

2.9 ปรับแก้ไขจนระบบสามารถใช้งานได้ตรงตามที่เราต้องการ

ส่วนที่ 3 คำแนะนำเพิ่มเติมในการพัฒนาระบบ

3.1 การอัปเดตและพัฒนาระบบ ในการป้อนคำสั่งในการอัปเดตระบบในแต่ละครั้งให้ป้อนคำสั่งในการอัปเดตเป็นส่วนๆ เพื่อป้องกันอาการหลอน (Hallucinations) ของระบบ เพราะการทำงานของเอไอ เมื่อไม่สามารถบรรลุเงื่อนไขใดเงื่อนไขหนึ่งจะทำให้ระบบกลับไปคิดใหม่ทำให้ใช้ token จำนวนมากและด้วยการจำกัด token ในแต่ละครั้งมีโอกาสนี้จะคิดผิดพลาดทั้งหมดได้

3.2 การตรวจสอบโค้ดของระบบให้ใช้ AI 2 ตัวเป็นอย่างน้อยในการประเมินว่าทั้ง 2 ตัว เห็นโค้ดของเราแล้วเข้าใจตรงกันหรือไม่ หากเข้าใจตรงกันถือว่าสามารถนำไปใช้ได้

3.3 สำรองข้อมูลทุกครั้งก่อนแก้ไขโดยระบบตัวเลขกำกับให้ชัดเจน ก่อนจะมีการแก้ไขระบบ ในครั้งถัดไปให้ทำการคัดลอกตัวระบบทั้งโฟลเดอร์สำรองและใส่เลขที่กำกับไว้ เพื่อป้องกันการผิดพลาดของระบบและไม่สามารถย้อนกลับได้

3.4 แก้ไขโค้ดในแต่ละไฟล์ควรใช้คำสั่งเปิดไฟล์โดยใช้คำสั่ง “เปิดด้วย (Open with)” โปรแกรม visual studio code เท่านั้นเพื่อป้องกันการกรอกข้อมูลผิดแล้วย้อนกลับไม่ได้

3.5 คำแนะนำสุดท้าย “เปิดใจเรียนรู้ หากผิดพลาด แก้ไข ฝึกฝนซ้ำ”

