



# วิทยานิพนธ์

ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ  
ของหน่วยบริการปฐมภูมิ  
ในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา

**PATIENTS' EXPECTATION TOWARDS SERVICE QUALITY  
OF THE PRIMARY CARE UNITS IN RANOT DISTRICT,  
SONGKHLA PROVINCE**

นายศักดิ์กฤษะ บุญรอด

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. 2550



ใบรับรองวิทยานิพนธ์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาประยุกต์)  
ปริญญา

สังคมวิทยาประยุกต์

สาขา

สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

ภาควิชา

เรื่อง ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด  
จังหวัดสงขลา

Patients' Expectation towards Service Quality of the Primary Care Units in  
Ranot District, Songkhla Province

นามผู้วิจัย นายศักดิ์กษะ บุญรอด

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

( รองศาสตราจารย์ณรงค์ ศรีสวัสดิ์, Ph.D. )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

( รองศาสตราจารย์ปภาณี จิตวัฒนา, สค.ม. )

หัวหน้าภาควิชา

( ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัมพร สุตันชวณิช, M.S. )

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

( รองศาสตราจารย์วินัย ออคงหาญ, M.A. )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2550

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ  
ในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา

Patients' Expectation towards Service Quality of the Primary Care Units  
in Ranot District, Songkhla Province

โดย

นายศักดิ์กษะ บุญรอด

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาประยุกต์)

พ.ศ. 2550

ศักดิ์ยะ นูญรอด 2550: ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการ  
ปฐมภูมิในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา ปรินญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
(สังคมวิทยาประยุกต์) สาขาสังคมวิทยาประยุกต์ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์ณรงค์ ศรีสวัสดิ์, Ph.D. 134 หน้า

วัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของ  
หน่วยบริการปฐมภูมิ ลักษณะปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภท  
สิทธิ ประสิทธิภาพการรับบริการ การประชาสัมพันธ์บริการ ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับ  
ปฐมภูมิและความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพของหน่วย  
บริการปฐมภูมิ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความคาดหวังของ Victor Vroom เป็นหลัก กลุ่มตัวอย่าง คือ  
ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิในเดือนสิงหาคม 2549 จำนวน  
371 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยใช้เกณฑ์คุณภาพ SERVQUAL ประมวลผล  
ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบสมมติฐาน  
ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาปรากฏว่าผู้ป่วยคาดหวังต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิภาพรวม  
ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 7.94) ด้านที่มีค่าสูงสุดคือการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย (assurance) (ค่าเฉลี่ย  
8.43) ความคาดหวังที่สำคัญที่สุดคือ “หมอกกล่าวทักทายด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม” (ค่าเฉลี่ย 9.33)  
การทดสอบสมมติฐานที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ปรากฏว่าสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ความรู้  
ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิและสิทธิบัตรประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความ  
คาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนเพศชาย สถานภาพโสด  
และประสิทธิภาพการรับบริการมีความสัมพันธ์เชิงลบ ปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายการผันแปร  
ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ร้อยละ 17 จึงควร  
ประเมินผลคุณภาพการจัดบริการอย่างสม่ำเสมอและให้ความสำคัญเกี่ยวกับทักษะและอธยาศัย  
ของเจ้าหน้าที่ การทักทายและยิ้มแย้ม บริการด้านยาและบริการด้วยความเสมอภาค

OV

ลายมือชื่อนิติ

สม อธิธรรม

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

22, ม.ค., 50

Sakkaya Boonrod 2007: Patients' Expectation towards Service Quality of the Primary Care Units in Ranot District, Songkhla Province. Master of Arts (Applied Sociology), Major Field: Applied Sociology, Department of Sociology and Anthropology. Thesis Advisor: Associate Professor Narong Srisawas, Ph.D. 134 pages.

The aim of this research was to study the Patients' Expectation towards Service Quality of the Primary Care Units. Respondent characteristics and the relation between gender, age, marital status, education, income, type of health insurance, experience of service, public relations, patients' knowledge of primary health care and the Patients' Expectation towards Service Quality of the Primary Care Units by applied expectation theoretical concepts of Victor Vroom. The sample respondents were the patient 18 years old and over who visited the Primary Care Units in August 2006. The data were collected through administered questionnaires to 371 respondents. SERVQUAL was measurement tool used in this study. Data were analyzed by statistics application program. Statistics used for data analysis were descriptive statistics and stepwise multiple regression.

Results of the study indicated that the patients of the Primary Care Units expected high service quality on overall (mean 7.94). Assurance dimension (mean 8.43) was the highest expectation. The most important expectation was "the authorities to greeted and smiled" (mean 9.33). The factors which positively associated with the Patients' Expectation towards Service Quality of the Primary Care Units were the right of Civil Servant Medical Benefit Scheme, patients' knowledge of primary health care and the right of Universal Health Care Coverage Project. The factors which negatively associated with the Patients' Expectation towards Service Quality of the Primary Care Units were males, single and experience of service. All factors estimated variance of the Patients' Expectation towards Service Quality of the Primary Care Units about 17 percent. Recommendations from this study were as follow: to assessed service quality frequently, skill and courtesy of the authorities, greeted and smiled while on service, drug service and equity of service.

Sakkaya Boonrod  
Student's signature

Narong Srisawas 22 May, 2007  
Thesis Advisor's signature

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความสนับสนุนจากผู้มีพระคุณหลายท่าน ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ ศรีสวัสดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและรองศาสตราจารย์ปภาณี ฐิติวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ตั้งแต่แรกเริ่มจนเสร็จสิ้น ขอขอบคุณศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์ ประสาทกุล ผู้แทนบัณฑิตวิทยาลัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสวัตรี ณ ถลาง ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและอาจารย์ภัทรพรรณ เล้านิรามัย ที่ให้คำแนะนำการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการทดสอบทางสถิติ

ผู้วิจัยใคร่ขอแสดงความขอบคุณสาธารณสุขอำเภอรอนค นายบุญยัง สุริมานนท์และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนบ่อตรุ นางจิตรทิพย์ จันมณี ที่ให้โอกาสในการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา ขอขอบคุณพี่น้องๆ สาธารณสุขอำเภอรอนค ขอขอบคุณหัวหน้าสถานีอนามัยตำบลกระดังงา ที่ช่วยเหลือในการทดสอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในไมตรีจิตและความเอื้อเฟื้อที่ทุกท่านมอบให้ ขอขอบคุณเพื่อนๆ สังคมวิทยาประยุกต์รุ่นที่ 13 ที่เป็นกำลังใจให้ตลอดเวลา

ท้ายที่สุดคุณความดีทั้งหมดที่จะเกิดประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บิดามารดา พี่ชาย พี่สาวและหลานๆ ที่รักยิ่งทุกคน

ศักดิ์กษะ บุญรอด

พฤษภาคม 2550

## สารบัญ

หน้า

สารบัญตาราง	(3)
สารบัญภาพ	(5)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	5
บทที่ 2 การตรวจเอกสาร	8
แนวคิดและทฤษฎีความคาดหวัง	8
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวัง	15
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ	16
แนวคิดเกี่ยวกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	22
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	55
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	61
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	62
สมมติฐานการวิจัย	62
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	63
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	63
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	63
การสุ่มตัวอย่าง	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	66
การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	70

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	71
การวิเคราะห์ข้อมูล	71
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	74
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์</b>	<b>77</b>
ผลการวิจัย	77
ข้อวิจารณ์	91
<b>บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ</b>	<b>103</b>
สรุปผลการวิจัย	103
ข้อเสนอแนะ	105
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	108
ภาคผนวก	119
ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	120
ภาคผนวก ข สภาพทั่วไปและลักษณะสังคมวัฒนธรรมในอำเภอระโนด	128

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ผู้ป่วย ตัวอย่าง ช่วงและเลขตั้งต้นการสุ่มตัวอย่างรายสถานบริการ	64
2	ความน่าเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม	72
3	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา	78
4	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความรู้ของผู้ป่วยบริการระดับปฐมภูมิ	80
5	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ	82
6	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการรายด้าน	85
7	ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อคุณภาพบริการสูงสุดและต่ำสุด 5 อันดับแรก	86
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	88
9	การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ	89
10	จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อบริการ	90
11	สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน	104

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางผนวกที่

หน้า

1 ประชากรแยกรายตำบลของอำเภอระโนด

133

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แผนที่แสดงที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด	49
2	แผนภูมิการบริหารเครือข่ายบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด	51
3	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	<b>62</b>
<b>ภาพผนวกที่</b>		
1	แผนที่การทำนาุ้งในเขตอำเภอระโนด	130
2	เทศกาลทำบุญเดือนสิบ	132

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญของปัญหา

คุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตรงกับความจำเป็นของผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้รับเมื่อใช้บริการ เนื่องจากสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นองค์กรบริการรักษาพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงความคาดหวังของผู้ป่วยซึ่งเป็นมิติด้านจิตใจ การจัดบริการที่ตรงกับความคาดหวังของผู้ป่วยจึงต้องได้มาตรฐานทั้งทางเทคนิควิธีการและสามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตใจได้จึงเรียกว่าเป็นบริการที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นสถานบริการระดับแรกของระบบบริการสุขภาพ

หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับแรกของระบบบริการสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีลักษณะแบบเครือข่ายบริการซึ่งประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย คลินิกและคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โดยอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมินี้ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพกับประชาชนในเขตบริการ ด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การให้คำปรึกษา การส่งต่อ การให้บริการที่บ้านและบริการในชุมชนแบบเชิงรุก โดยมีการจัดบริการตามเกณฑ์มาตรฐานบริการปฐมภูมิ (สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ, 2544)

การจัดบริการตามเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิในระยะที่ผ่านมา พบว่ายังมีปัญหาอุปสรรคมากมาย เนื่องจากมีความจำกัดของทรัพยากรด้านต่างๆ เช่น ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรสาธารณสุข การกระจายบุคลากรและทรัพยากรไม่เหมาะสม การจัดบริการไม่ชัดเจน ทำให้การจัดบริการระดับปฐมภูมียังไม่ได้มาตรฐานและมีข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ

มาตรฐานการให้บริการระดับปฐมภูมิที่ไม่ได้คุณภาพและการที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ทำให้เกิดการตระเวนไปรักษาพยาบาลในที่ต่างๆอย่างไม่เหมาะสม มีการข้ามชั้นตอนไปใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลเฉพาะทางทั้งที่การเจ็บป่วยเหล่านั้นสามารถดูแลได้โดยเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, 2542: 1) เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยมีโอกาสดูและทางเลือกอื่นมากและมีความต้องการสูงขึ้นจนเกินกว่าความสามารถของการบริการ ในขณะที่สถานบริการตอบสนองไม่ได้หรือตอบสนองได้น้อย ประกอบกับปัจจุบันผู้ป่วยมีแนวคิดและรสนิยมในการบริโภคสินค้าและบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป

แนวคิดและรสนิยมในการบริโภคสินค้าและบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าวคือ การมีค่านิยมและรสนิยมที่หลากหลายแตกต่างกันไปและคาดหวังต่อสินค้าและบริการไม่เหมือนกัน มีความอดทนต่อการรอคอยลดลง ต้องการบริการที่รวดเร็วมากขึ้น (พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, 2543) ผู้ป่วยคิดว่าการมารับบริการสุขภาพคือการมาซื้อบริการไม่ใช่มาพึ่งบริการ จึงทำให้มีความคาดหวังต่อบริการที่ได้รับว่าต้องมีคุณภาพสูง บริการดี ราคายุติธรรมและไม่ต้องรอนาน (รุ่งทิภา ธีรากิจ, 2546) และการมองว่าบริการที่จะได้รับนั้นจะเป็นไปตามที่คาดหวังไว้ทุกประการ (พีระพล เลหาเสรีกุล, 2537) แม้ว่าสถานบริการจะพัฒนาตามมาตรฐานทางเทคนิคครบถ้วนแล้วก็ตาม แต่หากบริการไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจว่าบริการมีคุณภาพหรือไม่มีคุณภาพดังกล่าวแล้วถือว่ายังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพบริการ

การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา ในระยะที่ผ่านมา เริ่มจากการนำแนวคิดการดำเนินงานเวชปฏิบัติครอบครัวมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานของสถานีอนามัย ต่อมาในปี 2544 เมื่อรัฐบาลได้ดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมีการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดบริการขึ้นอีกครั้ง มีการพัฒนามาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการพัฒนามาตรฐานของสถานีอนามัยและยกระดับเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน การจัดตั้งคลินิกใกล้ใจและคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลระโนดเพิ่มขึ้นอีก 2 แห่งภายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอระโนด มีการเพิ่มพยาบาลวิชาชีพทั้งประจำและแบบหมุนเวียนลงไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการ การพัฒนาด้าน โครงสร้างของอาคารสถานที่และการสนับสนุนยา ครุภัณฑ์ เครื่องมืออุปกรณ์ การแพทย์ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อปรับปรุงการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานและเพิ่มศักยภาพการบริการให้ทัดเทียมกับโรงพยาบาลมากขึ้น

การพัฒนามาตรฐานการบริการในระดับปฐมภูมิภายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอ ะโนดประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง จนเป็นพื้นที่ศึกษาคุณภาพการจั้บริการตามแนวคิดเวชปฏิบัติ ครอบครั้และการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับจังหวัดสงขลา แม้ว่าการพัฒนา มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถบรรลุผลสำเร็จในระดับหนึ่งแล้วก็ตาม แต่พบว่ายังมี ปัญหาการรับบริการของผู้ป่วย เช่น ปัญหาการร้องเรียนการให้บริการ ผู้ป่วยมีการข้ามขั้นตอน บริการไปรับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนในตัวเมือง ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยไม่มั่นใจในวิธีการรักษา การวินิจฉัยโรค คุณภาพยาและการจั้บริการของ เจ้าหน้าที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย (โยธิน แสงวดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี และ มาลี สันถาวรณ, 2543) หรืออาจเกิดจากการให้บริการเวชปฏิบัติครอบครั้ที่ไม่ครอบคลุมและไม่มี ประสิทธิภาพ ปัญหาของบริการต่อเนื่อง เช่น การส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ปัญหาการเชื่อมโยง บริการภายในเครือข่ายบริการ เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการและ ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด

คุณภาพการให้บริการตามความคาดหวังของผู้ป่วยที่มารับบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในอำเภอระโนด จึงสมควรได้รับความสนใจจากบุคลากรและผู้บริหาร เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ เพราะความคาดหวังของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น ในการกำหนดคุณภาพของบริการ ไม่ใช่ผู้ให้บริการเป็นผู้ตัดสินใจหรือกำหนดคุณภาพบริการเองอีก ต่อไป และเนื่องจากผู้วิจัยเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด จึงมี ความสนใจที่จะศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอ ระโนด จังหวัดสงขลา เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาคุณภาพการให้บริการกับผู้ป่วยต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภทสิทธิ ประสพการณ์การรับบริการ การประชาสัมพันธ์บริการและความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐม ภูมิที่มารับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา

**3** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภท สิทธิ ประสิทธิภาพการรับบริการ การประชาสัมพันธ์บริการและความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับ ปฐมภูมิกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะได้รับประโยชน์หลายประการดังต่อไปนี้

1. ผู้บริหารงานสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในอำเภอระโนดและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้ทราบและตระหนักถึงพฤติกรรมด้านความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ อันจะเป็นประโยชน์ต่อไปถึงการวางแผนปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ป่วยในชุมชน
2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ทราบและเห็นว่าสภาพของผู้ป่วยในชุมชนมีความแตกต่างกันหรือมีความหลากหลายในคุณลักษณะประจำตัว ซึ่งจะเป็ประโยชน์แก่การวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับคุณลักษณะส่วนใหญ่ของผู้รับบริการ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆดังกล่าวแล้วในข้อ2 กับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในเชิงการวิจัยทางด้านสาธารณสุข และสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นที่อยู่ห่างไกลความเจริญ ทั้งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาการบริการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยใช้ครอบครัวหรือระบบเครือญาติต่อไป

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยดังต่อไปนี้

### 1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

คุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยมุ่งศึกษาเฉพาะการจัดบริการในหน่วยบริการและบริการต่อเนื่องกับผู้ป่วยอายุรกรรมและได้กำหนดตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้คือ

**1.1** ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภทสิทธิ ประสิทธิภาพการรับบริการ การประชาสัมพันธ์บริการและความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ

**1.2** ตัวแปรตาม คือ ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพ SERVQUAL (Service Quality) ของ Parasuraman and Berry 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ (tangibles) ความน่าเชื่อถือวางใจได้ (reliability) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (responsiveness) การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย (assurance) การเข้าใจ รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย (empathy)

### 2 ขอบเขตด้านพื้นที่ ประชากรและระยะเวลา

พื้นที่ศึกษาอยู่ในเขตอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยภายในเขตบริการที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 14 แห่งในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลาในเดือนสิงหาคม 2549 และมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

## นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

ความคาดหวัง หมายถึง การคาดคะเนล่วงหน้าของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยากให้เกิดขึ้น ทำการวัดด้วยคะแนนเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถาม มาตรวัดความคาดหวังด้านคุณภาพบริการ

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้รับบริการอายุกรรมภายในเขตบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลาในเดือนสิงหาคม 2549 และมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ณ วันที่รับบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง สถานบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในลำดับแรกสุดที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา มีหน้าที่ในการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อ การให้คำปรึกษา บริการเยี่ยมบ้านบริการเชิงรุกแก่ประชาชนในเขตบริการ ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชน (สถานีอนามัย) คลินิกเวชปฏิบัติ ครอบครัวโรงพยาบาลระโนดและคลินิกใกล้ใจ

คุณภาพบริการ หมายถึง ความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยอายุกรรม ทั้งในขณะรับบริการและการดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพ SERVQUAL ของ Parasuraman and Berry (1991) 5 ด้านดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ หมายถึง ความเพียงพอและความสะอาดของสถานที่ เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก ยาและเวชภัณฑ์ บุคลากร วัสดุการติดต่อสื่อสาร การปราศจากสิ่งรบกวนและการตกแต่งสถานที่สวยงาม
2. ความน่าเชื่อถือวางใจได้ หมายถึง เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการตามกำหนดหรือนัดหมาย มีบริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการ มีบริการชั้นสูงพื้นฐาน บริการแพทย์ทางเลือก บริการด้านยา บริการให้คำปรึกษา การส่งต่อฉุกเฉินและบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
3. การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย หมายถึง เจ้าหน้าที่กระตือรือร้นและเต็มใจให้บริการเมื่อไปรับบริการในหน่วยบริการ บริการในหน่วยบริการไม่ซับซ้อน ไม่ต้องรอนาน ช่วงเวลาตรงกับความต้องการ
4. การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย หมายถึง เจ้าหน้าที่มีทักษะความสามารถในการให้บริการ ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยและสามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้จนผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและปลอดภัย เจ้าหน้าที่อัยยาศัยดี มีความสุภาพอ่อนโยน ยิ้มแย้มและเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ
5. การเข้าใจ รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย หมายถึง เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ รู้จักผู้ป่วยและครอบครัว รับฟังเหตุผลของผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจเรื่องที่มีผลกระทบต่อตนเอง

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนชั้นปีที่เรียนจบตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จนถึงชั้นสูงสุดของผู้ตอบแบบสอบถามแบ่งเป็น ไม่ได้เรียนจนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และมีมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินเฉลี่ยที่ได้รับต่อเดือนจากการประกอบอาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม

ประเทสทิธิ หมายถึง การมีหลักประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลของผู้ตอบแบบสอบถาม คือ สิทธิบัตรประกันสุขภาพ สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจและสิทธิประกันสังคม

ประสบการณ์การรับบริการ หมายถึง จำนวนครั้งของการรับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในรอบปีที่ผ่านมาตั้งแต่ตุลาคม 2548 ถึงกันยายน 2549 ของผู้ตอบแบบสอบถาม

การประชาสัมพันธ์บริการ หมายถึง แหล่งที่ได้รับข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้ตอบแบบสอบถาม คืออาสาสมัครสาธารณสุข หอกระจายข่าวและอื่นๆ

ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง ความสามารถในการจดจำข้อเท็จจริงของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความหมาย ลักษณะ หน้าที่และบริการที่จัดให้บริการสุขภาพระดับต้น

## บทที่ 2

### การตรวจเอกสาร

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีความคาดหวัง
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวัง
3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ
4. แนวคิดเกี่ยวกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
5. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดและทฤษฎีความคาดหวัง

#### ความหมายของความคาดหวัง

ความหมายของความคาดหวังมีผู้ให้ความหมายในทัศนะที่แตกต่างกันไป กล่าวโดยสรุป คือ ความคาดหวังเป็นการคิดถึงเรื่องที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Barsky, 1995: 18) การคาดการณ์ล่วงหน้าต่อการกระทำของตน สิ่งที่คุณคาดหวังจะมีความเกี่ยวข้องกับผลตอบแทน การประสบผลสำเร็จ (สงวนศรี วิรัชชัย, 2527: 88) นอกจากนี้ความคาดหวังยังเป็นเหมือนกับระดับของความทะเยอทะยาน ซึ่งใช้วัดความพึงพอใจ (อารี เพชรสุด, 2537: 119) ความคาดหวังกับความต้องการนั้นมีความเชื่อมต่อกัน แต่ความคาดหวังนั้นอยู่ในระดับจิตสำนึก มีความเฉพาะเจาะจงและอยู่ในระดับผิวหน้ากว่าความต้องการ มีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน แต่ความต้องการจะเกี่ยวข้องในการดำรงอยู่ในระยะยาว ทั้งความคาดหวังและความต้องการเป็นตัวกำหนดวิธีแปลความหมายสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งที่อยู่รอบตัวเรา วิธีจัดการกับเหตุการณ์และสถานการณ์ต่างๆรวมทั้งการตอบสนองต่อเหตุการณ์และสถานการณ์นั้นๆ คนเราจะมีปฏิกิริยาตอบโต้เมื่อไม่ได้ตามความคาดหวังโดยไม่พอใจหรือผิดหวัง แต่ปฏิกิริยาตอบโต้การไม่ได้ตามความต้องการจะรุนแรงกว่า เช่น แสดงอารมณ์โกรธ แค้นเคืองจนถึงเป็นปฏิปักษ์ (ศิริระ โอภาสพงษ์, 2541: 94-95)

จากความหมายของความคาดหวังสรุปได้ว่า ความคาดหวังเป็นการคาดการณ์หรือการคิดล่วงหน้าต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จะเกิดในอนาคต สิ่งที่คุณคาดหวังนั้นจะมีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์และสถานการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับตนเองในชีวิตประจำวันและมักจะเป็นสิ่งที่มีผลประโยชน์ต่อตนเอง

### การเกิดขึ้นของความคาดหวัง

บุคคลจะมีความคาดหวังในสิ่งต่างๆรอบตัวเราเสมอ เนื่องจากจิตใต้สำนึกของคนเรามีความคาดหวังต่อพฤติกรรมของคนอื่น แต่เรามักไม่รู้ลึกถึงความคาดหวังที่ตนมีอยู่ จนกระทั่งเมื่อสิ่งนั้นขาดหายไป (ศิริระ โอภาสพงษ์, 2541: 45) ความคาดหวังยังเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการใส่ใจและมีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ถ้าการคาดหวังสูงพฤติกรรมก็จะเข้มแข็งมาก แต่ถ้าการคาดหวังต่ำพฤติกรรมก็จะอ่อนลง (ถวิล ชาราโกชน์ และ ศรีนัย คำริสุข, 2543: 52-53)

การเกิดความคาดหวังของผู้บริโภคนั้น ที่สำคัญที่สุดมาจากประสบการณ์ที่ได้รับจากตลาด รวมถึงปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลนอกเหนือจากประสบการณ์ เช่น การโฆษณา การบอกปากต่อปาก เพราะเมื่อมีการติดต่อกับองค์กรจะทำให้ผู้บริโภคเกิดประสบการณ์แล้วกลายเป็นบรรทัดฐานที่ปลูกฝังเกี่ยวกับความคาดหวังบริการครั้งต่อไป ในสังคมที่แตกต่างกันก็จะมีบรรทัดฐานความคาดหวังของผู้บริโภคที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ความคาดหวังยังแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มประชากร เนื่องจากแต่ละกลุ่มต่างก็มีวัฒนธรรมย่อยภายในของตนเอง เช่น ผู้ชายมีบรรทัดฐานต่างจากผู้หญิง คนสูงอายุต่างจากคนหนุ่มสาว คนอ้วนต่างจากคนผอม เป็นต้น (ศิริระ โอภาสพงษ์, 2541: 45-46)

ระดับความคาดหวังที่เกิดขึ้นนั้นมีปัจจัยที่มีอิทธิพล 9 ประการ คือ 1) ความคงทนของบริการ 2) ความต้องการส่วนบุคคล 3) การเปลี่ยนผ่านของบริการ 4) การรับรู้ทางเลือกบริการ 5) การรับรู้บทบาทของบริการ 6) ความชัดเจน แน่นนอนของบริการตามสัญญา 7) การเข้าใจบริการตามสัญญา 8) การบอกเล่าปากต่อปาก เกี่ยวกับคุณภาพบริการจากเพื่อน ญาติพี่น้องหรือคนรู้จัก 9) ประสบการณ์ในอดีต ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจก็ได้ (Parasuraman and Berry, 1991: 57-62) และ Gronroos (1990, อ้างใน ชิริกิติ นวรัตน์ ณ อยุธยา, 2549: 187)

กล่าวว่าความคาดหวังของลูกค้านั้นเกิดจากปัจจัยที่สำคัญ คือ 1) ประสบการณ์ของลูกค้าในการใช้บริการที่ผ่านมาในอดีต 2) ข้อมูลที่ได้รับจากคำบอกเล่าของเพื่อน 3) คู่แข่งขัน 4) การโฆษณา

ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังต่อคุณภาพบริการสุขภาพมี 8 ประการคือ 1) ความรู้ ประสบการณ์เจ็บป่วยหรือประสบการณ์บริการของผู้ป่วย 2) การรับรู้ความเสี่ยง ความเจ็บปวด ความทุกข์ 3) ประสบการณ์จากกลุ่ม 4) ข้อมูลจากผู้ให้บริการ 5) ภาพลักษณ์ของผู้ให้บริการ 6) ข้อมูลจากกลุ่ม 7) ความชอบของผู้ป่วย 8) บุคลิกลักษณะของผู้ป่วยและสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ (Conway and Willcocks, 1997: 131-140)

สรุปได้ว่าการคาดหวังเกิดจากความต้องของบุคคล ซึ่งทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในที่สุด ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความคาดหวังมีดังต่อไปนี้ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งมีคุณลักษณะแตกต่างกันไป เช่น เพศ ภูมิหลัง สถานะทางสังคมเศรษฐกิจ บุคลิก ความสนใจ ความชอบ การให้ค่าต่อสิ่งนั้น ความต้องการส่วนบุคคล 2. การรับรู้ของบุคคล ซึ่งเกิดจากการได้รับประสบการณ์ตรง การได้รับข้อมูลและการประชาสัมพันธ์จากผู้ให้บริการรวมถึงบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจต่อสิ่งนั้น

### ลักษณะความคาดหวังของผู้รับบริการ

ความคาดหวังของผู้รับบริการนั้นคือบริการที่สร้างประสบการณ์ที่ทำให้รู้สึกพึงพอใจ ซึ่งลักษณะของความคาดหวังมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปในแต่ละชนิดของบริการ การตัดสินคุณภาพบริการของผู้รับบริการนั้นเป็นการเปรียบเทียบจากมาตรฐาน 2 สิ่งคือ 1) มาตรฐานภายใน ซึ่งเป็นมาตรฐานตามที่ลูกค้ารับรู้ 2) มาตรฐานที่เกิดจากการเทียบเคียงกับบริการของคู่แข่ง (ศิริระ โอภาสพงษ์, 2541: 40-49) ศิริระ โอภาสพงษ์ ยังกล่าวเพิ่มเติมว่าเมื่อผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อบริการจะกลายเป็นโครงร่างแห่งการรับรู้ ซึ่งเกิดจากการนำประสบการณ์ที่ได้รับมาปะติดปะต่อกันเป็นรูปร่าง โครงร่างที่เกิดขึ้นนี้จะยากต่อการเปลี่ยนแปลงและมีผลต่อการตัดสินคุณภาพในครั้งต่อไป ถ้าผู้รับบริการเคยได้รับประสบการณ์ดีเยี่ยมในอดีต ประสบการณ์ต่อมาไม่ได้อาจไม่ถึงกับเปลี่ยนความประทับใจโดยรวม แต่ถ้าบริการที่ได้รับในอดีตไม่ดีและได้รับบริการดีครั้งหนึ่งความประทับใจก็ยังเห็นว่าไม่ดีอยู่นั่นเอง ดังนั้นการเปลี่ยนความคิดของผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความประทับใจในบริการจึงต้องใช้ข้อมูลที่ต่างจากที่เคยได้รับ นอกจากนี้เมื่อผู้รับบริการได้รับการตอบสนองความคาดหวังแล้วก็มักจะไม่ตระหนักหรือลืมเลือนไปเรียกว่าขั้นปรับตัว คือได้รับการตอบสนองความคาดหวังจนเคยตัว แต่เมื่อใดที่ไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังได้ก็จะรู้สึกไม่ชอบและหงุดหงิด ดังนั้นผู้รับบริการจะตระหนักถึงความคาดหวังมากที่สุดก็ต่อเมื่อไม่ได้อย่างที่คาดหวังไว้

การตัดสินคุณภาพบริการโดยการเปรียบเทียบกับความคาดหวังนั้น เมื่อผู้รับบริการได้รับการตอบสนองความคาดหวังก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งมี 2 ระดับคือ 1) ระดับพึงพอใจ 2) ระดับพอเพียง ซึ่งเป็นบริการที่ต่ำกว่าระดับพึงพอใจ ช่องว่างระหว่างระดับทั้งสองเรียกว่า “เขตการยอมรับได้” คือผลต่างของความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยบริการที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเขตนี้จะเป็นสาเหตุของความไม่พึงพอใจแต่หากอยู่ในระดับสูงหรืออยู่ในระดับพึงพอใจผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจ (Parasuraman and Berry, 1991: 57-62) หรืออาจแบ่งการตัดสินคุณภาพของบริการออกเป็น 3 ระดับตามมาตรฐานของผู้รับบริการ คือ 1) บริการเป็นไปตามที่คิดหรือคาดหวังไว้ 2) บริการเป็นไปตามการคาดการณ์หรือประสบการณ์ของผู้รับบริการ 3) เป็นบริการที่ยอมรับได้แต่เพียงพอน้อยที่สุด เมื่อผู้รับบริการได้รับการตอบสนองในครั้งแรกจะเกิดการซื้อบริการซ้ำและในระยะยาวจะเป็นลูกค้าที่ซื้อสัปดาห์ต่อบริการหรือสินค้า (Barsky, 1995: 18-24)

ส่วนความต้องการของผู้รับบริการขั้นพื้นฐานนั้นมี 4 ประการคือ 1) การได้รับความเข้าใจ คือการพยายามแสดงความเข้าใจในความต้องการของผู้รับบริการ 2) การรู้สึกได้ถึงการต้อนรับ คือการทักทายที่แสดงออกมาจากใจ การยิ้มหรือสบตาและเดินเข้ามาหา การเสนอตัวให้ความช่วยเหลือ 3) การได้รับความสะดวกสบาย คือความสะดวกสบายเมื่อใช้บริการ รวมถึงวัสดุอุปกรณ์อำนวยความสะดวก 4) การได้รับความสำคัญ คือผู้รับบริการต้องได้รับความสำคัญและความแตกต่างเมื่อไปใช้บริการ (ชัยเสถสิทธิ์ พรหมศรี, 2549: 21-22)

### ลักษณะความคาดหวังของผู้ป่วย

ความคาดหวังของผู้ป่วย อาจระบุได้โดยการสำรวจ การรวบรวมข้อกำหนด กฎ ระเบียบ ต่างๆ มาตรฐานหรือจรรยาบรรณวิชาชีพ การระดมสมองจากบุคลากร ความคาดหวังของผู้ป่วยนั้น อาจระบุออกมาอย่างชัดเจนหรือการคาดหวังว่าควรจะเป็นก็ได้ (สิทธิศักดิ์ พฤษชัยปิติกุล, 2542: 14) เมื่อผู้ป่วยมารับบริการจะเกิดประสบการณ์การรับบริการและทำให้เกิดความคาดหวังต่อการรับบริการในครั้งต่อไป โดยผู้ป่วยจะคาดหวังต่อกระบวนการให้บริการและผลลัพธ์ของการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ผู้ป่วยใช้ประเมินบริการตั้งแต่ต้นจนจบ ช่องว่างบริการจะเกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบบริการที่คาดหวังกับประสบการณ์เดิม (Conway and Willcocks, 1997: 131-140)

การตัดสินคุณภาพบริการของผู้ป่วยนั้นประเมินจากการตอบสนองของเจ้าหน้าที่ ซึ่งดูจากปฏิสัมพันธ์จากเจ้าหน้าที่ เมื่อผู้ป่วยเกิดการรับรู้จะถูกนำไปเปรียบเทียบกับความคาดหวัง ซึ่งหากอยู่ในระดับสูงจะทำให้เกิดความพึงพอใจ แต่หากการตอบสนองของเจ้าหน้าที่ต่ำกว่าระดับความคาดหวัง

ทำให้มีช่องว่างเกิดขึ้นและทำให้เกิดความพึงพอใจในระดับต่ำ นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีความคาดหวังในระดับต่ำจะเป็นการง่ายต่อการทำให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการ แต่ถ้าหากผู้ป่วยมีความคาดหวังในระดับสูงจะยากในการทำให้เกิดความพึงพอใจ ความพึงพอใจของผู้ป่วยจึงมักจะอยู่ในระดับต่ำ (Epel et al., 2001: 318)

โยธิน แสงดี และคณะ (2543: 50-65, 115) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดทุกข์สำหรับผู้รับบริการที่สถานีอนามัยมี 8 องค์ประกอบคือ 1) สภาพแวดล้อมของสถานีอนามัย 2) เวลาในการให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 3) กังวลใจในเรื่องยาและการวินิจฉัย 4) กังวลใจในเรื่องความปลอดภัยที่ต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น 5) บุคลิกภาพของผู้ให้บริการ 6) การจัดระบบเวร 7) การถูกเอาเปรียบในการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม 8) การชี้แจงและการต้อนรับ นอกจากนี้ยังได้สรุปทุกข์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนอกได้แก่ 1) ทุกข์ที่เกิดจากการบริการที่ล่าช้าและกังวลว่าเครื่องมือจะไม่สะอาด 2) ทุกข์เพราะกังวลใจเมื่อแพทย์ไม่บอกว่าอาการป่วยมีอาการหนักแค่ไหน เนื่องจากมีเวลาอยู่กับแพทย์จำกัด 3) ทุกข์และความเดือดร้อนที่เกิดจากปฏิกิริยาท่าทางที่ไม่สุภาพของบุคลากรหน้าห้องตรวจ 4) ทุกข์เกิดจากความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและกิริยาท่าทางที่ไม่สุภาพของแพทย์ 5) ทุกข์ที่เกิดจากระบบบริหารงานฝ่ายเภสัชกรรม 6) ทุกข์เรื่องค่ารักษาพยาบาลแพงเกินความจำเป็นและค่าเดินทางเนื่องจากเป็นผู้ป่วยส่งต่อ 7) ทุกข์ที่เกิดจากการรอรับยานาน 8) ทุกข์ที่เกิดจากสภาพแวดล้อมของจุดรับบริการผู้ป่วยนอกที่แออัดและห้องน้ำไม่สะอาด

กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย (2539) ได้สรุปเหตุผลสำคัญของการมาใช้บริการของผู้มารับบริการสถานบริการภาคเอกชนประกอบด้วย 1) ใกล้เคียงและสะดวกในการเดินทาง 2) คุณภาพบริการ 3) ความเชื่อถือในตัวแพทย์ 4) มีผู้แนะนำให้มา 5) มีสิทธิประโยชน์ 6) เชื่อถือในสถานบริการ 7) บริการดี ต้อนรับดี 8) ไม่เสียเวลาคอยตรวจรักษาและได้สรุปประเด็นที่สถานบริการภาคเอกชนมีคุณภาพบริการดีเหนือกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเด็นเดียวกันกับสถานบริการภาครัฐคือ ความสามารถของแพทย์ คุณภาพของเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การตรวจรักษา

ทฤษฎีความคาดหวังอธิบายความพึงพอใจในแง่ที่ว่าบุคคลจะเกิดความพึงพอใจได้ก็ต่อเมื่อได้ประเมินแล้วว่างานนั้นๆจะนำผลตอบแทนมาให้ ซึ่งบุคคลได้มีการตัดสินใจไว้ล่วงหน้าแล้วว่าคุณค่าของสิ่งที่ได้รับเป็นอย่างไร จึงเลือกงานที่นำผลลัพธ์ต่างๆและบุคคลจะรู้ถึงความพึงพอใจที่เกิดขึ้น ทศนะของแนวคิดทฤษฎีนี้มาจากหลายบุคคลได้แก่ Vroom และ Lawler and Porter (กานดา จันทร์เข้ม, 2546: 69-70)

แนวคิดของทฤษฎีนี้อยู่ที่ผลได้ ความปรารถนาที่รุนแรงและความคาดหวัง ทฤษฎีความคาดหวังจะคาดคะเนว่าโดยทั่วไปบุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่อเมื่อมองเห็น โอกาสความน่าจะเป็นค่อนข้างเด่นชัดว่า หากมีความพยายามก็จะนำไปสู่ผลงานที่สูงขึ้นและผลงานที่สูงขึ้นจะนำไปสู่ผลได้ที่ปรารถนา ซึ่งหมายถึงว่าความคาดหวังนี้เกิดก่อนการกระทำจึงสามารถเป็นเหตุของการกระทำ พฤติกรรมของมนุษย์จึงเกิดจากแรงผลักดันซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากความต้องการและอีกส่วนหนึ่งเกิดจากความคาดหวังที่ได้รับสิ่งจูงใจ ผลตอบแทนหรือผลลัพธ์จะมีความสำคัญและจะเป็นตัวทำให้หยุดพฤติกรรมได้ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจต่อผลตอบแทน ซึ่งผลตอบแทนนั้นบุคคลจะต้องรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่เกิดจากพฤติกรรมและถ้าหากจะให้ผลตอบแทนมีผลต่อความพยายามของบุคคลแล้วต้องให้เขารับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงในระดับของกำลังความพยายามจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผลของการปฏิบัติงานของเขา (กานดา จันทรชัย, 2546: 69-70) กานดา จันทรชัยกล่าวเพิ่มเติมถึงแนวคิดของ Vroom ว่า พลังซึ่งเป็นแรงผลักดันคำนวณได้จากความสัมพันธ์สามประการคือ ความคาดหวังมูลค่ารางวัลหรือผลตอบแทนที่ได้และวิธีการหรือลักษณะการแสดงพฤติกรรม ซึ่งเขียนเป็นสมการได้ดังนี้คือ

$$\text{พลัง} = \text{ความคาดหวัง} \times [\text{มูลค่ารางวัล} \times \text{วิธีการแสดงพฤติกรรม}]$$

เมื่อ พลัง เป็นผลรวมของการจูงใจที่ผลักดันให้แสดงพฤติกรรมในหลายๆ ลักษณะ

ความคาดหวัง เป็นการคาดหวังเกี่ยวกับความน่าจะเป็นว่าเขาจะมีความสามารถเพียงพอที่จะแสดงพฤติกรรมใดๆ ได้หรือไม่ ซึ่งคล้ายกับการรู้จักความสามารถของตนเองหรือความมั่นใจในตนเองว่าเขาจะมีความสามารถกระทำหรือแสดงพฤติกรรมได้ในระดับใด เสนาะ ดิยาว (2544: 218) กล่าวเพิ่มเติมว่า ความคาดหวัง เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ความพยายามไปสู่ผลการปฏิบัติงานตามความคาดหวัง ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ถ้าคาดหวังสูงค่าก็จะใกล้ 1 แต่ถ้าคาดหวังต่ำค่าก็จะใกล้ 0

มูลค่ารางวัล เป็นมูลค่าของผลตอบแทนหรือรางวัลที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรม

วิธีการแสดงพฤติกรรม เป็นวิธีการหรือลักษณะของพฤติกรรม ซึ่งมีความน่าจะเป็นที่จะทำ ให้ได้ผลตอบแทนในลักษณะต่างๆ เสนาะ ดิยาว (2544: 218) กล่าวเพิ่มเติมว่า วิธีการแสดงพฤติกรรม เรียกอีกอย่างว่า ความคาดหวังผลตอบแทนที่จะได้รับจากผลการปฏิบัติงาน ซึ่งจะมีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 ถ้า -1 หมายถึงได้รับรางวัลตอบแทนจากการทำงานในทางตรงกันข้าม (ทางลบ) ถ้าผลการปฏิบัติ

เป็น +1 หมายถึงได้รับผลตอบแทนจากการทำงานในทางเดียวกัน (ทางบวก) แต่หากผลการปฏิบัติงาน เป็น 0 หมายถึงไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างผลการปฏิบัติงานกับรางวัลตอบแทน

จากสมการความสัมพันธ์นี้ ถ้าผลของคะแนนพลังสูงพบว่าบุคคลจะมีแรงกระตุ้นอย่างมาก ที่จะแสดงพฤติกรรมให้สัมฤทธิ์ผล แต่ถ้าผลของคะแนนพลังต่ำบุคคลจะมีแรงกระตุ้นต่ำที่จะแสดง พฤติกรรม ทฤษฎีความคาดหวังสามารถพยากรณ์การเลือกแสดงพฤติกรรมจากทางเลือกมากกว่า สองทาง อย่างไรก็ตามบุคคลที่มีคะแนนพลังสูงในการแสดงพฤติกรรมใดๆเขาจะได้รับการจูงใจให้ แสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติงานด้วยความเข้มแข็ง แต่การแสดงพฤติกรรมเช่นนี้ไม่ได้เป็นตัวบอกว่า ผลการทำงานจะดีหรือไม่ ผลการปฏิบัติงานที่ดีจะมีปัจจัยอื่นๆที่สำคัญอีกหลายประการ ทฤษฎีนี้ เพียงแต่บอกว่าการแสดงพฤติกรรมใดๆนั้น บุคคลมีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นหรือมีแรงผลักดันที่ จะแสดงพฤติกรรมในระดับใด ซึ่งพฤติกรรมการทำงานที่มีพลังย่อมดีกว่าพฤติกรรมการทำงานที่ขาด ความกระตือรือร้นหรือแรงกระตุ้นในการทำงาน

Lawler and Porter ได้แก้ไขและขยายทฤษฎีของ Vroom เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความ พึงพอใจกับการปฏิบัติงานและมีความเห็นว่า การปฏิบัติงานย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจของ คนงาน จึงตั้งสมมติฐานว่าความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานและความพึงพอใจในงานจะถูก เชื่อมโยงด้วยรางวัลหรือผลตอบแทน (อารี เพชรสุต, 2537: 115)

สรุปได้ว่าทฤษฎีความคาดหวัง กล่าวถึงการคาดคะเนล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติงาน หรือกิจกรรมที่จะปฏิบัติในอนาคต โดยบุคคลจะมีความคาดหวังต่อผลตอบแทนหรือรางวัลที่จะ ได้รับจากการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมที่ทำเหล่านั้น ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นหากบุคคลได้รับการ ตอบสนองความคาดหวังคือ ได้รับผลตอบแทนหรือรางวัลตามความคาดหวังที่คาดคะเนไว้ล่วงหน้า แสดงให้เห็นว่าความคาดหวังไม่ได้เกิดขึ้นเองตามลำพัง แต่มีสาเหตุของการเกิดและการเกิด ความคาดหวังนั้นบุคคลจะคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณถึงโอกาสความน่าจะเป็น เพื่อให้ได้รับรางวัลหรือ ผลตอบแทนจากการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมต่างๆ แสดงว่าความคาดหวังเกิดขึ้น โดยเป็นไปตาม หลักของผลตอบแทนเป็นสำคัญ นอกจากนี้ความคาดหวังยังเป็นพลังผลักดันกระตุ้นให้บุคคลเกิด การแสดงพฤติกรรม หากบุคคลประเมินมูลค่ารางวัลหรือผลตอบแทนที่จะได้รับว่ามีมูลค่าสูงก็จะ เป็นแรงจูงใจให้มีให้มีความพยายามอย่างมากที่จะแสดงพฤติกรรม เพื่อให้ได้รับผลตอบแทนตามที่ คาดหวังไว้

## แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวัง

ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ (Hierarchy of Need Theory) ของ Maslow มีสมมติฐานว่ามนุษย์มีความต้องการและความต้องการของมนุษย์ไม่มีที่สิ้นสุด ความต้องการใดได้รับการตอบสนองแล้วความต้องการอื่นจะเข้ามา แทนที่ ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วไม่เป็นสิ่งจูงใจต่อไป ส่วนความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองจะยังเป็นสิ่งจูงใจอยู่และเมื่อความต้องการระดับต่ำได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการระดับสูงก็จะเรียกร้องให้มีการตอบสนองต่อไป ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์จากระดับต่ำไปถึงระดับสูงมี 5 ขั้นดังนี้ (จิราภา เต็งไตรรัตน์ และคณะ, 2544: 250-251)

ขั้นที่ 1 ความต้องการด้านสรีระ (physiological needs) เป็นความต้องการเพื่อการอยู่รอด เช่น ความต้องการในเรื่องอาหาร ที่อยู่อาศัย ความต้องการทางเพศ การพักผ่อนนอนหลับ การได้หย่อนใจ

ขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (safety needs) เป็นเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย ความเจ็บป่วยและความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ รวมถึงการรับประกันต่อความมั่นคงในหน้าที่การงานและการส่งเสริมเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ ถ้าหากไม่ได้รับการสนองตอบ คนเราอาจหาทางหลบหนีไปจากสภาพนั้นๆ ก็ได้

ขั้นที่ 3 ความต้องการความรักหรือสังคม (belonging needs or social needs) เป็นความต้องการได้รับความอบอุ่น การยอมรับจากสมาชิกหรือเพื่อนๆ ในกลุ่ม ต้องการทราบว่าตนเองมีฐานะอย่างไรในกลุ่มนั้น

ขั้นที่ 4 ความต้องการความนิยมนับถือในตนเอง (esteem needs) เป็นความต้องการระดับสูงที่เกี่ยวกับความมั่นใจในตนเองในเรื่องของความรู้ ความสามารถ เป็นความต้องการที่จะให้ผู้อื่นยกย่องสรรเสริญเมื่อทำงานสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้สำเร็จและความพึงพอใจในการที่มีฐานะเด่นทางสังคม

ขั้นที่ 5 ความต้องการพัฒนาศักยภาพตนเอง (self actualization needs) เป็นขั้นสุดท้ายของความต้องการและเป็นความต้องการสูงสุดของบุคคล เพื่อแสดงถึงสิ่งที่เขามีความสามารถและศักยภาพที่จะกระทำได้

สรุปได้ว่าทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow กล่าวถึงความต้องการการตอบสนองของมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยความต้องการทางด้านร่างกายเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดเพื่อตอบสนองความต้องการทางชีวภาพให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ถัดมาเป็นความต้องการที่สูงขึ้นไปทั้งทางด้านจิตใจและสังคม โดยความต้องการทางด้านจิตใจเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในสังคมและความรัก ความอบอุ่นจากบุคคลรอบข้าง ส่วนทางด้านสังคมเกี่ยวข้องกับการได้รับการยอมรับจากสมาชิกในสถานะที่ตนเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและความต้องการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ตามทฤษฎีนี้เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนองแล้วจะเกิดความต้องการอื่นๆเข้ามาทดแทนและไม่มีที่สิ้นสุด ไม่มีขีดจำกัดและมีแนวโน้มว่าจะมีความต้องการในระดับที่สูงขึ้น

### แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

#### ความหมายของคุณภาพบริการ

คุณภาพบริการมีความหมายโดยสรุปดังนี้ คุณภาพเป็นลักษณะโดยรวมของสิ่ง ๆ หนึ่งที่แสดงออกซึ่งความสามารถในการที่จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการหรือลูกค้า ซึ่งอาจจะระบุโดยชัดแจ้งหรือที่ควรจะเป็น คุณภาพเป็นทั้งสิ่งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ ในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการที่มีคุณภาพจึงต้องระวังไม่ให้หวั่นไหวคุณภาพหลุดออกจากกัน ซึ่งคุณภาพบริการในด้านนี้เกิดจากการรับรู้ของลูกค้าต่อบริการว่าตรงหรือเหนือความคาดหวังมากน้อยเพียงใด (สิทธิศักดิ์ พฤษชัยปิติกุล, 2542: 1; เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545: 41-42 และ ชัยเสถียร พรหมศรี, 2549: 50) คุณภาพของการให้บริการจึงไม่ใช่การให้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ แต่เป็นการให้บริการที่ตรงกับความต้องการเพื่อให้เกิดความพึงพอใจและต้องหาความสมดุลระหว่างความต้องการกับความอยู่รอดขององค์กร (พิสิทธิ์ พิพัฒน์โกคากุล, 2549: 29-30)

คุณภาพบริการจะเกิดเมื่อผู้ซื้อหรือลูกค้าและผู้ขายหรือผู้ส่งมอบได้ตกลงกันว่าผู้ส่งมอบจะต้องส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือการบริการให้ตรงตามข้อตกลงในการซื้อขายที่ได้กำหนดคุณลักษณะต่างๆของสินค้าและบริการนั้นๆในวันส่งมอบและตลอดไปจนสิ้นสุดการใช้งานของผลิตภัณฑ์ หากผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ส่งมอบมีคุณลักษณะต่างๆสอดคล้องกับข้อกำหนดและสามารถใช้งานได้ตรงตามที่ระบุตามที่ตกลงกันแล้วถือว่าผลิตภัณฑ์หรือการบริการที่ส่งมอบนั้นมีคุณภาพ (วีรพงษ์ เณติมจิระรัตน์, 2539) ซึ่งคุณภาพบริการตามลักษณะนี้คือ การปราศจากข้อบกพร่อง ได้มาตรฐาน

เหมาะสม ไร้ข้อผิดพลาด ให้ผลลัพธ์ที่ดี นอกเหนือไปจากการสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543: 5)

ความหมายคุณภาพบริการจึงมี 2 ความหมายใหญ่ๆ คือบริการที่สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการจนเกิดความพึงพอใจและบริการที่ปราศจากข้อบกพร่อง ซึ่งความหมายแรกเป็นความหมายในเชิงอัตวิสัยซึ่งแปรผันไปตามคุณลักษณะและความคาดหวังของแต่ละบุคคล แต่ละกลุ่มหรือแต่ละท้องถิ่น ส่วนในความหมายที่สองเป็นความหมายในเชิงวัตถุวิสัยที่มีการกำหนดกฎเกณฑ์ในการวัดค่อนข้างแน่นอน แต่เมื่อพิจารณาควบคู่กันทั้งสองความหมายจะมีความสัมพันธ์กันและเป็นองค์ประกอบร่วมกันในการวัดคุณภาพบริการ (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, 2543: 145)

จากความหมายของคุณภาพบริการสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพบริการเป็นการเปรียบเทียบผลผลิตหรือบริการจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง 2 กลุ่มคือ 1. กลุ่มผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ เป็นการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้อ้างอิงซึ่งมีลักษณะเป็นทางการ ซึ่งคุณภาพที่ดีคือการปราศจากข้อบกพร่องของผลผลิตหรือบริการนั้นๆ 2. กลุ่มลูกค้าหรือผู้รับบริการ เป็นการเปรียบเทียบกับความต้องการหรือความคาดหวังของตนเองซึ่งมีลักษณะไม่เป็นทางการ คุณภาพบริการที่ดีในความหมายของกลุ่มนี้คือความพึงพอใจที่ได้รับ

### องค์ประกอบของคุณภาพบริการ

บริการที่ดีตามนิยามของ วิทยา ด้านธำรงกุล (2546: 10) มีดังนี้

1. การทำให้เกิดความรู้สึที่ดี เกิดความประทับใจอย่างต่อเนื่องยาวนาน
2. การมีมุมมองเดียวกับลูกค้าและทำในสิ่งที่ลูกค้าคาดหวัง
3. การสร้างประสบการณ์ที่ดีด้วยการทำให้ลูกค้าบรรลุความคาดหวังซึ่งก็คือสามารถสนองความต้องการของลูกค้าได้ด้วยวิถีทางที่ลูกค้าพึงพอใจ

องค์ประกอบของคุณภาพของบริการสุขภาพของ Lim, Tang, and Jackson (1999: 424) มี 2 องค์ประกอบคือ

1. ด้านเทคนิควิธีการ หมายถึงคุณลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ รวมถึงความสามารถทักษะของเจ้าหน้าที่หรือแพทย์และผลการรักษา ซึ่งทำได้โดยการติดตามและตรวจสอบคุณภาพงานแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เช่น แพทย์ควรเรียนรู้จากผู้ป่วยเพื่อนำมาพัฒนาทักษะในการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษา

2. ด้านการปฏิสัมพันธ์ เป็นการให้การดูแลสุขภาพที่คำนึงถึงด้านสังคม จิตวิทยาระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ รวมไปถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การรักษา การให้ข้อมูลมารยาทและอภัยโทษ การเอาใจใส่ เป็นต้น

### การประเมินคุณภาพบริการของผู้รับบริการ

การประเมินคุณภาพบริการเป็นการวิเคราะห์ผลงานที่ทำ (บริการที่ให้) โดยพิจารณาจากมาตรฐานที่กำหนดและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในส่วนของการประเมินคุณภาพบริการโดยผู้รับบริการนั้น เกณฑ์หลักเป็นเรื่องของบุคลิกและการปะทะสังสรรค์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เนื่องจากการบริการเป็นสิ่งจับต้องไม่ได้ซึ่งเป็นเรื่องยากที่ผู้รับบริการจะประเมิน การตัดสินคุณภาพบริการจึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ซึ่งสามารถประเมินได้เฉพาะช่วงเวลาที่รับบริการเท่านั้น ในการประเมินคุณภาพบริการนั้นผู้รับบริการมักไม่ได้แยกแยะระหว่างตัวผู้ให้บริการกับองค์กร จึงเป็นการมองแบบเหมารวมกับตัวผู้ให้บริการ โดยไม่สนใจว่าเบื้องหลังการทำงานของผู้ให้บริการจะเป็นอย่างไร ผู้ให้บริการจึงต้องทำตัวเป็นตัวแทนที่ดีขององค์กร เพื่อให้เกิดประสบการณ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ นอกจากนี้การประเมินคุณภาพบริการยังขึ้นอยู่กับความเชื่อถือศรัทธา เนื่องจากบางครั้งผู้รับบริการไม่มีความรู้เพียงพอที่จะประเมินคุณภาพบริการในลักษณะนั้นได้ เช่น การผ่าตัด การรับคำปรึกษาทางกฎหมาย

คุณภาพบริการจะเกิดขึ้นในจุดแรกที่ผู้รับบริการสัมผัสซึ่งจุดนี้มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ความประทับใจในบริการจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการ โดยคุณภาพบริการที่ดีจะต้อง รวดเร็ว ถูก ดีกว่าและไม่ทำให้ผู้รับบริการเสียเวลาในการรอนาน รวมถึงปัจจัยด้านผู้ให้บริการและสถานที่ เช่น สถานที่ต้องสะอาด เรียบร้อย สวยงาม ผู้ให้บริการต้องยิ้มแย้มและเต็มใจให้บริการ คือต้องเข้าไปในลักษณะที่ว่า “หน้าไม่งอ รอไม่นาน วาจาไพเราะ เสนาะหู” ส่วนสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมก็ต้อง

เข้าลักษณะ คือ 1) แสง หมายถึง สถานบริการมีแสงสว่างเพียงพอ 2) สี หมายถึง สถานบริการต้องมีสีที่สอดคล้องกับชนิดของบริการ 3) เสียง หมายถึง สถานบริการควรจะไม่มีความดังหรืออีกที่ก็ไม่เหมาะสม 4) สะอาด หมายถึง สถานที่สะอาด บริการที่สะอาด ปราศจากการติดเชื้อ 5) สะดวก หมายถึง สะดวกในสถานที่ตั้ง การติดต่อเข้ารับบริการ

เมื่อผู้รับบริการประทับใจ ยิ่งประทับใจมากผู้รับบริการก็จะรู้สึกว่าบริการนั้นมีคุณภาพซึ่งก็คือความพึงพอใจ คุณภาพบริการที่วัดจากความประทับใจหรือความสุขของผู้มารับบริการเรียกว่าดัชนีชี้วัดความพึงพอใจของลูกค้า ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบระหว่างบริการที่ส่งมอบให้ลูกค้ากับความคาดหวังในบริการของลูกค้า ค่าของดัชนีนี้หากเท่ากับ 1 หมายถึงลูกค้าพอใจ ประทับใจหรือบริการเป็นไปตามความคาดหวัง หากมากกว่า 1 หมายถึงได้รับบริการมากกว่าความคาดหวัง ทำให้มีความปลื้มใจและสุขใจ แต่หากน้อยกว่า 1 หมายถึงต้องปรับปรุงบริการหรือบริการที่ได้รับน้อยกว่าความคาดหวัง

นอกจากนี้เนื่องจากความต้องการของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การที่จะคงคุณภาพไว้ในสายตาของผู้รับบริการจึงเป็นสิ่งที่ยาก ดังนั้นองค์กรควรหมั่นตรวจสอบเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยการหาคำตอบต่อไปนี้คือ 1) ความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าต่อองค์กร 2) บทบาทขององค์กรและหน่วยงานสนับสนุนในการตอบสนองผู้รับบริการ 3) รายละเอียดของบริการที่สามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการเพิ่มขึ้น (วิระวัฒน์ ปันนิตามัย, 2538: 251; วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2541: 203-206; พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, 2543: 145, 147; วิชาदान์ธารังกุล, 2546: 17-20 และ ชัยเสถวุฒิ พรหมศรี, 2549: 51)

Parasuraman and Berry (1991: 16) ได้สรุปรวมปัจจัยการวัดคุณภาพบริการ ซึ่งเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการนี้เรียกว่า SERVQUAL (Service Quality) โดยประเมินคุณภาพ 5 ด้าน ดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็น เครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากรและการอุปกรณ์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร

2. ความน่าเชื่อถือวางใจได้ หมายถึง ความสามารถในการให้บริการนั้นตรงกับสัญญา มีความน่าเชื่อถือและเที่ยงตรง ถูกต้อง ไม่ผิดพลาด

3. การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันที่

4. การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้และทักษะของผู้ให้บริการ ความสุภาพ อธิษาศัยดี มีกริยาท่าทางและมารยาทที่ดีในการให้บริการ สามารถที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและเกิดความมั่นใจต่อผู้รับบริการ

5. การเข้าใจ รับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ หมายถึง ความเอื้ออาทร เอาใจใส่ผู้รับบริการ ตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการในแต่ละคน

Conway and Willcocks (1997: 131-140) ได้เสนอแนวคิดลักษณะเฉพาะของคุณภาพบริการของระบบบริการสุขภาพซึ่งมีมิติในการประเมิน 10 ด้าน โดยในด้านที่ 1-5 เป็นความคาดหวังพื้นฐานของผู้รับบริการตามแนวคิดของ Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1991) ซึ่งมีมิติในการประเมินทั้ง 10 ด้าน ประกอบด้วย

1. ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติตามสัญญา บริการมีความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้

2. ความเป็นรูปธรรมของบริการ หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏทั้งหมด เครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากร ฯลฯ

3. การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ หมายถึง ความเต็มใจในการให้บริการและการบริการอย่างทันทีทันใด

4. การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้ ความสามารถของผู้ให้บริการ ความสามารถในการสื่อสารมีความน่าเชื่อถือรวมถึงการรักษาความลับ

5. การเข้าใจ รับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ หมายถึง การดูแล การเอาใจใส่สนใจต่อผู้รับบริการ

6. การเข้าถึงบริการ เนื่องจากในบริการสาธารณะมีการแบ่งแยกกันระหว่างผู้รับบริการกับผู้จ่ายเงิน จึงเป็นผู้รับบริการที่ไม่ถูกต้องสมบูรณ์เหมือนภาคเอกชน เพราะการตัดสินใจในการเข้าถึงบริการเป็นบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายของรัฐ ดังนั้นการเข้าถึงบริการจึงมีความหมายกว้างขึ้น ซึ่งมีปัจจัยที่ทำให้มีความเป็นไปได้ 2 ประการคือ การเปิดเผยหลักเกณฑ์หรือประโยชน์ที่จะได้รับเพื่อใช้ในการตัดสินใจรับบริการและการปรับปรุงความสามารถและลดอุปสรรคต่างๆในการเข้าถึงบริการ เช่น เพิ่มชั่วโมงการให้บริการ เป็นต้น

7. สิทธิในการเลือก หมายถึง ผู้รับบริการมีทางเลือกในการตัดสินใจรับบริการอย่างอิสระตามลักษณะบริการที่ชอบหรือพึงพอใจ

8. การให้ข้อมูล หมายถึง การจัดเตรียมข้อมูล การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ

9. การแก้ไขข้อผิดพลาด หมายถึง การแก้ไขข้อผิดพลาด การชดเชยข้อผิดพลาด

10. การมีตัวแทน หมายถึง การมีองค์กรหรือตัวแทนของผู้รับบริการ

### คุณภาพของบริการด้านสุขภาพ

สิทธิศักดิ์ พฤษย์ปิติกุล (2544: 3) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพภายในโรงพยาบาลแบ่งได้ 3 ระดับคือ 1) การตรวจประเมินโดยบุคคลที่หนึ่งกระทำโดยบุคลากรภายในโรงพยาบาลเองและใช้มาตรฐานตามที่โรงพยาบาลกำหนด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจประเมินประสิทธิภาพของระบบคุณภาพว่าสอดคล้องกับข้อกำหนดมาตรฐาน เป้าหมายคุณภาพ นโยบายคุณภาพและข้อกำหนดทางคุณภาพที่กำหนดไว้หรือไม่ 2) การตรวจประเมิน โดยบุคคลที่สองกระทำโดยลูกค้าหรือผู้แทนของลูกค้าตามกำหนดการที่ลูกค้ากำหนดและใช้มาตรฐานที่ลูกค้ากำหนด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจประเมินว่าระบบคุณภาพของโรงพยาบาลมีขีดความสามารถเพียงพอหรือสอดคล้องตามข้อกำหนดของลูกค้าหรือไม่ 3) การตรวจประเมินโดยบุคคลที่สามกระทำโดยองค์กรอิสระ เช่น สถาบันพัฒนาต่าง ๆ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543: 122-123) จัดหมวดผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลตามมิติคุณภาพได้ดังนี้ หมวดที่ 1 คุณภาพของการให้การดูแลทางคลินิก หมวดที่ 2 คุณภาพของบริการและ หมวดที่ 3 คุณภาพของการจัดการองค์กร โดยในหมวดที่ 2 ด้านคุณภาพของบริการมี 10 ตัวชี้วัดคือ

1) ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้ป่วย 2) ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก 3) ระยะเวลาเฉลี่ยในการผ่าตัด (เฉพาะโรคที่กำหนด) 4) ระยะเวลาเฉลี่ยในการนัดตรวจพิเศษ 5) อัตราผู้ป่วยนอกที่กลับโดยไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์ 6) อัตราผู้ป่วยนอกที่ใช้เวลารับบริการรวมนานกว่า 4 ชั่วโมง 7) จำนวนครั้งของรายงานเหตุการณ์ เช่น ผู้ป่วยตกเตียง ลื่นหกล้ม ฯลฯ 8) จำนวนการหกล้มของผู้มารับบริการ 9) อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ 10) อัตราการไม่สมัครใจของผู้ป่วยใน

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543: 51) กล่าวถึงมิติคุณภาพของบริการสุขภาพซึ่งมี 8 ประการดังนี้ 1) ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ 2) การเข้าถึงบริการหรือมีบริการให้เมื่อต้องการ 3) ความเหมาะสมของการดูแลรักษาเทียบกับมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนด 4) ประสิทธิผลของการดูแลรักษา คือ การหาย ไม่ตาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 5) ประสิทธิภาพหรือความคุ้มค่าในผลที่ได้รับเมื่อเทียบกับทรัพยากรที่ใช้ไป 6) ความปลอดภัย 7) ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา 8) การยอมรับหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดคุณภาพบริการทั้งหมด ผู้วิจัยมีความสนใจแนวคิดของ Parasuraman and Berry ที่ศึกษาคุณภาพบริการ โดยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพ SERVQUAL ทั้ง 5 ด้านคือ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความน่าเชื่อถือวางใจได้ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการและการเข้าใจ รับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังกล่าวเป็นแนวทางในการศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

### แนวคิดเกี่ยวกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

รัฐบาลได้นำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในปี 2544 โดยมีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและได้มุ่งเน้นให้มีระบบบริการปฐมภูมิเกิดขึ้นเพื่อให้เข้าถึงประชาชนทุกพื้นที่ ดังนั้นระบบบริการปฐมภูมิจึงเป็นหัวใจหนึ่งของการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545, อ้างในสถาบันพัฒนาศาสตร์, ม.ป.ป.: 10) เนื่องจากบริการปฐมภูมิเป็นระบบบริการที่ทำหน้าที่ผสมผสานการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขและเป็นบริการด่านแรกที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด

ในการศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU) ในการศึกษาความคาดหวังต่อคุณภาพบริการและได้ทบทวนเอกสารที่มีความเกี่ยวข้องกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### ความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

บริการปฐมภูมิมิที่มาจากคำประกาศขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1978 ณ กรุงอัลมาอัลตา โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่าเป็นบริการด่านแรกที่ดูแลประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนมิใช่ดูแลรายบุคคลแต่เป็นการดูแลทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนสุขภาพดี แต่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่าบริการปฐมภูมิเหมือนกับคำว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน” ซึ่งประเทศไทยนำคำนี้มาใช้เฉพาะในกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขเท่านั้นแต่ไม่รวมถึงการจัดบริการของภาครัฐอื่นได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ทำให้ในการนำมาใช้มีความแตกต่างกันกับขององค์การอนามัยโลกและประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่โดยหลักการก็ยังคงเหมือนกันคือการทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วมและการจัดบริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชนและประชาชนเข้าถึงได้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542: 9-14) สุพัตรา ศรีวณิชชากร กล่าวเพิ่มเติมว่าบริการปฐมภูมิ บริการเวชปฏิบัติครอบครัวหรือบริการด่านแรกต่างมีความทับซ้อนและเชื่อมโยงกันภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน การให้ความหมายของบริการปฐมภูมิจึงมีหลายมุมมองแล้วแต่ประเด็นที่พิจารณาคือ หากพิจารณาตามความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็น บริการระดับปฐมภูมิ ทุติภูมิและตติภูมิ เมื่อพิจารณาตามเนื้อหาของศาสตร์สามารถแบ่งได้เป็น บริการเวชปฏิบัติครอบครัวหรือเวชปฏิบัติทั่วไปและบริการเฉพาะทางสาขาต่างๆ แต่หากพิจารณาตามลำดับขั้นของบริการสามารถแบ่งได้เป็น บริการด่านแรกและบริการที่โรงพยาบาลและสถาบันเฉพาะทางต่างๆ

บริการปฐมภูมินั้นเป็นบริการที่อยู่ระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งและเนื่องจากความหมายของบริการระดับปฐมภูมินั้นมีลักษณะความเป็นนามธรรมสูงทำให้มีการแปลความหมายที่หลากหลายและมีชื่อเรียกที่แตกต่างกัน เช่น สถานบริการด่านแรกหรือสถานบริการด้านหน้า สถานบริการปฐมภูมิหรือสถานบริการระดับต้น สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวหรือเวชศาสตร์ครอบครัว สถานบริการครอบครัวและหน่วยบริการปฐมภูมิ (สำเรึง แหงกระโทก, 2544)

บริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพที่บริการ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ได้เน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง แต่ให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมจิตวิทยาและผลสมผสานของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข พร้อมทั้งทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างระบบบริการสุขภาพกับประชาชนและใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดบริการ (อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2543: 100)

จากความหมายทั้งหมดของบริการระดับปฐมภูมิสามารถสรุปได้ว่า บริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการระดับแรกของระบบบริการสุขภาพทั้งหมดทั้งในด้านทำเลที่ตั้งและการจัดบริการ คือมีทำเลที่ตั้งอยู่ใกล้ชิดผู้รับบริการมากที่สุดและเป็นบริการสุขภาพลำดับแรกสุดของการจัดบริการสุขภาพ โดยมีลักษณะบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่องและผสมผสาน ไม่ซับซ้อน ไม่เน้นเทคโนโลยีด้านการแพทย์ แต่ให้ความสำคัญกับมิติของความเป็นมนุษย์ ครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก ที่บริการระดับนี้ยังมีความเชื่อมโยงกับบริการในระบบบริการสุขภาพอื่นๆคือ บริการในระดับโรงพยาบาลและสถาบันเฉพาะทาง

### ลักษณะเฉพาะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ภาพลักษณ์ของการบริการสาธารณสุขระดับต้นและภาพลักษณ์ของสถานีอนามัยในสองทศวรรษหน้า มีลักษณะดังต่อไปนี้ (สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และคณะ, 2539: 77)

1. เป็นบริการแบบองค์รวม เบ็ดเสร็จและผสมผสานทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกับชุมชนและระบบบริการทั้งระบบ
2. เป็นบริการที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสารและความรู้จริง
3. เป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขระดับอำเภอที่มีการบริหารจัดการที่ดีมีอิสระและยืดหยุ่นได้
4. เป็นบริการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง
5. มีความหลากหลายตามสภาพของแต่ละพื้นที่และตามความต้องการของชุมชน

คุณลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ดีมีลักษณะดังนี้ (สำนักงาน โครงการ ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) อ้างใน สถาบันพัฒนาศาสตร์, ม.ป.ป.: 10)

1. เป็นบริการด้านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก คุณเลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุและทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน เป็นที่ให้คำปรึกษาสุขภาพแก่ประชาชนก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ
2. เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงขณะป่วยและการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการหรือประชาชนอย่างต่อเนื่อง
3. เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง ให้บริการผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการทั้งทางด้าน การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
4. เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน
5. เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ส่งต่อและประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์และด้านสังคมเมื่อถึงคราวจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

#### หน้าที่ของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

หน้าที่ของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือบริการเวชปฏิบัติครอบครัวที่ดีสามารถสรุปได้ดังนี้ (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ, 2544 4-5)

1. เป็นที่ปรึกษาและช่วยสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างผสมผสาน หากไม่จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา ก็ควรแนะนำวิธีการดูแลและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม หากต้องการการรักษาหรือต้องใช้อาบน้ำในขอบเขตที่หน่วยบริการดูแลได้ ก็ทำหน้าที่ให้บริการอย่างผสมผสาน ถ้าดูแลเองไม่ได้หรือไม่ครอบคลุมก็ทำหน้าที่ส่งต่อหรือประสานกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2 ให้การบริการดูแลรักษาพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างผสมผสานเป็นเบื้องต้น รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพตามความจำเป็น

3 ให้คำปรึกษาแก่ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและสังคมในระดับเบื้องต้นและส่งต่อในกรณีที่มีปัญหาหนักหรือมีปัญหาเฉพาะ

4 ให้บริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังและการควบคุมโรค ในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ พร้อมกับสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ รวมทั้งการรายงานโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามกฎหมาย ด้านสาธารณสุข

5 ให้การดูแลบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง เพราะหน่วยบริการนี้อยู่ใกล้ชิด ใกล้บ้าน ไปใช้บริการได้สะดวก รวมทั้งมีพื้นความเข้าใจในสภาพพื้นฐานของชุมชน จึงน่าจะให้บริการที่สามารถประยุกต์ ปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และการใช้ชีวิตจริงที่บ้าน ได้อย่างสอดคล้องและปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่อง

6 ให้การดำเนินงานที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งครอบคลุมทั้งเรื่องยา อาหารและการบริการทางการแพทย์ที่ปลอดภัย มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

7 รับผิดชอบและร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผนแก้ปัญหา พัฒนาสุขภาพของชุมชน โดยร่วมมือกับประชาชน องค์กรชุมชน องค์กรท้องถิ่นและองค์กรอื่นๆในพื้นที่รับผิดชอบ

8 ประสานบริการกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน รวมทั้งส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยอื่นในระยะเวลาและสถานการณ์ที่เหมาะสม

### ความหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขลำดับแรกสุด จัดตั้งขึ้นตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้สามารถจัดบริการได้ตามมาตรฐาน โครงการที่ต้องการจัดบริการที่ครอบคลุมการดูแลประชากรทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ความหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิมิดังต่อไปนี้

ความหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยสรุปหมายถึง การจัดพื้นที่ในอาคารหรือจัดตั้งอาคาร แยกต่างหากและมีองค์ประกอบของบุคคล วัสดุ สิ่งของและระบบการทำงานเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ โดยมีสัดส่วนและองค์ประกอบเพื่อจัดบริการที่ชัดเจน ถูกต้องตามความหมายของบริการปฐมภูมิ เดิมนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิมิรูปแบบการจัดบริการอยู่แล้ว เช่น สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล เพียงแต่สถานบริการดังกล่าวไม่อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์แบบตามลักษณะ และมาตรฐานการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ การพัฒนาสถานบริการดังกล่าวเพื่อให้มี องค์ประกอบของหน่วยบริการปฐมภูมิครบถ้วนจึงต้องพัฒนาในด้านต่างๆ คือ ด้าน โครงสร้างทาง กายภาพ ด้านกระบวนการหรือการจัดการและด้านผลลัพธ์เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานของ โครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำเร็จ แหียงกระโทก, 2544)

ลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิยังเป็นหน่วยบริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพที่ ประชาชนมาใช้บริการ มีความใกล้ชิด รู้จักสภาพวิถีชีวิตและสังคมของประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ มากกว่าโรงพยาบาลหรือสถาบันเฉพาะทางต่างๆ มีความเข้าใจความต้องการ ความคาดหวัง ความรู้สึก ของประชาชนที่มาใช้บริการดีกว่าหน่วยบริการหน่วยอื่นและสามารถประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ ให้เข้ากับสภาพความต้องการที่แท้จริง สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรมของประชาชน ทำ หน้าที่ให้บริการสุขภาพ ดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องและเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการร่วม ดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองและพึ่งระบบบริการอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งทำหน้าที่ ประสานบริการและส่งต่อ ไม่จำเป็นที่หน่วยนี้ต้องมีความสามารถในการให้บริการโดยตรงทุกเรื่อง แต่ต้องสามารถจัดการสภาพปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของประชาชนได้ดี (สำนักงาน โครงการปฏิรูป ระบบบริการสาธารณสุข, 2545, อ้างในสถาบันพัฒนาศาสตร์, ม.ป.ป.: 4)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ม.ป.ป.: 3) กล่าวว่าหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีการจัดบริการ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของ กิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวมผสมผสาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและมี ระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม การพัฒนา สถานบริการต่างๆ เพื่อให้มีลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องพัฒนาให้ได้มาตรฐาน ดังต่อไปนี้

จากความหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิสรุปได้ว่า หน่วยบริการปฐมภูมิคือหน่วยบริการระดับแรกสุดในระบบบริการสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีการพัฒนาให้สถานบริการได้มาตรฐานตามเกณฑ์การจัดบริการระดับปฐมภูมิทั้งด้าน โครงสร้าง การจัดระบบบริการและผลลัพธ์ หน่วยบริการเหล่านี้มีลักษณะบริการที่ใกล้ชิดชุมชน ให้บริการด้านสุขภาพตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วยและหลังป่วยแก่ประชาชนในเขตบริการตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและมีความเชื่อมโยงบริการกับโรงพยาบาล หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

### หน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (2547: 28-29) กล่าวถึงหน้าที่ของสถานอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนดังต่อไปนี้

1. จัดบริการสาธารณสุขผสมผสานให้ได้มาตรฐานทั้งเชิงรุกและเชิงรับในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
  - 1.1 การส่งเสริมสุขภาพ
  - 1.2 การควบคุมป้องกันโรค
  - 1.3 การรักษาพยาบาล
  - 1.4 การฟื้นฟูสุขภาพ
  - 1.5 งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
2. ดำเนินการตามกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข
  - 2.1 เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายที่กำหนด
  - 2.2 สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำข้อบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข
3. คุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
  - 3.1 เฝ้าระวังการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ
  - 3.2 ตรวจสอบ เสนอตลาดสด สถานที่จำหน่ายอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร

- 3.3 ตรวจสอบและแนะนำสถานบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน
- 3.4 เผยแพร่ความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

#### 4. บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

- 4.1 งานบุคคล
- 4.2 งานงบประมาณและการเงิน บัญชี
- 4.3 งานพัสดุ
- 4.4 งานสารบรรณ
- 4.5 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ

#### 5. พัฒนาวิชาการแก่อาสาสมัครสาธารณสุขและดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

- 5.1 ประชุมฝึกอบรมความรู้แก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข
- 5.2 จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข
- 5.3 เป็นวิทยากร
- 5.4 เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการสาธารณสุข
- 5.5 ดำเนินการวิจัย

#### 6. ปฏิบัติงานตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล กระทรวง จังหวัดและอำเภอ เช่น

- 6.1 งานยาเสพติด ได้แก่ การค้นหากลุ่มเสี่ยง ผู้เสพสารเสพติด การบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพสารเสพติดและการสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็งเพื่อป้องกันการเสพสารเสพติด
- 6.2 งานประกันสุขภาพ ได้แก่ การขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิและการบริการสุขภาพ

#### โครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำเร็จ แห่งกระทก และ รุจิรา มังคละศิริ (2545) กล่าวว่า การจัดระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันได้จัดบริการออกเป็น 4 รูปแบบที่มีความเชื่อมโยงกันจากบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและบริการสุขภาพเฉพาะทางดังนี้

แบบที่ 1 ระบบบริการด้านสุขภาพเฉพาะทาง เป็นระบบบริการด้านสุขภาพที่มุ่งกลุ่มเป้าหมายเฉพาะหรือรองรับการจัดการกับปัญหาเฉพาะหรือที่ต้องใช้องค์ความรู้ เทคโนโลยี ทรัพยากรและความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เช่นระบบบริการการแพทย์ด้านจิตและประสาท ระบบบริการสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุ เป็นต้น

แบบที่ 2 ระบบบริการระดับสูง (ตติยภูมิ) เป็นระบบบริการด้านสุขภาพที่จัดบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนมากเป็นพิเศษ ในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยี ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยีและบุคลากรเป็นพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับกลางเฉพาะทางและระบบบริการอื่นๆ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกัน ซึ่งเป็นบริการของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

แบบที่ 3 ระบบบริการระดับกลาง (ทุติยภูมิ) เป็นระบบบริการด้านสุขภาพที่จัดบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนทั้งในวิทยาการและเทคโนโลยีมากกว่าบริการระดับต้น ระดับสูงและระบบบริการอื่นๆ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันซึ่งเป็นบริการของโรงพยาบาลชุมชน

แบบที่ 4 ระบบบริการระดับต้น (ปฐมภูมิ) เป็นระบบบริการด้านสุขภาพที่เน้นบริการบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีความยุ่งยากซับซ้อนในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยีไม่มาก แต่ซับซ้อนในมิติของมนุษย์และสังคม เป็นบริการแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ บริการเป็นองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการสถานบริการ ชุมชนและครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับกลาง ระบบบริการอื่นๆและกับชุมชนเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันซึ่งเป็นบริการของสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน

#### มาตรฐานทรัพยากรและการจัดการเพื่อการจัดระบบบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การจัดระบบบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยงานที่เป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิต้องจัดการและรับผิดชอบให้มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ให้บริการภายใต้หน่วยบริการหน่วยเดียวหรือจัดเป็นเครือข่ายบริการระดับต้นที่มีคุณสมบัติตามมาตรฐานและมีการจัดระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องตามมาตรฐานดังต่อไปนี้ (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ, 2544 22-25)

## 1. จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมประชากร

**1.1** จัดให้มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแลและประชากรให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด ทั้งนี้หน่วยบริการแต่ละแห่งจะรับผิดชอบประชากรไม่เกิน **10,000** คนต่อหน่วยบริการ (หนึ่งหน่วยคู่สัญญาอาจจัดให้มีหลายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิก็ได้) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็กอาจรับผิดชอบประชากรน้อยกว่า **10,000** คนก็ได้

**1.2** ในพื้นที่ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานีนามัยดูแล จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิโดย

**1.2.1** กรณีที่มีประชากรขึ้นทะเบียนน้อยกว่า **10,000** คนสามารถตั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในบริเวณที่ตั้งของโรงพยาบาลได้แต่ต้องจัดระบบให้คล่องตัว

**1.2.2** ในกรณีที่ประชากรมากกว่า **10,000** คน สามารถตั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลโดยรับผิดชอบประชากรไม่เกิน **10,000** คนส่วนที่เหลือต้องจัดให้เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน

**1.2.3** หน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการต้องแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน แยกจากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล โดยที่มีทีมประจำให้บริการและบริการได้สะดวก รวดเร็ว

**1.3** หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งจะต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวก ภายใน **30** นาทีโดยรถยนต์

## 2. จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้มาตรฐาน

หน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ มีบทบาทในการจัดการและสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งได้มาตรฐานตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

## 21 จิตความสามารถ

**21.1** มีการเปิดให้บริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการที่ผสมผสานร่วมกับการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้นและการให้ความรู้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการในหน่วยบริการทุกวัน หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งต้องเปิดให้บริการอย่างน้อย **56** ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยสามารถเชื่อมต่อกับบริการภายในเครือข่ายและการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาทำการ

**21.2** มีการจัดบริการด้านทันตกรรมป้องกัน และการรักษาฟันฟูทางด้านทันต กรรม โดยจัดให้มีบริการภายในหน่วยบริการเองหรือมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนในความรับผิดชอบ ไปรับบริการ ได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ **40** ชั่วโมง

**21.3** มีบริการความรู้ประชาชนที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการทุกวันทำการ

**21.4** มีบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ก่อนคลอด ดูแลหญิงตั้งครรภ์หลังคลอด วางแผนครอบครัว พร้อมทั้งมีระบบติดตามความต่อเนื่องของการบริการ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งต้องจัดให้มีบริการดังกล่าวอย่างน้อย **1-2** วันต่อสัปดาห์

**21.5** มีบริการดูแลสุขภาพเด็กอย่างน้อย **1-8** วันต่อเดือน

**21.6** มีบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การบริหาร รวมทั้งการติดตามเยี่ยมประจำเพื่อทำความเข้าใจ สร้างความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพให้แก่ครอบครัวและการให้บริบาลแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น

**21.7** มีบริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพของครอบครัวและปัจจัยที่จะกระทบต่อสุขภาพ เพื่อวางแผนและดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ประชาชนในความรับผิดชอบ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งจะต้องจัดบริการเยี่ยมบ้านและบริการเชิงรุกในชุมชนอย่างน้อย **10-15** ชั่วโมงต่อสัปดาห์

**21.8** บริการด้านฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น

**21.9** มีบริการด้านชั้นสูตรพื้นฐานที่ควรทำเองได้ และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่น  
ที่ให้บริการ ได้อย่างรวดเร็ว คล่องตัว

**21.10** มีบริการด้านยา ทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา การกำกับ  
คุณภาพและมาตรฐานยา

## 22 บุคลากร

บุคลากรที่ทำหน้าที่เฉพาะบริการปฐมภูมิ คิดเป็นอัตราส่วนของบุคลากรประเภท  
ต่างๆต่อประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบดังนี้

**221** มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ขั้นต่ำคือวุฒิระดับประกาศนียบัตรด้าน  
สาธารณสุข) เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า **1:1,250** และในจำนวนนี้ให้เป็น  
พยาบาลวิชาชีพ **1** ใน **4**

**222** อย่างน้อย **3** ใน **4** ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในข้อ **221** จะต้อง  
ทำงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นๆ

**223** มีแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของบริการปฐมภูมิร่วม  
รับผิดชอบเป็นทีมสุขภาพในอัตราส่วน **1: 10,000** ในพื้นที่ทุรกันดารและ/หรือหากไม่สามารถหาแพทย์  
มาให้บริการได้ให้จัดพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ **2** คนต่อแพทย์  
**1** คน

**224** มีทันตแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของบริการปฐมภูมิ  
ในอัตราส่วน **1 : 20,000** ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอให้ทันตภิบาลปฏิบัติงานแทนด้วย  
อัตราส่วนทันตภิบาล **2** คนต่อทันตแพทย์ **1** คนแต่ทั้งนี้ต้องมีทันตแพทย์ร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า  
**1: 40,000** คน

**225** มีเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของบริการปฐมภูมิร่วม  
ให้บริการและรับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคในอัตราส่วน **1: 15,000** ในพื้นที่  
ที่เภสัชกรไม่พอ ให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรม

เบื้องต้น ปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนเจ้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ 2 คนต่อเภสัชกร 1 คนแต่ทั้งนี้ ต้องมีเภสัชกรร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1: 30,000 คน

## 23 ด้านการจัดการ

หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละหน่วยต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสมคือ

**231** มีระบบรับผิดชอบประชาชน โดยต้องทราบว่าประชากรที่รับผิดชอบเป็นใคร อยู่ที่ไหน

**232** มีระบบที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม การจัดระบบข้อมูล

**233** จัดระบบให้เกิดความสะดวก รวดเร็วในการรับบริการ

**234** มีระบบข้อมูลผู้รับบริการ เพื่อให้การให้บริการที่มีคุณภาพและสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

**235** มีระบบการกำกับและการพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

**236** มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

## 24 อุปกรณ์ อาคารสถานที่

**241** มีการจัดอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและการฟื้นฟูสภาพตามเกณฑ์มาตรฐานและมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ

**242** มีสถานที่ตรวจรักษา ให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน สะอาดและมีพื้นที่ให้บริการที่เพียงพอ

**243** มีระบบการติดต่อสื่อสาร ที่สามารถรับคำปรึกษาจากหน่วยบริการ  
ในเครือข่ายเดียวกันอย่างรวดเร็ว

**244** มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในกรณี  
ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

### **3** ระบบการส่งต่อและระบบสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการ ต้องจัดให้มีระบบดังนี้

- 31** มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปและกลับภายในเครือข่าย
- 32** มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น
- 33** มีระบบการส่งต่อเพื่อการตรวจชั้นสูตรด้านต่างๆ
- 34** มีระบบการส่งต่อเพื่อรับบริการด้านทันตกรรม
- 35** มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย
- 36** มีระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการในเครือข่ายมียา วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ
- 37** จัดระบบให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉิน
- 38** จัดระบบการติดต่อสื่อสารที่หน่วยบริการสามารถรับคำปรึกษาภายในเครือข่ายได้

### **4** ระบบกำกับมาตรฐาน คุณภาพของหน่วยบริการในเครือข่าย

- 41** มีแนวทางการดูแลสุขภาพตามมาตรฐาน สำหรับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- 42** มีระบบข้อมูลที่ใช้ในการให้บริการ
- 43** มีระบบการกำกับมาตรฐานบริการของหน่วยบริการทุกหน่วยในเครือข่าย
- 44** มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรในเครือข่าย
- 45** มีระบบการพัฒนาหน่วยบริการในเครือข่าย

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ม.ป.ป.) ได้กำหนดมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน 3 ด้าน  
26 ตัวชี้วัด ประกอบด้วยด้านบริการ ด้านบริหารจัดการและด้านวิชาการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## 1. มาตรฐานด้านบริการ มีมาตรฐานดังต่อไปนี้

### 1.1 มาตรฐานด้านกิจกรรมในชุมชน

1.1.1 ประสานงานให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน ทำกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชนตนเองและสนับสนุนการจัดกิจกรรมสุขภาพที่ริเริ่มจากองค์กรชุมชน ท้องถิ่น

1.1.2 ร่วมดำเนินงานกับหน่วยราชการ องค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน

1.1.3 บริการเชิงรุกเพื่อให้ชุมชนสามารถ ประเมินสถานะสุขภาพของครอบครัว และปัจจัยที่จะกระทบต่อสุขภาพ เพื่อวางแผนในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

1.1.4 มีและใช้เพิ่มครอบครัวเพื่อการดูแลสุขภาพ

1.1.5 มีและใช้เพิ่มชุมชน

### 1.2 มาตรฐานกิจกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน

1.2.1 มีรูปแบบบริการที่เห็นชัดเจนด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม)

1.2.2 มีระบบข้อมูลที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย เพื่อการติดตามและส่งต่อได้สะดวก

1.2.3 ทีมสุขภาพสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ ไปสู่การป้องกันปัญหาเสริมสร้างสุขภาพ (กาย จิต สังคม) ในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้องตามแนวทาง กระบวนการมาตรฐาน คู่มือ

1.2.4 มีบริการรักษาพยาบาล ทุกกลุ่มอาการ ที่ผสมผสานกับการส่งเสริม ป้องกัน ฟันฟูสภาพ เชื่อมต่อการบริการภายในเครือข่ายและการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ

1.2.5 มีการจัดบริการด้านทันตกรรมและการส่งเสริมป้องกันโรคด้านทันตกรรม

1.2.6 มีบริการด้านการชันสูตรที่ครบตามมาตรฐาน

1.2.7 มีบริการด้านยา ทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา การกำกับ คุณภาพมาตรฐานยา

1.2.8 มีบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก

**1.2.9** มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในหญิงตั้งครรภ์และ เด็กอายุ 0-5 ปี

1.3 มาตรฐานบริการต่อเนื่อง

1.3.1 มีและใช้บันทึกสุขภาพรายบุคคล

1.3.2 มีบริการให้คำปรึกษา

1.3.3 มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไปและกลับในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

1.3.4 มีการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อการให้บริการ รวมทั้งติดตามเยี่ยมเพื่อทำความเข้าใจ สร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพให้แก่ครอบครัวและการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ

2. มาตรฐานการบริหารจัดการ

**2.1** มีทีมสุขภาพให้บริการต่อเนื่องเป็นทีมประจำ

2.2 มีการพัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง

- 23 บุคลากรมีความสามารถในการวางแผนแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์
- 24 มีการพัฒนามาตรฐานบริหารจัดการที่มีคุณภาพ
- 25 มีแผนพัฒนาและติดตามประเมินผลงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

### 3. มาตรฐานด้านวิชาการ

- 31 มีแนวทาง กระบวนการมาตรฐาน คู่มือการให้บริการ
- 32 มีนวัตกรรมด้านต่างๆในศูนย์สุขภาพชุมชน
- 33 มีการดำเนินงานวิจัยในพื้นที่

### การจัดรูปแบบของหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำเร็จ แห่งกระทก (2544) แบ่งประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิออกเป็น 4 แบบคือ

1. หน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล เช่น คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว
2. หน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งในเขตเมือง เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล
3. หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเขตชนบทซึ่งเป็นสถานีนอมาัยที่พัฒนาจนได้มาตรฐานเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ
4. หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารและห่างไกล อาจอยู่ในรูปแบบของหน่วยบริการปฐมภูมิแบบรถบริการเคลื่อนที่

นอกจากนี้ สำเร็จ แห่งกระทก (2544) กล่าวถึงการจัดลำดับชั้นของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา ตามการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานบริการปฐมภูมิออกเป็น 3 ระดับคือ

1. หน่วยบริการปฐมภูมิที่เริ่มมีการพัฒนามาตรฐานด้านโครงสร้างและมาตรฐานการจัดการบางเรื่อง

2. หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการพัฒนามาตรฐานด้าน โครงสร้าง การจัดการและได้มาตรฐาน ด้านผลลัพธ์ในบางเรื่อง

3. หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการพัฒนามาตรฐานด้าน โครงสร้าง การจัดการและได้มาตรฐาน ด้านผลลัพธ์

เมื่อมีการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิไปถึงขั้นมาตรฐานผลลัพธ์แล้ว หน่วยบริการปฐมภูมิ จะต้องมียุทธศาสตร์ที่เป็นรูปธรรม 9 ประการดังต่อไปนี้ (สำเร็จ แหียงกระโทก, 2544)

### 1. มี

1.1 มีสถานบริการอยู่ใกล้บ้านหรือใกล้ชุมชน ประชาชนสามารถเดินทางไปถึงได้ไม่ ยากลำบาก มีการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ดีไปยังโรงพยาบาลชุมชนและมีการประสานเชื่อมโยง เป็นเครือข่ายกับชุมชน

1.2 มีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์เพียงพอและพร้อมใช้ที่จะให้การรักษาพยาบาล แก่ผู้มารับบริการ

1.3 มีบุคลากรที่จะให้บริการตามมาตรฐาน คือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือพยาบาล เวชปฏิบัติครอบครัวที่สามารถให้การรักษาเบื้องต้น มีเจ้าของครอบครัว เจ้าของคนไข้ มีทีมงาน เป็นทีมเดียวกันทั้งเชิงรุก เชิงรับ มีบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟูครบ โดยให้ความสำคัญใน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยในเชิงรุกให้มากและมีการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากร อย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถนำความรู้มาพัฒนางานให้มีคุณภาพ

### 2. ดี

2.1 มาตรฐานระบบบริการเป็นมาตรฐานเชิงวิชาการที่จะให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม ให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องและระบบการให้บริการที่มีคุณภาพ สามารถตรวจสอบได้ถึงคุณภาพ ของการให้บริการ รวมทั้งมีระบบรับรองคุณภาพบริการ

2.2 มาตรฐานของเครื่องมือ อุปกรณ์ ได้แก่ มีอุปกรณ์ที่ถูกต้อง เพียงตรง

2.3 ทักษะที่ดี บุคลากรที่ให้บริการต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการและเข้าใจถึงแนวคิดการให้บริการเวชปฏิบัติครอบคลุมอย่างถูกต้อง มุ่งเน้นการให้บริการที่ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้บริการที่ผู้ป่วยพึงพอใจ

### 3. เข้าถึง

3.1 สภาพทางภูมิศาสตร์ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้เมื่อต้องการอย่างน้อยเดินทางไม่เกิน 30 นาที

3.2 หลักประกันด้านสุขภาพ ไม่เก็บค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง ผู้มารับบริการจะต้องไม่ถูกกีดกันในการรักษาพยาบาลโดยมีเงินเป็นตัวจำกัด ประชาชนทุกคนจะต้องมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าครบทุกคน

3.3 มีบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน ผู้ให้บริการต้องมีพฤติกรรม การบริการที่ดีและมีคุณภาพ ผู้ให้บริการจะต้องไม่กล่าววาจาไม่สุภาพ แสดงอาการไม่ต้อนรับและไม่เอื้ออำนวยต่อผู้มารับบริการ

### 4. พึงใจ

4.1 ผู้มารับบริการจะต้องมีความพึงพอใจ มีความรู้สึกว่าสถานบริการด้านแรกเป็นที่พึ่งทั้งทางกายและทางใจ เมื่อมาหาจะต้องได้รับความช่วยเหลือ ได้รับการบริการที่ได้มาตรฐาน

4.2 ผู้มารับบริการได้รับบริการที่เข้าอกเข้าใจ ประทับใจ โดยได้รับบริการที่มีความเป็นกันเอง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องมีทัศนคติที่ดี เข้าใจถึงความเจ็บป่วย มีความรู้ทางด้านจิตวิทยา ปรัชญา จิตวิทยาสังคม

4.3 ประชาชนมีช่องทางที่จะสะท้อนหรือให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นแก่สถานบริการ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขได้

## 5. จ่ายค้ำ

5.1 บริการที่ใช้ต้นทุนต่ำและผลลัพธ์สูง หมายถึง การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดนั้นให้สูงที่สุดคือได้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า

5.2 คุ้มค่าราคาจ่าย คือการลงทุนทรัพยากรที่หมายรวมถึง แรงงาน คน เวลา ทรัพย์สิน เครื่องมือที่ได้ประโยชน์สูงสุด

5.3 ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร ระบบการจัดสรรทรัพยากรที่มุ่งเน้นความสมดุลระหว่างผลผลิตและความต้องการ

## 6. ชุมชนมีส่วนร่วม

6.1 ประชาชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัว ตลอดจนสุขภาพลักษณะของสิ่งแวดล้อมในชุมชน ทั้งนี้โดยมีบุคลากรสาธารณสุขคอยเอื้ออำนวยความสะดวก

6.2 ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เช่น บัตรประกันสุขภาพ การจ่ายค่าบริการบางส่วนเมื่อไปรับบริการ

6.3 ประชาชนมีส่วนร่วมในข้อเสนอในด้านการบริหารและร่วมบริหารและจัดการด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งสามารถทำได้ในรูปแบบการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรือจัดตั้งกลุ่มที่เป็นตัวแทนด้านสุขภาพ

## 7. เป็นองค์กรร่วม

7.1 ต้องให้การดูแลที่ครบถ้วน ทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ การประสานงาน พหุคุณแบบเท่าเทียมกัน

7.2 มีระบบข้อมูลเอื้อให้เกิดบริการแบบองค์กรร่วม รู้ถึงบุคคล ครอบครัว ชุมชนและจิตวิญญาณ

7.3 มีการเชื่อมโยงบูรณาการของระบบบริการ คือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และให้บริการต่อเนื่องทั้งขณะป่วยและไม่ป่วยและเมื่อป่วย มีระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงระหว่างบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิที่ถูกต้อง สนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

## 8. ต่อเนื่อง

8.1 มีการดูแลต่อเนื่องตลอดเหตุการณ์ตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยที่บ้านจนกระทั่งการเจ็บป่วยในครั้งนั้นๆ ทั้งที่บ้าน สถานบริการ สถานประกอบการ ฯลฯ

8.2 การดูแลต่อเนื่องเมื่อส่งไปรักษาต่อในแต่ละระดับจะต้องมีการดูแลต่อเนื่อง เชื่อมโยง

8.3 การจัดบริการรักษาพยาบาลที่มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกันอย่างหลากหลาย เช่น การรักษาแผนปัจจุบันควบคู่กับพื้นบ้าน การรักษาสุนัขไพร การรักษาโดยการดูแลตนเอง ฯลฯ

## 9. พร้อมทั้งเรื่องอื่นๆ

การพัฒนาอาจมีข้อแตกต่างกัน ตามสภาพพื้นที่และเงื่อนไขเวลาต่าง ๆ ดังนั้น สถานบริการปฐมภูมิจึงพร้อมที่จะพัฒนาเรื่องอื่นๆตามสภาวะการณ์และสถานที่พร้อมกันด้วยตลอดเวลา ตลอดทั้งการสอบถามชาวบ้านผู้ใช้บริการว่ามีความต้องการสถานบริการปฐมภูมิมิลักษณะอย่างไร

### บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ลักษณะบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีลักษณะผสมผสานการให้บริการในทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชากรในระดับบุคคล ครอบคลุมรวมทั้งบริการด้านยาและการให้ความรู้ด้านยา สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) อ้างในสถาบันพัฒนาศาสตร์, ม.ป.ป.: 22-23) ได้แบ่งประเภทของบริการที่ควรมีในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อออกเป็น 6 ประเภทดังนี้

1. ด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่
  - 1.1 ปัญหาสุขภาพทั่วไปและปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย
  - 1.2 ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย
  - 1.3 ระบบการคัดกรองโรคเรื้อรังหรือโรคที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม
  - 1.4 การดูแลที่บ้าน
  - 1.5 การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรงก่อนการส่งต่อ
  - 1.6 การผ่าตัดเล็ก
  - 1.7 บริการตรวจชั้นสูตรพื้นฐาน (ทำเองหรือส่งต่อ)
  - 1.8 บริการทันตกรรมพื้นฐาน ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันกรณีปกติ
2. การส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการดูแลประชาชนตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ได้แก่
  - 2.1 บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด บริการคลอด (ตามสภาพพื้นที่)
  - 2.2 บริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการเด็ก วัคซีน
  - 2.3 บริการเด็กวัยเรียน
  - 2.4 บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ
  - 2.5 บริการดูแลผู้สูงอายุ

- 26 บริการที่บ้าน เชื่อมกลุ่มเป้าหมาย
- 27 บริการส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ ได้แก่ การตรวจและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง การเคลือบหลุมร่องฟัน
- 28 บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
- 29 บริการให้คำปรึกษา
- 210 การค้นหาโรคที่ร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังเพื่อการป้องกันล่วงหน้า
- 3 การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งการดูแลต่อเนื่องตลอดจนการกระตุ้นการพัฒนาการเด็ก
- 31 เป็นส่วนที่เริ่มค้นหาปัญหา ความต้องการจากประชาชนแล้วให้การดูแลขั้นต้น ก่อนส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนการฟื้นฟูที่ครบถ้วน
- 32 สามารถส่งต่อเพื่อการรักษาหรือฟื้นฟูสภาพ
- 33 ดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลจากโรงพยาบาลแล้ว
- 4 การควบคุมป้องกันโรคในระดับบุคคลและครอบครัว ได้แก่ การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย เฝ้าระวังและการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- 5 สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชนด้านสุขภาพ
- 51 ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

**5.2** ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงในการดำรงชีวิต (กิน พักผ่อน ออกกำลังกาย)

**5.3** ประเมินสภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยความร่วมมือเป็นเครือข่ายเพื่อทราบว่าพื้นที่มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไร มีปัจจัยเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพต่างๆอย่างไร

**5.4** ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผนและดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

**6** บริการด้านยาตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยาและการให้ความรู้ด้านยา

นอกจากนี้ได้กำหนดบริการที่ควรมี แต่อาจเป็นบริการเสริมในหน่วยบริการปฐมภูมิตามความเป็นไปได้ในการดำเนินการดังนี้

**1.** การควบคุมและป้องกัน โรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น ครอบคลุมทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคที่มีผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและจากการประกอบอาชีพ

**2** มีระบบการติดตามและเฝ้าระวังโรคในชุมชน

**2.1** ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดโรคได้

**2.2** ดำเนินการควบคุมป้องกันโรค

**3** การคุ้มครองผู้บริโภคครอบคลุมทั้งเรื่องยา อาหารและบริการทางการแพทย์ที่ปลอดภัย มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

**3.1** รู้มาตรฐานและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย

**3.2** แนะนำ เผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

ในการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น มีความเกี่ยวข้องกับการนำแนวคิดเวชปฏิบัติครอบครัวมาใช้ในการจัดบริการ ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

## การบริการเวชปฏิบัติครอบครัว

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2544: 12-14) กล่าวว่าเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ โดยการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์และสังคมศาสตร์ในลักษณะผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพด้วยแนวคิดแบบองค์รวมให้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ในการให้บริการตามแนวคิดนี้ บุคลากรจึงต้องมีความเข้าใจปัญหาสุขภาพโดยรวม ให้บริการโดยคำนึงถึงจิตใจ รวมถึงปัจจัยที่แวดล้อมของผู้รับบริการและต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

สมจิต พุกษะรัตนานนท์ (2549) กล่าวว่าเวชปฏิบัติครอบครัวคือ เวชปฏิบัติเฉพาะทางการแพทย์ที่นำหลักของเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

รุ่งทิพย์ วรรณวิมลสุข (2549) กล่าวว่าเวชศาสตร์ครอบครัวแตกต่างจากเวชปฏิบัติทั่วไป คือการมองเห็นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีแนวคิดว่าการเจ็บป่วยของคนคนหนึ่ง อาจมีผลมาจากปัญหาของคนในครอบครัวและปัญหาสุขภาพของคนคนหนึ่งจะมีผลกระทบต่อครอบครัวด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพจึงต้องดูแลทั้งครอบครัว ซึ่งแนวคิดนี้จะกว้างกว่าแนวคิดของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ดูแลสุขภาพของคน โดยองค์รวม เน้นที่การดูแลคนทั้งตัวไม่แบ่งแยกเป็นชิ้นส่วน

วิศรี วายุรกุล (2549) ให้ความหมายว่าเวชปฏิบัติครอบครัว หมายถึง การดูแลสุขภาพประชาชนทั้งครอบครัว โดยมุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม เป็นการผสมผสานระหว่างอนามัยครอบครัว และการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตลอดจนให้การดูแลความเป็นอยู่ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตในครอบครัว เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดีและมีความปกติสุขภายในครอบครัว โดยมีความคาดหวังให้เกิดการกระตุ้นความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนและการพึ่งพากันเองภายในครอบครัวและระหว่างครอบครัวในชุมชน

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2542: 179) กล่าวว่าแนวคิดการจัดการบริการเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการจัดการที่เน้นชุมชนเป็นฐาน จุดเน้นหลักเปลี่ยนแปลงไปจากเน้นบริการสำหรับปัจเจกบุคคลเป็นให้ความสำคัญกับบริบทของปัจเจกบุคคลและสุขภาพของชุมชน

## การจัดระบบบริการของเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิอำเภอระโนด

การจัดระบบบริการของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของอำเภอระโนด จังหวัดสงขลาตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการจำนวน 14 แห่ง การบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิตำหนักอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอระโนด ทำหน้าที่ในการดูแลการจัดบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งการจัดระบบบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนดมีรายละเอียดดังนี้

1. ความครอบคลุมการดูแลประชากรในพื้นที่ โดยการจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบประชากรครอบคลุมในทุกพื้นที่ดังต่อไปนี้
  - 1.1 ศูนย์สุขภาพชุมชนบ่อตรุ รับผิดชอบประชากรในพื้นที่ตำบลบ่อตรุ
  - 1.2 ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดสน รับผิดชอบประชากรในพื้นที่ตำบลวัดสน
  - 1.3 ศูนย์สุขภาพชุมชนพังยาง รับผิดชอบประชากรในพื้นที่ตำบลพังยาง
  - 1.4 ศูนย์สุขภาพชุมชนระวะ รับผิดชอบประชากรในพื้นที่ตำบลระวะ
  - 1.5 ศูนย์สุขภาพชุมชนปากแตระ รับผิดชอบประชากรในพื้นที่ตำบลปากแตระ
  - 1.6 ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าบอน รับผิดชอบประชากรในพื้นที่หมู่ที่ 3-10 ของตำบลท่าบอน
  - 1.7 ศูนย์สุขภาพชุมชนคลองแดน รับผิดชอบประชากรในพื้นที่ตำบลคลองแดน
  - 1.8 ศูนย์สุขภาพชุมชนแดนสงวน รับผิดชอบประชากรในพื้นที่ตำบลแดนสงวน
  - 1.9 ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านใหม่ รับผิดชอบประชากรในพื้นที่ในหมู่ที่ 1, 2, 3, 9 ของตำบลบ้านใหม่

1.10 ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านฝักถูด รับผิดชอบประชากรในพื้นที่หมู่ที่ 4, 5, 6, 7, 8 ของตำบลบ้านใหม่

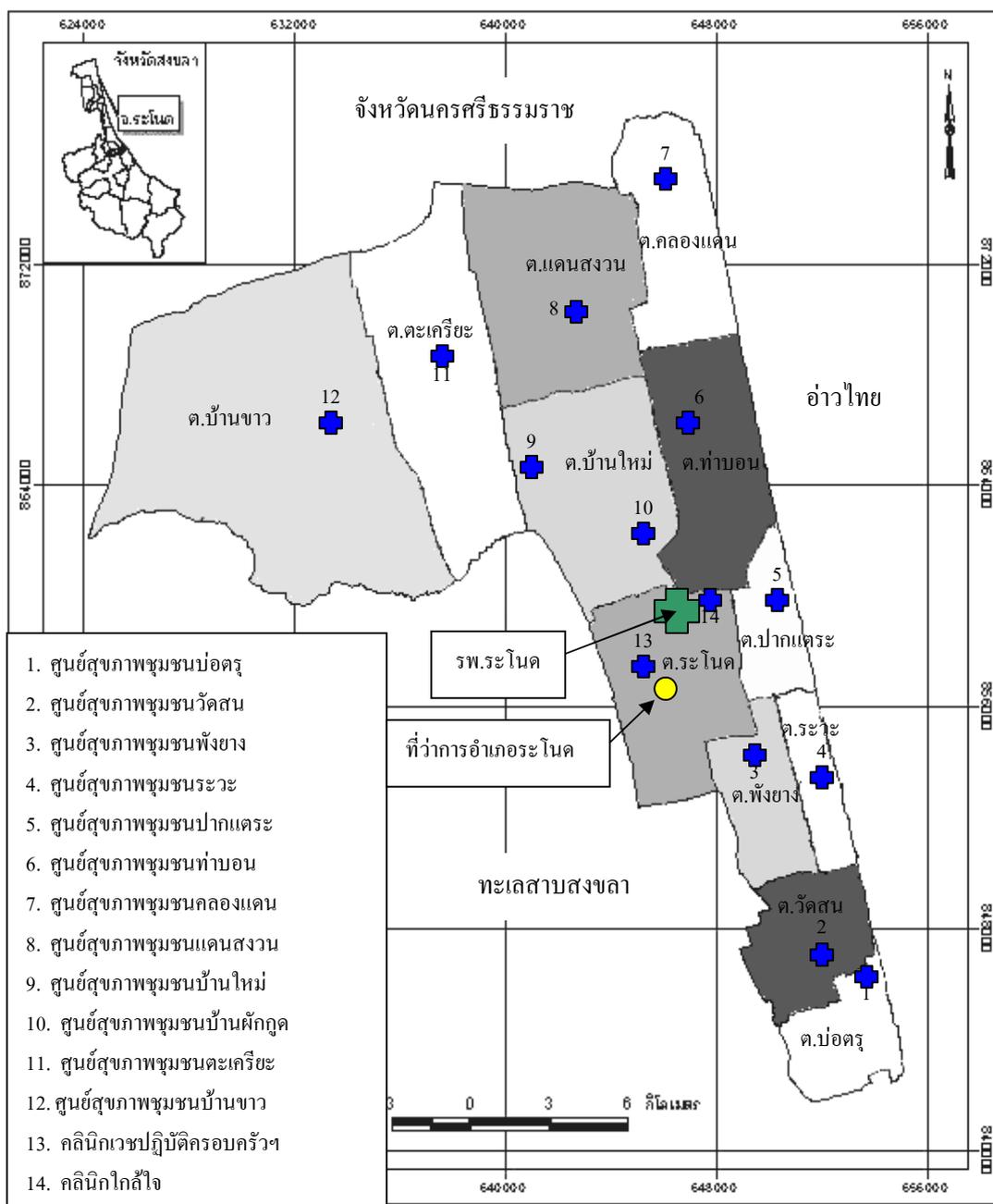
1.11 ศูนย์สุขภาพชุมชนตะเคียน รับผิดชอบประชากรในพื้นที่ตำบลตะเคียน

1.12 ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านขาว รับผิดชอบประชากรในพื้นที่ตำบลบ้านขาว

1.13 คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลระโนด รับผิดชอบประชากรในพื้นที่หมู่ที่ 1-4 และหมู่ 6 ของตำบลระโนด

1.14 คลินิกใกล้ใจ รับผิดชอบประชากรในพื้นที่หมู่ที่ 5, 7 ตำบลระโนด หมู่ที่ 1, 6 ของตำบลปากแตระและหมู่ 1, 2 ของตำบลท่าบอน

ความครอบคลุมการดูแลประชากรและที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนดแสดงได้ตามภาพที่ 1



**ภาพที่ 1** แผนที่แสดงที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด  
 ที่มา: สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ม.ป.ป.)

2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแนวทางการจัดการด้านบุคลากรดังต่อไปนี้

2.1 แพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร จัดให้ได้สัดส่วนในรูปแบบเครือข่ายฯและจัดให้มีการหมุนเวียนเพื่อออกไปพัฒนาในหน่วยบริการปฐมภูมিরองตามเกณฑ์ให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน

2.2 พยาบาลวิชาชีพ จัดให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานบริการระดับปฐมภูมิ โดยการจัดสรรบุคลากรและจัดให้มีการหมุนเวียนเพื่อออกไปพัฒนาในหน่วยบริการปฐมภูมিরองตามเกณฑ์ให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน

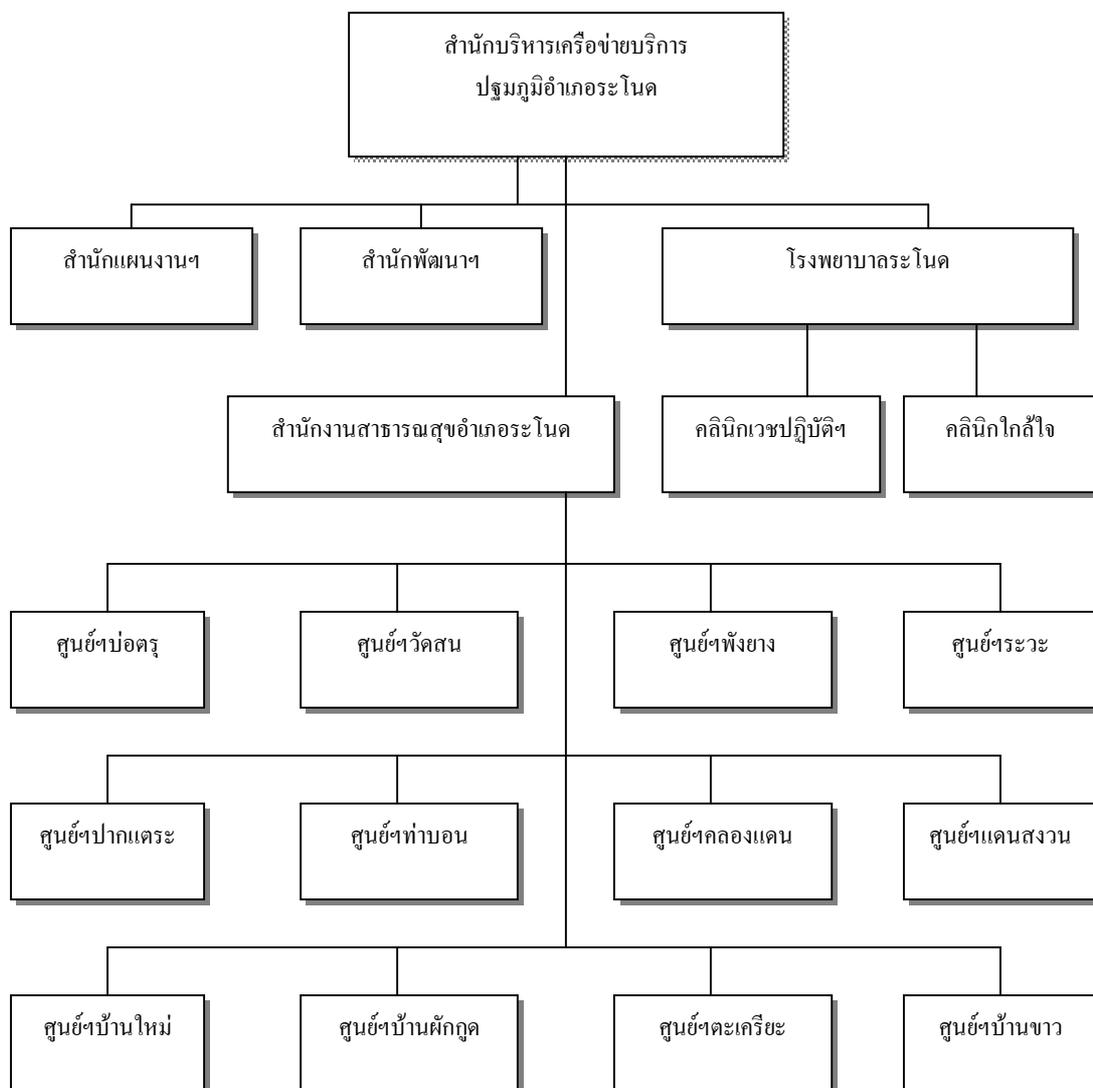
2.3 พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดให้มีการจัดสรรบุคลากรไปตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบและช่วยจัดเสริม

2.5 บุคลากรอื่นๆ จัดเสริมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความคล่องตัวในการบริการ

ทั้งนี้ปัจจุบันบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอระโนดคือ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกรจะเป็นบุคลากรสนับสนุนบริการและวิชาการเป็นหลักและปฏิบัติงานประจำในหน่วยคู่สัญญาหลัก โรงพยาบาลระโนด

3. การบริหารจัดการเครือข่ายบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด

เครือข่ายบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนดอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยคู่สัญญาหลักคือ หน่วยคู่สัญญาหลักโรงพยาบาลระโนด ซึ่งมีสำนักบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอระโนดทำหน้าที่ดูแลการจัดบริการให้ได้มาตรฐานการบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีการจัดโครงสร้างการบริหารออกเป็น สำนักพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ สำนักแผนงานและประเมินผล และโรงพยาบาลระโนด การจัดโครงสร้างการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอระโนดแสดงได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภูมิการบริหารเครือข่ายบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด

บทบาทหน้าที่ของสำนักพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ สำนักแผนงานและประเมินผล และโรงพยาบาลระโนดมีดังต่อไปนี้

### 3.1 สำนักพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

3.1.1 จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลสุขภาพประชาชนทุกคนที่ขึ้นทะเบียน กับหน่วยบริการปฐมภูมิหลักโรงพยาบาลระโนดตามความเหมาะสมทั้งด้านภูมิศาสตร์และการปกครอง

3.1.2 พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานของบริการระดับปฐมภูมิ

### 3.2 สำนักแผนงานและประเมินผล มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

3.2.1 สนับสนุนและตรวจสอบและประเมินเพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งมีแผนงานในการจัดการดูแลสุขภาพประชาชนและชุมชนที่รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม

3.2.2 จัดให้มีการประเมินผลการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเจ้าหน้าที่ประจำครอบครัว เพื่อการควบคุมกำกับกับการจ่ายเงินในการสร้างแรงจูงใจทั้งการสร้างสุขภาพและงานบริการ

### 3.3 โรงพยาบาลระโนด มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

3.3.1 สนับสนุนบุคลากรด้านวิชาชีพต่างๆที่ขาดในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3.3.2 ร่วมสร้างระบบที่สนับสนุนงานบริการที่จำเป็นในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3.3.3 ร่วมจัดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ

3.3.4 จัดพัฒนางานวิจัยและวิชาการที่เหมาะสม

4. การจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด มีขอบเขตการให้บริการดังต่อไปนี้

### 4.1 บทบาทหน้าที่การให้บริการแก่ประชาชนในเขตบริการได้แก่

4.1.1 บริการในหน่วยบริการ ได้แก่การจัดกิจกรรมดังต่อไปนี้

ก. คลินิกรักษาโรคทั่วไป

ข. คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ค. คลินิกดูแลหญิงตั้งครรภ์

ง. คลินิกสุขภาพเด็กดี

จ. คลินิกวางแผนครอบครัว

- ฉ. คลินิกให้คำปรึกษา
- ช. คลินิกอื่นๆ เช่น คลินิกผู้ติดเชื้อ

#### 4.1.2 บริการในชุมชน ได้แก่กิจกรรมดังต่อไปนี้

- ก. การประเมินสุขภาพระดับครอบครัวและชุมชน
- ข. การติดตามเพื่อดูแลต่อเนื่อง เช่น กรณีขาดนัด การติดตามดูแลผู้พิการ ฯลฯ
- ค. การติดตามเพื่อความครอบคลุมตามเป้าหมายของงาน
- ง. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหาชุมชน
- จ. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน
- ฉ. การติดตามนิเทศงานอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพฯ

#### 4.2 ระยะเวลาให้บริการ แบ่งได้ดังนี้

##### 4.2.1 บริการในหน่วยบริการ

- ก. จัดบริการให้ได้มาตรฐาน 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- ข. เวลาให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00-20.00 วันเสาร์และวันอาทิตย์ให้บริการเวลา 08.00-12.00 (บางแห่ง) โดยในวันปกติในเวลา 08.00-12.00 มีเจ้าหน้าที่ให้บริการประจำหน่วยบริการทุกคนเพื่อให้ประชาชนได้พบปะและได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่ประจำครอบครัว

##### 4.2.2 บริการในชุมชน

- ก. เจ้าหน้าที่ลงชุมชนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันในช่วงบ่ายเพื่อเยี่ยมบ้านประชาชน นอกจากนี้อาจลงชุมชนเพิ่มเติมตามความเหมาะสม เช่น กรณีมีการระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่
- ข. การลงชุมชนมีลักษณะต่อเนื่องเป็นประจำทั้งเพื่อติดตามงานและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

#### 4.3 ลักษณะการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิมุ่งหวังการจัดบริการดังต่อไปนี้

##### 4.3.1 บริการในหน่วยบริการมีลักษณะต่อไปนี้

ก. จัดบริการให้เกิดคุณลักษณะที่ดีคือมีความต่อเนื่อง ผสมผสานและเป็น  
องค์รวม

ข. จัดบริการเพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวกและได้รับบริการจาก  
เจ้าหน้าที่ประจำครอบครัว

ค. จัดให้มีระบบนัดหมายที่ดี

ง. จัดบริการให้มีบรรยากาศบริการที่เป็นกันเอง

##### 4.3.2 บริการในชุมชนมีลักษณะต่อไปนี้

ก. จัดบริการให้มีความครอบคลุมการดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ

ข. ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวมและผสมผสานการให้บริการ

ค. ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนในการสร้างสุขภาพ

ง. ส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองได้

จ. ส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักสิทธิและหน้าที่ในการใช้บริการ

#### 4.4 การเชื่อมโยงบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิกับหน่วยงานอื่น

##### 4.4.1 บริการในหน่วยบริการ

ก. จัดบริการให้มีความเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลระดับเขต เพื่อสนับสนุนงาน  
บริการ เช่น การชันสูตรพื้นฐาน บริการทันตกรรม การดูแลฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

ข. การเชื่อมโยงเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยทั้งข้อมูลบริการและบริการผู้ป่วย

ค. การเชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการฯ ทั้งเพื่อการบริหารและการควบคุม  
กำกับดำเนินงาน

ง. การเชื่อมโยงกับหน่วยบริการอื่นที่รับผิดชอบ เช่น ส่วนราชการอื่นๆ  
ท้องถิ่น ชุมชน

#### 4.4.2 บริการในชุมชน

ก. การเชื่อมโยงกับชุมชนและองค์กรต่างๆ

ข. การเชื่อมโยงกับส่วนราชการต่างๆที่รับผิดชอบชุมชน

ค. การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

การทบทวนเอกสารเกี่ยวกับบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยเห็นว่าบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความหมายครอบคลุมในการบริการ 3 กิจกรรมหลัก คือ การบริการในหน่วยบริการ บริการที่มีความต่อเนื่องจากการให้บริการในหน่วยบริการและกิจกรรมบริการในชุมชน ในการ ศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิครั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่ากิจกรรมบริการที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอายุกรรมโดยตรงคือ บริการในหน่วยบริการและบริการต่อเนื่อง ส่วนกิจกรรมในชุมชนนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพประชาชนทั่วไปที่มีสุขภาพปกติในลักษณะเชิงรุก ดังนั้นคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดเป็นคุณภาพบริการด้านการจัดบริการในหน่วยบริการและด้านบริการต่อเนื่องกับผู้ป่วยอายุกรรม ทั้งในขณะมารับบริการในหน่วยบริการ การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องหลังรับบริการและได้ทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

#### ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาวิทยานิพนธ์และงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศที่มีความเกี่ยวข้องกับความคาดหวังของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วย พฤติกรรมการไปใช้บริการของผู้ป่วยและความคิดเห็นของผู้ป่วยจากหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในระดับต่างๆและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่างานวิจัยเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิตามความคาดหวังของผู้ป่วย ซึ่งผลทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## เพศ

ไพรพนา ศรีเสน (2544: 67) พบว่าผู้รับบริการที่มีเพศต่างกันมีระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอกแตกต่างกัน ในขณะที่ ธัญยมาส พุमानนท์ (2547: 47) พบว่าเพศของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในภาพรวมไม่แตกต่างกัน อิศระ ยาวะโนภาส (2541: 63) พบว่าเพศที่ต่างกันมีความคาดหวังต่อการรับบริการไม่แตกต่างกัน และ ตริพันธ์ คณิตทรัพย์ (2546: 61) พบว่าเพศที่ต่างกันมีความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพพระระดับต้นของสถานีนอนามัยไม่แตกต่างกัน

ผลงานวิจัยในต่างประเทศของ Alasad and Ahmad (2003: 282-283) พบว่าเพศเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความคาดหวังในการรับบริการได้ โดยเพศหญิงจะมีความคาดหวังมากกว่าเพศชาย Karydis *et al.* (2001: 409-416) พบว่าเพศหญิงที่มีฐานะทางสังคมเศรษฐกิจอยู่ในระดับกลางต่ำมีความต้องการคุณภาพบริการของหน่วยทันตกรรมมากกว่าเพศชายในระดับเดียวกัน ในขณะที่เพศชายที่มีฐานะทางสังคมเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูงมีความต้องการมากกว่าเพศหญิงในระดับเดียวกัน ในขณะที่ Qatari and Haran (1999: 523-531); Mckinley and Robert (2001: 23); Campbell, Ramsay, and Green (2001: 90-95); Rahmqvist (2001: 385-390); Margolis *et al.* (2003: 241-249) พบว่าเพศที่ต่างกันมีความคาดหวังต่อการรับบริการไม่แตกต่างกัน

## อายุ

อัญชญา ณ ระนอง (2548) พบว่ากลุ่มอายุของผู้ป่วยมีส่วนกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาลคือกลุ่มเด็กนั้นผู้ปกครองมักจะพาไปรับการรักษาในที่คาดว่าจะหายได้เร็วเช่น คลินิก แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุก็มักไปที่สถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลซึ่งมักจะใช้เวลาในการรอนาน โดยประชาชนมักให้ความเห็นว่าโรคของผู้สูงอายุเป็นอาการที่ค่อยเป็นค่อยไปและรอได้ ผู้สูงอายุเองก็มักไม่ต้องการเป็นภาระทางการเงินของลูกหลาน ในขณะที่ ไพรพนา ศรีเสน (2544: 68); วันเพ็ญ สวนสีดา (2545: 82); ธัญยมาส พุमानนท์ (2547: 48) พบว่าอายุไม่ใช่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคาดหวังคุณภาพบริการและ อิศระ ยาวะโนภาส (2541: 63) พบว่าผู้รับบริการที่มีอายุต่างกันมีความคาดหวังต่อการได้รับบริการไม่แตกต่างกัน

ผลงานวิจัยในต่างประเทศของ Rahmqvist (2001: 385-390) พบว่าอายุเป็นดัชนีที่สำคัญในการอธิบายเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้รับบริการและ Perneger *et al.* (1997: 367-375) พบว่าอายุที่มากขึ้นของผู้รับบริการสามารถทำนายระดับความคาดหวัง ได้สอดคล้องกับ Salisbury (1997); Mckinley and Robert (2001: 23); Campbell, Ramsay, and Green (2001: 90-95); Uden *et al.* (2005) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความคาดหวัง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะมีระดับความคาดหวังมาก ส่วน Jenkinson *et al.* (2001: 90-95) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในระดับต่ำ ในขณะที่ Margolis *et al.* (2003: 241-249) พบว่าอายุไม่ใช่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคาดหวังคุณภาพบริการและ Turhal *et al.* (2002); Mckinley, Stevenson *et al.* (2002: 333-338); Walling *et al.* (2005: 563-566) พบว่าผู้รับบริการที่มีอายุต่างกันมีความคาดหวังต่อการได้รับบริการไม่แตกต่างกัน

#### สถานภาพสมรส

ไพรพนา ศรีเสน (2544: 69) พบว่าผู้รับบริการที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอกแตกต่างกัน ตรีพันธ์ คณิตทรัพย์ (2546: 61) พบว่าสถานภาพสมรสที่ต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพระดับต้นของสถานีนอนมัยต่างกันและ สุกัญญา ศิวายพราหมณ์ (2545: 83) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน

ในขณะที่ผลงานวิจัยในต่างประเทศของ Margolis *et al.* (2003: 241-249) พบว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในการรับบริการและ Pouwer and Snoek (2002: 131-136) พบว่าการประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันของผู้ป่วย

#### ระดับการศึกษา

ชญมมาส พุฆานนท์ (2547: 54) พบว่าผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในภาพรวมแตกต่างกันและ ตรีพันธ์ คณิตทรัพย์ (2546: 61) พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพระดับต้นของสถานีนอนมัยต่างกัน ในขณะที่ ธาริณี เมธานุเคราะห์ (2542: 60); ไพรพนา ศรีเสน (2544: 70) และ วันเพ็ญ สวนสีดา (2545: 82) พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังคุณภาพบริการ

ผลงานวิจัยในต่างประเทศของ Alasad and Ahmad (2003: 282-283) พบว่าการศึกษาเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความคาดหวังในการรับบริการได้ Qatari and Haran (1999: 523-531) พบว่าความสามารถในการอ่านออกเขียนได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อความคาดหวังต่อการรับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับต้นและ Hendriks *et al.* (2006: 152-158) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในการรับบริการในโรงพยาบาล ในขณะที่ Turhal *et al.* (2002); Margolis *et al.* (2003: 241-249) และ Uden *et al.* (2005) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในการรับบริการของผู้ป่วย

## รายได้

ณิทยาภรณ์ อิมใจ (2545: 85) พบว่าเงินเดือนที่แตกต่างกันมีผลต่อความคาดหวังต่อนโยบายการแปรรูปรัฐของพนักงานการสื่อสารแห่งประเทศไทย (บางรัก) แตกต่างกัน ศรีพันธ์ คณิตทรัพย์ (2546: 62) พบว่ารายได้ที่ต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพระดับต้นของสถานีนอมนัยต่างกันสอดคล้องกับ อัญชญา ณ ระนอง (2548) พบว่ารายได้มีผลต่อการเลือกสถานพยาบาลทั้งโดยทางตรงและโดยทางอ้อม เช่น ไปใช้บริการที่คลินิกเพราะเวลาที่ใช้รอรับบริการที่โรงพยาบาลมีผลกระทบต่อรายได้มากกว่าค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้และ

สุกัญญา ศิวายพราหมณ์ (2545: 88) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน ในขณะที่ ชาริณี เมฆานุเคราะห์ (2542: 63); ไพรพนา ศรีเสน (2544: 72) และ วันเพ็ญ สวนสีดา (2545: 82) พบว่ารายได้ของผู้รับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังคุณภาพบริการ

ผลงานวิจัยในต่างประเทศของ Peck *et al.* (2004: 1082) พบว่ารายได้ของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังบริการด้านการส่งต่อ การให้การรักษาและการตรวจชันสูตรเฉพาะด้าน

## ประเภทสิทธิ

อัญชญา ณ ระนอง (2548) พบว่าสิทธิในการรักษาพยาบาลมีส่วนกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาลคือมีผลต่อการเลือกสถานพยาบาล ประชาชนมักทราบถึงความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน แต่ในหลายกรณีก็ไม่ทราบรายละเอียดสิทธิประโยชน์ของสิทธิที่ตนมี ในขณะที่ วันเพ็ญ สวนสีดา (2545: 83) พบว่าประเภทของสิทธิของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับ

ความคาดหวังคุณภาพบริการสอดคล้องกับ อิศระ ยาวะ โนภาส (2541: 64) พบว่าผู้รับบริการที่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลมีความคาดหวังต่อการรับบริการไม่แตกต่างกับผู้ที่ไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและ ศรีพันธ์ คณิตทรัพย์ (2546: 62) พบว่าสิทธิบัตรที่ต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ของสถานีนามัยไม่แตกต่างกัน

ผลงานวิจัยในต่างประเทศของ Uden *et al.* (2005) และ Walling *et al.* (2005: 563-566) พบว่าความคาดหวังของผู้ป่วยไม่เกี่ยวข้องกับชนิดของการประกันสุขภาพ

### ประสบการณ์การรับบริการ

วันเพ็ญ สวานลีดา (2545: 83) พบว่าจำนวนครั้งที่รับบริการของผู้ป่วยนอกมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังคุณภาพบริการสอดคล้องกับ ศรีพันธ์ คณิตทรัพย์ (2546: 61) พบว่าความถี่ในการใช้บริการที่ต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ของสถานีนามัยต่างกันและ ไพรพนา ศรีเสน (2544: 51) พบว่าจำนวนครั้งที่มารับบริการที่ต่างกันมีระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอกแตกต่างกัน ในขณะที่ สามัคคี เดชกล้า (2540: 65) พบว่าผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งในการรับบริการแตกต่างกันมีความคาดหวังในบริการไม่แตกต่างกัน

ผลงานวิจัยในต่างประเทศของ Baltussen and Ye (2006: 30-34) พบว่าทั้งผู้ที่เคยมีประสบการณ์รับบริการและไม่เคยมีประสบการณ์รับบริการมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกันเกี่ยวกับคุณภาพของบริการสุขภาพและ Wong (2002: 207) พบว่าผู้ป่วยที่เคยมาใช้บริการกับผู้ป่วยที่มารับบริการครั้งแรกมีความคาดหวังต่อบริการไม่แตกต่างกัน

### การประชาสัมพันธ์บริการ

ปิยวรรณ ประคุณคงชัย (2533: 71) พบว่าความเข้าใจในการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังต่อบริการของโรงพยาบาลในขณะที่ พิระพล เลหาเสริกุล (2537: 86) ศึกษาความไม่สอดคล้องในความคาดหวังบริการระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการของสถานบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของรัฐพบว่าแนวปฏิบัติของการสื่อสารที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและพบว่าความขัดแย้งที่แท้จริงเกิดจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์กันน้อยมาก ขาดการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจในประเด็นที่มีโอกาสสร้างความเสียหายต่อผู้รับบริการขณะเดียวกันที่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเข้าใจอย่างดีเกี่ยวกับความคาดหวังใน

เรื่องต่าง ๆ ของผู้รับบริการ แต่เนื่องจากการปฏิบัติมักมีปัญหาอุปสรรคทำให้ไม่สามารถตอบสนอง  
ได้

ผลงานวิจัยในต่างประเทศของ Jenkinson *et al.* (2001: 90-95) พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสาร  
และความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในการรับบริการของผู้ป่วย

### ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ

อัญชญา ณ ระนอง (2548) พบว่าข้อมูลที่ประชาชนมี มีส่วนกำหนดทางเลือกในการรักษา  
พยาบาล สำหรับข้อมูลที่ประชาชนมีนั้น การรับรู้สิทธิของตนทำให้ประชาชนลดความกังวลเมื่อ  
ต้องไปติดต่อกับสถานพยาบาลและ สุกัญญา ศิวยพรพราหมณ์ (2543: 91) พบว่าความรู้เกี่ยวกับข้อมูล  
ทั่วไปในการไปใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขประจำท้องถิ่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ  
ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนที่มาใช้บริการ

ในขณะที่ วันเพ็ญ สวนสีดา (2545: 83) พบว่าความรู้เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยนอกไม่มี  
ความสัมพันธ์กับความคาดหวังคุณภาพบริการ

การทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ผู้วิจัยสามารถสรุปปัจจัยที่คาดว่า  
มีความสัมพันธ์ต่อความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิได้แก่ ปัจจัยด้าน  
คุณลักษณะส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภท  
สิทธิ และปัจจัยด้านประสบการณ์การรับบริการ ด้านการประชาสัมพันธ์บริการและด้านความรู้ของ  
ผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ ปัจจัยทั้งหมดนี้ผู้วิจัยกำหนดให้เป็นตัวแปรอิสระ (independent  
variables) ส่วนตัวแปรตาม (dependent variable) คือความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ  
ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้ประยุกต์เกณฑ์คุณภาพ SERVQUAL ของ Parasuraman and  
Berry ทั้ง 5 ด้านมาใช้ ซึ่งสามารถสรุปตัวแปรทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาได้ดังนี้

## ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

### 1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

#### 1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่

- 1.1.1 เพศ
- 1.1.2 อายุ
- 1.1.3 สถานภาพสมรส
- 1.1.4 ระดับการศึกษา
- 1.1.5 รายได้
- 1.1.6 ประเภทสิทธิ

#### 1.2 ประสบการณ์การรับบริการ

#### 1.3 การประชาสัมพันธ์บริการ

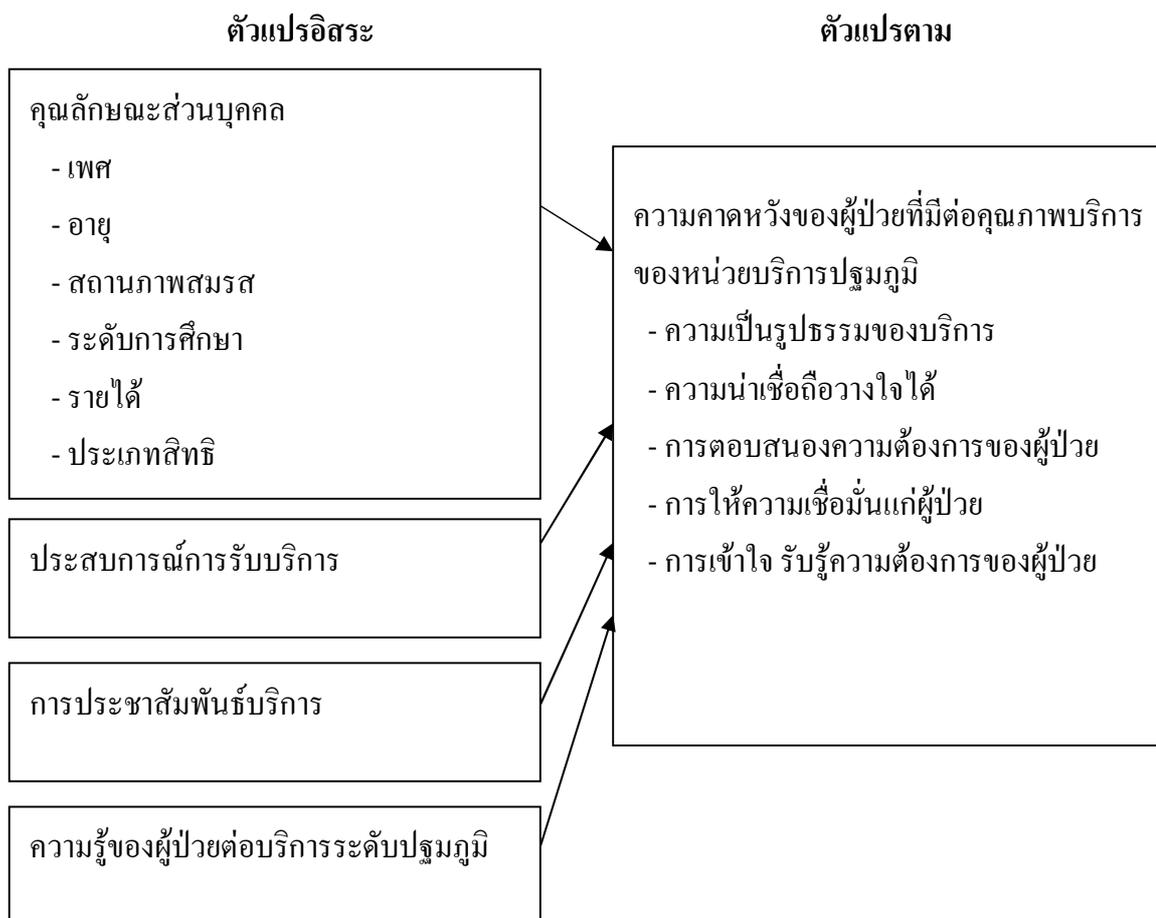
#### 1.4 ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ

### 2 ตัวแปรตาม คือ ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย

- 21 ความเป็นรูปธรรมของบริการ
- 22 ความน่าเชื่อถือวางใจได้
- 23 การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
- 24 การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย
- 25 การเข้าใจ รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย

ตัวแปรทั้งหมดสามารถนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ดังต่อไปนี้

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

### สมมติฐานการวิจัย

การทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรากฏว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังส่วนใหญ่มีได้แสดงให้เห็นถึงทิศทางของความสัมพันธ์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานแบบเป็นกลางซึ่งจะดูทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนั้นสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้คือ

เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภทสิทธิ ประสบการณ์การรับบริการ การประชาสัมพันธ์บริการและความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

### บทที่ 3

#### วิธีการวิจัย

การศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา ใช้การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross sectional design) โดยมีรายละเอียดวิธีการศึกษาดังนี้

#### ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มาใช้บริการในคลินิกรักษาโรคทั่วไปในเดือนสิงหาคม 2549 โดยไม่นับรวมผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีลงมาและเป็นประชาชนที่อยู่ภายในเขตบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนดทั้ง 14 แห่ง

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างที่ศึกษา นำมาจากจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอระโนด จังหวัดสงขลาทั้ง 14 แห่งในเดือนสิงหาคม 2549 จากระเบียนกิจกรรมผู้ป่วย (รพ.1ก 01/1) ของโปรแกรมข้อมูลพื้นฐานสาธารณสุข (health center information system) โดยผู้วิจัยมีวิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. จัดเรียงลำดับที่ของผู้ป่วยตามวันที่มารับบริการ (1-31 สิงหาคม 2549) และตามคุณสมบัติที่ต้องการดังนี้

**1.1** ตัดผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่มารับบริการ

**1.2** ตัดผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

**1.3** ผู้ป่วยที่มาใช้บริการซ้ำ (มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป) ในเดือนสิงหาคม 2549 นับเฉพาะวันที่มารับบริการครั้งแรกเท่านั้นและตัดวันอื่นๆออก

2. นำผลรวมของจำนวนผู้ป่วยที่จัดเรียงลำดับใหม่ของสถานบริการทั้ง 14 แห่ง มาหาขนาดตัวอย่าง ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 371 คน โดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างของ Yamane (1967: 886-887) ดังนี้

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

n = กลุ่มตัวอย่างประชากร

N = จำนวนประชากร (ผู้ป่วยเดือนสิงหาคม ~~254~~ จำนวน 5,037 คน)

e = ความคลาดเคลื่อนที่จะยอมรับได้ กำหนดไว้ที่ 0.05

$$\begin{aligned} \therefore \text{กลุ่มตัวอย่าง} &= \frac{5,037}{1 + (5,037)(0.05)^2} \\ &= 371 \quad \text{ตัวอย่าง} \end{aligned}$$

3. นำขนาดของตัวอย่างที่คำนวณได้ มาหาจำนวนตัวอย่างที่ศึกษารายสถานบริการ ได้ตัวอย่างที่ศึกษาแสดงได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผู้ป่วย ตัวอย่าง ช่วงและเลขตั้งต้นการสุ่มตัวอย่างรายสถานบริการ

ลำดับ	หน่วยบริการปฐมภูมิ	ผู้ป่วย (คน)	ตัวอย่าง (คน)	ช่วง	เลขตั้งต้น
1.	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ่อตรุ	504	37	13	4
2.	ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดสน	294	22	13	11
3.	ศูนย์สุขภาพชุมชนพังยาง	171	13	13	3
4.	ศูนย์สุขภาพชุมชนระวะ	343	25	13	9
5.	ศูนย์สุขภาพชุมชนปากแตระ	254	19	13	6
6.	ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าบอน	430	32	13	3
7.	ศูนย์สุขภาพชุมชนคลองแดน	506	37	13	5
8.	ศูนย์สุขภาพชุมชนแดนสงวน	250	18	13	11

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ	หน่วยบริการปฐมภูมิ	ผู้ป่วย (คน)	ตัวอย่าง (คน)	ช่วง	เลขตั้งต้น
9.	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านใหม่	278	20	13	10
10.	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านผักกูด	157	11	13	13
11.	ศูนย์สุขภาพชุมชนตะเคียน	565	42	13	13
12.	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านขาว	280	21	13	2
13.	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลระโนด	580	43	13	8
14.	คลินิกใกล้ใจ	425	31	13	6
	รวม	5,037	371	-	-

ที่มา: ระเบียบกิจกรรมผู้ป่วย (รบ.1ก01/1) โปรแกรมข้อมูลพื้นฐานสาธารณสุข (2549)

### การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นไปตามโอกาสทางสถิติ (probability sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

1. สุ่มตัวอย่างเดือนที่ต้องการศึกษาของปีงบประมาณ 2549 (ตุลาคม 2548 – กันยายน 2549) โดยการจับฉลากได้เดือนสิงหาคม 2549
2. สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ต้องการศึกษาแบบมีระบบ (systematic random sampling) ในทุกสถานบริการ โดยการใช้ช่วง (interval) ในการสุ่มตัวอย่าง ได้ช่วงการสุ่มเท่ากับ **13** จากสูตรคำนวณคือ (สุรพันธ์ เพชรภา, ม.ป.ป.)

$$I = N/n$$

เมื่อ  $I =$  ช่วงการสุ่ม

$N =$  จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในเดือนสิงหาคม 2549

$n =$  จำนวนตัวอย่างทั้งหมด

$$\begin{aligned} \therefore \text{ช่วงการสุ่ม} &= 5,037 / 371 \\ &= 13 \end{aligned}$$

3. นำช่วงที่ได้จากการคำนวณมาสุ่มหาเลขตั้งต้นรายสถานบริการ ระหว่างเลข 1 ถึง 13 โดยวิธีจับฉลากได้ผลดังแสดงในตารางที่ 1 แล้วนำเลขตั้งต้นไปสุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยที่จัดเรียงลำดับใหม่ สมมติได้เลขตั้งต้นคือ  $r$  ดังนั้นเลข  $r$  จึงเป็นตัวอย่างแรกที่ใช้ในการศึกษา ตัวอย่างต่อไปคือ  $r+13$ ,  $r+2(13)$ ,  $r+3(13)$  จนถึงตัวอย่างสุดท้ายคือ  $r + (n-1)13$  (สุรพันธ์ เพชรภา, ม.ป.ป.)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และประเภทสิทธิ รวมทั้งประสบการณ์การรับบริการและการประชาสัมพันธ์บริการ มีรายละเอียดดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และประเภทสิทธิ จำนวน 6 ข้อ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 1-6 ตามลำดับ
2. ประสบการณ์การรับบริการ จำนวน 1 ข้อ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 7
3. การประชาสัมพันธ์บริการ จำนวน 1 ข้อ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 8

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 10 ข้อ ให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับบริการระดับปฐมภูมิ 4 ด้านคือ

1. ความหมายของบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 1 ข้อ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 1
2. ลักษณะเฉพาะของบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 2 ข้อ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 2, 3
3. หน้าที่ของบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 2 ข้อ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 4, 5
4. บริการที่จัดให้กับผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ จำนวน 5 ข้อ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 6-10

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้มาตรวัดความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ คะแนน 0-10 ตามเกณฑ์คุณภาพ SERVQUAL ของ Parasuraman and Berry 5 ด้านคือ

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ จำนวน 14 ข้อ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 1-14 มีรายละเอียดดังนี้
  - 1.1 ความเพียงพอและความสะอาดของสถานที่ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 1, 3 เป็นคำถามเชิงบวก
  - 1.2 ความเพียงพอและความสะอาดของเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 4, 5, 9, 10, 12 เป็นคำถามเชิงบวก ข้อคำถามที่ 5, 9, 12 และเป็นคำถามเชิงลบ ข้อคำถามที่ 4, 10
  - 1.3 ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 6 เป็นคำถามเชิงลบ
  - 1.4 ความเพียงพอของยาและเวชภัณฑ์ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 11 เป็นคำถามเชิงบวก
  - 1.5 ความเพียงพอของบุคลากร ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 8 เป็นคำถามเชิงบวก
  - 1.6 ความเพียงพอของวัสดุการติดต่อสื่อสาร ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 13, 14 เป็นคำถามเชิงลบ

1.7 การปราศจากสิ่งรบกวน ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 7 เป็นคำถามเชิงบวก

1.8 การตกแต่งสถานที่ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 2 เป็นคำถามเชิงลบ

**2** ความน่าเชื่อถือวางใจได้ จำนวน 16 ข้อ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 15-30 มีรายละเอียดดังนี้

2.1 มีบริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 17-21 เป็นคำถามเชิงบวกข้อคำถามที่ 17, 18, 21 และเป็นคำถามเชิงลบข้อคำถามที่ 19, 20

2.2 มีบริการชั้นสูตรพื้นฐาน ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 25 เป็นคำถามเชิงลบ

2.3 มีบริการแพทย์ทางเลือก ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 22 เป็นคำถามเชิงบวก

2.4 มีบริการด้านยา ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 23, 24 เป็นคำถามเชิงบวกข้อคำถามที่ 23 และเป็นคำถามเชิงลบข้อคำถามที่ 24

2.5 มีบริการให้คำปรึกษา ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 26 เป็นคำถามเชิงบวก

2.6 มีการส่งต่อฉุกเฉิน ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 27 เป็นคำถามเชิงบวก

2.7 มีบริการดูแลต่อเองที่บ้าน ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 28-30 เป็นคำถามเชิงบวกข้อคำถามที่ 29, 30 และเป็นคำถามเชิงลบข้อคำถามที่ 28

2.8 เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการตามกำหนดหรือนัดหมาย ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 15, 16 เป็นคำถามเชิงบวกข้อคำถามที่ 15 และเป็นคำถามเชิงลบข้อคำถามที่ 16

**3** การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 31-37 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 เจ้าหน้าที่กระตือรือร้นและเต็มใจให้บริการ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 31, 32 เป็นคำถามเชิงบวกข้อคำถามที่ 32 และเป็นคำถามเชิงลบข้อคำถามที่ 31

3.2 บริการในหน่วยบริการไม่ซับซ้อน ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 35, 36 เป็นคำถามเชิงลบ

3.3 ไม่ต้องรอนาน ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 33, 34 เป็นคำถามเชิงบวกข้อคำถามที่ 34 และเป็นคำถามเชิงลบข้อคำถามที่ 33

3.4 ช่วงเวลาตรงกับความต้องการ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 37 เป็นคำถามเชิงบวก

**4** การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 38-50 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 เจ้าหน้าที่มีทักษะความสามารถในการให้บริการ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 40-46 เป็นคำถามเชิงบวกข้อคำถามที่ 40, 42, 43, 45 และเป็นคำถามเชิงลบข้อคำถามที่ 41, 44, 46

4.2 เจ้าหน้าที่ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยและสามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้จนผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและปลอดภัย ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 47-50 เป็นคำถามเชิงบวกข้อคำถามที่ 47, 49 และเป็นคำถามเชิงลบข้อคำถามที่ 48, 50

4.3 เจ้าหน้าที่อخصยาศึก มีความสุภาพอ่อนโยน ยิ้มแย้มและเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 38, 39 เป็นคำถามเชิงบวกข้อคำถามที่ 38 และเป็นคำถามเชิงลบข้อคำถามที่ 39

**5** การเข้าใจ รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย จำนวน 11 ข้อ ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 51- 61 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ผู้ป่วย ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 54, 55 เป็นคำถามเชิงลบ

5.2 เจ้าหน้าที่รู้จักผู้ป่วยและครอบครัว ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 51-53 เป็นคำถามเชิงบวกข้อคำถามที่ 51, 53 และเป็นคำถามเชิงลบข้อคำถามที่ 52

5.3 เจ้าหน้าที่รับฟังเหตุผลของผู้ป่วย ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 56, 57 เป็นคำถามเชิงลบ

5.4 เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ซักถาม ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 58-60 เป็นคำถามเชิงบวก ข้อคำถามที่ 58, 59 และเป็นคำถามเชิงลบข้อคำถามที่ 60

5.5 ผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจเรื่องที่มีผลกระทบต่อตนเอง ทำการวัดจากข้อคำถามที่ 61 เป็นคำถามเชิงบวก

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ข้อ

#### การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหานั้น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุง ก่อนนำไปทดสอบหาความน่าเชื่อถือได้ (reliability) และนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ที่ศึกษา ส่วนการทดสอบความน่าเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้กำหนดการนำแบบสอบถามไปทดสอบ (pre-test) กับผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานอนามัยตำบลกระดังงา อำเภอสติงพระ จังหวัดสงขลา จำนวน 50 คน แล้วนำมาหาค่าความน่าเชื่อถือได้โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (cronbach's alpha coefficient) จากสูตร (วัฒนา สุนทรชัย, 2547: 41)

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right\}$$

เมื่อ	$\alpha$	=	สัมประสิทธิ์แอลฟา
	K	=	จำนวนข้อคำถาม
	$s_i^2$	=	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	$s_t^2$	=	ความแปรปรวนของคะแนนรวม

ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือได้ของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.96 ซึ่งอยู่ในระดับสูง รายละเอียดผลการทดสอบแสดงได้ดังตารางที่ 2

## ตารางที่ 2 ความน่าเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม

เรื่อง	แอลฟา ( $\alpha$ )	จำนวนข้อ (k)
ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ	0.77	10
ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ 5 ด้าน	0.96	61
1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ	0.86	14
2. ความน่าเชื่อถือวางใจได้	0.86	16
3. การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	0.82	7
4. การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย	0.84	13
5. การเข้าใจ รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้ป่วย	0.85	11
รวม	0.96	71

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามโดยผู้วิจัยและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งในการร่วมลงไปติดตามสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่สัมภาษณ์เสร็จแล้วมารวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบในแบบสอบถามแล้วนำไปลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำคำตอบที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์และประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติและได้กำหนดการให้ค่าคะแนนและจัดระดับข้อมูลดังต่อไปนี้

1. มาตรฐานความรู้ต่อบริการระดับปฐมภูมิ กำหนดค่าคะแนนและจัดระดับดังต่อไปนี้

#### 1.1 ตอบถูก ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 ซึ่งได้แก่

1.1.1 ตอบ “ใช่” สำหรับข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10

1.1.2 ตอบ “ไม่ใช่” สำหรับข้อคำถามที่ 7, 9

1.2 ตอบผิด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 0 ซึ่งได้แก่

1.2.1 ตอบ “ใช่” สำหรับข้อคำถามที่ 7, 9

1.2.2 ตอบ “ไม่ใช่” สำหรับข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10

1.3 กำหนดเกณฑ์เพื่อจัดระดับความรู้ต่อบริการระดับปฐมภูมิ 2 ระดับ โดยใช้คะแนนเฉลี่ยที่คำนวณได้เท่ากับ 0.97

ดังนั้นสามารถจัดระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่อบริการระดับปฐมภูมิได้ดังนี้

0.00 – 0.96 คะแนน หมายถึง มีความรู้ต่อบริการระดับปฐมภูมิระดับน้อย

0.97 – 1.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ต่อบริการระดับปฐมภูมิระดับมาก

2. มาตรฐานวัดความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ กำหนดค่าคะแนนและจัดระดับดังต่อไปนี้

2.1 ข้อคำถามเชิงบวก มีตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน ค่าคะแนนจะเป็นไปตามคะแนนจริงที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกดังนี้

0 มีค่าคะแนนเท่ากับ 0

1 มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

2 มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

3 มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

4 มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

5 มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

6 มีค่าคะแนนเท่ากับ 6

7 มีค่าคะแนนเท่ากับ 7

8 มีค่าคะแนนเท่ากับ 8

9 มีค่าคะแนนเท่ากับ 9

10 มีค่าคะแนนเท่ากับ 10

2.2 ข้อคำถามเชิงลบ มีตั้งแต่ 0–10 คะแนน ค่าคะแนนจะกลับกันกับข้อคำถามเชิงบวก  
ดังนี้

- 0 มีค่าคะแนนเท่ากับ 10
- 1 มีค่าคะแนนเท่ากับ 9
- 2 มีค่าคะแนนเท่ากับ 8
- 3 มีค่าคะแนนเท่ากับ 7
- 4 มีค่าคะแนนเท่ากับ 6
- 5 มีค่าคะแนนเท่ากับ 5
- 6 มีค่าคะแนนเท่ากับ 4
- 7 มีค่าคะแนนเท่ากับ 3
- 8 มีค่าคะแนนเท่ากับ 2
- 9 มีค่าคะแนนเท่ากับ 1
- 10 มีค่าคะแนนเท่ากับ 0

2.3 กำหนดเกณฑ์เพื่อจัดระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ 3 ระดับ โดยคำนวณ  
จากสูตรดังนี้

$$\text{สูตร} = \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{10 - 0}{3} = 3.33$$

ดังนั้นสามารถจัดระดับคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ ได้ดังนี้

- 0.00 – 3.33 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการระดับน้อย
- 3.34 – 6.66 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการระดับปานกลาง
- 6.67 – 10.00 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการระดับมาก

ส่วนคำตอบที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้คัดลอกคำตอบแล้วนำมารวบรวมและจัด  
หมวดหมู่ตามประเด็น การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่เพื่อหาค่าร้อยละ

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

ส่วนที่ 2 สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุ กำหนดให้ตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบช่วงหรืออัตราส่วน แต่เนื่องจากตัวแปรอิสระในการศึกษาครั้งนี้ตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ประเภทสิทธิและการประชาสัมพันธ์บริการมีระดับการวัดแบบกลุ่ม ผู้วิจัยจึงแปลงข้อมูลให้เหมาะสม โดยการแปลงตัวแปรอิสระเหล่านี้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variables) ให้มีค่าเป็น 0 หรือ 1 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เพศ กำหนดดังต่อไปนี้

ชาย กำหนดค่าเท่ากับ 1 หญิงกำหนดค่าเท่ากับ 0

2. สถานภาพสมรส กำหนดดังต่อไปนี้

สถานภาพโสด กำหนดค่าเท่ากับ 1 สถานภาพสมรสอื่นๆกำหนดค่าเท่ากับ 0

3. ประเภทสิทธิ กำหนดดังต่อไปนี้

สิทธิบัตรประกันสุขภาพ กำหนดค่าเท่ากับ 1 สิทธิอื่นๆกำหนดค่าเท่ากับ 0

สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ กำหนดค่าเท่ากับ 1 สิทธิอื่นๆกำหนดค่าเท่ากับ 0

4. การประชาสัมพันธ์บริการ กำหนดค่าดังต่อไปนี้

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กำหนดค่าเท่ากับ 1 อื่น ๆ กำหนดค่าเท่ากับ 0

ดังนั้นจึงสามารถกำหนดแบบจำลองสำหรับการวิเคราะห์ได้ดังนี้

$$\text{Expect} = b_0 + b_1\text{Male} + b_2\text{Age} + b_3\text{Single} + b_4\text{Edu} + b_5\text{Inc} + b_6\text{UC} + b_7\text{CSMBS} + b_8\text{Exp} + b_9\text{PR} + b_{10}\text{Kn}$$

เมื่อ Expect = ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

Male = เพศชาย

Age = อายุ

Single = สถานภาพโสด

Edu = ระดับการศึกษา

Inc = รายได้

UC = สิทธิบัตรประกันสุขภาพ

CSMBS = สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

Exp = ประสบการณ์การรับบริการ

PR = การประชาสัมพันธ์บริการจากอาสาสมัครสาธารณสุข

Kn = ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ

นอกจากนั้นในการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผู้วิจัยยังพิจารณาค่าสถิติดังต่อไปนี้

1. ค่าสัมประสิทธิ์ความแปรผันพหุคูณ ( $R^2$ ) ของสมการเพื่อพิจารณาว่าสามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้มากน้อยเพียงใด ถ้ามีค่าใกล้ 1 แสดงว่าสมการดังกล่าวตัวแปรอิสระทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากและสามารถนำไปประมาณค่าตัวแปรตามได้ดี แต่ถ้ามีค่าใกล้ 0 แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามน้อย

2. ค่านัยสำคัญของสถิติทดสอบ F เพื่อพิจารณาว่าน้อยกว่า 0.05 หรือไม่ ถ้าน้อยกว่าแสดงว่าสมการมีความสัมพันธ์แบบมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b-coefficient) เพื่อพิจารณาทิศทางและขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

4. ค่าสถิติทดสอบ  $t$  เพื่อพิจารณาว่ามีค่าใกล้เคียงหรือมากกว่า 2.00 หรือไม่ที่แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญ

5. ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ (SSE)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

#### ผลการวิจัย

การศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภทสิทธิ ประสิทธิภาพการรับบริการ การประชาสัมพันธ์บริการและความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ รวมทั้งความสัมพันธ์ของปัจจัยข้างต้นกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ ได้ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภทสิทธิ ประสิทธิภาพการรับบริการ การประชาสัมพันธ์บริการและความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆต่อบริการ

1. **ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง** ทางด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภทสิทธิ ประสิทธิภาพการรับบริการ การประชาสัมพันธ์บริการและความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ ได้ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

(n = 371)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	120	32.35
หญิง	251	67.65
<b>อายุ</b>		
19 - 40 ปี	102	27.49
41 - 59 ปี	146	39.35
60 ปีขึ้นไป	123	33.16
ค่ามัธยฐาน = 52.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 14.53		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	31	8.36
สมรส	290	78.17
หม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่	50	13.47
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนจนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	288	77.63
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	83	22.37
ค่ามัธยฐาน = 4.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.51		
<b>รายได้</b>		
3000 บาทและต่ำกว่า	217	58.49
3001- 5,000 บาท	84	22.64

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 371)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
5,001 บาทขึ้นไป	70	18.87
ค่ามัธยฐาน = 3000.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5992.36		
ประเภทสิทธิ		
สิทธิบัตรประกันสุขภาพ	315	84.91
สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	32	8.63
สิทธิบัตรประกันสังคม	24	6.46
ประสบการณ์การรับบริการ		
1-5 ครั้ง	209	56.33
6-10 ครั้ง	93	25.07
11 ครั้งขึ้นไป	69	18.60
ค่ามัธยฐาน = 5.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 28.51		
การประชาสัมพันธ์บริการ		
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	288	77.63
หอกระจายข่าว	30	8.09
อื่นๆ	53	14.28
ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ		
ระดับน้อย	82	22.10
ระดับมาก	289	77.90
ค่าเฉลี่ย = 0.97 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.07		

จากตารางที่ 3 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 41-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ค่ามัธยฐานของอายุ 52 ปี สมรสแล้ว ระดับการศึกษาไม่ได้เรียนจนถึงจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีรายได้ 3,000 บาทต่อเดือนและต่ำกว่า ค่ามัธยฐานของรายได้ 3,000 บาทต่อเดือน มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ประสพการณ์การรับบริการ 1-5 ครั้ง มีค่ามัธยฐานประสพการณ์การรับบริการ 5 ครั้ง การประชาสัมพันธ์บริการส่วนใหญ่ได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุขและความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิรายชื่อได้ผล การศึกษาดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ (n = 371)

ความรู้เกี่ยวกับบริการระดับปฐมภูมิ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
1. สถานีอนามัยเป็นบริการลำดับแรกสุดก่อน โรงพยาบาล	0.98	<b>0.12</b>	มาก
2. สถานีอนามัยเป็นสถานบริการที่ใกล้ชิด ชุมชนกว่าโรงพยาบาล	0.99	0.05	มาก
3. เจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัยรู้จักประชาชน ดีกว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล	0.95	<b>0.22</b>	น้อย
4. สถานีอนามัยมีหน้าที่สร้างความรู้ด้าน สุขภาพแก่ประชาชน	0.99	0.09	มาก
5. สถานีอนามัยมีหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษา โรงพยาบาลหากเกินขีดความสามารถ	0.97	<b>0.16</b>	มาก
6. สถานีอนามัยมีบริการรักษาโรคพื้นฐาน ทั่วไป เช่น ไข้ ปวดหัว ท้องเสีย	0.98	<b>0.14</b>	มาก
7. สถานีอนามัยมีบริการคลินิกผู้ป่วยตาต่อ กระจก	0.93	<b>0.27</b>	น้อย
8. สถานีอนามัยมีบริการสำหรับคนทุกวัย ตั้งแต่เด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ	0.99	0.05	มาก
9. สถานีอนามัยมีบริการจากแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ เช่น หมอกระดูก หมอผิวหนัง	0.95	<b>0.21</b>	น้อย

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับบริการระดับปฐมภูมิ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	(n = 371)
			ระดับ
10. สถานีอนามัยมีการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน	0.94	0.24	น้อย

ค่าเฉลี่ย = 0.97 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.07

จากตารางที่ 4 ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิรายชื่อปรากฏว่ามีค่าสูงสุดคือ ข้อ 2 สถานีอนามัยเป็นสถานบริการที่ใกล้ชิดชุมชนกว่าโรงพยาบาล ข้อ 4 สถานีอนามัยมีหน้าที่สร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนและข้อ 8 สถานีอนามัยมีบริการสำหรับคนทุกวัยตั้งแต่เด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 0.99) รองลงมาคือข้อ 1 สถานีอนามัยเป็นบริการลำดับแรกสุดก่อนโรงพยาบาล และข้อ 6 สถานีอนามัยมีบริการรักษาโรคพื้นฐานทั่วไป เช่น ไข้ ปวดหัว ท้องเสีย (ค่าเฉลี่ย 0.98) และน้อยที่สุดคือข้อ 7 สถานีอนามัยมีบริการคลินิกผู้ป่วยตาต่อกระจก (ค่าเฉลี่ย 0.93) ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าโดยรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่อบริการระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับมากอาจเป็นไปได้ว่าความรู้ของผู้ป่วยเกิดจากการจดจำได้จากประสบการณ์การใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและสถานบริการระดับอื่นๆหรือการรับทราบจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ ทำให้เห็นความแตกต่างของบริการระดับปฐมภูมิและบริการในระดับที่สูงขึ้นไป

## 2. ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์เกณฑ์คุณภาพ SERVQUAL ของ Parasuraman and Berry มาใช้ซึ่งประกอบด้วย ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความน่าเชื่อถือวางใจได้ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย การเข้าใจ รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาความคาดหวังของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการรายชื่อ ได้ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ

(n = 371)

ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
<b>ความเป็นรูปธรรมของบริการ</b>			
1. สถานที่สะอาด เป็นระเบียบ	8.97	1.48	มาก
2. การตกแต่งสถานที่ไม่สวยงาม	7.81	2.55	มาก
3. ห้องน้ำสะอาด	8.33	1.95	มาก
4. แก้วน้ำดื่มใช้ซ้ำกับคนอื่นก็ได้	7.49	2.79	มาก
5. เก้าอี้หนังรองเพียงพอ	8.38	1.92	มาก
6. ไม่มีโทรทัศน์ให้ชม	7.74	2.76	มาก
7. ภายในอาคารเย็นสบาย	8.96	1.42	มาก
8. มีหมอนเพียงพอตลอดเวลาที่บริการ	8.77	1.80	มาก
9. เครื่องมือแพทย์เพียงพอ	8.30	2.14	มาก
10. เครื่องมือทำแผลไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ	8.51	2.64	มาก
11. มียาเพียงพอ	8.99	1.57	มาก
12. มีรถยนต์ที่เหมาะสมเพื่อส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน	6.91	3.58	มาก
13. ไม่มีโทรศัพท์ไว้ติดต่อเมื่อฉุกเฉิน	7.90	2.70	มาก
14. เอกสารให้ความรู้การดูแลสุขภาพมีน้อย	5.73	3.26	ปานกลาง
<b>ความน่าเชื่อถือวางใจได้</b>			
15. พบหมอทุกครั้งเมื่อไปรับบริการ	8.88	<b>1.89</b>	มาก
16. หมอเลื่อนนัด	7.63	<b>2.89</b>	มาก
17. มีบริการรักษาโรคทั่วไป เช่น ไข้หวัด ท้องเสีย ปวดหัว วิงเวียน	8.95	<b>1.82</b>	มาก
18. มีบริการรักษาโรคเบาหวาน	8.81	<b>2.33</b>	มาก
19. หมอไม่ได้ตรวจความดันโลหิตของท่านเมื่อ มารับบริการ	7.95	<b>2.77</b>	มาก
20. ไม่มีบริการถอนฟัน อุดฟัน	7.43	<b>3.33</b>	มาก
21. ได้รับการทำแผลเมื่อได้รับอุบัติเหตุมีบาดแผล	<b>8.90</b>	<b>1.86</b>	มาก

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ	ค่าเฉลี่ย	(n = 371)	
		ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
22. มีบริการนวดแผนไทย	5.57	411	ปานกลาง
23. ได้รับยาครบตามหมอสั่ง	9.28	1.35	มาก
24. หมอไม่ได้แนะนำการใช้จ่าย	8.57	2.61	มาก
25. ไม่มีบริการตรวจหากรูปเลือด	7.99	2.75	มาก
26. ปัญหาทุกเรื่องสามารถปรึกษากับหมอได้	8.59	2.15	มาก
27. มีบริการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลได้รวดเร็ว และปลอดภัย	8.27	2.50	มาก
28. หมอไม่เคยไปเยี่ยมบ้านท่าน	7.77	2.70	มาก
29. มีหมอไปเยี่ยมขณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล	6.60	3.26	ปานกลาง
30. หมอไปเยี่ยมที่บ้านหลังออกจากโรงพยาบาล	6.59	3.21	ปานกลาง
<b>การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย</b>			
31. หมอให้นั่งรอก่อนให้บริการเมื่อท่านมาถึง	5.70	3.46	ปานกลาง
32. บริการรวดเร็ว	8.74	1.64	มาก
33. รอนาน	7.44	2.61	มาก
34. มีหนังสือให้อ่านระหว่างรอ	6.88	2.60	มาก
35. มีผู้ป่วยมาใช้บริการหลายอย่างปะปนกัน ในวันเวลาเดียวกัน	5.29	3.31	ปานกลาง
36. ชั้นตอนรับบริการมาก	7.08	2.86	มาก
37. ไปใช้บริการได้สะดวกตาม วัน เวลาที่ให้บริการ	8.56	1.95	มาก
<b>การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย</b>			
38. หมอกล่าวักทายด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม	9.33	1.51	มาก
39. หมอพูดจาไม่ดี	8.68	2.75	มาก
40. หมอซักถามอาการอย่างละเอียด	8.91	1.94	มาก
41. หมอตรวจร่างกายไม่ละเอียด	8.14	2.59	มาก
42. มีแฟ้มประวัติครอบครัวที่สามารถค้นหาได้	8.98	1.66	มาก
43. หมอจำโรคประจำตัวของท่านได้	8.02	2.43	มาก

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	(n = 371)
			ระดับ
44. หอมไม่ทราบว่าท่านแพ้ยาอะไร	<b>7.51</b>	2.80	มาก
45. หอมจ่ายยาถูกต้อง	<b>9.22</b>	1.48	มาก
46. หอมรักษาไม่ได้ผล	<b>8.10</b>	2.50	มาก
47. หอมเข้าใจปัญหาของท่าน	<b>8.36</b>	2.11	มาก
48. รู้สึกไม่สบายใจเมื่อได้รับคำปรึกษา	<b>7.95</b>	2.58	มาก
49. หอมส่งต่อไปโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วหาก อาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น	<b>8.52</b>	1.98	มาก
50. หอมไม่ได้ประสานงานล่วงหน้ากับโรงพยาบาล ก่อนส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน	<b>7.84</b>	2.55	มาก
<b>การเข้าใจ รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย</b>			
51. ท่านได้รับบริการจากหอมประจำครอบครัว	8.18	<b>2.22</b>	มาก
52. หอมจำท่านไม่ได้	8.27	<b>2.51</b>	มาก
53. หอมรู้จักบ้านของท่าน	7.93	<b>2.81</b>	มาก
54. หอมทำให้รู้สึกว่าไม่มีเวลาให้ท่าน	8.14	<b>2.39</b>	มาก
55. หอมไม่สนใจสิ่งที่คุณกังวลใจ	8.22	<b>2.41</b>	มาก
56. หอมดูแลเมื่อลืมหานยาตามสั่ง	7.57	<b>2.84</b>	มาก
57. หอมต่อว่าเมื่อลืมหานยา	7.69	<b>2.81</b>	มาก
59. หอมอธิบายซ้ำหากท่านไม่เข้าใจ	8.91	<b>1.98</b>	มาก
60. หอมไม่สนใจฟังเมื่อท่านพูด	8.54	<b>2.37</b>	มาก
61. ท่านสามารถปฏิเสธหอมได้หากไม่ยอมรับการ รักษา	7.08	<b>2.95</b>	มาก

จากตารางที่ 5 ความเป็นรูปธรรมของบริการ มีค่าสูงสุดคือข้อ 11 มียาเพียงพอ (ค่าเฉลี่ย **8.99**) รองลงมาคือข้อ 1 สถานที่สะอาด เป็นระเบียบ (ค่าเฉลี่ย **8.97**) และน้อยที่สุดคือข้อ 14 เอกสารให้ความรู้การดูแลสุขภาพมีน้อย (ค่าเฉลี่ย **5.73**)

ความน่าเชื่อถือวางใจได้ มีค่าสูงสุดคือข้อ 23 ได้รับยาครบตามหมอสั่ง (ค่าเฉลี่ย 9.28) รองลงมาคือข้อ 17 มีบริการรักษาโรคทั่วไป เช่น ไข้หวัด ท้องเสีย ปวดหัว วิงเวียน (ค่าเฉลี่ย 8.95) และน้อยที่สุดคือข้อ 22 มีบริการนวดแผนไทย (ค่าเฉลี่ย 5.57)

การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มีค่าสูงสุดคือข้อ 32 บริการรวดเร็ว (ค่าเฉลี่ย 8.74) รองลงมาคือข้อ 37 ไปใช้บริการได้สะดวกตาม วัน เวลาที่ให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 8.56) และน้อยที่สุดคือข้อ 35 มีผู้ป่วยมาใช้บริการหลายอย่างปะปนกันในวันเวลาเดียวกัน (ค่าเฉลี่ย 5.29)

การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย มีค่าสูงสุดคือข้อ 38 หมอกล่าวทักทายด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม (ค่าเฉลี่ย 9.33) รองลงมาคือข้อ 45 หมอจ่ายยาถูกต้อง (ค่าเฉลี่ย 9.22) และน้อยที่สุดคือข้อ 44 หมอไม่ทราบว่าเป็นเพราะอะไร (ค่าเฉลี่ย 7.51)

การเข้าใจ รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย มีค่าสูงสุดคือข้อ 58 หมออธิบายทุกเรื่องที่ท่านถาม (ค่าเฉลี่ย 9.06) รองลงมาคือข้อ 59 หมออธิบายซ้ำหากท่านไม่เข้าใจ (ค่าเฉลี่ย 8.91) และน้อยที่สุดคือข้อ 61 ท่านสามารถปฏิเสธหมอได้หากไม่ยอมรับการรักษา (ค่าเฉลี่ย 7.08)

เมื่อพิจารณาความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการรวมและรายด้าน ได้ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการรายด้าน

ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า		ระดับ
			ต่ำสุด	สูงสุด	
1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ	8.06	1.17	3.86	10.00	มาก
2. ความน่าเชื่อถือวางใจได้	7.99	1.34	3.00	10.00	มาก
3. การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	7.10	1.46	4.00	10.00	มาก
4. การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย	8.43	1.31	2.46	10.00	มาก
5. การเข้าใจ รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย	8.15	1.47	3.64	10.00	มาก
รวม	7.94	1.11	4.82	9.86	มาก

(n = 371)

จากตารางที่ 6 ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย **7.94**) ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยมีค่าสูงสุด (ค่าเฉลี่ย **8.43**) รองลงมาคือด้านการเข้าใจ รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย **8.15**) และต่ำสุดคือด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย **7.10**)

เมื่อจัดเรียงความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการสูงสุดและต่ำสุด 5 อันดับแรก ได้ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อคุณภาพบริการสูงสุดและต่ำสุด 5 อันดับแรก

ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ	ค่าเฉลี่ย	(n = 371)
		ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
<b>ความคาดหวังสูงสุด</b>		
- หมอกกล่าวทักทายด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม	<b>9.33</b>	1.51
- ได้รับยาครบตามหมอสั่ง	<b>9.28</b>	<b>1.35</b>
- หมอจ่ายยาถูกต้อง	<b>9.22</b>	1.48
- หมออธิบายทุกเรื่องที่ท่านถาม	9.06	<b>1.81</b>
- มียาเพียงพอ	8.99	1.57
<b>ความคาดหวังต่ำสุด</b>		
- มีผู้ป่วยมาใช้บริการหลายอย่างปะปนกันในวันเวลาเดียวกัน	<b>5.29</b>	<b>3.31</b>
- มีบริการนวดแผนไทย	<b>5.57</b>	<b>4.11</b>
- หมอให้นั่งรอก่อนให้บริการเมื่อท่านมาถึง	<b>5.70</b>	<b>3.46</b>
- เอกสารให้ความรู้การดูแลสุขภาพมีน้อย	5.73	3.26
- หมอไปเยี่ยมที่บ้านหลังออกจากโรงพยาบาล	<b>6.59</b>	<b>3.21</b>

จากตารางที่ 7 ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการสูงสุดอันดับแรกคือ หมอกกล่าวทักทายด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม (ค่าเฉลี่ย **9.33**) ส่วนความคาดหวังต่อคุณภาพบริการต่ำสุดอันดับแรกคือ มีผู้ป่วยมาใช้บริการหลายอย่างปะปนกันในวันเวลาเดียวกัน (ค่าเฉลี่ย **5.29**)

### 3. ผลการทดสอบสมมติฐาน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีสมมติฐานคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภทสิทธิ ประสิทธิภาพการรับบริการ การประชาสัมพันธ์บริการและความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการ ระดับปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งในการทดสอบสมมติฐานมีตัวแปรอิสระของแบบจำลองการวิเคราะห์ 10 ตัวแปร ประกอบด้วย เพศชาย อายุ สถานภาพโสด ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิบัตรประกันสุขภาพ สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ประสิทธิภาพการรับบริการ การประชาสัมพันธ์บริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขและความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ แต่เนื่องจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าผิดปกติ (outliers) ของตัวแปรรายได้ 6 รายและตัวแปรประสิทธิภาพการรับบริการ 3 ราย ดังนั้นในการวิเคราะห์ผู้วิจัยจึงตัดค่าผิดปกติของตัวแปรรายได้และตัวแปรประสิทธิภาพการรับบริการ ออก 9 ราย (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2549) จึงเหลือข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจำนวน 362 รายในการทดสอบสมมติฐาน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีขั้นตอนของการทดสอบด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนดังต่อไปนี้

#### 3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพื่อตรวจสอบว่ามีปัญหา Multicollinearity ที่จะทำให้สมการถดถอยไม่ถูกต้องและทำให้สถิติทดสอบ  $t$  มีค่าน้อยกว่าปกติ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546: 338-341) หรือไม่ได้ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

(n = 362)

ตัวแปรอิสระ	Male	Age	Single	Edu	Inc	UC	CSMBS	Exp	PR	Kn
Male										
Age	-0.02									
Single	0.09	-0.34								
Edu	0.07	-0.57	0.25							
Inc	0.11	-0.31	0.02	0.48						
UC	-0.11	0.10	-0.02	-0.28	-0.32					
CSMBS	0.15	0.13	-0.09	0.17	0.31	-0.72				
Exp	0.02	0.11	-0.04	-0.03	-0.10	0.04	0.02			
PR	-0.10	-0.00	0.04	-0.08	-0.10	0.06	-0.08	-0.01		
Kn	-0.10	0.00	0.03	0.02	0.06	0.07	-0.11	-0.02	0.06	
Mean	0.33	50.98	0.08	5.56	3731.02	0.85	0.08	6.56	0.78	0.97
SD	0.47	14.56	0.28	3.42	3259.11	0.36	0.28	5.97	0.42	0.06

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปรากฏว่าไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดมีความสัมพันธ์กันสูง (เท่ากับหรือมากกว่า 0.75; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2548: 150) จึงไม่มีปัญหา Multicollinearity

### 3.2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

เมื่อไม่มีปัญหา Multicollinearity ดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนต่อไป ได้ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ (n= 362)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b-coefficient)	ค่า t
- เพศชาย	-0.51	-4.36
- สถานภาพ โสด	-0.58	-2.93
- ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ	3.28	3.82
- สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	1.29	4.49
- สิทธิบัตรประกันสุขภาพ	0.67	3.08
- ประสบการณ์การรับบริการ	-0.02	-2.54
- ค่าคงที่ (b <sub>0</sub> )	4.45	5.14

$R^2 = 0.17$ ,  $SEE = 1.02$ ,  $F = 11.85$ ,  $Sig. \text{ of } F = 0.00$

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนปรากฏว่าตัวแปรอิสระทั้ง 10 ตัวแปรของแบบจำลองการวิเคราะห์นี้มีเพียง 6 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกคือ สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิและสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ส่วนตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบคือ เพศชาย สถานภาพโสดและประสบการณ์การรับบริการ ซึ่งในกรณีที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก หมายความว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับตัวแปรตาม นั่นคือหากสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิและสิทธิบัตรประกันสุขภาพมีค่ามาก ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิก็น่าจะมากด้วยหรือหากสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิและสิทธิบัตรประกันสุขภาพ มีค่าน้อย ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิก็น่าจะน้อยตามไปด้วย ส่วนกรณีความสัมพันธ์เชิงลบ หมายความว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับตัวแปรตาม คือหากเพศชาย สถานภาพโสดและประสบการณ์การรับบริการมีค่ามาก ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิจะน้อยหรือหากเพศชาย สถานภาพโสดและประสบการณ์การรับบริการมีค่าน้อย ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิจะมาก ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวสามารถอธิบายการผันแปรความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ร้อยละ 17 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ

#### 4. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆต่อบริการ

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อบริการ ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 31.54 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผลการศึกษาแสดงได้ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อบริการ

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ความคิดเห็นต่อคุณภาพบริการ (n=117)</b>		
- พึงพอใจต่อคุณภาพบริการ	60	51.28
- ควรมีการปรับปรุงคุณภาพบริการ	57	48.72
<b>ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงคุณภาพบริการ (n=57)</b>		
- การเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอ	16	28.07
- การปรับปรุงตัวอาคารให้กว้างขวาง (อาคารชั้นเดียวแบบเก่า)	14	24.56
- เจ้าหน้าที่ควรพูดไพเราะ เป็นกันเอง	7	12.28
- ควรมีเครื่องมือให้บริการครบถ้วน	4	7.02
- เจ้าหน้าที่ควรเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ	4	7.02
- ควรมีแพทย์ให้การรักษาประจำ	4	7.02
- ควรมีรถสำหรับส่งต่อผู้ป่วย	3	5.26
- ยาเพียงพอและมีคุณภาพ	3	5.26
- มีคลินิกทันตกรรมและเจ้าหน้าที่ประจำ	3	5.26
- มีบริการนวดแผนไทย	3	5.26

จากตารางที่ 10 กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจต่อคุณภาพบริการด้านความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการร้อยละ 51.28 และเห็นว่าควรปรับปรุงคุณภาพบริการร้อยละ 48.72 เมื่อนำข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงคุณภาพบริการมาแจกแจง ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะมากที่สุดคือการเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอร้อยละ 28.07 รองลงมาคือการปรับปรุงสถานที่ ตัวอาคารให้กว้างขวางร้อยละ 24.56 และเจ้าหน้าที่ควรพูดไพเราะ เป็นกันเองร้อยละ 12.28 ตามลำดับ

## ข้อวิจารณ์

ผลการศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยมีข้อวิจารณ์ในประเด็นดังต่อไปนี้

### 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจเป็นไปได้ว่าเนื่องจากการเจ็บป่วยของเพศหญิงมีความแตกต่างจากเพศชายโดยเพศหญิงมักเจ็บป่วยด้วยอาการที่รุนแรงน้อยกว่าแต่เพศชายหากเจ็บป่วยเมื่อมารับบริการก็มักมีอาการรุนแรง เช่น อุบัติเหตุฉุกเฉินและเมื่อพิจารณาโดยทั่วไปแล้วระหว่างเพศชายกับเพศหญิงเราจะพบว่าเพศหญิงให้ความสนใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพมากกว่าเพศชายในการศึกษาครั้งนี้ก็เช่นเดียวกันที่พบว่าเพศชายมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการน้อยกว่าเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 41-59 ปีและ 60 ปีขึ้นไปเนื่องจากกลุ่มอายุดังกล่าวได้ผ่านช่วงวัยแห่งความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายมาแล้ว จึงเริ่มมีปัญหาสุขภาพและส่วนใหญ่ในชนบทกลุ่มอายุของสมาชิกในชุมชนมักไม่หลากหลายส่วนใหญ่มักเป็นเด็ก ผู้สูงอายุและกลุ่มแรงงานภาคเกษตรเนื่องจากกลุ่มคนวัยหนุ่มสาวต้องเข้าไปทำงานหรือศึกษาต่อในตัวเมืองทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรสแล้วเนื่องจากประชาชนในชนบทมักนิยมแต่งงานขณะอายุน้อย การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำคือไม่ได้เรียนจนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ด้านรายได้พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้น้อย เนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตร เช่น ทำนา เลี้ยงสัตว์ ประมงทำให้มีรายได้นั้นไม่แน่นอนเพราะราคาผลผลิตขึ้นอยู่กับกลไกของตลาดและบางครั้งครัวมีปัญหาเรื่องไม่มีที่ดินทำกินต้องรับจ้างทั่วไปทำให้มีรายได้น้อย ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจึงมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายของรัฐบาล การประชาสัมพันธ์บริการส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลการบริการสาธารณสุขจากอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งอยู่ในชุมชนเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขมีการแบ่งความรับผิดชอบของครัวเรือนอย่างชัดเจนและทำหน้าที่กระจายข่าวสารด้านสุขภาพอยู่แล้ว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่อบริการระดับปฐมภูมิโดยรวมในระดับมาก แต่ในบางกรณีกลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้น้อย เช่น มีบริการเยี่ยมบ้าน ซึ่งอาจเกิดจากความไม่ชัดเจนในบทบาทบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิทำให้กลุ่มตัวอย่างยังไม่ทราบว่ามีการดูแลสุขภาพประชาชน โดยการลงไปเยี่ยมเยียนที่บ้าน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งเป็นลักษณะของสังคมภาคเกษตรในชนบทและการที่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยเมื่อได้รับสิทธิบัตรประกันสุขภาพตาม โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้นและทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรับบริการและเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวลงได้ด้วย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อยและอยู่ในบริบทสังคมที่คล้ายคลึงกันทำให้พฤติกรรม ความคิด ความเชื่อและค่านิยมมีความแตกต่างกันน้อย เนื่องจากได้รับการขัดเกลาทางสังคมเหมือนกัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อบริการระดับปฐมภูมิ ที่พบว่าในบางกรณีที่เป็นกรณีการเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ที่น้อย เช่น บริการเยี่ยมบ้าน ซึ่งการจัดบริการนี้กลุ่มตัวอย่างอาจยังไม่เห็นความชัดเจนของบริการเหมือนการจัดบริการอื่นๆ ที่ใช้บริการอยู่เป็นประจำ เช่น การรักษาโรคทั่วไป บริการฝากครรภ์ บริการวางแผนครอบครัว เป็นต้น

## 2. ผู้ป่วยคาดหวังต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับสูง

ผลการศึกษาความคาดหวังต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 7.94) และคาดหวังต่อคุณภาพบริการรายด้านอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ตามแนวคิดทฤษฎีความคาดหวังอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคาดคะเนและตัดสินใจล่วงหน้าแล้วว่าสิ่งที่ตนเองคาดหวังไว้นั้นจะนำผลตอบแทนหรือความพึงพอใจมาให้ ซึ่งคุณค่าของผลตอบแทนกลุ่มตัวอย่างประเมินแล้วว่ามีความสำคัญและอยากให้เกิดขึ้นมาก ดังนั้นจึงให้ค่าความคาดหวังต่อผลตอบแทนที่จะได้รับในระดับมาก คุณค่าของผลตอบแทนหรือความพึงพอใจจะเป็นสิ่งจูงใจและมีผลต่อพฤติกรรมมารับบริการ หากผลตอบแทนมีความสำคัญมากจะมีส่วนผลักดันให้เกิดการแสดงพฤติกรรมมารับบริการมากตามไปด้วย โดยการใช้ความพยายามเพื่อนำไปสู่ผลได้ที่ต้องการ

ตามแนวคิดทฤษฎีความคาดหวังของ Vroom นั้น การแสดงพฤติกรรมเกิดจากการผลักดันของพลัง โดยพลังเกิดจากปัจจัยสามประการคือ ความคาดหวัง การให้มูลค่ารางวัลและวิธีการแสดงพฤติกรรม หากผลรวมของคะแนนพลังมีค่ามากจะมีแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดการแสดงพฤติกรรมมากกว่าผลรวมของคะแนนพลังที่ต่ำกว่า ซึ่งจากการศึกษาปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างให้มูลค่าผลตอบแทนต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับมาก คุณค่าดังกล่าวจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดความพยายามในการแสดงพฤติกรรมมารับบริการเพื่อตอบสนองความต้องการ ซึ่งผลตอบแทนที่ได้รับจากหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถเกิดขึ้นได้ 2 กรณีคือ 1) ผู้รับบริการได้รับผลตอบแทนตาม

ความคาดหวัง 2) ผู้รับบริการไม่ได้รับผลตอบแทนตามความคาดหวัง ซึ่งในกรณี ที่ 1 จะทำให้เกิดความพึงพอใจทำให้ผลรวมของพลังผลักดันมากและบริการของหน่วยบริการปฐมภูมินั้นจะเป็นสิ่งจูงใจในการรับบริการครั้งต่อไป แต่ในกรณี ที่ 2 ความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการตอบสนองจึงทำให้ไม่ได้รับความพึงพอใจทำให้ผลรวมของพลังผลักดันต่ำ บริการของหน่วยบริการปฐมภูมินั้นจึงไม่เป็นสิ่งจูงใจในการรับบริการครั้งต่อไป จึงเกิดพฤติกรรมแสวงหาบริการจากแหล่งอื่นในการรับบริการครั้งต่อไป เช่น การข้ามขั้นตอนการรับบริการ การไปใช้บริการในคลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นต้น

การที่กลุ่มตัวอย่างคาดหวังต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับมาก อาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากการปลูกฝังของเจ้าหน้าที่ในอดีตที่ผ่านมาจนกลายเป็นบรรทัดฐานว่าเมื่อเจ็บป่วยก็ควรไปพบเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจว่าเป็นโรคอะไรเพราะการเจ็บป่วยถือเป็นภาวะที่ผิดปกติต้องรับการรักษาพยาบาล รวมทั้งในอดีตเจ้าหน้าที่ไม่สนับสนุนให้ประชาชนใช้วิธีการรักษาจากการแพทย์แผนโบราณหรือการรักษาโดยอาศัยความเชื่อและภูมิปัญญาชาวบ้าน ประชาชนจึงหันมาใช้บริการและให้ความสำคัญกับการแพทย์สมัยใหม่มากขึ้นและเลื่อมความนิยมการรักษาจากการแพทย์แผนโบราณ จากลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเมื่อมารับบริการจึงคาดหวังสูงจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าจะต้องได้รับการที่ดีและได้รับการช่วยเหลือให้หายจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้เป็นไปได้ว่าเนื่องจากลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในชุมชน ไปใช้บริการสะดวกและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ต่อบริการปฐมภูมิในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 0.97) ดังนั้นจึงคาดหวังต่อการให้บริการที่ได้รับว่าต้องมีคุณภาพมากตามไปด้วย สอดคล้องกับ วันเพ็ญ สวนสีดา (2545: 65) ที่พบว่าความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรีอยู่ในระดับมากและ Zemencuk *et al.* (1998: 273-276) พบว่าผู้รับบริการในหน่วยบริการทั้งในออนตารีโอและมิชิแกนของสหรัฐอเมริกาต่างมีความคาดหวังและความต้องการคล้ายกันและอยู่ในระดับสูงเหมือนกัน

ความคาดหวังที่อยู่ในระดับมากของกลุ่มตัวอย่าง หากพิจารณาในมุมมองของการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ การที่กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในระดับสูงย่อมมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมมารับบริการ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างคาดหวังและให้ความสำคัญต่อการรักษาโรคและการพึ่งพาบริการมาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับคุณลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่แม้จะมีลักษณะการบริการที่ผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ต้องการเน้นในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้สามารถพึ่งตนเองได้มากกว่าพึ่งพาบริการและจากผลการศึกษาพบว่า บริการเยี่ยมบ้าน

บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขณะพักรักษาในโรงพยาบาลและหลังออกจากโรงพยาบาล บริการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ บริการเหล่านี้กลุ่มตัวอย่างกลับมีความคาดหวังน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับบริการอื่นๆ ส่วนในด้านความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมินั้นก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับบริการระดับปฐมภูมิมีการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน (ค่าเฉลี่ย 0.94) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงมีค่านิยมและให้ความสำคัญกับการรักษาโรคมามากและยังคงเคยชินกับระบบบริการแบบเก่าที่เน้นการรักษาพยาบาล ทั้งนี้อาจเกิดจากความไม่ชัดเจนในบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิและการเปลี่ยนแปลงความคิด ค่านิยม ความเชื่อเป็นเรื่องยาก ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างยังคงให้คุณค่ากับการรักษาโรคมามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพย่อมส่งผลกระทบต่อการแสดงบทบาทของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีบุคลากรจำกัดอยู่แล้วแต่ต้องแสดงบทบาทการบริการที่หลากหลายทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทที่คาดหวังของผู้ป่วยได้เต็มที่และบุคลากรอาจเกิดความขัดแย้งของบทบาทที่ต้องปฏิบัติงานตามนโยบายการสร้างสุขภาพกับบทบาทที่ผู้ป่วยคาดหวังได้และหากหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้แล้ว ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การข้ามขั้นตอนบริการ ไปใช้บริการในคลินิกเอกชน โรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลเอกชน การร้องเรียนบริการอาจจะยังเกิดขึ้นต่อไป การแก้ไขปรากฏการณ์ดังกล่าวจึงต้องสร้างค่านิยมแก่ผู้รับบริการให้เกิดความตระหนักในการสร้างสุขภาพและการพึ่งพาตนเองไปพร้อม ๆ กับการปรับปรุงคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ป่วย

3. คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังต่อหน่วยบริการปฐมภูมิคือ บริการจากเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะ อธิษาศัยดี พุดคุยทักทาย ยิ้มแย้มแจ่มใสขณะบริการและมีบริการด้านยาที่ดี

ผลการศึกษาปรากฏว่าความคาดหวังต่อคุณภาพรายด้านกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังสูงสุดในการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย 8.4) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคาดคะเนแล้วว่า คุณค่าผลตอบแทนของปัจจัยดังกล่าวจะทำให้เกิดความพึงพอใจมากที่สุดจึงให้ค่าความคาดหวังมากที่สุด อาจเป็นไปได้ว่าเนื่องจากปัจจัยดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับมารยาท อธิษาศัยและทักษะความชำนาญของเจ้าหน้าที่ ซึ่งตรงกับความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างว่าเจ้าหน้าที่ควรเป็นบุคลากรที่มี อธิษาศัยดี มีความสุภาพอ่อนโยน ยิ้มแย้ม เป็นมิตรต่อผู้รับบริการและมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการ สามารถแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการได้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเช่นนี้อาจเนื่องจากบริการด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตและความปลอดภัย หากมีความผิดพลาดในการให้บริการย่อมเป็นอันตรายกับชีวิตของผู้ป่วยและโดยทั่วไปประชาชนมักคาดหวังและต้องการ

ผู้ให้การรักษาหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีอัตราสัปดาห์และทำที่ที่อบอุ่น เพราะการที่เจ้าหน้าที่พูดคุยและยิ้มแย้มแจ่มใสย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเกิดความมั่นใจต่อการรับบริการ

ความคาดหวังสูงสุดคือ “หมอกล่าวักทหายด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม” (ค่าเฉลี่ย 9.33) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคาดคะเนแล้วว่าคุณค่าผลตอบแทนของปัจจัยดังกล่าวจะทำให้เกิดความพึงพอใจมากที่สุดจึงให้ค่าความคาดหวังมากที่สุด อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการให้เจ้าหน้าที่พูดคุยและให้บริการด้วยความยิ้มแย้มในขณะที่ให้บริการ เพราะจะทำให้รู้สึกเป็นกันเอง คลายความกังวลและทำให้เกิดความเชื่อมั่นต่อการให้บริการ เนื่องจากลักษณะทั่วไปของทุกคนที่ต้องการความเป็นมิตร ความมีน้ำใจ คำพูดที่ไพเราะและการยิ้มแย้มแจ่มใส ยิ่งเมื่อเจ็บป่วยก็ย่อมต้องการความเอาใจใส่เป็นพิเศษจากเจ้าหน้าที่ที่ใจดี ผู้ป่วยซึ่งมารับบริการด้วยความไม่สบายกาย ทุกข์ใจและไม่มั่นใจต่ออาการเจ็บป่วยจึงย่อมคาดหวังต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ให้พูดคุยและยิ้มแย้มขณะให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการจากเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ใช่ญาติหรือมิตรสหายที่คุ้นเคยซ้ำประชาชนทั่วไปยังมีความคิดหวาดหวั่นหรือบุคลกรทางการแพทย์เป็นผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลและวินิจฉัยโรค มีสถานภาพทางสังคมเหนือกว่าตนเองและเป็นที่น่าเชื่อถือยำเกรง ย่อมทำให้เกิดความแปลกแยกกระห่างกัน แต่หากสามารถลดช่องว่างระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ลงได้ด้วยการสื่อสาร การพูดคุยและการยิ้มแย้มแจ่มใสในการบริการจะช่วยเพิ่มความมั่นใจ ความเข้าใจและเพิ่มความเป็นมิตรให้แก่กันมากขึ้นและจะเป็นบริการที่ดูแลอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้นเพราะสามารถเข้าไปดูแลถึงจิตใจของผู้ป่วยไม่เฉพาะแต่การดูแลรักษาทางกายเพียงอย่างเดียว

ความคาดหวังเกี่ยวกับเรื่องยาคือ “ได้รับยาครบตามหมอสั่ง” (ค่าเฉลี่ย 9.28) “หมอจ่ายยาถูกต้อง” (ค่าเฉลี่ย 9.22) และ “มียาเพียงพอ” (ค่าเฉลี่ย 8.99) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างให้คุณค่าผลตอบแทนกับการใช้ยาในการรักษาโรคมก เนื่องจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบันทำให้คนจำนวนมากต้องพึ่งพายาเพื่อการรักษาโรคและมักเข้าใจว่าการรักษาอาการเจ็บป่วยจากการเป็นโรคได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับยาในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาของคนไทยที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาอยู่ในระดับสูง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549) การที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการปลูกฝังว่าหากเจ็บป่วยต้องรักษา ต้องรับประทานยาจึงจะหายป่วยและผู้ป่วยมักต้องการหายจากอาการเจ็บป่วยโดยเร็ว ทำให้คาดหวังว่าเมื่อมารับบริการจากสถานบริการทางการแพทย์ต้องได้รับยาดี มีคุณภาพ ได้รับยาครบและมีจำนวนมากที่จะทำให้หายเจ็บป่วยอย่างรวดเร็วและโดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านสมาชิกในครอบครัวก็มักจะขอคุยาเป็นอันดับต้นๆ เพื่อคว่าได้รับยาอะไร รับประทานอย่างไร เป็นต้น โดยผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมักไม่ได้พิจารณาถึงสาเหตุและกลไกของการเจ็บป่วย กระบวนการรักษาว่าเป็นอย่างไร

ความคาดหวังให้หมออธิบายทุกเรื่องที่ถาม (ค่าเฉลี่ย 9.06) อาจเป็นไปได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องการทราบและเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา อาการเจ็บป่วยและเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องกับตนเองเพราะปัญหาสุขภาพมักมีความซับซ้อนและยากต่อการทำความเข้าใจของคนทั่วไป การที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเช่นนี้เนื่องมาจากการรับรู้ว่าหากเจ็บป่วยต้องไปหาหมอหรือปรึกษาหมอหรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยคาดหวังเสมอว่าตนเองต้องได้รับคำตอบว่าเจ็บป่วยเป็นอะไร ต้องใช้เวลารักษานานแค่ไหน อาการเจ็บป่วยร้ายแรงแค่ไหน เมื่อไหร่จึงจะหาย ทั้งนี้คำถามเหล่านี้บุคลากรทางการแพทย์มักถูกถามจากผู้ป่วยซึ่งบางกรณีไม่อาจให้คำตอบที่ชัดเจนได้ในทันที เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคไม่ชัดเจนพอที่จะวินิจฉัยได้

ความคาดหวังในระดับสูงทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ ความคาดหวังเกี่ยวกับอรรถศาสตร์และทักษะของเจ้าหน้าที่ ความคาดหวังให้เจ้าหน้าที่พูดคุยและบริการด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส ความคาดหวังเกี่ยวกับยาและความคาดหวังการอธิบายทุกเรื่องที่ถามเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างคาดหวังว่าจะต้องได้รับเมื่อมาใช้บริการ หากหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถตอบสนองได้แล้วกลุ่มตัวอย่างจะไม่พึงพอใจและประเมินว่าบริการนั้นคือคุณภาพ

เมื่อพิจารณาความคาดหวังต่ำสุดในอันดับแรกคือ “มีผู้ป่วยมาใช้บริการหลายอย่างปะปนกันในวันเวลาเดียวกัน” (ค่าเฉลี่ย 5.29) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้คุณค่าของผลตอบแทนน้อยที่สุด อาจเป็นไปได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคิดว่าบริการสุขภาพภาครัฐเป็นบริการสาธารณะ เมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพทุกคนสามารถรับบริการได้อย่างเท่าเทียมกันและโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิก็เป็นคนในชุมชนเดียวกันหรือรู้จักคุ้นเคยกัน จึงมีบรรยากาศของความเป็นมิตรและความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กันในการรับบริการ แม้ว่าจะมีผู้รับบริการปะปนกันจำนวนมากที่จะทำให้ไม่สะดวกในการรับบริการ ซึ่งต่างจากการรับบริการในสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีผู้รับบริการมาจากหลากหลายที่มาและต่างต้องการให้ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็วมากที่สุดสำหรับตนเอง

ความคาดหวังเกี่ยวกับการมีบริการนวดแผนไทยอยู่ในอันดับต่ำรองลงมา (ค่าเฉลี่ย 5.57) เป็นไปได้ว่าเนื่องจากในชนบทมักมีหมอนวดแผนโบราณซึ่งที่เป็นที่รู้จักของคนในชุมชนอยู่แล้ว ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นผู้อาวุโสและเป็นที่น่าถือและไว้วางใจของคนทั่วไป เมื่อเจ็บป่วยไม่รุนแรง เช่น ปวดเมื่อย ปวดหลัง ประชาชนก็มักอาศัยการนวดจากหมอนวดแผนโบราณเหล่านี้ด้วยการให้หมอมานวดถึงที่บ้านหรือไปนวดที่บ้านของหมอนวดแผนโบราณเอง แม้จะต้องจ่ายค่าตอบแทนบ้างแต่สะดวกและเป็นกันเองมากกว่า แต่หากนำบริการนวดแผนไทยมาจัดบริการในสถานบริการทาง

การแพทย์ย่อมเกิดความเป็นทางการเพราะมีระบบการจัดบริการตามระบบราชการ ทำให้ไม่สะดวกและไม่เป็นกันเองในการมารับบริการเหมือนในชุมชน

ความคาดหวังเกี่ยวกับเอกสารให้ความรู้การดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำในอันดับถัดมา (ค่าเฉลี่ย 5.73) เป็นไปได้ว่าเนื่องจากโดยลักษณะทั่วไปของประชาชนในชนบทที่มีระดับการศึกษาต่ำไม่ถนัดในทักษะการอ่าน การเขียน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยและไม่ค่อยให้ความสนใจกับการอ่านและความรู้ทางวิชาการมากนักและโดยทั่วไปหากมารับบริการเมื่อเจ็บป่วยก็มุ่งไปรับบริการรักษาพยาบาลเป็นลำดับแรก ทำให้การให้ความสนใจกับบริการให้ความรู้จากวัสดุสื่อสารและเอกสารสิ่งพิมพ์จึงมีน้อยตามไปด้วย ในการให้ความรู้ทางวิชาการจึงต้องประยุกต์ให้เหมาะสมลักษณะวิถีชีวิตและสังคมของประชาชนในชนบทด้วยการใช้ทักษะการพูดคุย การฟังจะมีความเหมาะสมมากกว่า

ความคาดหวังในระดับต่ำที่กล่าวมานี้ได้แก่ การมีผู้ป่วยปะปนกันในการจัดบริการ การมีบริการนัดหมายไทยและบริการเอกสารให้ความรู้การดูแลสุขภาพ หากกลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความพึงพอใจมากหรือประทับใจเป็นพิเศษเพราะอยู่นอกเหนือความคาดหมาย อย่างไรก็ตามหากไม่ได้รับการตอบสนองก็ไม่ได้เกิดความไม่พึงพอใจแต่อย่างใด

#### 4. ผู้ป่วยคาดหวังต่อบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมและเปิดเสรีทุกด้าน

ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิรายชื่อและรายด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากทั้งในด้านการจัดโครงสร้างทางกายภาพ กระบวนการจัดบริการและผลลัพธ์ของบริการ แม้ผลการศึกษาด้านความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้ว่าบริการระดับปฐมภูมิมิหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาโรงพยาบาลหากเกินขีดความสามารถ (ค่าเฉลี่ย 0.97) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างคาดหวังต่อบริการที่มีความพร้อมและเปิดเสรีขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิมิขีดจำกัดในการจัดบริการเพราะไม่สามารถให้บริการโดยตรงได้ทุกเรื่องทำให้เกิดความไม่สมดุลกันระหว่างความต้องการของผู้ป่วยกับการตอบสนองความต้องการ ทั้งนี้ ความคาดหวังดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างอาจเกิดจากการเปรียบเทียบบริการกับคลินิกเอกชน โรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลเอกชนที่มีความพร้อมทั้งคุณภาพ บริการที่ดี การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และบริการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น ในขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมียังมีความจำกัดของทรัพยากรในด้านต่างๆ เช่น บุคลากร ไม่เพียงพอ ขาดแคลนเครื่องมืออุปกรณ์การให้บริการ งบประมาณที่มีจำกัด เป็นต้น ปัญหาอุปสรรคเหล่านี้ทำให้การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพเทียบเท่า

กับคลินิกเอกชน โรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งการบริหารจัดการให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีคุณภาพตามความคาดหวังของผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องอาศัยการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่นด้านนโยบายและการบริหารจัดการตามความหลากหลายของสภาพแต่ละพื้นที่ เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถแสดงบทบาทการบริการได้หลากหลาย สมบูรณ์แบบสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนเหมือนกับคำขวัญที่ระบุไว้ว่า “บริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”

ปัญหาอุปสรรคของการจัดบริการระดับปฐมภูมิข้างต้นทำให้สามารถอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในเขตบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนดเชื่อมโยงกับผลการศึกษาคความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ว่า กรณีการข้ามขั้นตอนนี้ไปใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การนิยมใช้บริการจากคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน เกิดจากผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อคุณภาพการจัดบริการในระดับสูง ต้องการบริการที่มีความพร้อมเบ็ดเสร็จ โดยเฉพาะบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังในระดับสูงคือ ด้านทักษะและอรรถยาของเจ้าหน้าที่ การพูดคุยและยิ้มแย้มแจ่มใสขณะบริการและคุณภาพบริการด้านยา ซึ่งบริการดังกล่าวมีผลต่อการประเมินคุณภาพบริการในการรับบริการของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ในขณะที่การจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถสนองต่อความต้องการดังกล่าวได้น้อยจึงทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจและประเมินว่าบริการด้อยคุณภาพ เนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากรและการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิเอง เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นบริการการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน ดูแลรักษาโรคง่าย ๆ ไม่สามารถให้บริการโดยตรงได้ทุกเรื่อง จำนวนบุคลากรน้อยและส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งมีทักษะการจัดบริการในขั้นพื้นฐานทำให้ไม่สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ทุกคนและหน่วยบริการปฐมภูมียังมีความจำกัดด้านยาและเวชภัณฑ์เนื่องจากต้องจัดบริการตามกรอบบัญชียาที่กำหนดซึ่งอาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น

##### 5. ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

ตัวแปรสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ผลการศึกษาปรากฏว่าสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการเป็นไปตามสมมติฐาน อาจเป็นไปได้ว่าเนื่องจากสิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจมีลักษณะเป็นสวัสดิการ รักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว โดยเฉพาะ คนกลุ่มนี้มักมีความรู้และการศึกษาสูง ทำให้มีความคาดหวังต่อบริการว่าจะต้องมีคุณภาพ อีกทั้งการรักษาพยาบาลกับคนกลุ่มนี้มักมีความเหลื่อมล้ำกับสิทธิบัตรในประเภทอื่น โดยเฉพาะกรณีการเปรียบเทียบความเข้มงวด

ในการจ่ายยากับผู้มีสิทธิใน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549: 8) และ อัญชานา ณ ระนอง (2548: 44-45) พบว่าผู้มีสิทธิต่างๆได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างกันในสถานพยาบาลบางแห่งจึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลุ่มที่มีสิทธิข้าราชการได้รับการตอบสนองความคาดหวังจนเคยชิน ดังนั้นการมีสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจจึงมีความ สัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ

ตัวแปรการมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ผลการศึกษาปรากฏว่าสิทธิบัตรประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการเป็นไปตามสมมติฐาน อาจเป็นไปได้ว่าเนื่องจากเดิมการมีสิทธิรักษาพยาบาลจำกัดเฉพาะบางกลุ่ม เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ คนยากจน เมื่อคนส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้การเข้าถึงบริการมีความครอบคลุมมากขึ้น ขณะเดียวกันก็มีการประชาสัมพันธ์ถึงสิทธิประโยชน์ของโครงการฯจึงอาจทำให้ประชาชนคาดหวังต่อบริการมากขึ้นกว่าเดิมว่าจะต้องได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำจึงมีผลต่อความคาดหวังต่อคุณภาพบริการด้วย เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับ อัญชานา ณ ระนอง (2548: 40) ที่พบว่าสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประชาชนกลุ่มที่มีรายได้น้อยที่มีสิทธิตามโครงการฯจะให้ความสำคัญ เนื่องจากทำให้มีความเชื่อมั่นมากขึ้นที่จะไปใช้บริการว่ามีค่าใช้จ่ายมาน้อยเพียงใด ดังนั้นการมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ

ตัวแปรความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ ผลการศึกษาปรากฏว่าความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการเป็นไปตามสมมติฐาน แม้จะยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิโดยตรงแต่มีผู้ศึกษาในกรณีใกล้เคียงกันคือ ปรียา ผาติชล (2538: 70) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการประกันสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเคยใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและ สุกัญญา ศิวายพราหมณ์ (2543: 91) พบว่าความรู้เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปในการไปใช้บริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย Parasuraman and Berry (1991: 57-62) กล่าวว่า การรับรู้บทบาทของบริการมีอิทธิพลต่อความคาดหวังบริการ อาจเป็นไปได้ว่าเนื่องจากความรู้เกิดจากการจดจำจากประสบการณ์ที่ได้รับรวมทั้งการรับทราบข้อมูลจากแหล่งต่างๆจึงทำให้เกิดความเข้าใจต่อลักษณะบริการที่ได้คุณภาพว่ามีลักษณะอย่างไรและคาดหวังต่อบริการที่ตนเองได้รับว่าจะต้องมีคุณภาพตามการรับรู้ของตนเอง ดังนั้นความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิจึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ

ตัวแปรเพศชาย ผลการศึกษาปรากฏว่าเพศชายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการเป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับ ไพรพนา ศรีเสน (2544: 67) ที่พบว่าเพศต่างกันมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการแตกต่างกัน Karydis *et al.* (2001: 409-416) พบว่าเพศหญิงที่มีฐานะทางสังคมเศรษฐกิจอยู่ในระดับกลางต่ำมีความต้องการคุณภาพบริการของหน่วยทันตกรรมมากกว่าเพศชายในระดับเดียวกันและ ศิระ โอภาสพงษ์ (2541: 45-46) กล่าวว่าเพศชายมีบรรทัดฐานต่างจากเพศหญิงและมีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้บริโภค อาจเป็นไปได้ว่าเนื่องจากโดยปกติแล้วเพศชายมักจะให้ความสำคัญกับเรื่องต่างๆเฉพาะประเด็นหลัก ส่วนรายละเอียดปลีกย่อยมักเป็นเรื่องของเพศหญิงที่ให้ความสนใจต่อเรื่องนี้มากกว่า โดยเหตุนี้การไปใช้บริการด้านสุขภาพที่มีโอกาสเจ็บป่วยไม่ถึงขั้นรุนแรงหรืออุบัติเหตุฉุกเฉินเพศชายจึงเข้ารับบริการน้อยกว่า การคาดหวังต่อบริการจึงน้อยกว่าเพศหญิง ดังนั้นเพศชายจึงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ

ตัวแปรสถานภาพ โสด ผลการศึกษาปรากฏว่าสถานภาพ โสดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการเป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรพนา ศรีเสน (2544: 69) ที่พบว่าสถานภาพสมรสที่ต่างกันมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการแตกต่างกัน อาจเป็นไปได้ว่าเนื่องจากโดยปกติแล้วคนโสดมักไม่มีพันธะ ไม่ต้องมีการระมัดระวังต่อครอบครัว เช่น การเลี้ยงบุตรซึ่งอยู่ในวัยเรียน การดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น และเมื่อพิจารณาโดยทั่วไปแล้วจะพบว่าคนโสดมักนิยมความสะดวก รวดเร็วจึงไม่ค่อยสนใจบริการของภาครัฐที่มีขั้นตอนในการรับบริการ การให้ความสนใจต่อบริการด้านสุขภาพจึงน้อยกว่าคนกลุ่มอื่น ดังนั้นสถานภาพโสดจึงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ

ตัวแปรประสบการณ์การรับบริการ ผลการศึกษาปรากฏว่าประสบการณ์การรับบริการมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการเป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับ ไพรพนา ศรีเสน (2544: 51); วันเพ็ญ สวนสีดา (2543: 8) ที่พบว่าจำนวนครั้งของการรับบริการที่ต่างกันมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังคุณภาพบริการและ ศิระ โอภาสพงษ์ (2541: 40-49) กล่าวว่า การได้รับประสบการณ์จากการรับบริการทำให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้จนกลายเป็นบรรทัดฐานที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลงและมีผลต่อการคาดหวังต่อบริการในครั้งต่อไป ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าการที่ผู้รับบริการมีประสบการณ์ที่น้อยกว่าจึงมีโอกาสได้เรียนรู้ประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจและรับรู้ข้อบกพร่องของบริการน้อยกว่าจึงคาดหวังต่อบริการมาก ต่างจากกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่าที่เรียนรู้ข้อบกพร่องของบริการมากกว่าจนกลายเป็นบรรทัดฐานที่ไม่ดีต่อ

บริการและยากต่อการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นประสบการณ์การรับบริการจึงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ

ตัวแปรอายุ ผลการศึกษาปรากฏว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการไม่เป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับ ไพรพนา ศรีเสน (2544: 68); วันเพ็ญ สวนสีดา (2545: 82); ัญญา มาส พุมาพันธ์ (2547: 48) และ Margolis *et al.* (2003: 241-249) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังคุณภาพบริการ อาจเป็นไปได้ว่าแม้คนเราจะมีอายุแตกต่างกันแต่ทุกคนต่างก็มีความต้องการคุณภาพบริการที่ดีเหมือนกัน เนื่องจากความเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้กับคนทุกวัยตั้งแต่วัยเด็กจนกระทั่งชราภาพ แม้วัยที่ต่างกันจะต้องการรายละเอียดปลีกย่อยของบริการที่ต่างกันบ้าง เช่น วัยทำงานต้องการบริการที่สะดวก รวดเร็ว วัยชราต้องการเอาใจใส่เป็นพิเศษ เป็นต้น แต่โดยรวมแล้วต่างก็ต้องการบริการที่ดีมีคุณภาพและตรงกับความต้องการเหมือนกัน ดังนั้นอายุจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ

ตัวแปรระดับการศึกษา ผลการศึกษาปรากฏว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการไม่เป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับ ธาริณี เมธานุเคราะห์ (2542: 60); ไพรพนา ศรีเสน (2544: 70); วันเพ็ญ สวนสีดา (2545: 82) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังคุณภาพบริการ อาจเป็นไปได้ว่าแม้ว่าระดับการศึกษาจะแตกต่างกันแต่ทุกคนต่างก็มีความต้องการคุณภาพบริการที่ดีเหมือนกัน เนื่องจากการพิจารณาว่าคุณภาพบริการดีหรือไม่ดีในมุมมองของประชาชนทั่วไปเกิดจากการรับรู้ลักษณะบริการภายนอกที่สามารถสัมผัสหรือรู้เห็นได้ขณะรับบริการ เช่น อาคารสถานที่สะอาด ความเพียงพอของเครื่องมืออุปกรณ์ อธยาศัยที่ดีของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น เพราะลักษณะบริการทางการแพทย์มีความเป็นวิชาชีพสูงคนทั่วไปไม่มีความรู้และเข้าใจน้อย ดังนั้นไม่ว่าประชาชนจะมีการศึกษาสูงหรือต่ำก็สามารถรับรู้บริการที่ดีมีคุณภาพว่ามีลักษณะอย่างไรและคาดหวังต่อลักษณะคุณภาพบริการที่ไม่ต่างกัน ดังนั้นระดับการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ

ตัวแปรรายได้ ผลการศึกษาปรากฏว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการไม่เป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับ ธาริณี เมธานุเคราะห์ (2542: 63); ไพรพนา ศรีเสน (2544: 72); วันเพ็ญ สวนสีดา (2545: 82) และ Peck *et al.* (2004: 1082) ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังคุณภาพบริการ อาจเป็นไปได้ว่าแม้ประชาชนในชนบทจะมีรายได้เล็กน้อยแต่ก็ต้องการคุณภาพบริการที่ดี เนื่องจากอาจเกิดจากความคิดเห็นของประชาชนที่ว่าแม้การเจ็บป่วยจะเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่พึงปรารถนาแต่หากว่าการเจ็บป่วยนั้นมีสถานบริการที่

บริการดี เจ้าหน้าที่ที่ให้การรักษาหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความสามารถยอมเป็นแรงจูงใจในการไปใช้บริการ แม้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากแต่ก็เต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการ เพราะเชื่อมั่นว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีให้หายจากอาการเจ็บป่วย ดังนั้นรายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ

ตัวแปรการประชาสัมพันธ์บริการจากอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการศึกษาปรากฏว่าการประชาสัมพันธ์บริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานซึ่งใกล้เคียงกับ Jenkinson *et al.* (2001: 90-95) ที่พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในการรับบริการของผู้ป่วย อาจเป็นไปได้ว่าความคาดหวังต่อคุณภาพบริการไม่เกี่ยวข้องกับการประชาสัมพันธ์บริการและแหล่งที่ได้รับข้อมูลการให้บริการ เนื่องจากโดยทั่วไปแล้วสถานบริการทางการแพทย์ของภาครัฐเป็นบริการสาธารณะที่ไม่เน้นการให้บริการเพื่อหวังผลกำไรเหมือนบริการของภาคเอกชนและการให้ข้อมูลข่าวสารของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยทั่วไปมักเน้นไปในด้านการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการให้ข้อมูลทางวิชาการเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าการส่งเสริมการมาใช้บริการ ทำให้ประชาชนไม่คาดหวังต่อการรับบริการเหมือนบริการจากภาคเอกชน ดังนั้นการประชาสัมพันธ์บริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลาสามารถสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะได้ดังต่อไปนี้

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเพื่อศึกษาลักษณะปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภทสิทธิ ประสิทธิภาพการรับบริการ การประชาสัมพันธ์บริการและความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

รูปแบบการศึกษาใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง ประชากรเป็นผู้ป่วยภายในเขตบริการอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มาใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอระโนด จังหวัดสงขลาของเดือนสิงหาคม 2549 ขนาดตัวอย่าง 371 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบบมีระบบโดยใช้ช่วงสุ่มตัวอย่างจากบัญชีผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามและทดสอบความน่าเชื่อถือได้ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชได้เท่ากับ 0.96 เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ สติติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ส่วนสถิติวิเคราะห์ที่ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 41-59 ปีและ 60 ปีขึ้นไป สมรสแล้ว ระดับการศึกษาไม่ได้เรียนจนถึงจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 รายได้ 3,000 บาทต่อเดือน และต่ำกว่า มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ประสิทธิภาพการรับบริการเคยมาใช้บริการ 1-5 ครั้ง การประชาสัมพันธ์บริการส่วนใหญ่ได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุขและความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับมาก

ความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างปรากฏว่า มีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยมีค่าสูงสุด รองลงมาคือการเข้าใจ ได้รับความต้องการของผู้ป่วยและต่ำสุดคือการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ความคาดหวังที่สำคัญที่สุดคือ “หมอกว่าทักทายด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม” ส่วนข้อเสนอแนะที่พบมากที่สุดคือการเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอ ผู้วิจัยได้ข้อสรุปว่าบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่กลุ่มตัวอย่างคาดหวังมากที่สุดคือ บริการจากเจ้าหน้าที่ที่อภัยเสียดี มีทักษะ พูดคุยและยิ้มแย้มแจ่มใสขณะบริการและมีบริการด้านยาที่ดี

การทดสอบสมมติฐาน โดยใช้การวิเคราะห์ถ้อยคำแบบขั้นตอนที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ปรากฏว่าตัวแปรสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิและสิทธิบัตรประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนตัวแปรเพศชาย สถานภาพโสดและประสบการณ์การรับบริการมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายการผันแปรความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิได้เพียงร้อยละ 17 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ

ในขณะที่ผลการทดสอบสมมติฐานตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิได้แก่ ตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา รายได้ การประชาสัมพันธ์บริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลสรุปการทดสอบสมมติฐานแสดงได้ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

ตัวแปรอิสระ	ผลการทดสอบ	
	เป็นไปตามสมมติฐาน	ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน
เพศชาย	<b>P</b>	
อายุ		<b>P</b>
สถานภาพโสด	<b>P</b>	
ระดับการศึกษา		<b>P</b>

## ตารางที่ 11 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	ผลการทดสอบ	
	เป็นไปตาม สมมติฐาน	ไม่เป็นไปตาม สมมติฐาน
รายได้		<b>P</b>
สิทธิบัตรประกันสุขภาพ	<b>P</b>	
สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	<b>P</b>	
ประสบการณ์การรับบริการ	<b>P</b>	
การประชาสัมพันธ์บริการจากอาสาสมัครสาธารณสุข		<b>P</b>
ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ	<b>P</b>	

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผลการศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยใคร่ขอเสนอแนะการจัดบริการเพื่อให้บริการสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยดังนี้

1. ควรสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอโดยใช้กลวิธีที่เหมาะสมเพราะผู้ป่วยมักไม่ชอบการวิพากษ์วิจารณ์ เช่น การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ
2. ควรจัดบริการเพื่อให้สามารถตอบสนองความคาดหวังสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างในด้าน การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยและควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้สามารถตอบสนองด้านความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย
3. การให้บริการของเจ้าหน้าที่ควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพูดทักทายอย่างเป็นกันเอง และบริการด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส

4. การจัดการบริการต้องตระหนักเกี่ยวกับการบริการด้านยาที่ดี ขณะเดียวกันควรมีการบริหารจัดการด้านยาอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในขณะเดียวกันควรทำความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องยาแก่ผู้รับบริการ โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจนทั้งนโยบายและกระบวนการให้บริการรักษาพยาบาล ด้วยการใช้วิธีการติดต่อสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม

5. ควรให้บริการที่ดีและเท่าเทียมกันกับผู้รับบริการที่มีสิทธิแตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่ เพื่อไม่ให้เกิดประเด็นการเปรียบเทียบถึงคุณภาพบริการที่ได้รับว่ามีความแตกต่างกันตามสิทธิการรักษาพยาบาล

6. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยในชนบทที่มีระดับการศึกษาต่ำและให้ความสำคัญน้อยกว่าเอกสาร ควรมีรูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การพูดคุยแบบไม่เป็นทางการเนื่องจากมีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตในชนบท

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. แบบสอบถามที่ใช้การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อการสัมภาษณ์ในข้อคำถามเชิงลบที่จะต้องอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบมีความเข้าใจในคำถามอย่างชัดเจนก่อนตอบ นอกจากนี้บางข้อคำถามอาจไม่เหมาะสมหากนำไปใช้ศึกษาในพื้นที่เขตเมืองที่มีความเจริญ

2. แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า “สถานีนามัย” แทนศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิและใช้คำว่า “หมอ” แทนเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งไม่ใช่แพทย์ เนื่องจากประชาชนในพื้นที่มีความคุ้นเคยและนิยมใช้รวมทั้งทำความเข้าใจในการตอบแบบสอบถามได้ดีกว่า

3. การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตการศึกษาเฉพาะบริการในหน่วยบริการและบริการต่อเนื่องกับผู้ป่วยอายุรกรรมเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรขยายขอบเขตการศึกษาเพื่อให้ครอบคลุมตามบทบาทบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในด้านการให้บริการเชิงรุกและการบริการในชุมชน

4. ศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมปัจจัยได้บางประการเท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มตัวแปรที่มีอำนาจการพยากรณ์อื่นๆ เช่น ตัวแปรนโยบายต่างๆ เช่น การได้รับสิทธิประโยชน์ ความเชื่อถือศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

5. ควรศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเพิ่มพูนลึกซึ้งในการทำความเข้าใจต่อความคาดหวังของผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีความคาดหวังของเพศชาย และสถานภาพโสดที่มีน้อย นอกจากนี้ควรเพิ่มตัวแปรทางด้านอารมณ์ความรู้สึก สังคมและวัฒนธรรม เช่น ภูมิหลัง การตั้งถิ่นฐาน ความเชื่อและค่านิยม เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การวางแผนการจัดบริการต่อไป

## เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ป. คู่มือประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์  
สุขภาพชุมชน. ม.ป.ท. (อัครา).

กัลยา วานิชย์บัญชา. 2546. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 6.  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กานดา จันทร์แย้ม. 2546. จิตวิทยาอุตสาหกรรมเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย. 2539. ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการบริการ  
รักษาพยาบาลในภาคเอกชน. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

จิราภา เต็งไตรรัตน์. 2544. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. 2543. เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบัน  
พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).

นัทรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. 2549. ค่าผิดปกติ (outliers) (Online). [http://www.watpon.com/  
Elearning/stat.](http://www.watpon.com/Elearning/stat.), 13 มกราคม 2550.

ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย. 2547. รวมผลงาน 4 ปี (ปี 2544-2547) และอนาคตสถานภาพ  
บทบาท สสอ.และ สอ. กรุงเทพฯ: บริษัทนฤมิตร โซล (เพรส) จำกัด.

ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี. 2549. ทำอย่างไรให้ลูกค้าเป็นขาประจำ. กรุงเทพฯ: บริษัทเนชั่น มัลติมีเดีย  
กรุ๊ป จำกัด (มหาชน).

ณรงค์ ศรีสวัสดิ์. 2545. วิธีการวิจัยทางสังคมวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ฉัตรชัย อิมใจ. 2545. ความคาดหวังและการปรับตัวของพนักงานการสื่อสารแห่งประเทศไทย (บางรัก) ต่อนโยบายการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ. ภาคนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาทรัพยากรมนุษย์, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ตรีพันธ์ คณิตทรัพย์. 2546. ความคิดเห็นของประชาชนต่อการให้บริการสุขภาพระดับต้นของสถานอนามัยภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัดสิงห์บุรี. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ถวิล ชาราโกชน์ และ ศรีนัย คำวิสุข. 2543. พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดทิพย์วิสุทธิ.

ธัญมาศ พุมานนท์. 2547. ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานแพทย์ใหญ่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ชาริณี เมฆานุเคราะห์. 2542. คุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ป่วยคลินิกนอกเวลาราชการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ปิยวรรณ ประคุณคงชัย. 2533. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลของรัฐ: ศึกษากรณี จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปรียา ผาติชล. 2538. พฤติกรรมการเลือกสถานพยาบาลและการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข. 2542. “สรุปแง่คิดในกระบวนการพัฒนา: บทเรียนจาก 5 กรณีศึกษา”. ในพงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข และ ทศนีย์ สุรกิจโกศล. เวชปฏิบัติครอบครั้ว บริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. 179.

พิสิทธิ์ พิพัฒน์โกคากุล. 2549. เทคนิคการสร้างระบบบริการให้เป็นเลิศ. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.

พิรสทธิ์ คำนวนศิลป์. 2543. การบริหารจัดการโครงการพัฒนาสังคมแบบก้าวหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 2  
ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.

พิระพล เลหาเสรีกุล. 2537. ความไม่สอดคล้องในความคาดหวังบริการระหว่างผู้ให้บริการกับ  
ผู้รับบริการของสถานบริการการแพทย์และการสาธารณสุขของรัฐ. วิทยานิพนธ์  
พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ไพโรพนา ศรีเสน. 2544. ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการในงานผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. ภาคนิพนธ์  
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

โยธิน แสงวงศ์, พิมลพรรณ อิศรภักดี, และมาลี สันภูวรรณ. 2543. ปัญหาและทุกข์ของประชาชน  
เมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

รุ่งทิพย์ วรรณวิมลสุข. 2549. ขอบเขตความรู้แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ทั่วไปและแพทย์เวช  
ศาสตร์ครอบครัว (Online). <http://thaifammed.org/article/whatFM.html>, 1 ธันวาคม  
2549.

รุ่งทิวา ชีรากิจ. 2546. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้คลอดในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยพยาบาล  
วิชาชีพโรงพยาบาลมิชชั่น-กรุงเทพฯ. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนา  
สังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. 2545. การจัดการคุณภาพจาก TQC ถึง TQM, ISO9000 และการประกัน  
คุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: บริษัทบพิชการพิมพ์.

วัฒนา สุนทรชัย. 2547. เรียนสถิติด้วย SPSS ภาคการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัยและการวิเคราะห์  
ข้อสอบ. กรุงเทพฯ: บริษัทจูนพับลิชชิง จำกัด.

วันเพ็ญ สวนสีดา. **2545**. ความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐ: ศึกษากรณี  
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคม  
วิทยาประยุกต์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วิฑูรย์ สิมะโชคดี. 2541. **คุณภาพคือความอยู่รอด**. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี  
(ไทย-ญี่ปุ่น).

วิทยา ด่านธารกุล. **2546**. บริการบานใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: บริษัทพิมเนสพริ้นท์ติ้ง  
เซ็นเตอร์ จำกัด.

วิศรี วายุรกุล. 2549. กระบวนการการให้บริการดูแลครอบครัว (Online). [http://thaifammed.org/  
article/whatFM.html](http://thaifammed.org/article/whatFM.html), 1 ธันวาคม 2549.

วีรพงษ์ เกลิมจิระรัตน์. **2539**. คู่มือพัฒนาระบบคุณภาพสู่มาตรฐาน ISO 9002. กรุงเทพฯ:  
นำอักษรการพิมพ์.

วีระวัฒน์ ปันนิตามัย. 2538. เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาบริการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ศิระ โอภาสพงษ์. **2541**. บริการเหนือเมฆ วัฒนธรรมองค์กรเพื่อชัยชนะในทุกสนามธุรกิจ.  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา. แปลจาก Schneider, B. and Bowen, David. E. 1995.  
**Winning the Service Game**. Harvard Business School Press.

สงวนศรี วิรัชชัย . 2527. **จิตวิทยาสังคมเพื่อการศึกษา**. กรุงเทพฯ: บริษัทศึกษาพร จำกัด.

สมจิต พฤกษ์รัตนานนท์. 2549. **เวชศาสตร์ครอบครัวคืออะไร** (Online). [http://thaifammed.  
org/article/whatFM.html](http://thaifammed.org/article/whatFM.html), 1 ธันวาคม 2549.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2543. **มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา:  
บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัททีไอซ์ จำกัด.

สามัคคี เดชกล้า. 2540. ความพึงพอใจของประชาชนต่อการรับบริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัย  
ในเขตพื้นที่กิ่งอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ. ภาคนิพนธ์พัฒนาบริหารศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สิทธิศักดิ์ พุกษ์ปีติกุล. 2542. ISO 9002 สำหรับโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคม  
ส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).

\_\_\_\_\_. 2544. คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริม  
เทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).

สุกัญญา ศิวยไพเราะหมั่น. 2545. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพอนามัยเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน  
ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 บุญมี ปุรุราชรังสรรค์ สำนักอนามัย  
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัย  
เกษตรศาสตร์.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2546. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ:  
ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.

\_\_\_\_\_. 2548. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และ  
พฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. 2542. “อะไรคือเวชปฏิบัติครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิและบริการ  
ด่านแรก”. ในพงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข และ ทศนีย์ สุรกิจโกศล. เวชปฏิบัติครอบครัว  
บริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์. นนทบุรี: โครงการปฏิรูป  
ระบบบริการสาธารณสุข. 9-19.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. 2544. บริการปฐมภูมิ: บริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ (Online).  
<http://www.moph.go.th/ops/hcrp/download/primary.pdf>, 1 ธันวาคม 2549.

สุรพันธุ์ เพชรภา. ม.ป.ป. เอกสารการสอนวิชาการเปรียบเทียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (อัครา).

ศุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ. 2539. อนาคตสถานีนอนามัยไทย (การศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย พ.ศ. 2539). ม.ป.ท.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2549. เอกสารเผยแพร่เจาะประเด็นหลักประกันสุขภาพฯ. ม.ป.ท.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. 2545ก. แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตาม-ตอบเกี่ยวกับการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า. อ้างใน สถาบันพัฒนาศาสตร์. ม.ป.ป. เอกสารประกอบการฝึกอบรมการพัฒนางานวิชาการสาธารณสุขในงานประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

\_\_\_\_\_. 2545. มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. อ้างในสถาบันพัฒนาศาสตร์. ม.ป.ป. เอกสารประกอบการฝึกอบรมการพัฒนางานวิชาการสาธารณสุขในงานประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

สำเร็จ แหงกระโทก. 2544. การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) (Online). [http://province.moph.go.th/nakhonratchasima/PCU/PCU\\_Work.htm](http://province.moph.go.th/nakhonratchasima/PCU/PCU_Work.htm), 4 พฤศจิกายน 2549.

สำเร็จ แหงกระโทก และ รุจิรา มังคลศิริ. 2545. ศูนย์สุขภาพชุมชนหนทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์. บริษัทสมบูรณการพิมพ์ จำกัด.

เสนาะ ดิยาว. 2544. หลักการบริหาร. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อัญชญา ณ ระนอง. 2548. พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพ ความคาดหวังและผลกระทบของ  
การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากมุมมองของประชาชน. รายงานวิจัยสถาบันวิจัย  
เพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI).

อารี วัลยะเสวี. 2543. รูปแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า.  
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

อารี เพชรผุด. 2537. จิตวิทยาอุตสาหกรรม. กรุงเทพฯ: บริษัทเนติกุลการพิมพ์ (2541) จำกัด.

อิสระ ขาวะโนภาส. 2541. ความพึงพอใจของประชาชนต่อการได้รับบริการสาธารณสุขที่สถานี  
อนามัย: ศึกษากรณีอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. ภาคนิพนธ์พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

Alasad, J.A. and M.M. A hmad. 2003. Patients' satisfaction with nursing care in Jordan.

**International Journal of Health Care Quality Assurance (Online).**

<http://www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm>., October 4, 2006.

Baltussen, R. and Y, Ye. 2005. **Quality of care of modern health services as perceived by**

**users and non-users in Burkina Faso (Online).** <http://intqhc.oxfordjournals.org/>

[cgi/reprint/18/1/30](http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/1/30)., October 4, 2006.

Barsky, D. 1995. **World-Class Customer Satisfaction.** New York: Birr Ridge .

Campbell, J.L., J. Ramsay., and J. Green. 2001. Age, gender, socioeconomic and ethnic

differences in patients' assessments of primary health care. **Quality in Health Care**

**(Online).** <http://www.qhc.bmjournals.com/cgi/reprint/10/2/90>., October 4, 2006.

Conway, T. and S. Willcocks. 1997. The role of expectation in the perception of health care

quality : developing a conceptual model. **International Journal of Health Care**

**Quality Assurance (Online).** [http://www.emeraldinsight.com\\_Insight\\_](http://www.emeraldinsight.com_Insight_Viewcontentservlet)

[Viewcontentservlet](http://www.emeraldinsight.com_Insight_Viewcontentservlet)., October 4, 2006.

- Epel, O.B., M. Dushenat, and N. Friedman. 2001. Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectation, perception and satisfaction with care. **International Journal for Quality in Health Care** (Online). <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint.>, October 4, 2006.
- Gronroos, C. 1990. **Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truths in Service Competition**. Massachusetts: Lexington Books. อ้างใน  
ธีรภักดิ์ นวรัตน์ ณ อยุธา. 2549. การตลาดบริการ แนวคิดและกลยุทธ์. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Hendriks, A.A.J, E.M.A. Smets, M.R Vrielink, S.Q. Vanes, and J.C.J.M. Dehaes. 2006. Is personality a determinant of patient satisfaction with hospital care. **International Journal for Quality in Health Care** (Online). <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi.>, October 4, 2006.
- Jenkinson, C., A. Coulter, S. Bruster, N. Richards, and T. Chandola. 2002. Patients' experiences and satisfaction with health care: result of a questionnaire study of specific aspects of care. **Quality and Safety in Health Care** (Online). <http://qhc.bmjournals.com/cgi/content/11/4/335.>, October 4, 2006.
- Karydis, A., K.M. Komboli, D. Hatzigeorgiou, and V. Pants. 2001. Expectation and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. **International Journal for Quality in Health Care** (Online). <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/5/409.>, October 4, 2006.
- Lim, P.C., N.K.H. Tang, and P.M. Jackson. 1999. An innovative framework for health care performance measurement. **Managing Service Quality** (Online). <http://www.emerald-library.com.>, October 4, 2006.

- Margolis, S.A., S. Al-Marzougi, T. Revel, and R.L. Reed. 2003. Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. **International Journal for Quality in Health Care** (Online). <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/3/241>., October 4, 2006.
- Mckinley, R.K. and C. Roberts. 2001. Patient satisfaction with out of hours primary medical care. **Quality in Health Care** (Online). <http://qhc.bmjournals.com/cgi/content/full/10/1/23>., October 5, 2006.
- Mckinley, R.K., K. Stevenson, S. Adams, and T.K. Manku-Scott. 2002. Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care. **Family Practice** (Online). <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/4/333>., October 5, 2006.
- Myburgh, N.G., G.C. Solanki, M.J. Smith, and R. Lalloo. 2005. **Patient satisfaction with health care providers in South Africa: the influences of race and socioeconomic status** (Online). <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/17/6/473>., October 5, 2006.
- Parasuraman, A. and L.L. Berry. 1991. **Marketing Services Competing Through Quality**. New York: The Free Press.
- Peck, B.M., P.A. Ubel, D.L. Roter, S.D. Goold, D.A. Asch, A.S. Jeffreys, S.C. Grambow, and J.A. Tulsky. ~~2004~~ **Do Unmet Expectations for Specific Test , Referrals and New Medications Reduce Patients' Satisfaction** (Online). <http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111>., October 6, 2006.
- Perneger, T.V., V. Marie, B. Greder, J. Barros, J. Froidevaux, and P. Froidevaux. 1997. Patient Satisfaction With Emergency House Calls. **International Journal for Quality in Health Care** (Online). <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/9/5/367>., October 6, 2006.

- Pouwer, F. and F.J. Snoek. **2002**. Patients' Evaluation the Quality of Diabetes Care (PEQD): development and validation of a new instrument. **Quality in Health Care** (Online). <http://qhc.bmjournals.com/cgi/reprint/11/2/131>., October 6, 2006.
- Qatari, G.A. and D. Haran. 1999. Determinants of users' satisfaction with primary health care setting and services in Saudi Arabia. **International Journal for Quality in Health Care** (Online). <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/11/6/523>., October 4, 2006.
- Rahmqvist, M. 2001. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. **International Journal for Quality in Health Care** 2001 (Online). <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/5/385>., October 4, 2006.
- Salisbury, C. 1997. **Postal survey of patients' satisfaction with a general practice out of hours cooperative** (Online). <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/abstract/314/7094/1594>., October 5, 2006.
- Turhal, N.S., B. Efe, M. Gumus, M. Aliustaoglu, A. Karamanoglu, and M. Sengoz. 2002. Patient satisfaction in the outpatients' chemotherapy unit of Marmara University, Istanbul, Turkey: a staff survey. **BMC Cancer** (Online). <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/2/30>., October 5, 2006.
- Uden, C.J.T., A.J.H.A. Ament, S. Hobma, P.J. Zwietering and H.F.J.M. Crebolder. 2005. Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. **BMC Health Service Research** (Online). <http://www.biomedcentral.com/1472-6963-5-6>., October 5, 2006.
- Walling, A.D., D.C. Woolley, C. Molgaard, and K.J. Kallail. **2005**. Patient Satisfaction with Migrain Management by Family Physicians. **The Journal of the American Board of Family Practice** (Online). <http://www.jabfm.org/cgi/content/full/18/6/563>., October 5, 2006.

Wong, J.C.H. 2002. Service quality measurement in a medical imaging department.

**International Journal of Health Care Quality Assurance (Online).**

<http://www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet>., October 5, 2006.

Yamane, T. 1967. **Statistics**. New York: Harper and Row.

Zemencuk, J.K., J.W. Feightner, R.A. Hayward, K.A. Skarupski, and S.J. Katz. 1998.

**Patients' Desires and Expectations for Medical Care in Primary Care Clinics**

(Online). <http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf>., January 7, 2007.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถาม

เลขที่.....

ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ  
ในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา

-----

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประสิทธิภาพรับบริการและการประชาสัมพันธ์  
บริการ

1. เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง

2 อายุ.....ปี

3 สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา (นับจำนวนปีของระดับชั้นตั้งแต่ ป.1 ถึง ชั้นสูงสุด)

( ) ไม่ได้เรียน ( ) จำนวนระดับชั้น.....ปี

5. รายได้เฉลี่ยของท่านต่อเดือน.....บาท

6 ท่านมีสิทธิรักษาพยาบาลประเภทใด

( ) บัตรประกันสุขภาพ

( ) สิทธิข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ

( ) สิทธิบัตรประกันสังคม

7. จำนวนครั้งที่ท่านเคยใช้บริการในสถานีนีอนามัยในรอบปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่ตุลาคม 2548 กันยายน 2549).....ครั้ง

8 ท่านทราบข้อมูลการให้บริการของสถานอนามัยจากแหล่งใดมากที่สุด (ตอบเพียงข้อเดียว)

( ) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

( ) หอกระจายข่าว

( ) อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ป่วยต่อบริการระดับปฐมภูมิ

ข้อที่	ความรู้เกี่ยวกับบริการระดับปฐมภูมิ	ใช่	ไม่ใช่
1	สถานอนามัยเป็นบริการลำดับแรกสุดก่อนโรงพยาบาล		
2	สถานอนามัยเป็นสถานบริการที่ใกล้ชิดชุมชนกว่าโรงพยาบาล		
3	เจ้าหน้าที่ของสถานอนามัยรู้จักประชาชนดีกว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล		
4	สถานอนามัยมีหน้าที่สร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน		
5	สถานอนามัยมีหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลหากเกินขีดความสามารถ		
6	สถานอนามัยมีบริการรักษาโรคพื้นฐานทั่วไป เช่น ไข้ ปวดหัว ท้องเสีย		
7	สถานอนามัยมีบริการคลินิกผู้ป่วยตาต่อกระจก		
8	สถานอนามัยมีบริการสำหรับคนทุกวัย ตั้งแต่เด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ		
9	สถานอนามัยมีบริการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เช่น หมอกระดูก หมอผิวหนัง		
10	สถานอนามัยมีการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน		

### ส่วนที่ 3 ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

	คะแนนความคาดหวัง											
น้อยที่สุด												มากที่สุด
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	← ความคาดหวังน้อย						ความคาดหวังมาก →					

ข้อ	ข้อความ	ความคาดหวัง										
		น้อยที่สุด					มากที่สุด					
<b>ความเป็นรูปธรรมของบริการ</b>												
1	สถานที่สะอาด เป็นระเบียบ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	การตกแต่งสถานที่ไม่สวยงาม	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	ห้องน้ำสะอาด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	เก้าอี้ดำน้ำใช้ร่วมกับคนอื่นก็ได้	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	เก้าอี้นั่งรอเพียงพอ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	ไม่มีโทรทัศน์ให้ชม	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	ภายในอาคารเย็นสบาย	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	มีหมอนเพียงพอตลอดเวลาที่บริการ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	เครื่องมือแพทย์เพียงพอ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	คาดหวัง										
		<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <span>น้อยที่สุด</span> <span>→</span> <span>มากที่สุด</span> </div>										
10	เครื่องมือทำแผลไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	มียาเพียงพอ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	มีรถยนต์ที่เหมาะสมเพื่อส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	ไม่มีโทรศัพท์ไว้ติดต่อเมื่อฉุกเฉิน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	เอกสารให้ความรู้การดูแลสุขภาพมีน้อย	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>ความน่าเชื่อถือวางใจได้</b>												
15	พบหมอทุกครั้งเมื่อไปรับบริการ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	หมอเลื่อนนัด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17	มีบริการรักษาโรคทั่วไป เช่น ไข้หวัด ท้องเสีย ปวดหัว วัณโรค	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	มีบริการรักษาโรคเบาหวาน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19	หมอไม่ได้ตรวจความดันโลหิตของท่านเมื่อมารับบริการ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20	ไม่มีบริการถอนฟัน อุดฟัน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21	ได้รับการทำแผลเมื่อได้รับอุบัติเหตุมีบาดแผล	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22	มีบริการนวดแผนไทย	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23	ได้รับยาครบตามหมอสั่ง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24	หมอไม่ได้แนะนำการใช้ยา	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	คาดหวัง										
		<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <span>น้อยที่สุด</span> <span>→</span> <span>มากที่สุด</span> </div>										
25	ไม่มีบริการตรวจหากรูปเลือด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26	ปัญหาทุกเรื่องสามารถปรึกษากับ หมอได้	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27	มีบริการส่งต่อผู้ป่วยไป โรงพยาบาลได้รวดเร็วและ ปลอดภัย	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28	หมอไม่เคยไปเยี่ยมบ้านท่าน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29	มีหมอไปเยี่ยมขณะพักรักษาอยู่ใน โรงพยาบาล	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30	หมอไปเยี่ยมที่บ้านหลังจาก ออกจาก โรงพยาบาล	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย</b>												
31	หมอให้นั่งรอก่อนให้บริการเมื่อ ท่านมาถึง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32	บริการรวดเร็ว	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33	รอนาน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34	มีหนังสือให้อ่านระหว่างรอ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35	มีผู้ป่วยมาใช้บริการหลายอย่าง ปะปนกันในวันเวลาเดียวกัน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36	ขั้นตอนรับบริการมาก	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37	ไปใช้บริการได้สะดวกตาม วัน เวลาที่ให้บริการ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	คาดหวัง										
		<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <span>น้อยที่สุด</span> <span>→</span> <span>มากที่สุด</span> </div>										
<b>การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย</b>												
38	หมอกว่าทักทายด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39	หมอพูดจาไม่ดี	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40	หมอซักถามอาการอย่างละเอียด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41	หมอตรวจร่างกายไม่ละเอียด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42	มีเพิ่มประวัติครอบครัวที่สามารถค้นหาได้	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43	หมอจำโรคประจำตัวของท่านได้	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44	หมอไม่ทราบว่าคุณแพ้ยาอะไร	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45	หมอจ่ายยาถูกต้อง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46	หมอรักษาไม่ได้ผล	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47	หมอเข้าใจปัญหาของท่าน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48	รู้สึกไม่สบายใจเมื่อได้รับคำปรึกษา	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49	หมอส่งต่อไปโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วหากอาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50	หมอไม่ได้ประสานงานล่วงหน้ากับโรงพยาบาลก่อนส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	คาดหวัง										
		น้อยที่สุด						มากที่สุด				
<b>การเข้าใจ รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย</b>												
51	ท่านได้รับบริการจากหมอประจำ ครอบครัว	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52	หมอของท่าน <u>ไม่</u> ได้	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
53	หมอรู้จักบ้านของท่าน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54	หมอทำให้รู้สึก <u>ว่าไม่มี</u> เวลาให้ ท่าน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
55	หมอ <u>ไม่</u> สนใจสิ่งที่ท่านกังวลใจ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
56	หมอ <u>ดู</u> เมื่อสัมภาษณ์ตามสั่ง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
57	หมอ <u>ต่อ</u> ว่าเมื่อสัมภาษณ์	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
58	หมออธิบายทุกเรื่องที่ท่านถาม	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
59	หมออธิบาย <u>ซ้ำ</u> หากท่านไม่เข้าใจ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
60	หมอ <u>ไม่</u> สนใจฟังเมื่อท่านพูด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
61	ท่านสามารถปฏิเสธหมอได้หาก ไม่ยอมรับการรักษา	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## ส่วนที่ 4 ท่านมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆต่อการให้บริการอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

**ภาคผนวก ข**

สภาพทั่วไปและลักษณะสังคมวัฒนธรรมในอำเภอระโนด

## สภาพทั่วไปและลักษณะสังคมวัฒนธรรมในอำเภอระโนด

อำเภอระโนดเป็นเขตการปกครองหนึ่งของจังหวัดสงขลา คำว่า “ระโนด” สันนิษฐานว่ามีที่มาจากในอดีตชาวบ้านนิยมปลูกต้นตาล โตนด ไร่ไผ่ตามริมคันนา มองเห็นเป็นแถวยาวเรียงรายกันไป จึงเรียกว่า “ราวโหนด” ต่อมาจึงเรียกชื่อเพี้ยนมาเป็น “ระโนด” จนถึงปัจจุบัน อำเภอระโนดตั้งอยู่เหนือสุดของจังหวัดสงขลา ระยะห่างประมาณ 73 กิโลเมตรจากตัวจังหวัด มีอาณาเขตติดต่อดังต่อไปนี้

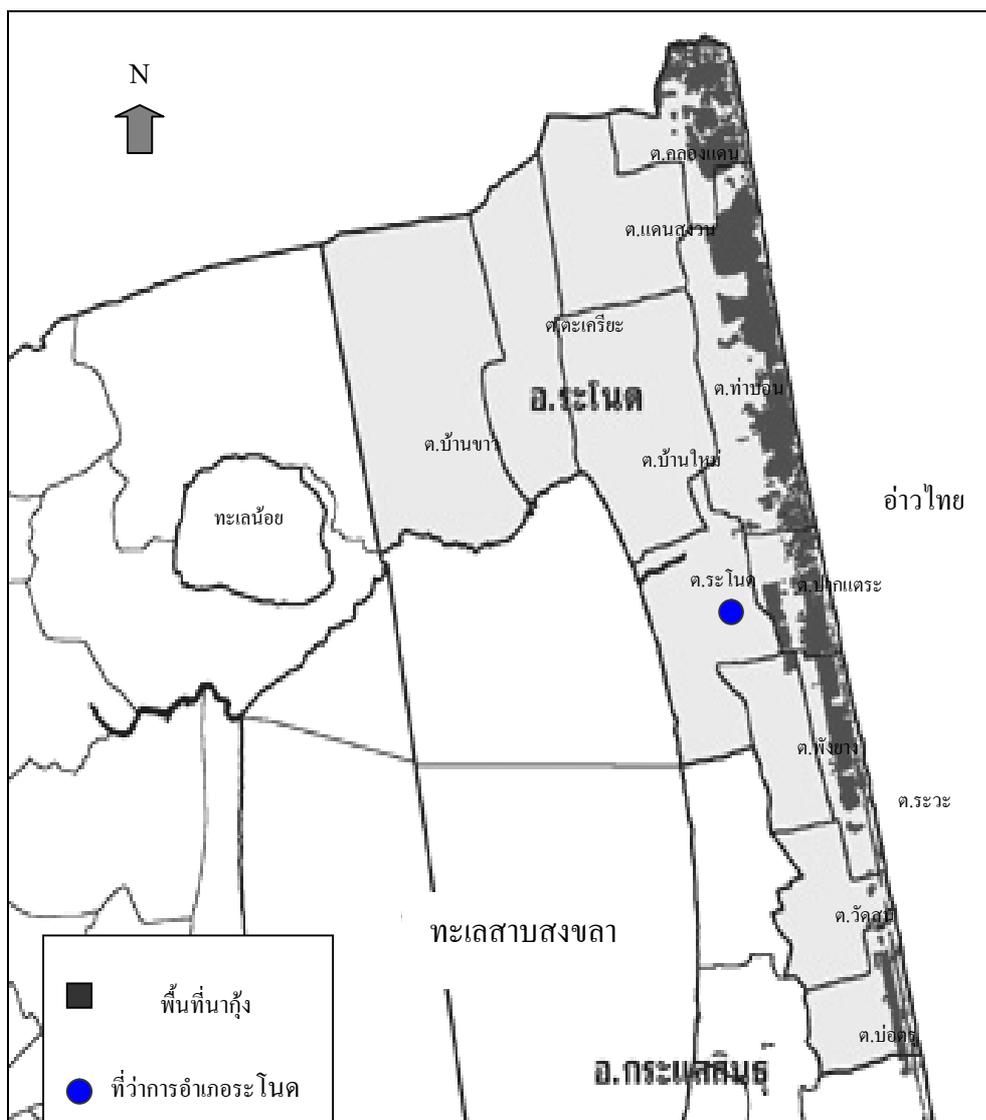
ทิศเหนือ	ติดต่อกับอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
ทิศใต้	ติดต่อกับอำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับอ่าวไทย
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับอำเภอกระแสสินธุ์ จังหวัดสงขลาและทะเลสาบสงขลา

อำเภอระโนดประกอบด้วย 12 ตำบลคือ ตำบลบ่อตรู วัดสน พังยาง ระวัง ปากแตร ระโนด ท่าบอน คลองแดน บ้านใหม่ แคนสงวน ตะเคียนและบ้านขาว

ลักษณะของภูมิประเทศ เป็นที่ราบลุ่มทางทิศตะวันตกเหมาะแก่การทำนา แต่ในฤดูฝนมักเกิดน้ำท่วมเพราะพื้นที่เป็นที่ต่ำ ทางด้านทิศตะวันออกติดฝั่งอ่าวไทยเหมาะแก่การทำประมง ลักษณะที่ตั้งของอำเภอระโนดทำให้ภูมิอากาศโดยทั่วไปได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมทั้งจากฝั่งอ่าวไทยและทะเลอันดามัน ลักษณะการตั้งถิ่นฐานของประชาชนส่วนใหญ่เป็นแบบกระจายตามพื้นที่ทำกินตามไร่นาและแบบแนวยาวตามแนวถนนและชายฝั่งอ่าวไทย ประชาชนอาศัยหนาแน่นในเขตตำบลท่าบอน เทศบาลตำบลบ่อตรูและเทศบาลตำบลระโนด

การประกอบอาชีพของประชาชนในอำเภอระโนดมีลักษณะตามภูมิศาสตร์และการตั้งถิ่นฐาน โดยในทิศตะวันตกเป็นที่ราบลุ่มซึ่งเรียกว่า “ทุ่งระโนด” เป็นแหล่งทำนามาช้านานและมีความอุดมสมบูรณ์เนื่องจากติดต่อกับทะเลสาบสงขลาและมีระบบชลประทานที่ดีทำให้เหมาะแก่การทำนา ปลูกพืช การทำประมงน้ำจืด ประชาชนส่วนใหญ่จึงประกอบอาชีพทำนา ปลูกพืชและทำประมงน้ำจืด ส่วนทิศตะวันออกติดต่อกับอ่าวไทยทำให้ประชาชนประกอบอาชีพประมงและอาชีพรับจ้างทั่วไปเนื่องจากการคมนาคมสะดวกมีถนนหลวงสาย “ระโนด - สงขลา” ตัดผ่าน ต่อมาเมื่อมีการขยายการเพาะเลี้ยงกุ้งกุลาดำมาทางภาคใต้ ทำให้มีการส่งเสริมการเพาะเลี้ยงกุ้งในพื้นที่อำเภอระโนด ประชาชนบางส่วนเปลี่ยนอาชีพจากการทำนาเข้ามาทำนากุ้ง เนื่องจากการทำนากุ้งมีรายได้ดีกว่า

การทำนาข้าวและมีแรงจูงใจจากเพื่อนบ้านที่ประสบความสำเร็จในการทำนาทำนากุ้ง ทำให้พื้นที่การทำนาข้าวเดิมเปลี่ยนมาเป็นการทำนากุ้ง โดยส่วนใหญ่จะเป็นพื้นที่บริเวณชายฝั่งอ่าวไทย เนื่องจากมีความเหมาะสม บริเวณการประกอบอาชีพทำนากุ้งของประชาชนในอำเภอระโนดแสดงได้ดังภาพผนวกที่ 1 ดังต่อไปนี้



ภาพผนวกที่ 1 แผนที่การทำนากุ้งในเขตอำเภอระโนด

ที่มา: โครงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลประมงเพื่อพัฒนากลุ่มน้ำทะเลสาบสงขลา (2548)

พื้นที่การทำนาทุ่งคือพื้นที่สีเข้ม ได้แก่ ตำบลคลองแดน ตำบลอน ปากแตร ะวะ วัดสน และบ่อตรู ส่วนพื้นที่สีอ่อนกว่าส่วนใหญ่ประชาชนยังคงประกอบอาชีพการทำนาเหมือนเดิมซึ่งได้แก่ ตำบลระโนด บ้านขาว ตะเคียบะ บ้านใหม่ พังยาง แคนสงวนและบางส่วนของตำบลวัดสน บ่อตรู คลองแดน ตำบลอน ปากแตร ะวะ แต่ชาวบ้านบางส่วนที่อยู่ในเขตรอยต่อของการทำนาทุ่งได้รับผลกระทบจากการปัญหาน้ำเสียและดินเค็มจากการทำนาทุ่ง ทำให้การทำนาไม่ได้ผลต้องหันไปประกอบอาชีพอื่น เช่น รับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม รับจ้างทั่วไป เป็นต้น

ปัจจุบันอาชีพการทำนาทุ่งได้รับผลกระทบจากราคาผลผลิตที่ไม่แน่นอนและการเพาะเลี้ยงยากลำบากมากขึ้น ทำให้เกษตรกรประสบปัญหาขาดทุนและมีหนี้สินจากการกู้ยืมจึงมีบางส่วนที่เลิกประกอบอาชีพและหันไปทำอาชีพอื่นๆ เช่น รับจ้างทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม รับจ้างทั่วไป เล็กๆ น้อยๆ ทำให้มีรายได้ลดลงซึ่งมีผลกระทบต่อครอบครัวและทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย

การนับถือศาสนาส่วนใหญ่ประชาชนในอำเภอระโนดนับถือศาสนาพุทธ มีการนับถือศาสนาอิสลามในหมู่บ้านบ่อตรูของตำบลบ่อตรูเพียงแห่งเดียว ประเพณีที่สำคัญของชาวระโนดจึงมีความเกี่ยวข้องกับพุทธศาสนาเช่น เทศกาลทำบุญเดือนสิบ การทำบุญชักพระในวันออกพรรษา การทอดผ้าป่า การทอดผ้าพระกฐิน เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมทางศาสนาดังกล่าวข้างต้นจะเป็นวันพบปะที่สำคัญของกลุ่มเครือญาติ โดยเฉพาะเทศกาลทำบุญเดือนสิบหรือวันสารทไทย (ภาพผนวกที่ 2) เนื่องจากเป็นวันทำบุญเพื่ออุทิศส่วนกุศลให้แก่บรรพบุรุษที่ล่วงลับไปแล้วและมีความเชื่อว่าในช่วงเทศกาลดังกล่าวดวงวิญญาณของบรรพบุรุษที่อยู่ในนรกภูมิจะลงมายังโลกมนุษย์ บุตรหลานจึงนำอาหารคาวหวานไปทำบุญถวายพระที่วัด เช่น ขนมต้ม ข้าวพอง ขนมลา ขนมเจาะหู เป็นต้น ประเพณีที่สำคัญอีกอย่างของชาวระโนดคือประเพณีชักพระ ซึ่งจะทำกันในวันออกพรรษา มีความเชื่อทางพุทธศาสนาว่าเป็นวันที่พระพุทธองค์เสด็จกลับลงมาจากสรวงสวรรค์ พุทธศาสนิกชนจึงไปรับเสด็จ ซึ่งตรงกับวันออกพรรษาของชาวไทย แต่แตกต่างกันตรงที่ในวันออกพรรษาของชาวระโนดจะมีการชักเรือพระร่วมด้วย มีการทำเรือพระและประดับประดาอย่างสวยงามแล้วแห่จากวัดไปยังชุมชนต่างๆ ในอำเภอระโนดและนำเรือพระมาประกวดกัน ในวันนี้ประชาชนจะไปทำบุญตักบาตรที่วัดและทำขนมต้มไปทำบุญเรือพระ



ภาพผนวกที่ 2 เทศกาลทำบุญเดือนสิบ

นอกจากนี้ประชาชนที่นับถือศาสนาอิสลามคือในตำบลบ่อตรุมีประเพณีที่สำคัญ เช่น การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน การทำบุญมัสยิด เป็นต้น โดยเฉพาะการทำบุญมัสยิดถือเป็นงานที่สำคัญของชุมชนบ่อตรุและเป็นกิจกรรมที่สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมมากที่สุดในช่วงดังกล่าวก็จะเป็นการพบปะกันของกลุ่มเครือญาติเช่นเดียวกัน

การกระจายของประชากรในอำเภอระโนดส่วนใหญ่อยู่ในตำบลใหญ่ๆและในเขตเทศบาลคือ ตำบลท่าบอน ตำบลบ่อตรุและตำบลระโนด ซึ่งเป็นเขตที่มีความเจริญของระบบสาธารณูปโภคเพราะอยู่ในเขตเทศบาล ส่วนในตำบลท่าบอนเป็นเขตที่มีโรงงานอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำนาุ้งจึงมีประชากรอาศัยหนาแน่นกว่าตำบลอื่นๆ การกระจายของประชากรในอำเภอระโนดในตำบลต่างๆ แสดงได้ดังตารางผนวกที่ 1

### ตารางผนวกที่ 1 ประชากรแยกรายตำบลของอำเภอระโนด

ตำบล	ประชากร (คน)
บ่อตรุ	7,917
วัดสน	5,422
พังยาง	3,790
ระวะ	6,722
ปากแตระ	4,589
ท่าบอน	9,438
คลองแดน	3,979
แดนสงวน	2,889
บ้านใหม่	4,787
ตะเคี๋ยะ	4,706
บ้านขาว	4,918
ระโนด	12,500
รวม	71,657

ที่มา: รายงานสถิติประชากรอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา (2550)

ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของประชาชนในอำเภอระโนด เนื่องจากส่วนใหญ่ประชาชนประกอบอาชีพทำนา ทำการเกษตร การดำรงชีวิตจึงมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะในตำบลบ้านขาว แคนสงวน ตะเคี๋ยะ บ้านใหม่ พังยาง ซึ่งมีลักษณะของสังคมชาวนาที่มีรายได้น้อย ทำให้มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมใกล้เคียงกัน ความผูกพันกันของสมาชิกในชุมชนเดียวกันจึงมีมาก เพราะเป็นกลุ่มเครือญาติเดียวกันและมีความคิด ความเชื่อและค่านิยมคล้ายคลึงกันเนื่องจากได้รับการขัดเกลาทางสังคมเหมือนกัน แม้ว่าจะได้รับค่านิยมของวัฒนธรรมสมัยใหม่มากขึ้น ทำให้ในปัจจุบันประชาชนไม่ค่อยมีเวลาพบปะสังสรรค์กันเหมือนเดิมเพราะต้องออกไปประกอบอาชีพหารายได้เข้าครอบครัว ส่วนคนหนุ่มสาวมักต้องออกจากบ้านเพื่อไปรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม การเข้าศึกษาต่อในตัวเมือง ทำให้มีสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง การพบปะสังสรรค์ของสมาชิกในครอบครัวจึงน้อยลงมีเฉพาะบางช่วงเวลา เช่น ตอนเย็นหลังกลับจากทำนา หลังเลิกงานหรือวันเสาร์ อาทิตย์ซึ่งเป็นวันหยุดราชการบุตรหลานจะกลับมาเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

ปัจจุบันลักษณะสังคมและวัฒนธรรมของประชาชนในอำเภอระโนดจึงมีการเปลี่ยนแปลงไป สาเหตุเกิดจากการแพร่กระจายของแนวคิดทุนนิยม ทำให้เกิดความทันสมัยหลายๆอย่างในการดำรงชีวิตประจำวัน มี การนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ โทรศัพท์ มีการก่อสร้างและพัฒนาระบบสาธารณูปโภค เช่น ถนนหนทาง ไฟฟ้า ประปา มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการทำนา เช่น เครื่องจักรกลการเกษตร ปุ๋ยและสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความสะดวกสบายในการดำรงชีวิตของประชาชน ในขณะที่เดียวกันประชาชนก็ได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างแพร่หลายจากการสื่อสารมากขึ้น ทำให้เกิดการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมและประชาชนในอำเภอระโนดก็รับวัฒนธรรมเหล่านั้นเข้ามาใช้ ปัจจุบันประชาชนมีการแข่งขันกันมากขึ้นในการดำรงชีวิตโดยเฉพาะในเรื่องเศรษฐกิจ ทำให้มีความหลากหลายในการประกอบอาชีพมากขึ้นเพื่อหารายได้เข้าสู่ครอบครัว เช่น ทำนาข้าว ทำนาทุ้ง รับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม รับจ้างทั่วไป เป็นต้น โดยเฉพาะกรณีที่สำคัญ คืออาชีพการเพาะเลี้ยงกุ้งกุลาดำ ซึ่งทำให้เกิดวงจรกิจที่เกี่ยวข้องตามมามากมาย เช่น รับจ้างจับกุ้ง รับจ้างคัดขนาดกุ้ง พ่อค้าคนกลางรับซื้อกุ้ง รับจ้างโรงงานอุตสาหกรรม ธุรกิจห้องเย็นและโรงงานอุตสาหกรรมอาหารสัตว์ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวทำให้สังคมและวัฒนธรรมดั้งเดิมแบบสังคมชวานาเสื่อมถอยลงไป ความผูกพันภายในกลุ่มเครือญาติลดลงเพราะการ ไปมาหาสู่บ่อยลง ความคิด ความเชื่อและค่านิยมของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปและหลากหลายมากขึ้น ประชาชนบางส่วนมีรายได้มากขึ้นและมีฐานะร่ำรวยจากการทำนาทุ้ง ทำให้เกิดความแตกต่างของฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจและเกิดความเหลื่อมล้ำภายในสังคมของอำเภอระโนดมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตตำบลบ่อตรุ วัดสน ระวะ ปากแตระ ระโนด ท่าบอนและคลองแดนซึ่งเป็นพื้นที่ทำนาทุ้ง ในขณะที่เดียวกันก็ทำให้การพบปะสังสรรค์ของสมาชิกในชุมชนลดลง นอกจากนี้การรวมตัวทำกิจกรรมเพื่อชุมชนลดลงและมีการเปลี่ยนรูปแบบไป มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการประกอบอาชีพและเป็นแบบทางการมากขึ้น เช่น กลุ่มเกษตรกรทำนาทุ้ง กลุ่มทำนา กลุ่มทำประมงพื้นบ้าน เป็นต้น