

องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
ของสถานีอนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ

The Components of Social Service Quality of Primary Care Provided by
Health Centre from Consumer View Point in Yasothon Province



มนีวรรณ เจริญ

Mancewan Charoen

๑

เลขที่	RA427.9	ม36	2544	จ.2
Bib Key	210582			
	๕.ต.ย. 2544			

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Science Thesis in Health System Research and Development

Prince of Songkla University

2544

ชื่อวิทยานิพนธ์ องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของ
สถานอนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ

ผู้เขียน นางมณีวรรณ เจริญ

สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษา

คณะกรรมการสอบ

.....*ศิวฤทธิ์ ลิ้มชัยอรุณ*.....ประธานกรรมการ
(ดร.ศิวฤทธิ์ ลิ้มชัยอรุณเรือง)

.....*ศิวฤทธิ์ ลิ้มชัยอรุณ*.....ประธานกรรมการ
(ดร.ศิวฤทธิ์ ลิ้มชัยอรุณเรือง)

.....*[Signature]*.....กรรมการ
(นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข)

.....*[Signature]*.....กรรมการ
(นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข)

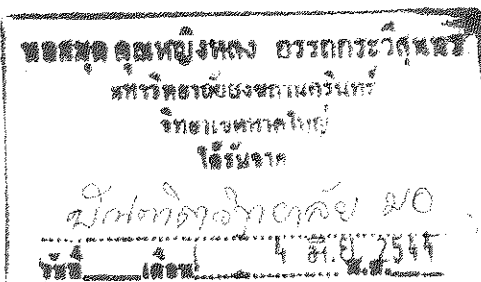
.....*[Signature]*.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)

.....*[Signature]*.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุษณีย์ ตันตรีบุรณ์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษา ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข

.....*[Signature]*.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปิติ ทฤษฎีคุณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ชื่อวิทยานิพนธ์ องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของ
สถานีอนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ

ผู้เขียน นางมณีวรรณ เจริญ

สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข

ปีการศึกษา 2543

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ ซึ่งศึกษาใน 3 อำเภอที่ดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธรปี 2540 โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการของสถานีอนามัยจำนวนทั้งสิ้น 400 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างจากสถานีอนามัยทุกแห่งโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และใช้การคิดสัดส่วนของผู้รับบริการจากภาพรวมของอำเภอและสถานีอนามัย ดำเนินการซักถามตามแบบสอบถาม ส่วนแนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึกในการศึกษานำร่อง ใช้การสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 2 คน ซึ่งเลือกโดยวิธีกำหนดตัวอย่างแบบมีมติ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ .78 และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยวิธีสกัดองค์ประกอบวิธี Principal Components Analysis (PCA) และหมุนแกนแบบอโรคอนอล ด้วยวิธีวาริเมกซ์

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ มีองค์ประกอบย่อย 55 ตัว มีค่าความแปรปรวนร่วมกันร้อยละ 51.3 ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม สามารถอธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุดร้อยละ 10.7 มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 11 ตัว ได้แก่ การดูแลผู้รับบริการ สมาชิกในครอบครัวและสิ่งแวดล้อม มีการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกและมีการพูดคุยในเรื่องการเจ็บป่วยรวมทั้งเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม การติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีที่ขาดนัดความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในปัญหา และรับทราบข้อมูลของผู้รับบริการและครอบครัวเป็นอย่างดี การบริการไม่ได้เน้นเฉพาะการเจ็บป่วยแต่จะบูรณาการไปถึงปัญหาอื่นๆด้วย มีการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งในและนอกสถานีอนามัย และเป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ 2) องค์ประกอบด้านการมีปฏิสัมพันธ์ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.7 มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 9 ตัว ได้แก่ การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยและแนวทางรักษา การมีโอกาสพูดถึงความต้องการ แสดงความคิดเห็น ซักถามและรับรู้ต่อการบริการสุขภาพและเครื่องมือในการรักษา การได้รับความเข้าใจความสนใจรับฟัง ปัญหาการเจ็บป่วย และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ได้รับคำแนะนำและอธิบายทางเลือกของการรักษาการ

เจ็บป่วยอย่างเหมาะสมสามารถนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง 3) องค์กรประกอบด้านการเข้าถึงบริการ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.0 มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 10 ตัว ได้แก่ ความสะดวก รวดเร็วของขั้นตอนการรับบริการ การทำบัตร การจ่ายเงิน การรอตรวจ ค่าตรวจรักษาไม่แพง ความสะดวก รวดเร็วในการเดินทางมารับบริการ การได้รักษาฟรีตามการได้รับสิทธิบัตร การเก็บเงินในรายที่ไม่มีสิทธิบัตรตามความสามารถที่จะจ่ายได้ การจัดระบบคิวในการให้บริการ และการขออนุญาตในการลัดคิวด้วยวาจาที่สุภาพในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง 4) องค์กรประกอบด้านการมีมนุษยสัมพันธ์ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.4 มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 7 ตัว ได้แก่ การให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนโยน มีความคุ้นเคย กิริยามารยาทที่ดี การให้ความเคารพต่อสิทธิของผู้รับบริการ การเอาใจใส่ การต้อนรับด้วยอัธยาศัยไมตรีอันดี และการบริการที่เป็นกันเอง 5) องค์กรประกอบด้านการดูแลแบบต่อเนื่อง สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 6.9 มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 7 ตัว ได้แก่ การได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อให้สถานีนอนมัลติดูแลสุขภาพ การบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการลงในแฟ้มประวัติและใบส่งต่อ การได้ทำสมุดประจำตัวโรคเรื้อรัง การส่งต่อผู้รับบริการด้วยความรวดเร็ว การนัดเพื่อติดตามและรักษาอย่างต่อเนื่อง และการรักษาความลับในการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ 6) องค์กรประกอบด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5.4 มีองค์ประกอบย่อย จำนวน 7 ตัว ได้แก่ การมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดบริการ การได้มีโอกาสพูดคุยถึงความต้องการบริการสุขภาพ และการประเมินคุณภาพบริการของสถานีนอนมัลติ การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัลติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัวและชุมชน การร่วมกันแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยผู้รับบริการ และการได้ร่วมกันบริจาคเงินเพื่อใช้สนับสนุนการจัดบริการ และ 7) องค์กรประกอบด้านลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.2 มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 4 ตัว ได้แก่ ความสะอาด สวยงามของอาคารสถานที่ ความเป็นสัดส่วนของห้องให้บริการ รูปทรงอาคารเอื้อต่อการให้บริการ ห้องให้บริการมีอากาศถ่ายเท และมีแสงสว่างเพียงพอ

Thesis Title The Components of Social Service Quality of Primary Care Provided by Health
Centre from Consumer View Point in Yasothon Province

Author Mrs. Maneewan Charoen

Major Program Health System Research and Development

Academic Year 2000

Abstract

The objective of this research was to identify the components of social quality primary care services provided by health centres in three districts in Yasothon Province in which health care reform was implemented in 1997. The subjects of this study were 400 service recipients from all health centres in these three districts who were selected by a purposive sampling method and the number selected was proportional to the total number of service recipients in each district using a questionnaire. Two subjects from each district were selected by dimensional sampling technique for in-depth interviews which had been devised and piloted. The instrument, its content validity was tested by three experts, its construct validity was tested using factor analysis and its reliability was tested using Cronbach's Alpha. The reliability of the entire questionnaire was .78. The data were analyzed using confirmatory factor analysis and the factors were extracted using principal component analysis (PCA) with orthogonal rotation through the varimax method.

The results were as follows : The quality primary care services provided by health centres in the three districts in Yasothon Province consisted of 7 components and 55 minor components : holistic care, interaction, accessibility to health services, human relations, continuous care, people's participation, and physical characteristics of the health centre. The total variance was 51.3 percent.

1) Holistic care accounted for 10.7 percent of the variance and it was found to have 11 minor components : providing care for service recipients, their family members and environments both mental and physical, talking to the service recipients about the feeling towards their illness, their family members, economy, society and environments with understanding and sympathy, acknowledging the information about the recipients and their family members, providing not only health services but also other related problems, providing continuous care both at the health centre and other places and providing services which served the needs of the recipients.

2) Interaction between health officers and service recipients accounted for 8.7 percent of the variance and this component comprised 9 minor components : service recipients receiving of information about their illness and

possible treatment, having opportunities to talk about their needs for health services, receiving understanding and attention when talking about their illness, having opportunities to express their opinions, to ask and to know about the equipment used for treatment and to take part in finding ways for treatment, and receiving advice and explanation about alternatives for suitable treatment so that they can care for themselves accordingly. 3) Accessibility to health services accounted for 8.0 percent of the variance and it consisted of 10 minor components : the waiting time at each of the steps from waiting for the health services recipient identity card to be issued, waiting to be examined, waiting for the prescription, waiting to make payment; reasonable medical fees, convenient transportation to the health centre, free medical services according to the medical benefits card, payment for the medical services according to the economic status for recipients' who did not have a medical benefits card, arrangement of queues for services, and polite request to jump the queue for patients with serious condition. 4) Human relations accounted for 7.4 percent of the variance and it comprised 7 minor components : providing services with politeness, gentleness, friendliness, good manners, respect according to the age seniority, care, warm hospitality, and sympathetic services. 5) Continuous care accounted for 6.9 percent of the variance and it consisted of 7 minor components : registration for health care services at the health centre, record of personal history in the patient's card and the referral's card, record of chronic patient, speedy referral of cases, follow-up appointments for continuous treatment, and keeping information about the patient confidential. 6) People's participation accounted for 5.4 percent and it consisted of 7 minor components : participation in decision making in providing services, opportunities to talk about the needs for health services, cooperation in caring for themselves, their family members and community, opportunities to evaluate the quality of health services provided by the health centre, participation in health service meeting in caring, participation in solving problems related to the health of service recipients, and donation to support health care services. And 7) Physical characteristics of the health centre accounted for 4.2 percent of the variance and it consisted of 4 minor components : cleanliness and appearance of the buildings and grounds, privacy of the examining rooms, the design of the building which contributed to good services, and rooms with good ventilation and sufficient light.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.สวศิริ ลิ้มชัยอรุณเรือง และนายแพทย์พงษ์พิสุทธิ จงอุคมสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์อุษณีย์ ตัณฑรีบุรณ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยจนวิทยานิพนธ์มีความสำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ คุณชฎาภรณ์ ชื่นตา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร ชมพิภูล ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และคำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วิตร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธรปี พ.ศ.2540 ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มดำเนินโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธร นายแพทย์สุวิทย์ วิจิตรพันธ์ นายแพทย์ประศาสตร์ ศิวเรืองนนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร สมัยต่อมาถึงปัจจุบัน และนายแพทย์ประกาย วิบูลย์วิภา นายแพทย์ 9 ด้านเวชกรรมป้องกัน รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูลที่ได้ให้การสนับสนุนการศึกษา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธร สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขและองค์การ สหภาพยุโรป ที่สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการวิจัย และสนับสนุนทุนในการดำเนินการหลักสูตรการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของอำเภอทรายมูล อำเภอมหาชนะชัย และอำเภอค้อวัง ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่และช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทรายมูลทุกคนที่ให้การสนับสนุนการศึกษา ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการของสถานอนามัย ซึ่งได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้การอบรมเลี้ยงดู เป็นกำลังใจ และคอยช่วยเหลือดูแลครอบครัวแทนผู้วิจัย ขอขอบคุณ คุณอรุณ เจริญ สามีที่ช่วยดูแลลูกๆและคอยเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษา ตลอดจนบุตรสาวและบุตรชายอันเป็นที่รักยิ่งของผู้วิจัยคือ ค.ญ. กันติษา และ ค.ช. เมธาภูล เจริญ น้องสาว และน้องชาย ที่เป็นกำลังใจตลอดมา และกัลยาณมิตรเพื่อนร่วมรุ่นรุ่นพี่ และรุ่นน้องในหลักสูตรการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุขทุกคน ที่เป็นกำลังใจจนวิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดี ตลอดจนผู้ที่ให้ความช่วยเหลือซึ่งผู้วิจัยไม่ได้กล่าวนามไว้ในที่นี้ และหากงานวิจัยนี้มีคุณประโยชน์ต่อสังคมและวิชาชีพ ผู้วิจัยขอมอบ และอุทิศแด่บิดาอันเป็นที่รักยิ่งที่ได้ล่วงลับไปแล้ว

มณีวรรณ เจริญ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	2
คำถามการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดและทฤษฎีในการวิจัย.....	3
นิยามศัพท์.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	6
2 ทบทวนวรรณกรรม.....	7
การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิตามแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.....	7
การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยตามแนวคิดโครงการปฏิรูป ระบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.....	9
ความหมายและองค์ประกอบคุณภาพบริการ.....	11
3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	28
ประชากรที่ใช้ในการศึกษา.....	28
กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง.....	28
เครื่องมือในการวิจัย.....	31
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	39
การอภิปรายผล.....	55
สรุปบทเรียน และข้อคิดเห็นที่ได้จากการวิจัย.....	67
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	69
สรุปผลการวิจัย.....	70
ข้อเสนอแนะ.....	72
บรรณานุกรม.....	75
ภาคผนวก.....	91
ภาคผนวก ก วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของทาโร ยามาเน่.....	92
ภาคผนวก ข เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูล.....	93
ภาคผนวก ค ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย.....	106
ภาคผนวก ง.....	107
ความสัมพันธ์ของลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	108
ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าการร่วมกันขององค์ประกอบย่อย คุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย.....	110
แบบวัดคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิของสถานีนอนามัยที่ได้จากการวิจัย.....	116
ภาคผนวก จ.....	120
น้ำหนักองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย	121
ภาคผนวก ฉ รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ.....	123
ประวัติผู้เขียน.....	124

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1	สรุปองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ตามแนวคิดของนักวิชาการ.....14
2	การศึกษานำร่องเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ.....32
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป.....40
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาล.....42
5	จำนวนและร้อยละของข้อมูลการรับบริการของกลุ่มตัวอย่าง.....43
6	แสดงองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของสถานีอนามัยจังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการ.....47
7	องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของสถานีอนามัยด้านการดูแลแบบองค์รวม.....50
8	องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของสถานีอนามัยด้านการมีปฏิสัมพันธ์.....51
9	องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของสถานีอนามัยด้านการเข้าถึงบริการ.....52
10	องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของสถานีอนามัยด้านการมีมนุษยสัมพันธ์.....52
11	องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของสถานีอนามัยด้านการดูแลแบบต่อเนื่อง.....53
12	องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของสถานีอนามัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน.....54
13	องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของสถานีอนามัยด้านลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ.....54
14	ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ.....106
15	ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง.....108
16	ความสัมพันธ์ระหว่างการมีสิทธิบัตรด้านรักษาพยาบาลกับการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย ของกลุ่มตัวอย่าง.....108
17	ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง.....109

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
18 ความสัมพันธ์ระหว่าง การมีสิทธิบัตรด้านรักษาพยาบาลและเหตุผลในการมารับบริการ ของกลุ่มตัวอย่าง.....	109
19 คำนำนักงongศ์ประกอบและค่าการร่วมกันขององค์ประกอบย่อยคุณภาพบริการเชิงสังคม ด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการ.....	110
20 นำนักงongศ์ประกอบย่อยคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิของสถานเอนามัย จังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ.....	121

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
2 กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดยโสธร.....	9
3 แสดงการุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในสถานีนอนามัยของอำเภอที่ดำเนินการปี2540 จังหวัดยโสธร.....	30
4 แสดงอัตราการเปลี่ยนแปลงของขนาดค่าไอเคนแต่ละองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคม ด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย ในมิติของผู้รับบริการ.....	46

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันจังหวัดยโสธร ยังพบว่ามีปัญหาการขาดคุณภาพบริการ ของสถานบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย (primary care) ดังจะเห็นได้ว่าประชาชนส่วนใหญ่เมื่อมีการเจ็บป่วยจะนิยมไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนถึงร้อยละ 46.0 และโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 42.5 ทั้งๆที่เป็นโรคที่สถานอนามัยสามารถรักษาได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2541) ซึ่งให้เห็นถึงความอ่อนแอของการจัดบริการด้านสุขภาพสถานอนามัย ทำให้ประชาชนไม่มีความศรัทธาต่อการจัดบริการ จึงเกิดปัญหาการข้ามขั้นตอนขึ้น ดังนั้นจังหวัดยโสธรจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพบริการมากยิ่งขึ้น และให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนให้มากที่สุด จังหวัดยโสธรจึงได้ดำเนินโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมายหลักที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพบริการ (quality) ความเป็นธรรม (equity) มีประสิทธิภาพ (efficiency) และสังคมสามารถตรวจสอบได้ (social accountability) (Kuy, 1997 ; สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2540)

คุณภาพบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัยตามแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สามารถแบ่งได้เป็นสองลักษณะ คือคุณภาพบริการเชิงเทคนิค และคุณภาพบริการเชิงสังคม (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2540 ; อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, 2540 อ้างจาก ดำรง บุญยืน, 2540) คุณภาพบริการเชิงเทคนิค เป็นการจัดการบริการตามมาตรฐานหลักวิชาการ และส่วนใหญ่สถานอนามัยจะมีมาตรฐานหรือคู่มือในการจัดบริการ แต่ยังคงขาดคุณภาพบริการเชิงสังคม ซึ่งมีความสำคัญต่อความพึงพอใจในการบริการสาธารณสุข ทั้งด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (อินทิรา ชัยฤกษ์, 2539 ; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2540 ; ไพศาล เกื้ออรุณ, 2541 ; เกรียงศักดิ์ อนุโรจน์, 2542) และเป็นลักษณะการบริการที่ดี (good care) ซึ่งมีการดูแลแบบองค์รวม การดูแลแบบต่อเนื่อง และการดูแลแบบผสมผสาน (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2540 ; ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2542)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เรื่องคุณภาพบริการงานเวชปฏิบัติ ครอบคลุมโรงพยาบาลเทพาในมิติของผู้ให้และผู้รับบริการ ได้องค์ประกอบ 6 ด้าน ซึ่งเป็นคุณภาพบริการเชิงสังคม คือ ด้านความเสมอภาคในการจัดบริการ การมีส่วนร่วมของประชาชน การเข้าถึงบริการ การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ การบริการแบบองค์รวม การดูแลแบบต่อเนื่อง และการดูแล

แบบผสมผสาน (วันดี แสงเจริญ ,2543) และจากผลการศึกษานำร่องของผู้วิจัยเรื่ององค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยของผู้รับบริการในอำเภอที่ดำเนินโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธรปีพ.ศ. 2540 พบว่ามีองค์ประกอบ 7 ด้าน คือ การดูแลแบบองค์รวม การดูแลแบบความต่อเนื่อง การดูแลแบบผสมผสาน การเข้าถึงบริการ การมีมนุษยสัมพันธ์ การได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน และการมีส่วนร่วมของประชาชน อย่างไรก็ตามการศึกษานำร่องยังไม่มีผลชัดเจนว่า องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขของสถานีนามัย ในมิติผู้รับบริการตามแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มีองค์ประกอบอะไรบ้าง ยังเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและไม่มีเครื่องมือสำหรับการวัดองค์ประกอบคุณภาพบริการที่ชัดเจน (Shaw, 1997) มีความหลากหลายมุมมอง (Barnett and Kemp, 1994) รวมทั้งยังไม่มีที่ยืนยันโดยการศึกษาระดับปริญญาโทด้วยการวิเคราะห์สถิติและมีการศึกษาในขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ เพื่อแสดงเชิงประจักษ์ว่า องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัย ในมิติของผู้รับบริการที่ได้จากการศึกษานำร่อง เป็นองค์ประกอบที่แท้จริง

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะของบุคลากรสาธารณสุขและเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จึงมีความสนใจและต้องการวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัย ในมิติของผู้รับบริการ โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันว่ามีองค์ประกอบอะไรบ้าง ในแต่ละองค์ประกอบ มีองค์ประกอบย่อยอะไรบ้าง เมื่อได้องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยในมิติของผู้รับบริการแล้ว จะสามารถนำองค์ประกอบที่ได้มาพัฒนาเป็นเครื่องมือมาตรฐาน สำหรับการวัดคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยในมิติของผู้รับบริการ และสามารถนำผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัย ให้มีคุณภาพบริการมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัย จังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ

คำถามของการวิจัย

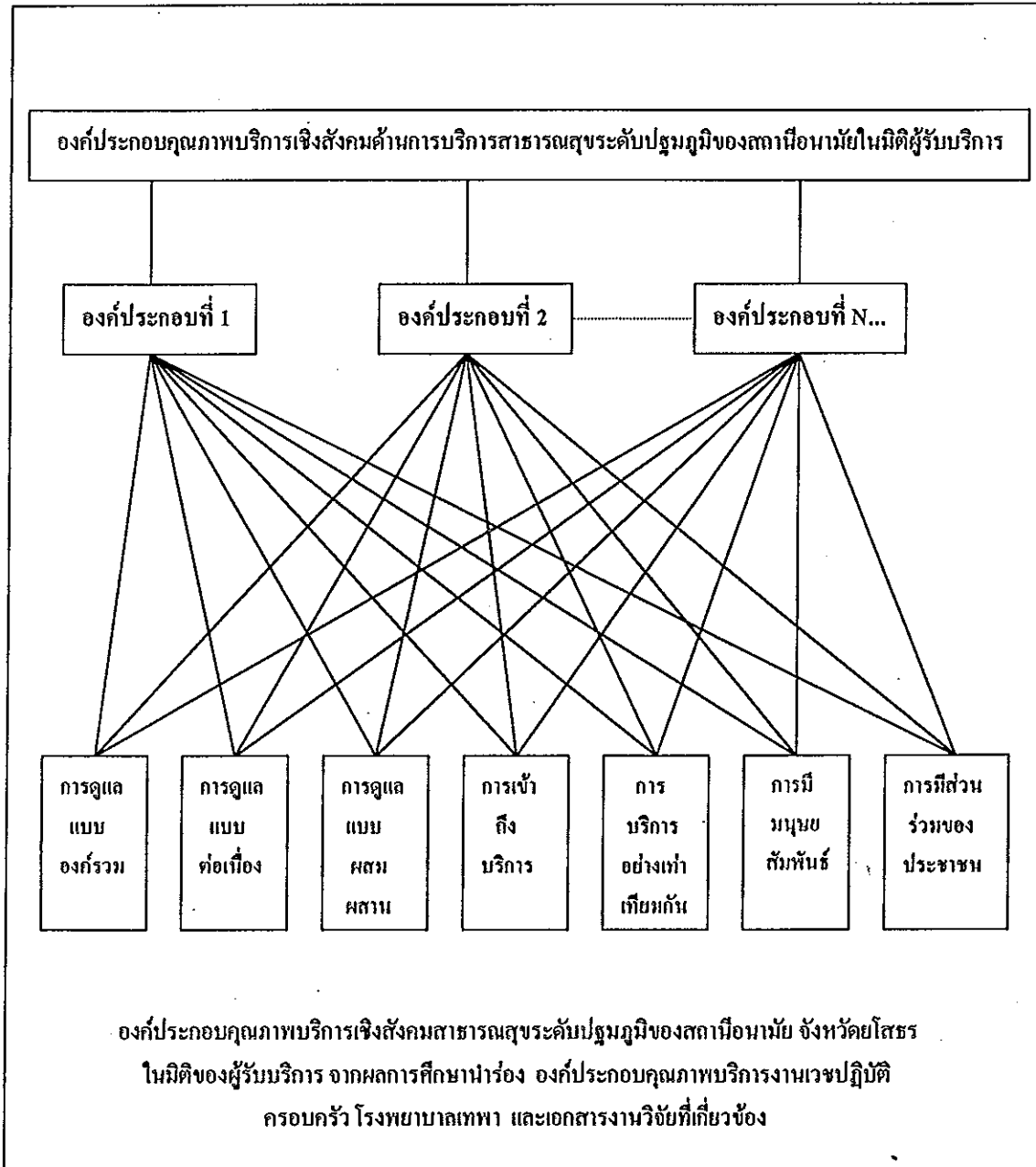
องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัยจังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการมีกี่องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบมีองค์ประกอบย่อยอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดและทฤษฎีในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดมาจากแนวคิด/ทฤษฎีองค์ประกอบของคุณภาพบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้รับบริการในสถานีนอนามัย ซึ่งมี 2 ด้าน คือ คุณภาพบริการเชิงเทคนิค และคุณภาพบริการเชิงสังคม สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะเลือกคุณภาพบริการเชิงสังคม ในส่วนที่เป็นการวัดความพึงพอใจ และได้เลือกผลการศึกษางานวิจัยองค์ประกอบคุณภาพบริการงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลเทพาในมิติของผู้ให้และผู้รับบริการ (วันดี แสงเจริญ, 2543) เป็นหลักในการวิจัยครั้งนี้ ด้วยเหตุผลเนื่องจากงานเวชปฏิบัติครอบครัว เป็นกลยุทธ์หนึ่งของการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และงานเวชปฏิบัติครอบครัวอำเภอเทพาเป็นพื้นที่ดำเนินงาน ตามแนวคิดของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เช่นเดียวกับจังหวัดยโสธร และจากผลการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการในสถานีนอนามัยอำเภอที่ดำเนินการตามโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธรปีพ.ศ. 2540 รวมทั้งจากการรวบรวมแนวคิดจากนักวิชาการหลายๆท่าน มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการดูแลแบบองค์รวม การดูแลแบบต่อเนื่อง การดูแลแบบผสมผสาน การเข้าถึงบริการ การบริการอย่างเท่าเทียมกัน การมีมนุษยสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังภาพประกอบ 1 ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



นิยามศัพท์

องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคม หมายถึง องค์ประกอบทั้งหมดของคุณภาพบริการเชิงสังคม ของการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัยของผู้รับบริการ ด้วยความพึงพอใจในบริการด้านการดูแลอย่างองค์รวม มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลแบบผสมผสาน มีการเข้าถึงบริการ การมีมนุษยสัมพันธ์ การมีปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมของประชาชน และลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ

การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัย หมายถึง การให้บริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย ในโรคพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อน ซึ่งดูแลด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่น ในกรณีที่สถานื่อนามัยไม่สามารถรักษาได้

สถานื่อนามัย หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของรัฐ ที่มีขนาดเล็กและตั้งอยู่ในชุมชน มีบทบาทในการบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ และให้การดูแลตามแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดยโสธร

อำเภอที่ดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธรปี 2540 หมายถึง อำเภอที่เริ่มดำเนินการตามแนวคิดปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธรปี พ.ศ. 2540 ประกอบด้วย 3 อำเภอ คือ อำเภอก้อวัง อำเภอทรายมูล และอำเภอมหาชนะชัย

ขอบเขตการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคม ด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัยจังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการเท่านั้น ซึ่งศึกษาในผู้รับบริการของสถานื่อนามัยอำเภอที่ดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดยโสธรในปี 2540 จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอก้อวัง อำเภอทรายมูล และอำเภอมหาชนะชัย จากสถานื่อนามัยจำนวน 31 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 1 เดือน คือระหว่างวันที่ 1-30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2543 โดยใช้กรอบแนวคิดจากการศึกษาคุณภาพบริการ

งานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลเทพา ในมิติของผู้ให้และผู้รับบริการ (วันดี แสงเจริญ, 2543) และจากผลการศึกษานำร่องของผู้วิจัย เรื่ององค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัยจังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการ และจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ความสำคัญของการวิจัย

1. นำผลการวิจัยนำไปเป็นแนวทางในการวางแผน และปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัย ให้สอดคล้องกับความพึงพอใจ และความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ

2. นำผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปสร้างเกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัย ในด้านผู้รับบริการ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และสามารถวัดคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานบริการอื่นๆต่อไป

3. นำองค์ประกอบที่ได้จากการวิจัยไปประเมินผลคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัยได้

4. นำผลวิจัยไปพัฒนาเพื่อเป็นเครื่องมือที่มาตรฐาน สำหรับวัดคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัย ในด้านผู้รับบริการ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยจังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตไว้ดังนี้ คือ 1) การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยตามแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2) การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยตามแนวคิดโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธร 3) ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพบริการ

1. การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ตามแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

1.1 ความหมายและแนวคิดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

ความหมายและแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ดังนี้

การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการด้านแรกหรือเป็นจุดเริ่มต้นของการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการรักษาผู้ป่วย จะต้องดูแลผู้ป่วยในความคิดชอบทั้งคนป่วยและไม่ป่วย รวมทั้งดูแลผสมผสานด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม (Milliss, 1996) มีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้ให้บริการอย่างใกล้ชิด (Northous and Northous, 1992 ; ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2542) สามารถให้การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนกลุ่มอายุ ทุกเพศ โดยการผสมผสานการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ (Starfield, 1992 ; White, 1996) ซึ่งต้องให้การดูแลทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่มีความต่อเนื่อง (Grumbach, 1993) ตั้งแต่เกิดจนถึงตาย หรือตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงขณะป่วยและการดูแลสุขภาพหลังจากหายป่วยแล้ว โดยมีการดูแลแบบองค์รวม การดูแลแบบบูรณาการ (Alpert and Charney, 1973 ; Parker, 1974) และการดูแลแบบผสมผสานซึ่งจะต้องใช้ความรู้ความสามารถ ในหลายสาขาที่เน้นเชิงเทคนิคบริการควบคู่ไปกับเชิงสังคม (ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2542) กล่าวคือ นอกจากจะใช้ความรู้ด้านรักษาพยาบาลแล้วยังต้องใช้ความรู้ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชนและชุมชนให้ดี จนทำให้เกิดการดูแลแบบองค์

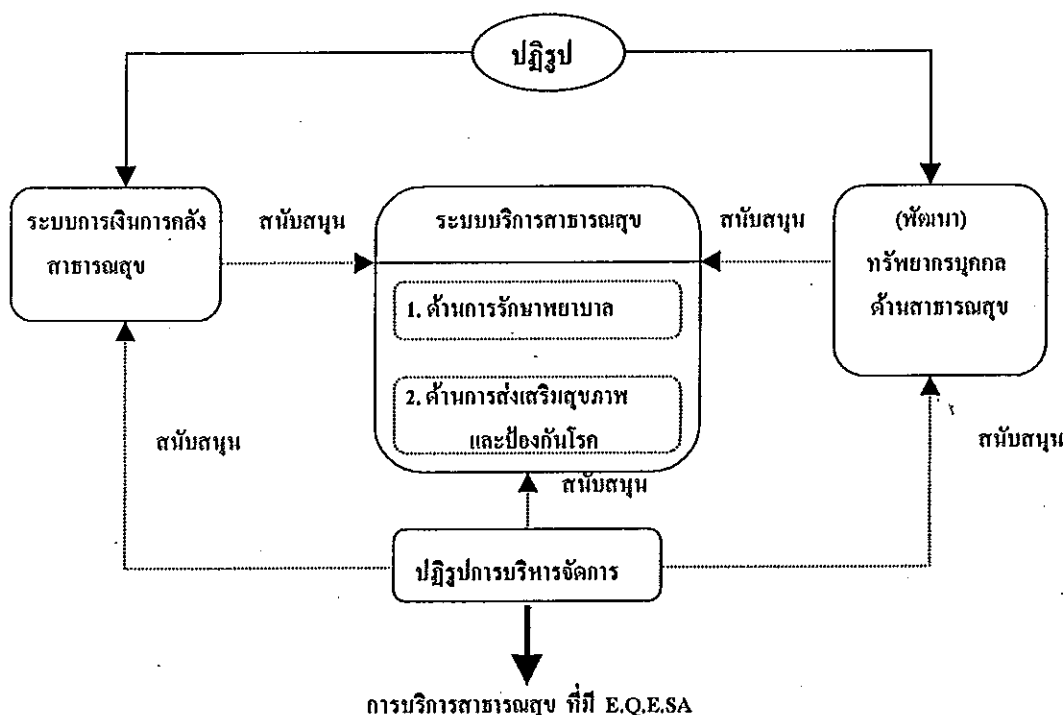
รวม มีความต่อเนื่อง การต่อแบบผสมผสาน และสามารถเชื่อมโยงยังสถานบริการอื่นซึ่งระดับสูงตามความจำเป็นของผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่เหมาะสม (White, 1996 ; สุหัตตรา ศรีวณิชชากร, 2539 ; ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542 ; ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2542) รูบิน (Rubin, et al., 1996) ได้กล่าวถึงความหมายของการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิว่า จะต้องประกอบด้วย การเข้าถึงบริการ การบริการแบบผสมผสานหรือบูรณาการ มีการประสานงานที่ดี มีการให้บริการแบบต่อเนื่อง และสังคมหรือชุมชนสามารถตรวจสอบได้

การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็งนั้น ควรจะยึดหลักการสาธารณสุขแบบบูรณาการ (Intergrate health care system) (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) ซึ่งเป็นรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขที่ดี 1) จะต้องเป็นการให้บริการที่เน้นคุณภาพบริการเชิงสังคม ควบคู่ไปกับคุณภาพบริการเชิงเทคนิค การให้บริการไม่เพียงแต่ถูกต้องตามหลักวิชาการเท่านั้น แต่ยังต้องคำนึงถึงความต่อเนื่องการผสมผสานการให้บริการ และความเข้าปัญหาผู้ป่วยแบบองค์รวมด้วย 2) การบริการต้องไม่มีความซับซ้อนระหว่างสถานบริการในแต่ละระดับ โรงพยาบาลจะต้องลดงานที่ไม่ซับซ้อนให้แก่สถานบริการระดับปฐมภูมิ 3) ต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ โดยจะต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและมีความเชื่อมโยงของข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ (White, 1996) ซึ่งหลักการของการบริการของสาธารณสุขระดับปฐมภูมิแบบบูรณาการจะต้องมีสถานบริการที่ตั้งอยู่ในชุมชน จำนวนประชากรที่รับผิดชอบจำนวนจำกัดไม่มากเกินไป และน้อยเกินไป จะต้องมียุทธศาสตร์ที่มีคุณภาพ ขนาดของสถานบริการไม่ใหญ่เกินไปจนเป็นเครื่องกีดขวางความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับสถานบริการ สามารถให้บริการอย่างสม่ำเสมอตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการได้ และสามารถเป็นที่ปรึกษาของประชาชนในการตัดสินใจส่งต่อได้อย่างถูกต้อง สุหัตตรา ศรีวณิชชากร (2542) ได้กล่าวถึงเครื่องมือในการพัฒนาการบริการระดับปฐมภูมิควรประกอบด้วย คือ การมีประชากรในเขตรับผิดชอบที่ชัดเจน สถานที่ตั้งของสถานบริการสะดวก ใกล้ ประเภทบริการที่ครอบคลุมและวิธีการจัดบริการเอื้อต่อการรับบริการได้ง่าย สะดวก เข้าถึงได้ มีคุณภาพบริการที่ดี การมีระบบข้อมูลข่าวสารที่ค้นหาได้ง่ายสามารถ เชื่อมโยงบริการได้ มีระบบการเก็บเงินผู้รับบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน และมีระบบการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือระบบบริการทุติยภูมิ นอกจากนี้ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (2542) ได้กล่าวถึงลักษณะพื้นฐานของการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ซึ่งมี 7 ประการ คือ 1) การมีพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน 2) การกำหนดประชากรที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน 3) ทีมงานจะต้องมีความรู้ ความสามารถ 4) เจ้าหน้าที่จะต้องได้รับการพัฒนา 5) ชุมชนมีส่วนร่วม 6) มีระบบข้อมูลข่าวสารที่ดี และ 7) มีสถานบริการกระจายสู่ชุมชน

สรุปการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ถือว่าเป็นการบริการด่านแรกที่มีความสำคัญมากในระบบบริการสาธารณสุข เป็นการบริการที่มุ่งให้เกิดลักษณะการบริการที่ดี (good care) ซึ่งจะเน้นการให้บริการแบบองค์รวม การให้บริการแบบผสมผสาน และการให้บริการที่มีความต่อเนื่อง ซึ่งสามารถนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ ที่มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ และสังคมสามารถรับรู้และตรวจสอบได้ (Kuy, 1997 ; ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2540 ; ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541 ; ศิริพร จีรวัฒน์กุล และคณะ, 2541) และถือว่าเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขการบริการสาธารณสุขที่ดีนั้น เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่คุณภาพบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย

2. การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในสถานีนอนามัย ตามแนวคิดโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธร



สำหรับการศึกษาคั้งนี้จะศึกษาในประเด็นของคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย จังหวัดยโสธร ซึ่งจังหวัดยโสธรได้มีวัตถุประสงค์ เพื่อปฏิรูปการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพให้บรรลุตามเป้าหมายของการดำเนินงาน และเพื่อพัฒนาการ บริการสาธารณสุขในสถานบริการด้านแรกระดับสถานีนอนามัยและเพื่อสร้างการบริการสาธารณสุข ให้มีความเชื่อมโยงกันระหว่างสถานบริการระดับปฐมภูมิกับระดับโรงพยาบาล

กิจกรรมการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในสถานีนอนามัย (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยโสธร, 2542)

1. การขึ้นทะเบียนประชาชนในความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในแต่ละสถานีนอนามัย ตาม ลักษณะภูมิศาสตร์ โดยเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย
2. การสร้างและพัฒนาทีมสุขภาพ ซึ่งทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย โดยมีแนวคิดของการสร้างและพัฒนาทีมสุขภาพใน การที่จะพัฒนาการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย
3. การปรับระบบบริการของสถานีนอนามัยที่ส่งเสริมให้เกิดการดูแลประชาชนแบบองค์รวม การดูแลแบบต่อเนื่อง และการดูแลแบบผสมผสาน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และให้มีการเชื่อมโยงการให้บริการของสถานบริการทุกระดับตามความเหมาะสมของสถานบริการ
4. งานเวชปฏิบัติครอบครัวของสถานีนอนามัย โดยมีการปรับเปลี่ยนการบริการ เช่น เวลา เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ เน้นการให้บริการเป็นทีม ดูแลรับผิดชอบปัญหาสุขภาพของ ประชาชนร่วมกัน ปรับเปลี่ยนสถานที่ทำงาน โดยจัดให้เป็นสัดส่วนและกำหนดจุดให้บริการอย่างชัดเจน
5. การกำหนดการบริการสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน ที่ประชาชนควรได้รับ ซึ่งครอบคลุม ทั้งด้านรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ
6. การจัดระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพโดยมีการพิจารณาให้มีแบบฟอร์มข้อมูลในการ ส่งต่อที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้ประโยชน์ จัดระบบสำหรับการให้บริการผู้ที่ส่งต่อโดยเฉพาะ และมีผู้รับผิดชอบการส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีการตอบข้อมูลกลับทุกครั้งที่มีการส่งต่อ ประเมินผลระบบการส่งต่อเป็นระยะ และจัดให้มีมาตรฐานการส่งต่อ
7. การพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาของสถานีนอนามัยด้วยตัวเจ้าหน้าที่เอง โดยการจัดทำ โครงการพัฒนาสถานีนอนามัยจังหวัดยโสธร ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้รับความรู้เรื่องการวิเคราะห์สถานการณ์ แก้ปัญหา ซึ่งใช้ การหาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และการคุกคาม

โดยสรุปจังหวัดยโสธรได้นำแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะเห็นว่าเป็นการเอื้ออำนวยให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ให้และผู้รับบริการ และมีจุดเด่นที่ประยุกต์ใช้ คือ การขึ้นทะเบียนประชาชนในเขตรับผิดชอบ ตามลักษณะภูมิศาสตร์ โดยเน้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ขึ้นทะเบียน การสร้างและพัฒนาทีมสุขภาพ การปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้เอื้อต่อการบริการแบบองค์รวม การดูแลแบบต่อเนื่อง และการดูแลแบบผสมผสาน โดยเน้นการเยี่ยมบ้าน การพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัว โดยเน้นการปรับเปลี่ยนเวลาในการจัดบริการ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาทักษะในการบริการของเจ้าหน้าที่ จะเห็นได้ว่าการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว จังหวัดยโสธรได้ประยุกต์แนวคิดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยตามโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โดยมุ่งหวังที่จะให้เกิดการบริการที่ดี โดยการเน้นการให้บริการแบบองค์รวม มีความต่อเนื่อง และผสมผสานการบริการ เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายหลักของโครงการ คือ คุณภาพบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย

3. ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพบริการ

3.1 ความหมายของคุณภาพบริการ

คุณภาพบริการมีหลากหลายมุมมอง หลาย ๆ กิจกรรมได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการแตกต่างกันมีความสำคัญที่เกี่ยวเนื่องกับการรับรู้การบริการ คุณภาพบริการสามารถบ่งบอกถึงความ เป็นเลิศของการบริการ (อนูวัฒน์ สุภชติกุล, 2540 อ้างจาก Peters and Waterman, 1982) และสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย อีกทั้งจะต้องได้รับประโยชน์สูงสุด (Barnett and Kemp, 1994) เป็นการบริการที่มีความซับซ้อนและมีความสำคัญ จะต้องมีความมาตรฐานสูง และสอดคล้องกับข้อกำหนด (Crosby, 1979 ; CCHSA, 1996 ; Shaw, 1997) เหมาะสมกับการใช้งาน (Juran, 1988) เป็นสิ่งที่ลูกค้าต้องการหรือตอบสนองหรือเกินความคาดหวังของลูกค้า (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985 ; โอบูฐ วาริรักษ์, 2539 ; อนูวัฒน์ สุภชติกุล, 2540 อ้างจาก Demming, 1997) ความมีคุณค่า (อนูวัฒน์ สุภชติกุล, 2540 อ้างจาก Feigenbaum, 1951) ปราศจากข้อเสีย ต้องเหมาะสมกับจุดมุ่งหมาย มีความคุ้มค่าเงิน สามารถปรับเปลี่ยนได้ (อนูวัฒน์ สุภชติกุล, 2540 อ้างจาก Nightingale, 1994) การบริการจะต้องมีคุณภาพบริการทางการแพทย์ และได้มาตรฐานตามหลักวิชาการ และมีคุณภาพบริการตามความรู้สึกรับรู้ของประชาชน ประชาชนมีความพอใจในการ

รับบริการ(Donabedian,1985 ; CCHSA, 1996 ; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2539 ; โอบูร์ วารีร์กี, 2539 ; อนุวัฒน์ สุภชติกุล, 2540 อ้างจาก คำรง บุญยี่น, 2540 ; ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) นอกจากนี้จะต้องรวมถึงคุณภาพบริการเชิงสังคมที่ก่อให้เกิดความเอื้ออาทรต่อกันหรือองค์รวม มีความต่อเนื่องในการให้บริการ และมีการดูแลแบบผสมผสานมากที่สุด (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2539 ; ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2542 ; ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) คุณภาพบริการตามความรู้สึกรู้สึกของประชาชนทั่วไปจะต้องได้รับการบริการที่ไม่มีปัญหา เป็นบริการที่ตั้งใจ และระมัดระวัง บริการภายในเวลาและงบประมาณที่กำหนด เป็นไปตามความต้องการของผู้รับบริการ และสนองตอบความต้องการอย่างรวดเร็ว เชื่อถือได้ เป็นเอกลักษณ์ ดีเลิศ สวยงาม (วิฑูรย์ สีมาโชคดี, 2542) และคุณลักษณะต่างๆ ที่แสดงถึงความสามารถในการสนองตอบความต้องการที่กำหนดไว้ (อนุวัฒน์ สุภชติกุล, 2540 อ้างจาก ISO 8402, 1994) รวมทั้งการให้ความรู้แก่ประชาชน และเสนอระบบการแพทย์ทางเลือกแบบอื่นๆ ซึ่งก่อให้เกิดการเชื่อมโยงที่สำคัญของคุณภาพบริการ (อนุวัฒน์ สุภชติกุล, 2540 อ้างจาก ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2540) ในการพิจารณาคูณภาพบริการนอกจากผลลัพธ์บริการ หรือผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน (result-oriented) โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการหรือระบบและวิธีการทำงาน (process-oriented) รวมถึงโครงสร้างและปัจจัยที่สำคัญของการผลิตบริการ (structure and system capacity-oriented) ประกอบด้วย กระบวนการและโครงสร้าง คือสิ่งที่สะท้อนถึง ค่านิยม และวัฒนธรรม ขององค์กร หน่วยงานที่จัดบริการที่มีผลต่อคุณภาพบริการ

3.2 องค์ประกอบของคุณภาพบริการ

แนวคิดองค์ประกอบของคุณภาพบริการ มีนักวิชาการได้กล่าวถึงหลากหลายมุมมองหลายมิติ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสารทางวิชาการ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นว่าได้มีการกล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพบริการเป็นสองลักษณะ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2540 ; อนุวัฒน์ สุภชติกุล, 2540 อ้างจาก คำรง บุญยี่น, 2540) คือ คุณภาพบริการเชิงเทคนิคและคุณภาพบริการเชิงสังคม ซึ่งคุณภาพบริการเชิงเทคนิค เป็นการบริการที่มีมาตรฐานตามหลักวิชาการแพทย์ จะต้องได้มาตรฐานสูง มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการ (ลออ, 2529 ; ศิริพร จิรวินน์กุล และคณะ, 2541) ผู้ให้บริการมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการบริการ (CCHSA, 1996 ; Palmer, 1983 ; กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2542) เป็นการบริการครอบคลุมการใช้เทคนิคและวิทยาศาสตร์ในการรักษา และสามารถควบคุมคุณภาพบริการให้ได้ในระดับที่สูงเท่าที่จะเป็นไปได้ ในแต่ละสถานที่ เวลา และสถานการณ์ (ลออ, 2529) มีการตัดสินใจที่ดี วินิจฉัยถูกต้องแม่นยำ และปราศจากข้อเสีย (Donabedian, 1985 ; อนุวัฒน์ สุภชติกุล, 2540 อ้างจาก Nightingale, 1994)

สามารถใช้เครื่องมือทางการแพทย์อย่างมีทักษะ มีความถูกต้อง มีประสิทธิภาพให้เกิดประโยชน์ คุ่มค่าสูงสุด และมีประสิทธิผลในการรักษาโรคให้หาย ปลอดภัย ส่งผลให้สุขภาพของประชาชน ดีขึ้น (Palmer, 1983 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542) รวมทั้งผลลัพธ์ของ คุณภาพบริการซึ่งเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่นักวิชาการกล่าวถึง ได้แก่ อัตราการป่วย อัตราการตาย ประชาชน มีอายุยืนโดยดูจากอายุไขเฉลี่ย ภาวะทางจิตสังคม พฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง การปรับตัวทาง สังคมและความพึงพอใจในการบริการ (Donabedian, 1985 ; Starfield, 1973 ; McDowell and Newell, 1987 อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, 2540 อ้างจาก คำรง บุญยสิน, 2540) เพิ่มเติมในด้านความครอบคลุมใน ด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อัตราการรักษาครบ และหายในผู้ป่วยวัณโรค อัตรา ความสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

สำหรับคุณภาพบริการเชิงสังคม หรือคุณภาพบริการตามความรู้สึกรู้สึกของประชาชน และ ผู้รับบริการซึ่งเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการทางด้านสุขภาพ สามารถทำให้ เกิดการบริการที่ดี และสามารถนำไปสู่คุณภาพบริการได้ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2539) คุณภาพบริการ เป็นบริการที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น คือ 1) การบริการที่ดีจะต้องทำให้เกิดความ พึงพอใจทั้งหมดและผู้ป่วย ราคาไม่แพง จะต้องได้รับประโยชน์สูงสุด 2) จะต้องสามารถส่งต่อ ผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นอย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น อยู่ (Kenagy, et al., 1999) อะเค และแอนเดอร์สัน (Aday and Anderson, 1981) ได้กล่าวถึง การประเมินคุณภาพบริการตามความพึงพอใจ ด้วยการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 6 ประเภท ดังนี้ 1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (convenience) สามารถแบ่งได้ คือ การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ การได้รับการดูแลรักษาเมื่อมีความต้องการ และความสะดวกสบายที่ได้รับจากสถานบริการ 2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการ บริการ (coordination) ประกอบด้วย การได้รับบริการทุกประเภทในสถานบริการ ความสนใจ ของแพทย์ต่อสุขภาพของผู้รับบริการ และการติดตามผลการรักษา 3) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ ได้รับบริการ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย การให้ข้อมูลการรักษา 4) ความพึงพอใจต่ออรรถาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ ได้แก่ การแสดงออก อรรถาศัย ท่าทาง ที่ดีของผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการ 5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการโดยรวม และ 6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อมารับบริการ ได้แก่ ความพึงพอใจที่ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษา นอก จากนี้นักวิชาการส่วนใหญ่กล่าวถึงความพึงพอใจต่อการให้บริการควรมีการดูแลอย่างเป็นองค์รวม การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการดูแลแบบผสมผสาน (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542 ; ศูนย์ประสานงาน ทางการแพทย์และสาธารณสุข, 2537) ดังรายละเอียดตามตาราง 1

ตาราง 1 สรุปองค์ประกอบของคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิตามแนวคิดของนักวิชาการ

Aday and Anderson (1981)	Penchanskey and Thomas(1981)	Palmer (1983)	ลอธ (2529)	Donabedian (1985)
<ul style="list-style-type: none"> - ความสะดวกต่อการได้รับบริการ - การประสานงานในการบริการ - ข้อมูลที่ได้รับบริการ - อัตรายาคัย - คุณภาพบริการ โดยรวม - ค่าใช้จ่ายในการบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - การบริการที่หาได้ง่าย - การเข้าถึงบริการ - การอำนวยความสะดวก - ความสามารถในการจ่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงได้ง่าย - การยอมรับ 	<ul style="list-style-type: none"> - การยอมรับ - ความต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงบริการ - ความต่อเนื่อง - สนองต่อความต้องการของประชาชน
Strafield(1992)	ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข(2537)	อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2540) อ้างจาก Nightingale (1994)	สุพัตรา ศรีวิมลชากร(2539)	กุลศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไชย (2539)
<ul style="list-style-type: none"> - การบริการที่หาได้ง่าย - การเข้าถึงบริการ - การอำนวยความสะดวก - ความสามารถในการจ่าย - การยอมรับ 	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลแบบต่อเนื่อง - การดูแลแบบองค์รวม - การดูแลแบบผสมผสาน - ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ - บริการอย่างครอบคลุม 	<ul style="list-style-type: none"> - เหมาะสมกับจุดมุ่งหมาย - คุ้มค่างเงิน 	<ul style="list-style-type: none"> - ความชอบในการให้บริการ - การเข้าถึงบริการ - ความต่อเนื่องของการใช้บริการ - ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - การต้อนรับ - การคอยตรวจรักษา - ความสะดวก - ความเอาใจใส่คนไข้ - ค่าบริการ - สถานที่

ตาราง 1 (ต่อ)

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539)	อินทิรา ชัยอุกม์ (2540)	CCHSA (1996)	อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2540) อ้างจาก คำรง บุญยสิน (2540)	ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (2540)
<ul style="list-style-type: none"> - คำรักษาพยาบาล - ระยะเวลาารอคอยบริการ - เหตุผลในการเลือกบริการ - การให้ข้อมูลและคำแนะนำ - ความสัมพันธ์ระหว่าง แพทย์และผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - สนองตอบความคาดหวังของผู้รับบริการ - การเข้าถึงบริการ - ปลอดภัย 	<ul style="list-style-type: none"> - คุณภาพเชิงบริการ มีความพึงพอใจในการได้ รับความสะดวกในการ บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลแบบองค์รวม - การดูแลแบบต่อเนื่อง - การดูแลแบบผสมผสาน
วรรณฤดี ภูทอง และพนิดา ดามาพงศ์ (2540)	อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2540)	ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541)	รุจิรา มังละศิริ (2541)	ศิริพร จิรววัฒน์กุล และคณะ (2541)
<ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารไปยังผู้รับ บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงบริการ - ลักษณะกายภาพที่น่าพึงใจ - มนุษยสัมพันธ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ - จัดบริการตอบสนองต้องการ ของประชาชน - มีสิทธิเลือกรับบริการ - การดูแลแบบต่อเนื่อง - การดูแลแบบผสมผสาน - การดูแลแบบองค์รวม 	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงบริการ - ความพึงพอใจในการบริการ - การที่ประชาชนสามารถ จ่ายได้ - การดูแลอย่างต่อเนื่อง - การดูแลแบบเบ็ดเสร็จผสมผสาน - ประชาชนมีส่วนร่วม 	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลแบบองค์รวม - การดูแลแบบต่อเนื่อง - การดูแลแบบผสมผสาน - ความพึงพอใจของผู้ให้ และผู้รับบริการ

ตาราง 1 (ต่อ)

สุภัทรา ศรีวิชิชากร (2541)	เอกสารการประชุมแพทยศาสตร์ (2541)	เกรียงศักดิ์ อนุโรจน์ (2542)	กองสาธารณสุขภูมิภาค (2542)	ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (2542)
- ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลแบบองค์รวม - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ - การยอมรับเสรีภาพของประชาชน 	- ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - การบริการ ทันสมัย สะดวก รวดเร็ว ทันเวลา เสมอภาค เข้าถึงได้ง่าย มีความพึงพอใจ 	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลแบบองค์รวม - การดูแลแบบต่อเนื่อง - การดูแลแบบผสมผสาน
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(2542)	Kenergy, et al., (1999)	วันดี แสงเจริญ (2543) (การวิจัยเชิงคุณภาพ)		
<ul style="list-style-type: none"> - เป็นที่ยอมรับ - การเข้าถึงบริการ - ความเท่าเทียมกัน - ความต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - ความพึงพอใจของแพทย์และผู้ป่วย - ความสามารถในการส่งต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดูแลแบบต่อเนื่อง - การดูแลแบบองค์รวม - การดูแลแบบผสมผสาน - การเข้าถึงบริการ - การมีส่วนร่วม - ความเสมอภาค 		

จากรายละเอียดดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์แยกแยะ จัดกลุ่มองค์ประกอบได้ดังนี้ คือ

1. การดูแลอย่างเป็นองค์รวม ผู้ให้บริการจะไม่มองผู้รับบริการเป็นเพียงคนไข้ แต่จะมองลึกซึ้งไปถึงความเชื่อ ความกลัว ความกังวลใจ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ให้มองทั้งชีวิตตัวตนทั้งคน โดยไม่แยกคนเป็นส่วนๆ มีการดูแลที่เกี่ยวข้องทั้งร่างกาย จิตใจ จะต้องให้การดูแลตามความต้องการของผู้รับบริการแต่ละบุคคล (Archibong, 1999) ด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ (สุพัตรา ศรีวิไลชากร, 2539 ; ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ, 2542 ; ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ, 2541 ; ประธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541 ; ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) รวมทั้งด้านจิตวิญญาณ (รุจิราภ อรรถดิษฐ์, 2542) และด้านสังคม สิ่งแวดล้อม ซึ่งหมายถึงสมาชิกของครอบครัวและชุมชน (ทัศนาศา บุญทอง, 2543 ; วันดี แสงเจริญ, 2543) ลิดานี และเออร์ดีน (Sidani and Irvine, 1999) กล่าวถึงการดูแลที่เป็นแบบองค์รวมว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผสมผสานระหว่างการดูแลระยะสั้นและระยะยาว ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และมีการให้คำแนะนำในเรื่องการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับปรุงในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น และมีความพึงพอใจในการรักษา ซึ่งผู้รับบริการสามารถพูดคุยได้ทุกเรื่อง แม้กระทั่งความกังวลใจด้านเศรษฐกิจ สุรีย์ เจียมสุกฤกษ์ (2543) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการงานเวชปฏิบัติครอบครัวต่อการดูแลแบบองค์รวมว่า ผู้รับบริการสามารถพูดคุยกับแพทย์ได้ง่าย แพทย์สามารถรับฟังปัญหาของผู้รับบริการ และมีการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการร่วมด้วย สำหรับผู้ให้บริการจะต้องมีความเข้าใจปัญหา และความต้องการในด้านจิตสังคมของผู้รับบริการเป็นอย่างดี (Hjordahl and Lacrum, 1992 ; Archibong, 1999) รวมทั้งมีความเข้าใจในด้านเศรษฐกิจและการเงิน วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้รับบริการด้วย (Northouse and Northouse, 1992 ; Archibong, 1999 ; Sidani and Irvine, 1999) นอกจากนี้ผู้ให้บริการจะต้องมีความเคารพหรือความเข้าใจต่อศาสนา ประเพณี และความเชื่อของผู้รับบริการด้วย (Brook and Borgardta, 1994)

ผู้ให้บริการจะต้องมีความเข้าใจในเรื่องขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยมของผู้รับบริการเป็นเรื่องสำคัญ ที่จะทำให้เกิดประโยชน์ในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และให้เกิดความเชื่อมั่นระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ และคณะ, 2538 ; Larsson and Larsson, 1999) ซึ่งสามารถกล่าวได้ว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้รับบริการมีความชัดเจนเกี่ยวกับข้อมูลที่สำคัญในการเจ็บป่วย สามารถแสดงความคิดเห็นต่อการบริการ ด้วยความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ และมีการสนับสนุนการรักษาซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการตัดสินใจร่วมกัน (Tomlin, et al., 1999) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้รับบริการเกิดการยอมรับในการให้บริการ (Penchanskey and Thomas, 1981 ; Palmer, 1983 ; Strafield, 1992 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพในโรงพยาบาล, 2542) และประชาชนมีเสรีภาพมากขึ้น สามารถตอบสนองความต้องการของ

ประชาชนได้ (Donabedian, 1985 ; อัมพล จินดาวัฒนะ, 2536 : Brook and Borgardta, 1994 ; อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, 2540 อ้างจาก Nightingale, 1994 ; CCHSA, 1996 ; ปภิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) การที่ผู้ให้บริการสามารถเข้าใจความต้องการของชุมชนได้ดี และรู้ว่าปัญหาพื้นฐานทางด้านสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างไร ซึ่งจำเป็นจะต้องมีความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพบริการมากขึ้น (Paul, 1999) นอกจากนี้ยังจะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และสามารถนำไปตัดสินใจในการประยุกต์ใช้และปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ ตลอดจนส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ของ ผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น

2. การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการดูแลผู้รับบริการหรือผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2539) ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีปัญหาสุขภาพ จนกระทั่งปัญหานั้นสิ้นสุดลง (White, 1996 ; รุจิรา มังคละศิริ, 2541 ; ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2542 ; ชงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพในโรงพยาบาล, 2542) ในทางอุดมคติคือตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการจัดระบบเพื่อให้เกิดการติดตามอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Donabedian, 1985 ; ลอ, 2529) และครอบคลุมทั้งโรคและความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งมีการดูแลการเยี่ยมบ้านทั้งในบุคคล ครอบครัว และชุมชน (วันดี แสงเจริญ, 2543) กล่าวคือ การดูแลอย่างต่อเนื่อง จำเป็นจะต้องมีการดูแลทั้งในและนอกสถานบริการ (Sidani and Irvine, 1999) เจนกินส์ และแคมเบลล์ (Jenkins and Campbell, 1996) กล่าวว่า การที่จะดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพบริการนั้นแพทย์จะต้องเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านด้วย การดูแลผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือ ผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่องนั้น จะสามารถทำให้การบริการได้ผลดียิ่งขึ้น และยังลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้ด้วย (Naylor, et al., 1999) ส่วน วันดี แสงเจริญ (2543) ได้ศึกษาการรับรู้ของผู้รับบริการงานเวชปฏิบัติครอบครัวในการบริการแบบต่อเนื่อง พบว่า ควรมีความต่อเนื่องในด้านข้อมูล คือผู้ป่วยสามารถรับรู้ข้อมูลการรักษาได้ รวมทั้งมีความต่อเนื่องในการเข้าชุมชน ซึ่งได้แก่ การเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการรักษาในชุมชน และจะต้องมีการประสานงานที่ดีในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นๆ ซึ่งผลการศึกษาของ อัจฉรา ลำไย (2543) พบว่า การเชื่อมโยงระหว่างสถานอนามัยกับโรงพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เพียงพอ และต่อเนื่อง สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามสภาพการเจ็บป่วย ในกรณีที่เป็นโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น มารดา และทารก คนพิการ คนชรา เป็นต้น จะต้องมีระบบการนัดอย่างชัดเจนและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อทำให้เกิดการต่อเนื่องในการมารับบริการ (ลอ, 2529 ; Hayward, et al., 1991 ; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2539 ; ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ, 2541) ผู้ให้บริการสามารถดูแลอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการพัฒนาการ

บริการสาธารณสุขให้ดีขึ้น (Naylor, et al., 1999) รวมทั้งจะต้องให้คำแนะนำรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาของ โฮวี (Howie, 1999) พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เวลาปรึกษากับแพทย์นาน จะทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาและจะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อยๆ

นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้ภาษาถิ่นในการพูดคุย แนะนำกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านได้ดี (Donabedian, 1985) นอกจากนี้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ยังรวมไปถึงการบริการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการยังสถานบริการอื่น อย่างถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Toop, 1998 ; Tomlin, et al., 1999) การบริการที่ต่อเนื่องจะต้องมีการให้บริการอย่างองค์รวมร่วมด้วย ซึ่งมีการเริ่มต้นด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ด้วยความเข้าใจ จะช่วยให้ผู้รับบริการยอมรับที่จะมาติดตามผล ถึงแม้ในการให้บริการบางอย่าง ซึ่งอาจไม่ตอบสนองสิ่งที่คนไข้หรือผู้รับบริการอยากได้ หรือต้องการในขณะนั้นได้ทั้งหมด การที่จะยังคงมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความสัมพันธ์ซึ่งมีลักษณะเข้าใจซึ่งกันและกัน (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) จะทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการอย่างเป็นองค์รวมได้ในที่สุด ซึ่งการดูแลอย่าง องค์รวมและการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้น จะมีส่วนช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกัน จากการศึกษาของ โฮร์คอล์ และลาครุม (Hjordahl and Lacrum, 1992) พบว่า การดูแลอย่างต่อเนื่องของแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ (Love, 1999) และเกิดการยอมรับ ส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการมากขึ้น และเหตุผลที่สำคัญในการเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการและความพอใจของผู้ป่วย กล่าวคือผู้ให้บริการจะต้องมีความเข้าใจทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วย สามารถมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี และให้คำปรึกษาได้ดี มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนแล้ว การพูดคุยระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะทำให้ลดช่องว่างระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้ดี ซึ่งมีความสำคัญมากในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจของ ผู้ป่วย (Brekke, et al., 1999)

3. การดูแลอย่างผสมผสาน เป็นการได้รับบริการทั้งในด้านการรักษา ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพและรวมไปถึงการฟื้นฟูสุขภาพ (ศูนย์การประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข, 2537 ; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2539 ; สิริพร จิรวัดเนกุล และคณะ, 2541 ; ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2542 ; ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) ตลอดจนจนถึงการให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการในเรื่องดูแลตัวเองที่บ้านเมื่อเจ็บป่วย (วันดี แสงเจริญ, 2543) ทั้งในโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง (White, 1996) สำหรับโรคเรื้อรังการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิสามารถจะดูแลผสมผสานอย่างเป็นระบบอย่างต่อเนื่องได้ดี (Asawavichienjinda and Sithiamorn, 1999) และการบริการเยี่ยมบ้านในชุมชน จะทำให้เกิดการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ดี (Wright, 2000) โดยการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จะต้องมีความครอบคลุมทั้งใน และนอกสถานบริการ

(ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข, 2537 ; รุจิรา มังคละศิริ, 2541) ถ้าสถานบริการให้การดูแลในเรื่องการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยทำให้เกิดศรัทธาและความเชื่อมั่นมากขึ้น ส่งผลให้กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการให้ความรู้มีประสิทธิภาพตามมา อย่างไรก็ตามการดูแลอย่างผสมผสาน มีส่วนเชื่อมโยงกับการดูแลอย่างต่อเนื่องและการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่อง และอย่างองค์รวมจะช่วยให้เกิดความชัดเจนระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการมากขึ้นว่า ลักษณะการให้การดูแลที่เหมาะสมในขณะนั้นคืออะไร ในแง่มุมของการดูแลอย่างผสมผสานและบูรณาการ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาโรค ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการดูแลในเรื่องวัฒนธรรมและจะคำนึงถึงประสบการณ์เจ็บป่วยของผู้รับบริการ นอกจากการเจ็บป่วยทางกายแล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับลักษณะทางกายภาพ จิตวิทยา มิตินทางสังคม และวัฒนธรรมร่วมด้วย (ทัศนยา บุญทอง, 2543)

4. ด้านการเข้าถึงบริการ เป็นบริการที่การเข้าถึงได้ง่าย (Penchanskey and Thomas, 1981 ; Palmer, 1983 ; Donabedian, 1985 ; Fry, 1987 ; Strafield, 1992 ; CCHSA, 1996 ; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2539 ; อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, 2540 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542) และพบว่าผู้รับบริการที่อยู่ใกล้สถานบริการ คือ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ สะดวก มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิได้ง่าย ยังพบว่าผู้รับบริการอยู่ในเขตภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน จะมีการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกันด้วย (Blustein and Weitzmam, 1995) นอกจากนี้มีการเข้าถึงบริการทางภูมิศาสตร์คือใกล้ชุมชนสามารถถือต่อการจัดบริการได้ดี (อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, 2540 ; กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2542 ; วันดี แสงเจริญ, 2543) ซึ่งการเข้าถึงทางภูมิศาสตร์นี้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ประชาชนมารับการบริการได้ (Blustein and Weitzmam, 1995 ; Jenkins and Campbell, 1996 ; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2539) ซึ่งผู้รับบริการจะต้องมีความสะดวก รวดเร็วในการเข้าถึงบริการตามความจำเป็นด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ และเป็นลักษณะบริการที่ไม่มีอะไรมาขวางกั้น เช่น เวลาในการเปิดบริการ ควรจะเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง คือมีการบริการนอกเวลาราชการ เพื่อให้ประชาชนใช้บริการได้ง่าย สะดวก ในวันหยุดราชการ (Neuberger, 1998) และการมีระบบการนัดหมายที่ดี นอกจากนี้ยังมีการเข้าถึงทางเศรษฐกิจการเงิน (White, 1996) กล่าวคือผู้รับบริการจะต้องสามารถจ่ายค่าบริการได้ ราคาไม่แพง (Penchanskey and Thomas, 1981 ; Strafield, 1992 ; กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย, 2539 ; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2539) การเข้าถึงบริการด้านการเงินหรือราคาในการจ่ายค่าบริการนั้น เป็นเหตุผลสำคัญอย่างหนึ่ง ในการที่จะทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ (Blazen, et al., 1995) สำหรับการเข้าถึงทางด้านภาษา ควรใช้ภาษาท้องถิ่นจะทำให้มีความเข้าใจมากขึ้น (Howie, et al, 1999) การเข้าถึงทางด้านจิตใจ วิถีชีวิตและวัฒนธรรม และด้านการจัดองค์กรรองรับที่ให้ความสะดวกสบายแก่ผู้รับบริการ

เช่น ระบบการนัด เวลา สถานที่จัดบริการจะต้องให้บริการได้ทุกวัน และประชาชนสามารถมารับบริการได้สะดวก จากการศึกษาของเฮร์วอร์ด และคณะ (Hayward, et al., 1991) อุปสรรคที่สำคัญในการเข้าถึงบริการได้แก่ การจ่ายค่ารักษาที่แพง ผู้รับบริการไม่ต้องการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการห่างไกล การขาดการสื่อสารหรือประสานงานระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งอุปสรรคเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องในการรับบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และยังขาดคุณภาพบริการด้วย และจากการศึกษาของ กอลด์วิน และคณะ (Galvin, et al., 1999) พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากต่อประเด็นการเข้าถึงบริการ ในเรื่องการนัดหมายผู้ป่วย มารักษาอย่างต่อเนื่อง และความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษา แนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการเข้าถึงแพทย์เวชปฏิบัติซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญมากตามความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย

5. การมีมนุษยสัมพันธ์ ซึ่งหมายถึงความสัมพันธ์ของมนุษย์ที่เอื้อต่อการอยู่ร่วมกันอย่างราบรื่น และอยู่บนพื้นฐานของความพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งนี้จะต้องอาศัยการพูดคุย การต้อนรับด้วยอัธยาศัยไมตรี กิริยามารยาทที่ดี การบริการด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส การทักทายด้วยคำสุภาพ (อินทรีรา ชัยฤกษ์, 2540 ; สุพัศตรา ศรีวณิชชากร, 2542 ; อนุวัฒน์ สุขชุตติกุล, 2540 ; จุจิวรา มังคละศิริ, 2541 ; ศิริพร จีรวัดน์กุล และคณะ, 2541 ; กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2542 ; เกรียงศักดิ์ อนุโรจน์, 2542) การรอคอยตรวจรักษา ความสามารถในการบริการของเจ้าหน้าที่ (กุลศ ตุนทรธาดา และวรไชย ทองไทย, 2539 ; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2539) การใช้ภาษาท้องถิ่นในการพูดคุย ผู้รับบริการสามารถพูดคุยปรึกษาได้ทุกเรื่อง การแสดงออกถึงความคุ้นเคย บริการด้วยความกระตือรือร้น การเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ มีความเป็นกันเอง รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการ อีกทั้งการมีมนุษยสัมพันธ์ต้องอาศัยการรักษาความลับของผู้รับบริการ การให้ความเคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ที่ได้รับการปฏิบัติอย่างสุภาพ อ่อนโยน (Brook and Borgardta, 1994 ; Howie, et al, 1999) การใช้วาจาที่ไพเราะในการพูดคุย (สุกัญญา โจนกวิวัฒน์ วิทยาลัยโรปรถยนต์ และสุชาติ ธิติวณะ, 2536) การฟังและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพการตอบสนองอย่างเหมาะสม (อนุวัฒน์ สุขชุตติกุล, 2540) จะเห็นว่าการมีมนุษยสัมพันธ์ เป็นการแสดงออกต่อผู้รับบริการด้วยคำพูด และกิริยา ท่าทางที่ดี ซึ่งการมีมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการที่จะรับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการให้บริการ ทั้งด้านความต้องการ และ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และการปฏิบัติดังกล่าวจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อการให้บริการมากยิ่งขึ้น

6. การได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน เป็นความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการและความเท่าเทียมในการใช้บริการ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2539 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542) กล่าวคือในกลุ่มผู้รับบริการที่มีความต้องการด้านสุขภาพเหมือนกัน จะต้องมีความเท่าเทียมกันในการใช้บริการและจะต้องมีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการด้วย (สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2536 ; สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2542) ซึ่งการบริการสาธารณสุขที่มีความเสมอภาค จะต้องเป็นการบริการที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีอุปสรรคใดๆมาขัดขวาง (Millet, 1954) ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยในด้านสังคม เศรษฐกิจ ศาสนา ความเชื่อ ปัจจัยด้านการเงิน หรือความสามารถในการจ่ายเงิน (อภิชาติ พันธเสน และคณะ, 2541) โดยที่ประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานอนามัยได้รับการขึ้นทะเบียนทุกคน (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2542 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542) ได้รับการให้บริการตามสิทธิบัตร การได้รับบริการเหมือนกันในโรคเดียวกันหรือความต้องการเดียวกัน มีการจัดระบบคิวในการบริการ บริการไม่เลือกบุคคล (วันดี แสงเจริญ, 2543 ; สุรีย์ เจียมสุกฤกษ์, 2543) สำหรับประชาชนที่ไม่มีสิทธิบัตร เจ้าหน้าที่คิดค่าบริการที่เหมาะสม คือตามความสามารถที่ประชาชนจะจ่ายได้ และการบริการที่ได้รับควรเป็นบริการที่จำเป็นขั้นพื้นฐานให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง และมีคุณภาพบริการที่ทำให้ประชาชนมีความพอใจ (Pencharkey and Thomas, 1981 ; Stafield, 1992 ; รุจิรา มังคละศิริ, 2541)

7. การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งหมายถึงกระบวนการเรียนรู้ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ โดยการใช้คำพูด และมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลแบบองค์รวม (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) เป็นการพูดคุย การสื่อสารและการให้คำแนะนำปรึกษาไปยังผู้รับบริการ (อรพินธ์ บุญนาค และอัจฉรา เอนซ์, 2538 ; กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย, 2539 ; วรรณฤดี กุ๋ทอง และพนิดา คามาพงศ์, 2540 ; อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, 2540 ; วันดี แสงเจริญ, 2543) การปฏิสัมพันธ์ที่ดีจะทำให้เป็นพื้นฐานที่จะได้ข้อมูลที่แท้จริงของผู้รับบริการ และเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ถ้าขาดข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นแล้วจะทำให้คุณภาพบริการลดลง (Marshall, 1999) ส่วน บัคค์ (Buck, 1996) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาล มีอิทธิพลมากในการที่อธิบายหรือพูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยมีความต้องการมากที่สุด คือการพูดคุยอย่างใกล้ชิด การติดต่อสื่อสาร การให้ความรู้ และการได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพียงพอ ดังนั้นการปฏิสัมพันธ์ที่ดีจะทำให้เกิดความมั่นใจและยอมรับในข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการบริการด้านสุขภาพ และการให้ข้อมูลที่จำเป็นในด้าน การเจ็บป่วยระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดคุณภาพบริการที่ดีได้ (Jenkins and Campbell, 1996) และผู้รับบริการสามารถบอกถึงความต้องการบริการได้ (บุญศรีปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2531 ; Hjordahl and Lacroix, 1992) และเป็นการสนองต่อความ

ต้องการของประชาชนได้เป็นอย่างดี (Donabedian, 1985 ; อนุวัฒน์ สุขขุติกุล 2540 อ้างจาก Nightngle, 1994 ; CCHSA, 1996 ; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2539 ; วรณฤดี ภูทอง และพนิดา คามาพงศ์, 2540 ; Chang, 1999 ; Edwards, et al., 1999 ; Glyn, et al., 1999) และการให้คำอธิบายเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาการเจ็บป่วยอย่างถูกต้อง (Buck, 1996 ; Marshall, 1999) และผู้รับบริการสามารถพูดคุยและซักถาม เสนอความคิดเห็นต่อทางเลือกในการบริการได้ (Joss and Kogan, 1996 ; Toop, 1998) นอกจากนี้จะต้องรักษาความลับของผู้ป่วย การฟังและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีการตอบสนองอย่างเหมาะสม มีความสนใจ และแสดงออกด้วยความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ และมีความเข้าใจต่อปัญหาต่างๆ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันได้ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ (Segal and Goldfinger, 1995 ; Archibong, 1999 ; Paul, 1999 ; Tomlin, 1999) ลาร์สสัน และลาร์สสัน (Larsson and Larsson, 1999) กล่าวว่า การที่จะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ที่ดี นั้นเนื่องจากผู้รับบริการมีความแตกต่างกันในด้านบุคลิกภาพ และลักษณะทางจิตใจ ผู้ให้บริการจะต้องมีศิลปะและการควบคุมอารมณ์ให้ดีในขณะปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย นอกจากนี้การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการขาดความต่อเนื่องในการบริการ และอิทธิพลที่มีผลต่อการปฏิสัมพันธ์ในด้านผู้รับบริการ คือ อายุ เพศ ขนบธรรมเนียม ประเพณี พื้นฐานของแต่ละบุคคล และค่านิยม ส่วนด้านผู้ให้บริการจะต้องคำนึงถึงการศึกษาก่อน ความเข้าใจ สังคม และการถ่ายทอดที่ดีแก่ผู้รับบริการ (Northouse and Northouse, 1992) จะเห็นว่าการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ จะเน้นถึงการสื่อสาร โดยใช้คำพูด เพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วย และแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม โดยที่ผู้ให้และผู้รับบริการสามารถตัดสินใจร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยได้

8. การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน (community involvement) (ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข, 2537 ; White, 1996 ; วันดี แสงเจริญ, 2543) กล่าวคือประชาชนหรือผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบของสถานีนามัยได้มีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลการให้บริการในด้านสุขภาพ และสามารถร่วมตัดสินใจในการรักษาร่วมกับผู้ให้บริการ (ศูนย์ประสานงานการแพทย์และสาธารณสุข, 2537 ; ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542 ; รุจิรา มังคละศิริ, 2541 ; ทศนา บุญทอง, 2543) และผู้ให้บริการควรชี้ให้เห็นถึงทางเลือกที่ถูกต้องในการรับบริการเมื่อเจ็บป่วย (ปนิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) นอกจากนี้ยังมีส่วนร่วมในการจัดและตรวจสอบการบริการ (วันดี แสงเจริญ, 2543) ตลอดจนมีส่วนร่วมในการบริจาคงบประมาณ หรือเครื่องมือทางการแพทย์สนับสนุนการให้บริการของสถานบริการ (ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข, 2537 ; Toop, 1998 ; รุจิรา มังคละศิริ, 2541 ; Grump, 1999 ; Sokhelin, 1999 ; Tomlin, 1999 ; Holl, et al., 2000 ; วันดี แสงเจริญ, 2543 ; สุรีย์ เจียมสุกฤษณ์, 2543) จะทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุม

ทั่วถึงทั้งเจ็บป่วยมารับบริการที่สถานบริการและการบริการที่บ้านและชุมชน เพื่อครอบคลุมเป้าหมายที่จำเป็น

9. ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการน่าพึงใจ อนุวัฒน์ สุกชุติกุล (2540) ได้กล่าวว่า เป็นการบริการที่ไม่เกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผลทางด้านคลินิก ซึ่งเป็นคุณภาพบริการที่สามารถจับต้องได้ (tangible quality) (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2542) แต่จะให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ มีการยอมรับ และมีความเชื่อมั่นต่อบริการที่ได้รับ และมีความเต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการ ซึ่งได้แก่ อาคาร สถานที่ เหมาะสม ความสะอาด ความสวยงาม ความสะดวก สบายของอาคาร สถานที่ มีความรวดเร็วของจุดบริการต่างๆ (อินทิรา ชัยฤกษ์, 2540 ; สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, 2542 ; อนุวัฒน์ สุกชุติกุล, 2540 อ้างจาก ดำรง บุญขึ้น, 2540 ; รุจิรา มังคละศิริ, 2541 ; ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ, 2541 ; กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2542 ; เกรียงศักดิ์ อนุโรจน์, 2542) มีความเป็นส่วนตัว คนตรี บรรยากาศดี (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2539) การให้ความรู้และการพักผ่อนหย่อนใจด้วยวิธีต่างๆ นอกจากนี้ห้องน้ำควร จะสะอาด ห้องให้บริการมีแสงสว่างเพียงพอ (สกวาศี ดวงเด่น, 2538) ซึ่งสามารถตอบสนองต่อผู้รับบริการได้ดี (Penchanskey and Thomas, 1981 ; Palmer, 1983 ; Strafield, 1992 ; กุศล สุนทรธาดา และวรไชย ทองไทย, 2539 ; Blutein and Weingmam, 1995 ; อนุวัฒน์ สุกชุติกุล, 2540 อ้างจาก ดำรง บุญขึ้น, 2540 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542 ; สมชาติ ทองหิน, 2543) จะเป็นที่ยอมรับ และตระหนักถึงคุณค่าของการบริการทั้งฝ่ายผู้ให้และผู้รับบริการ และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ (ลออ, 2529) สำหรับคุณภาพบริการ วันดี แสงเจริญ (2543) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพทางปรากฏการณ์วิทยา ในการหาความหมายและองค์ประกอบของผู้ให้และผู้รับบริการในคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา พบว่าผู้ให้และผู้รับบริการได้กล่าวถึง องค์ประกอบคุณภาพบริการ งานเวชปฏิบัติครอบครัวตามประสบการณ์ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ ความเสมอภาคในการจัดบริการ การมีส่วนร่วมของประชาชน การเข้าถึงบริการ และมีอีก 3 องค์ประกอบที่เป็นองค์ประกอบร่วมกัน และสอดคล้องกับแนวคิดเชิงทฤษฎี ได้แก่ การบริการแบบต่อเนื่อง การบริการแบบองค์รวม และการบริการแบบผสมผสาน

ผลจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยเรื่อง องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคม ด้านการบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย โดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการในสถานอนามัยอำเภอที่ดำเนินการ ตามโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธรปี พ.ศ. 2540 ซึ่งได้กล่าวถึงความหมายและองค์ประกอบคุณภาพบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในสถานอนามัยว่า ควรจะเป็น การบริการที่ดี และทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ซึ่งได้แก่ มีการดูแลแบบองค์รวม จะต้องเข้าใจและเห็นใจผู้รับบริการ มีการดูแลอย่างใกล้ชิด รู้จักครอบครัวของผู้รับบริการเป็นอย่างดี สามารถให้การดูแลประชาชนทั้งที่มีการเจ็บป่วยและไม่ป่วย สามารถพูดคุยปรึกษาหารือได้ทุกเรื่องซึ่งอาจ

นอกเหนือจากการเจ็บป่วย สำหรับการดูแลแบบผสมผสาน เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการทุกอย่างเสร็จ ไม่ว่าจะเป็นการตรวจโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพตลอดจนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการได้เหมือนกันไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ผู้หญิงหรือผู้ชาย สถานีอนามัยจะต้องมีเจ้าหน้าที่อยู่ประจำในช่วงเวลาที่เปิดให้บริการ คือสามารถให้บริการฉุกเฉินได้ด้วยความสะดวกเร็ว ส่วนการดูแลแบบต่อเนื่อง โดยที่ประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยจะต้องมีประวัติครอบครัวเก็บไว้ที่สถานีอนามัย สถานีอนามัยมีระบบการนัดอย่างต่อเนื่อง ในรายที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและในรายที่รุนแรงควรให้บริการส่งต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งมีประวัติในใบนำส่ง และมีการติดตามเยี่ยมที่บ้าน การให้บริการด้วยความเสมอภาคหรือเท่าเทียมกัน โดยไม่เลือกปฏิบัติ มีระบบคิวที่ชัดเจน สำหรับการมีมนุษยสัมพันธ์ มีการต้อนรับด้วยอัธยาศัยไมตรีอันดี พุดจา ทักทายดี ยิ้มแย้มแจ่มใส บริการด้วยความเป็นกันเอง และมีความกระตือรือร้น สามารถรับบริการได้ง่าย สะดวกในการเดินทาง ใกล้บ้านและมีความประหยัด การตรวจโรคดี เครื่องมือทางการแพทย์ใช้งานได้ดี ส่วนการเข้าถึงบริการ จะเน้นถึงความสะดวก รวดเร็วในการรับบริการทุกขั้นตอน การเปิดบริการนอกเวลา การประหยัดค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่สถานีอนามัย สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือผู้รับบริการ ในการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของประชาชนเพื่อทำให้ผู้รับบริการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง มีการทำกิจกรรมร่วมกับประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน การมีโอกาสแสดงความคิดเห็นต่อการเจ็บป่วยและการรักษา นอกจากนี้ยังเพิ่มเติมในส่วนของคุณลักษณะโครงสร้างของสถานบริการ ลักษณะอาคารไม่แออัด ผู้รับบริการที่เป็น คนชรา หญิงตั้งครรภ์ และเด็ก ทำให้ไม่สะดวกในการมารับบริการ

กล่าวโดยสรุปภาพรวมองค์ประกอบของคุณภาพบริการเชิงสังคม ตามแนวคิดของนักวิชาการหลายคนและจากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้เน้นในด้านความพึงพอใจในการบริการของผู้รับบริการ ที่มีต่อการบริการแบบองค์รวม การบริการแบบต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ การได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน การมีมนุษยสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมของประชาชน และลักษณะทางกายภาพของสถานบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน จะเห็นว่าคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้รับบริการซึ่งนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศได้กล่าวไว้จะมีรายละเอียดที่ใกล้เคียงกันมากในทุกด้านที่ได้กล่าวมา สำหรับประเทศไทยจะเห็นว่าองค์ประกอบของคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้รับบริการก่อนและหลังที่ได้นำแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขมาดำเนินการก็ยังมีองค์ประกอบของคุณภาพบริการเชิงสังคมไม่แตกต่างกันมาก แต่ก็ยังไม่มีนักวิชาการกล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า องค์ประกอบของคุณภาพบริการเชิงสังคมของผู้รับบริการ

สาธารณสุขระดับปฐมภูมิในสถานีนอนามัยประกอบด้วยอะไรบ้าง และมีองค์ประกอบย่อยอะไรบ้าง ปัจจุบันได้มีนักวิชาการได้ศึกษาคุณภาพบริการเชิงสังคม แต่จะศึกษานำไปด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการในแต่ละด้าน แต่ในการศึกษาดังกล่าวก็จะมีส่วนประกอบย่อยที่แตกต่างกันไป ไม่มีองค์ประกอบในภาพรวมของคุณภาพบริการเชิงสังคม ด้านการบริการสาธารณสุขของสถานีนอนามัย ในมิติของผู้รับบริการที่เป็นมาตรฐานชัดเจน

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบของคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ เพื่อให้มีความชัดเจนขององค์ประกอบมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษานำร่องเรื่ององค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย โดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการของสถานีนอนามัยในอำเภอที่ดำเนินการตามโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดยโสธรปี 2540 จำนวน 6 คน และพบว่ามีส่วนประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย ในมิติของผู้รับบริการทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ การดูแลแบบองค์รวม การดูแลแบบต่อเนื่อง การดูแลแบบผสมผสาน การเข้าถึงบริการ การมีมนุษยสัมพันธ์ การได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน และการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเมื่อทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผลการศึกษานำร่องของผู้วิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี แสงเจริญ (2543) ที่ศึกษาเรื่อง คุณภาพบริการงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลเทพา ในมิติของผู้ให้และผู้รับบริการ และพบว่ามีส่วนประกอบทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การดูแลแบบองค์รวม การดูแลแบบต่อเนื่อง การดูแลแบบผสมผสาน การเข้าถึงบริการ การมีส่วนร่วมและความเสมอภาค

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้องค์ประกอบของคุณภาพบริการงานเวชปฏิบัติครอบครัว และผลการศึกษานำร่องของผู้วิจัยเป็นหลักในการศึกษาครั้งนี้ ด้วยเหตุผลที่ว่า ผลการศึกษานำร่องและผลการศึกษาค้นคว้าบริการงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลเทพา เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ และศึกษาเฉพาะที่จึงไม่สามารถที่จะเป็นตัวแทนในภาพรวมของจังหวัดได้ และยังไม่มีการยืนยันในการศึกษาเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์ทางสถิติและขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ เพื่อแสดงในเชิงประจักษ์ว่า องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย ในมิติของผู้รับบริการที่ได้เป็นองค์ประกอบที่แท้จริง และเนื่องจากงานเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นกลยุทธ์หนึ่งของการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย และงานเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลเทพา เป็นโครงการหนึ่งของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และใช้แนวคิดคล้ายคลึงกับการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย จังหวัดยโสธร นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษาแนวคิดองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคม จากนักวิชาการหลายๆคนที่มีความเห็นสอดคล้องกัน มารวบรวมเป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ ในด้านการดูแลแบบองค์รวม ได้เลือกองค์ประกอบย่อย

จากแนวคิดของ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (2542) ได้แก่ การดูแลผู้รับบริการไม่ได้เน้นเฉพาะการเจ็บป่วย แต่จะดูแลถึงปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย รวมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธาต่อศาสนาของผู้รับบริการ สำหรับด้านการดูแลแบบต่อเนื่อง การใช้ระบบข้อมูลข่าวสารในการให้การดูแลผู้รับบริการ และได้นำองค์ประกอบย่อยของคุณภาพบริการจากแนวคิดของ อนุวัฒน์ สุขชาติกุล (2540) อ้างจาก Nightigle (1994) คือ ความคุ้มค่าของการมารับบริการของผู้รับบริการ รวมทั้งได้นำแนวคิดของ วิโรจน์ คังเจริญเสถียร และคณะ (2539) ในเรื่องการอธิบายทางเลือกในการรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ รายละเอียดที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้าน ได้แก่ องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม การดูแลแบบต่อเนื่อง การดูแลแบบผสมผสาน การเข้าถึงบริการ การมีมนุษยสัมพันธ์ การได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน และการมีส่วนร่วมของประชาชน

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยในมิติของผู้รับบริการจังหวัดยโสธร ในอำเภอที่ดำเนินการโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดยโสธรปี พ.ศ. 2540 จำนวน 3 อำเภอ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า จากตำรา เอกสาร ที่เกี่ยวข้องและผลการศึกษานำร่องของผู้วิจัยเรื่อง องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัย จังหวัดยโสธร ในมิติผู้รับบริการ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการหาข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

สำหรับประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิคือสถานีนามัยในปี 2543 ทั้งหมดจำนวน 31 แห่ง จากฐานข้อมูลผู้รับบริการของสถานีนามัยในปี 2542 ของ 3 อำเภอที่ดำเนินการในปี 2540 ซึ่งได้แก่ อำเภอค้อวัง มีจำนวนสถานีนามัย 6 แห่ง มีจำนวนผู้รับบริการ 19,573 คน อำเภอทรายมูล มีจำนวนสถานีนามัย 9 แห่ง มีจำนวนผู้รับบริการ 28,570 คน และอำเภอมหาชนะชัย มีจำนวนสถานีนามัย 16 แห่ง มีจำนวนผู้รับบริการ 72,363 คน รวมทั้งสิ้น 120,506 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi stage sampling) (ทวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538) ดังนี้

1. การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง อำเภอที่ดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดยโสธรปี 2540 ประกอบด้วย 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอค้อวัง อำเภอทรายมูล และอำเภอมหาชนะชัย

2. การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงสถานีนอนามัยทุกแห่ง ในอำเภอที่ดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดยโสธรปี 2540 ประกอบด้วย อำเภอค้อวัง มีจำนวนสถานีนอนามัย 6 แห่ง อำเภอทรายมูล มีจำนวนสถานีนอนามัย 9 แห่ง และอำเภอมหาชนะชัย มีจำนวนสถานีนอนามัย 16 แห่ง

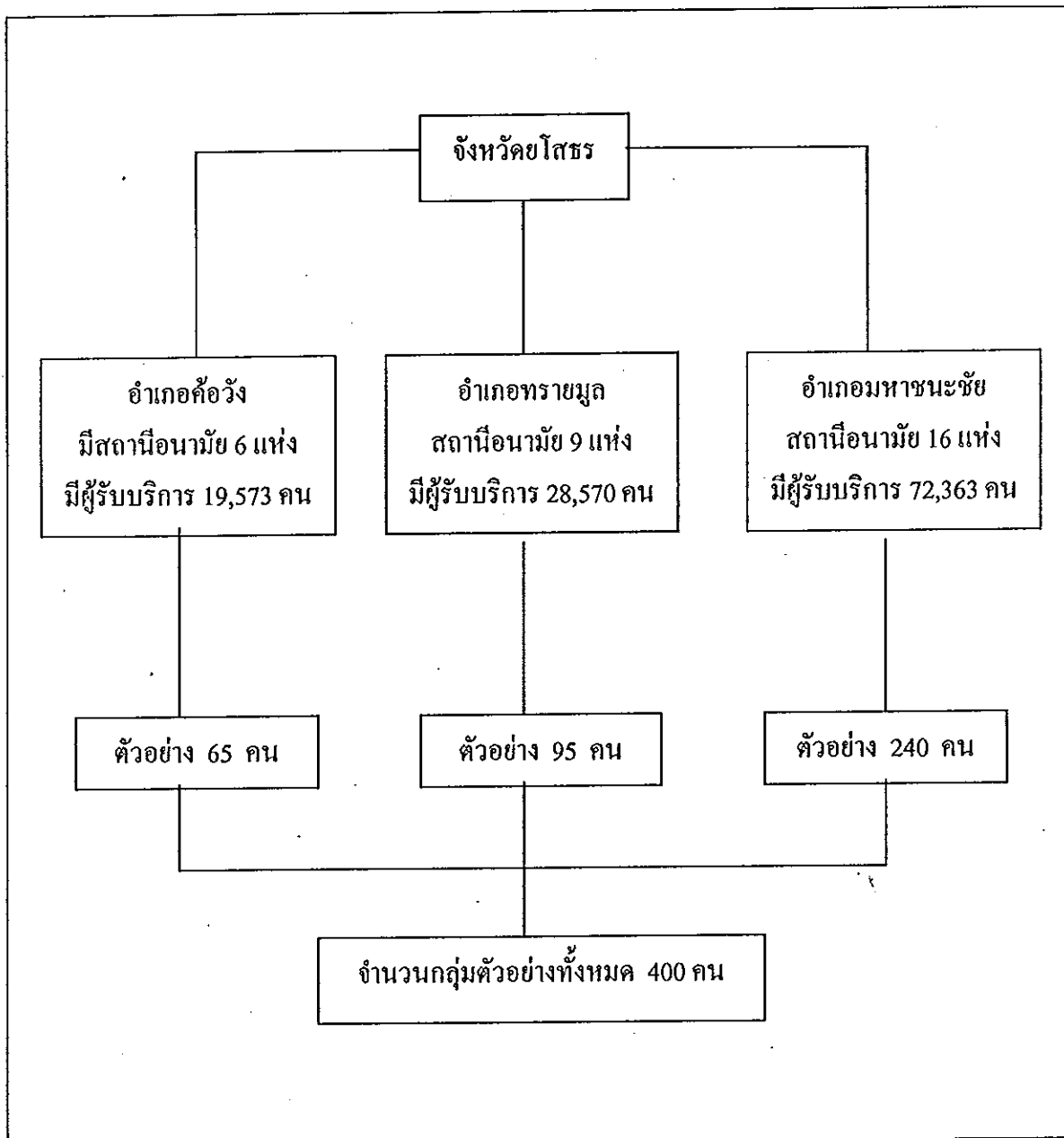
3. คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตรทาโรยามานะ (Yamane, 1967 สูตรอยู่ในภาคผนวก ก) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 400 คน

4. การเลือกตัวอย่างผู้รับบริการของสถานีนอนามัย โดยการคำนวณหาสัดส่วน (proportion method) ตามผู้รับบริการในปีที่ผ่านมาคือ ปี 2542 ในภาพรวมที่ไม่เท่ากันของแต่ละสถานีนอนามัยและอำเภอ ซึ่งได้แก่ อำเภอค้อวัง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 65 คน อำเภอทรายมูล ได้จำนวนตัวอย่าง 95 คน และอำเภอมหาชนะชัย ได้จำนวนตัวอย่าง 240 คน รวมทั้งสิ้น 400 คน

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีนอนามัย ในอำเภอดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธรปี 2540 และเป็นผู้ที่มารับบริการของสถานีนอนามัย ในอำเภอดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขปี 2540 และเก็บตัวอย่างให้ได้ตามจำนวนที่สุ่มไว้ โดยมีระยะเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน พ.ศ. 2543

6. กำหนดผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษานำร่อง โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ซึ่งเลือกจากผู้รับบริการที่สถานีนอนามัยใน 3 อำเภอที่ดำเนินการศึกษา ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และใช้การกำหนดตัวอย่างแบบมีมิติ (dimensional sampling technique) เพื่อเป็นการเลือกตัวอย่างให้มีทิศทางของผู้ให้ข้อมูลให้ครบตามมิติที่ต้องการ ซึ่งมีมิติ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ เนื่องจากมิติต่างๆดังกล่าวจะมีความคล้ายคลึงกันมาก ผู้วิจัยจึงได้เลือกมิติด้านเพศเป็นเกณฑ์ คือ เลือกอำเภอละ 2 คน เป็นเพศหญิง 1 คน และเพศชาย 1 คน รวมทั้งสิ้น 6 คน

ภาพประกอบ 3 แสดงการสุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในสถานีนอนามัยของอำเภอที่ดำเนินการปฏิรูป
ระบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธรปี 2540



เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม และแนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึกในการศึกษานำร่องซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษานำร่องโดยการสร้างแนวคำถามแบบมีโครงสร้างก่อนที่จะนำมาสร้างเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถาม โดยมีรายละเอียดการสร้างและลักษณะของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาคำรเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ แบบสอบถามในเรื่ององค์ประกอบของคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือครั้งนี้

1. ศึกษารายละเอียดของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัดยโสธร ในส่วนของเป้าหมายโดยเลือกศึกษาเฉพาะคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยในมิติของผู้รับบริการ

2. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยของนักวิชาการต่างๆ และได้นำการศึกษาคุณภาพบริการงานเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลเทพา ในมิติของผู้รับบริการ และผลการศึกษานำร่องของผู้วิจัยมากำหนดเป็นกรอบแนวทางในการศึกษา

3. จากผลการศึกษานำร่องของผู้วิจัย เรื่ององค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยจังหวัดยโสธรในด้านผู้รับบริการ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้รับบริการ ในสถานีนามัยอำเภอที่ดำเนินการโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธรปี 2540 เพื่อนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งพบว่าม้องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัย จังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลแบบองค์รวม 2) การดูแลแบบต่อเนื่อง 3) การดูแลแบบผสมผสาน 4) การเข้าถึงบริการ 5) การมีมนุษยสัมพันธ์ 6) การได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน และ 7) การมีส่วนร่วมของประชาชนดังรายละเอียดตามตาราง 2

ตาราง 2 การศึกษานำร่องเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุข
ระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย จังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ

องค์ประกอบคุณภาพ บริการเชิงสังคม	องค์ประกอบย่อย
1. การดูแลแบบองค์รวม	<ul style="list-style-type: none"> - การได้รับบริการด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ - มีการดูแลใกล้ชิดทุกด้านทุกกลุ่มอายุ - การรู้จักครอบครัวของผู้รับบริการได้ดี - การดูแลทั้งคนป่วยและสมาชิกในครอบครัว - สนใจรับฟังปัญหาการเจ็บป่วยและปัญหาอื่นๆ - การให้เวลากับการตรวจรักษาโรคอย่างเหมาะสม - การใช้แฟ้มประวัติในการดูแลผู้รับบริการ - บันทึกข้อมูลลงในแฟ้มประวัติ - การร่วมทำกิจกรรมที่ประชาชนจัดทำขึ้น - สามารถพูดคุยปรึกษาหารือได้ทุกเรื่องซึ่งนอกเหนือจากการเจ็บป่วย
2. การดูแลแบบต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - การมีระบบนัดอย่างต่อเนื่อง - การมีประวัติครอบครัวของผู้รับบริการเก็บไว้ที่สถานีอนามัย - การได้รับการเยี่ยมบ้าน ในกรณีขาดนัด - มีการส่งต่อผู้ป่วยอาการรุนแรงไปยังสถานบริการอื่นๆ - การบันทึกข้อมูลในใบส่งต่อ - การเปิดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ
3. การดูแลแบบผสมผสาน	<ul style="list-style-type: none"> - การบริการทั้งการตรวจรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรคและ การฟื้นฟูสภาพเป็นการบริการที่ครอบคลุมดี - การบริการทุกครั้งจะต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวร่วมด้วย - เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการด้านสุขภาพทุกอย่างได้เหมือนกันทุกคน
4. การเข้าถึงบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะที่ตั้งของสถานบริการจะต้องอยู่ในชุมชนหรือ ใกล้ชุมชน - สามารถให้บริการอย่างสะดวกรวดเร็วทุกชั้นตอน - ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรับบริการ - เครื่องมือสามารถใช้งานได้ดี - อาคารสถานที่สะอาด - เปิดให้บริการนอกเวลา - มีเจ้าหน้าที่อยู่ประจำที่สถานีอนามัย - การให้บริการถูกเดินอย่างรวดเร็ว - การบริการด้วยความสนใจและกระตือรือร้นต่อผู้รับบริการ

ตาราง 2 (ต่อ)

องค์ประกอบคุณภาพ บริการเชิงสังคม	องค์ประกอบย่อย
5. การมีมนุษยสัมพันธ์	<ul style="list-style-type: none"> - พุดจาสุภาพและใช้ภาษาถิ่นในการพูดคุย - บริการที่ผู้รับบริการพึงพอใจ - ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ - การต้อนรับด้วยอัธยาศัยไมตรี - การยิ้มแย้มแจ่มใส - มีความเป็นกันเอง - ไม่ถือตัว พุดจาทักทายดี - ให้เกียรติต่อผู้รับบริการทุกคน - มีความคุ้นเคยกับประชาชน - สามารถพูดคุยกันได้ทุกเรื่อง - มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
6. การได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน	<ul style="list-style-type: none"> - ทุกคนที่มีสิทธิบัตรและไม่มีสิทธิบัตรได้รับบริการเท่าเทียมกัน - การรักษาฟรีตามสิทธิบัตร - ค่าบริการไม่แพง - ทุกคนได้รับบริการที่มีขั้นตอนเหมือนกัน - มีการจัดระบบคิวในการให้บริการ - บริการ โดยไม่เลือกปฏิบัติ - การเจ็บป่วยเหมือนกันควรได้รับบริการที่เท่ากัน
7. การมีส่วนร่วมของประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> - การมีโอกาสพูดคุยซักถามในเรื่องการเจ็บป่วย - มีโอกาสแสดงความคิดเห็นต่อการเจ็บป่วยและการรักษา - การมีส่วนร่วมในการปรึกษาต่อการจัดบริการของสถานีนามัย - การมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย - การทำกิจกรรมร่วมกับประชาชนในเรื่องการดูแลสุขภาพ - มีส่วนร่วมในการบริจาคเงินเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

2. ลักษณะเครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามผู้รับบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในสถานื่อนามัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งมี 7 ข้อ ประกอบด้วย ที่อยู่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว

1.2 ข้อมูลการมีสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งมี 3 ข้อ ประกอบด้วย วิธีการได้มา และการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิบัตร

1.3 ข้อมูลการรับบริการ ซึ่งมี 7 ข้อ ประกอบด้วย การเลือกรักษาในสถานบริการเมื่อเจ็บป่วยน้อย ป่วยมาก การรู้จักสถานื่อนามัยใกล้บ้าน เหตุผลในการเลือกรับบริการ การรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เวลาเดินทาง และระยะทางมายังสถานื่อนามัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัยตามระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างเป็นกรอบการวัดคุณภาพบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัย การศึกษานี้ได้กำหนดองค์ประกอบย่อยภายใต้องค์ประกอบหลัก 7 ด้าน (98 ข้อ) คือ

ด้านที่ 1 องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 15 ข้อ คือ การให้บริการด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ การยอมรับ การดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ วิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม การให้บริการทั้งในสถานื่อนามัยและนอกสถานื่อนามัย (การเยี่ยมบ้าน) การตัดสินใจปัญหาการเจ็บป่วยร่วมกันทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ การดูแลพูดคุยปัญหาได้ทุกเรื่อง ไม่เฉพาะการเจ็บป่วย

ด้านที่ 2 องค์ประกอบด้านการดูแลแบบต่อเนื่อง ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 12 ข้อ คือ การขึ้นทะเบียนประชาชนให้อยู่ในความรับผิดชอบดูแลของสถานื่อนามัย การดูแลผู้รับบริการตั้งแต่เจ็บป่วยจนกระทั่งหายป่วย การติดตามผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยต่างๆ การส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นๆ และการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการในใบส่งต่อ

ด้านที่ 3 องค์ประกอบด้านการดูแลแบบผสมผสาน ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 6 ข้อ คือ การให้บริการทั้งการตรวจรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพและการให้คำแนะนำพร้อมๆกัน การดูแลทั้งโรคเฉียบพลัน และโรคเรื้อรัง ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้รับบริการแบบผสมผสานได้

ด้านที่ 4 องค์ประกอบด้านการเข้าถึงบริการประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 25 ข้อ คือ ลักษณะที่ตั้งของสถานอนามัย ความสะอาด ความสะดวก การบริการรวดเร็ว มีเจ้าหน้าที่คอยให้บริการในช่วงเวลาที่เปิดบริการ ค่าบริการเหมาะสมและรักษาตามสิทธิบัตรต่างๆ ความพร้อมของเครื่องมือแพทย์ การบริการดีและสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้

ด้านที่ 5 องค์ประกอบด้านการมีมนุษยสัมพันธ์ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 16 ข้อ คือ การเอาใจใส่ กิริยามารยาท การต้อนรับ การพูดคุย การเคารพสิทธิของผู้รับบริการ การรักษาความลับ และการบริการเอกสารวิชาการเกี่ยวกับโรคต่างๆให้ผู้รับบริการ และญาติได้อ่าน

ด้านที่ 6 องค์ประกอบด้านการบริการอย่างเท่าเทียมกัน ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 7 ข้อ คือ การให้บริการทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติ การจัดระบบคิว ขั้นตอนการบริการที่เหมือนกัน การจ่ายยาที่เหมือนกันในโรคเดียวกัน ทุกคนมีสิทธิในการรักษาอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าจะไม่มีเงินค่ารักษาก็ตาม และสามารถจ่ายค่ารักษาอย่างเหมาะสม

ด้านที่ 7 องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อย 17 ข้อ คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการของสถานอนามัย การร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการจัดบริการและเครื่องมือการแพทย์ของประชาชน รวมทั้งการร่วมบริจาคเงินเพื่อสนับสนุนการบริการของสถานอนามัย

องค์ประกอบคุณภาพบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย ทั้ง 7 ด้านในแต่ละข้อคำถามเป็นมาตราประเมินค่า (rating scale) เป็นระดับความพึงพอใจ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ไม่พึงพอใจ ซึ่งเป็นการวัดระดับความพึงพอใจผู้รับบริการต่อข้อคำถามนั้นๆ คือ เมื่อพึงพอใจในระดับมาก ให้คะแนน 3 คะแนน มีความพึงพอใจระดับปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน มีความพึงพอใจระดับน้อยให้เท่ากับ 1 และไม่มี ความพึงพอใจต่อข้อคำถามให้เท่ากับ 0 ในกรณีคำถามเป็นด้านลบ การให้คะแนนจะกลับกันกับลักษณะข้อคำถามนั้นๆ

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึก (in - depth interview) ในการศึกษาร่องของ ผู้รับบริการในสถานอนามัย โดยมีแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ทดสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ประกอบด้วยอาจารย์ที่มีประสบการณ์ในด้านระบบสาธารณสุข จำนวน 2 คนและผู้ที่มีประสบการณ์ในพื้นที่ จังหวัด ยโสธร จำนวน 1 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ และภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รวมทั้งการตรวจสอบหาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แต่มีลักษณะเช่นเดียวกันจำนวน 30 คน แล้วหาคุณภาพของเครื่องมือของแบบสอบถาม โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ของวิธีครอนบาค (Cronbach ' s alpha coefficient) (สุชาติ ประสิทธิ์รัตนสินธุ์, 2532) ผลจากการคำนวณ พบว่า ข้อคำถามคุณภาพบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย ในแต่ละองค์ประกอบได้สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .73 - .96 และทั้งฉบับ .78 และหลังจากนำแบบสอบถามซึ่งเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล กับกลุ่มตัวอย่างแล้ว จึงนำมาหาสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอีกครั้งด้วยวิธีเดียวกันได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .86 - .93 และทั้งฉบับ .98 (ภาคผนวก ค.)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 9 คน โดยการ

1. จัดทำคู่มือการใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งชี้รายละเอียดของแบบสอบถามในแต่ละส่วน จนกระทั่งผู้ช่วยนักวิจัยเข้าใจคำถามตรงกันทุกคำถาม
3. มีการฝึกทักษะในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ภายในกลุ่มผู้ช่วยนักวิจัยเอง

ขั้นตอนการ

1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดยโสธรเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ขอนหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรสำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ประสานงานกับสถานื่อนามัยเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการ ผู้วิจัยจะฝึกอบรมพนักงานผู้ช่วยในการสัมภาษณ์ จำนวน 9 คน เพื่อเก็บข้อมูลในสถานื่อนามัยที่ดำเนินการภายในเวลา 1 เดือน ในระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน พ.ศ. 2543 สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการศึกษาร่องรอยโดยนักวิจัย
4. บรรณาธิกรข้อมูลและประมวลผล โดยนักวิจัยรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดนำมา ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล
5. ป้อนข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยโปรแกรม Epi-Info 6 และนำข้อมูลจากโปรแกรม Epi-Info 6 แปลงเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปSPSS (statistical package for the social science) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา คือ หาค่าร้อยละ(percentage) ค่าเฉลี่ย (arithmetical mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
2. ข้อมูลองค์ประกอบของคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้รับบริการในสถานื่อนามัย วิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) และได้เลือกการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) เพื่อตรวจสอบและยืนยันองค์ประกอบที่กำหนดไว้ เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎี
 - 2.1 คำนวณเมตริกสหสัมพันธ์ เพื่อดูค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละตัว ซึ่งจะให้เห็นว่าตัวแปรต่างๆมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และค่าไคเซอร์ เมเยอร์ ออกกิน (The Kaiser-Mayer-Olkin) หรือค่า KMO ว่ามีความเหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบหรือไม่ ค่าที่เหมาะสมมาก คือค่า KMO ที่เข้าใกล้ 1 (Kerlinger, 1973)
 - 2.2 นำตัวแปรที่มีสหสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นอย่างมีนัยสำคัญไปสกัดองค์ประกอบ (factor extraction) โดยวิธี principal components analysis (PCA) ซึ่งเป็นวิธีที่จะใช้เมื่อมีการรวมกันเชิงเส้น

ตรงของตัวแปรที่สังเกตได้ไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือตัวแปรกลุ่มที่มีอิสระต่อกัน ซึ่งทุกตัวแปรจะมีค่าการร่วมกันของตัวแปร (common factor) เท่ากับ 1 (Comrey, 1973 ; Kerlinger, 1973 ; Tabachnick, 1983)

2.3 การหมุนแกน (rotation) ได้เลือกการหมุนแกนองค์ประกอบแบบอโรทอนอล (orthogonal) ซึ่งใช้กับองค์ประกอบที่ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และเลือกใช้วิธีวาริแมกซ์ (varimax) ซึ่งเป็นวิธีที่พยายามจะลดจำนวนตัวแปรให้เหลือน้อยที่สุด โดยตัวแปรนั้นมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากจะอยู่ในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเท่านั้น ทำให้สามารถตีความหมายขององค์ประกอบได้ง่ายขึ้น โดยผู้วิจัยจะพิจารณาองค์ประกอบตามเกณฑ์ที่ว่า องค์ประกอบที่สำคัญมีค่าไอเกนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 แต่ละตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบนั้นตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป โดยในแต่ละตัวแปรต้องมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .35 ขึ้นไป (Kerlinger, 1973)

2.4 นำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบไปแปรผลและกำหนดชื่อองค์ประกอบที่สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของคุณภาพบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัย

2.5 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษานำร่องโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา จัดกลุ่มคำ จัดหมวดหมู่ และสร้างข้อสรุป

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษารวบรวมคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัยจังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัยจังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการ ข้อมูลได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการของสถานอนามัย จำนวนทั้งสิ้น 400 คน ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 ข้อมูลการมีสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาล
- 1.3 ข้อมูลการรับบริการ

ส่วนที่ 2 องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย ในมิติของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	140	35.0
หญิง	260	65.0
อายุ		
< 20 ปี	45	11.3
21 - 40 ปี	167	41.7
41 - 60 ปี	149	37.3
> 60 ปี	39	9.7
ค่าเฉลี่ยอายุ = 39.8 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 14.8		
สถานภาพสมรส		
โสด	58	14.5
คู่	309	77.3
หม้าย / หย่า/แยก	33	8.2
อาชีพหลัก		
เกษตรกรรวม	314	78.5
ค้าขาย	12	3.0
รับจ้าง	22	5.5
นักศึกษา	29	7.2
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	3.0
ไม่มีอาชีพ	11	2.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	9	2.3
ประถมศึกษา	281	70.2
มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย	84	21.0
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	26	6.5
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
< 2,000 บาท	282	70.5
2,001 - 4,700 บาท	90	22.5
4,701 - 6,000 บาท	4	1.0
6,001 - 10,000 บาท	12	3.0
> 10,000 บาท	12	3.0
ค่าเฉลี่ยรายได้ = 2,615 บาท, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3,065.7		

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 21 – 40 ปี รองลงมาอายุระหว่าง 41-60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 39.8 ปี สถานภาพสมรสคู่ และมีอาชีพเกษตรกรรม ศึกษาในระดับประถมศึกษา รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน และมีรายได้เฉลี่ย 2,614.9 บาท

1.2 การมีสิทธิบัตรด้านรักษาพยาบาล

การมีสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย การมีสิทธิบัตร วิธีการได้มาและการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิบัตร ข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลที่สำคัญในการอธิบายองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัยในมิติของผู้รับบริการ ในด้านการได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกันของผู้รับบริการ เนื่องจาก การใช้สิทธิบัตรในการรักษาพยาบาลจะต้องมีเงื่อนไขการใช้เมื่อเกิดการเจ็บป่วย จะต้องมีการไปรับบริการที่สถานีนอนามัยที่ขึ้นทะเบียนไว้ก่อน แต่ถ้ามีอาการรุนแรงเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยก็จะพิจารณาส่งต่อไปรับบริการยังโรงพยาบาลชุมชนต่อไป ซึ่งเป็นเหตุผลประกอบการอธิบายองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาล

การได้รับสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาล	จำนวน (ราย) (n = 400)	ร้อยละ
สิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาล		
บัตรสวัสดิการประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปร.)	211	52.9
บัตรประกันสุขภาพ	126	31.4
บัตรประกันสังคม/เอกชน/เบิกได้	29	7.3
ไม่มีสิทธิใดๆ	34	8.4
วิธีการได้มาของสิทธิบัตร		
	(n = 366)	
ยื่นขอทำสิทธิบัตรเอง	102	27.9
ซื้อบัตรประกันสุขภาพเอง	49	13.4
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำบัตรให้	122	33.3
อสม./ผู้นำชุมชนแนะนำ	75	20.5
ญาติ/เพื่อนบ้านแนะนำ	18	4.9
การได้รับรู้สิทธิประโยชน์และเงื่อนไขของสิทธิบัตร		
	(n = 366)	
ทราบ	338	92.3
ไม่ทราบ	17	4.6
ไม่แน่ใจ	11	3.1

จากตาราง 4 พบว่าการมีสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะใช้บัตรสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย (สปร.) รองลงมาใช้บัตรประกันสุขภาพ และมีส่วนน้อยที่ไม่มีสิทธิบัตรใดๆ สำหรับวิธีการได้มาของสิทธิบัตร ส่วนใหญ่ได้มาโดยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำสิทธิบัตรให้ รองลงมาโดยการมาขึ้นขอทำสิทธิบัตรเองจากเจ้าหน้าที่ และได้รับรู้ถึงสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขของสิทธิบัตรเป็นส่วนใหญ่

1.3 ข้อมูลการรับบริการ

ข้อมูลการรับบริการต่อสถานบริการ ประกอบด้วย การเลือกรักษาในสถานบริการเมื่อเจ็บป่วยรุนแรง และไม่ป่วยรุนแรง การรู้จักและเลือกรับบริการที่สถานอนามัยใกล้บ้าน เหตุผลในการเลือกรับบริการที่สถานอนามัย สถานที่รับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เวลาเดินทาง

และระยะทางมายังสถานื่อนามัย ข้อมูลในส่วนนี้มีความจำเป็นที่จะต้องใช้อธิบาย องค์ประกอบ คุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัย ในด้านการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะการเข้าถึงทางภูมิศาสตร์ เป็นต้นว่า เหตุผลในการเลือกรับบริการที่สถานื่อนามัย เวลาเดินทาง และระยะทางมายังสถานื่อนามัย ซึ่งจำเป็นที่จะต้องให้ผู้รับบริการแสดงความคิดเห็น ต่อคุณภาพบริการที่ได้รับจากสถานบริการ

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการรับบริการของกลุ่มตัวอย่าง

สถานบริการและเหตุผลในการเลือกรับบริการ	จำนวน (ราย) (n = 400)	ร้อยละ
สถานที่รับรักษาพยาบาล กรณีเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง		
การดูแลตนเอง	78	19.5
สถานื่อนามัย	316	79.0
โรงพยาบาล	6	1.5
สถานที่รับรักษาพยาบาล กรณีเจ็บป่วยที่รุนแรง		
การดูแลตนเอง	5	1.3
สถานื่อนามัย	168	42.0
โรงพยาบาล	223	55.7
คลินิกเอกชน	4	1.0
วิธีการรู้จักสถานื่อนามัย		
รู้จักเพื่อนบ้าน	38	9.5
รู้จักเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย	17	4.3
รู้จักสถานื่อนามัยด้วยตัวเอง	345	86.2
เหตุผลหลักที่เลือกรับบริการที่สถานื่อนามัย		
บริการรวดเร็ว	42	10.5
บริการใกล้บ้าน	253	63.3
สะดวกในการเดินทาง	80	20.0
ราคาไม่แพง	7	1.7
สถานที่สะดวกสบาย	12	3.0
เจ้าหน้าที่ส่งต่อมา/เครื่องมือทันสมัย	6	1.5

ตาราง 5 (ต่อ)

สถานบริการและเหตุผลในการเลือกรับบริการ	จำนวน (ราย) (n = 400)	ร้อยละ
สถานที่รับบริการในกรณีรับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ		
สถานีอนามัย	380	95.0
โรงพยาบาล	18	4.4
คลินิกเอกชน	1	0.3
โรงพยาบาลเอกชน	1	0.3
เวลาในการเดินทางมารับบริการที่สถานีอนามัย		
< 15 นาที	308	77.0
16 - 30 นาที	77	19.3
> 30 นาที	15	3.7
ค่าเฉลี่ยเวลา = 14.1 นาที, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.8		
ระยะทางจากบ้านถึงสถานีอนามัย		
< 1 กิโลเมตร	239	63.9
2 - 5 กิโลเมตร	130	34.8
6 - 10 กิโลเมตร	5	1.3
ค่าเฉลี่ยระยะทาง = 1.6 กิโลเมตร, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.4		

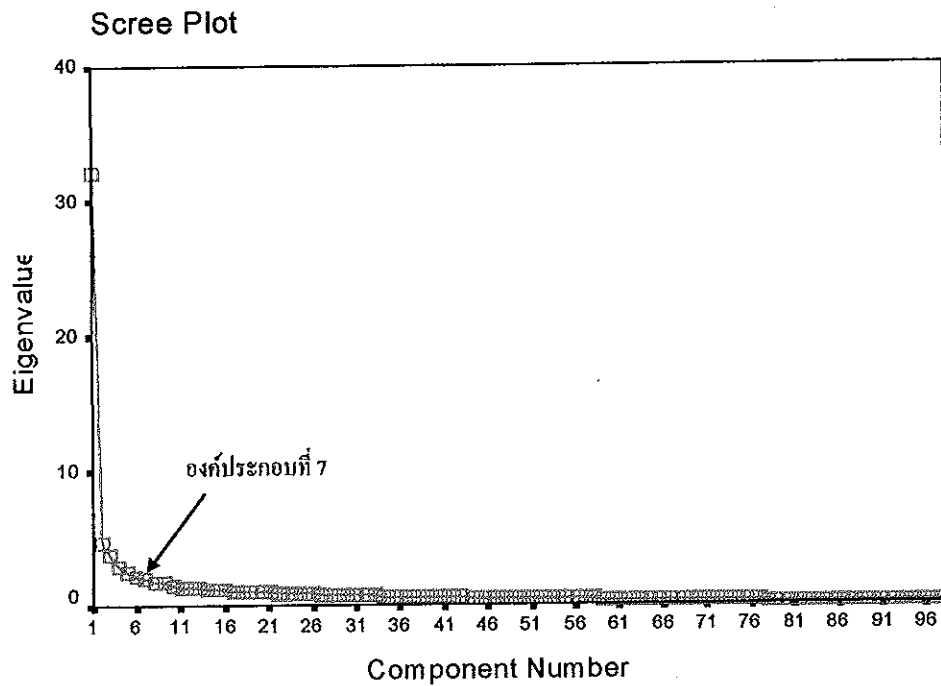
จากตาราง 5 พบว่าการรับบริการของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เมื่อมีการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงหรือการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพจะไปรับบริการที่สถานีอนามัย แต่ถ้ามีการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะไปรับบริการที่โรงพยาบาล เหตุผลหลักที่เลือกรับบริการที่สถานีอนามัย คือเป็นสถานบริการที่ใกล้บ้าน รองลงมาคือความสะดวกในการเดินทาง ซึ่งมีระยะทางต่ำกว่า 1 กิโลเมตร ใช้เวลาน้อยกว่า 15 นาทีหรือโดยเฉลี่ย 14.1 นาที ส่วนวิธีการรู้จักสถานีอนามัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่า มีสถานีอนามัยให้การบริการด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย ในมิติของผู้รับบริการ

การวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) เพื่อตรวจสอบและยืนยันในเชิงประจักษ์ว่า องค์ประกอบที่กำหนดไว้ เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีหรือไม่ โดยได้เลือกวิธีการสกัดองค์ประกอบแบบ principal components analysis (PCA) เนื่องจากตัวแปรแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์ และหมุนแกนองค์ประกอบแบบอโรทอนอก (orthogonal rotation) ซึ่งใช้กับองค์ประกอบที่ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และเลือกใช้วิธีวาริแมกซ์ (varimax) ซึ่งเป็นวิธีที่พยายามจะลดจำนวนตัวแปรให้เหลือน้อยที่สุด โดยตัวแปรนั้นมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากจะอยู่ในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเท่านั้น ทำให้สามารถตีความหมายขององค์ประกอบได้ง่ายขึ้น และมีค่า KMO .946 เป็นค่าเหมาะสมมากในการที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบ เนื่องจากได้มีการขจัดความแปรปรวนของตัวแปรอื่นๆแล้ว โดยทั่วไปจะใช้เกณฑ์ในการหาองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบย่อยตั้งแต่ 0.35 ขึ้นไป (Kerlinger, 1973) สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้เกณฑ์ในการเลือกองค์ประกอบย่อยที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เพื่อให้สามารถอธิบายองค์ประกอบได้ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งต้องอิงกับแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย มาประกอบการเลือกเป็นเกณฑ์ คือจะต้องมีค่าไอเกน (eigen value) มากกว่าหรือเท่ากับ 1 เพราะถือว่าข้อความนั้นมีความถูกต้องตามหลักการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Camrey, 1973 ; Tabachnick, 1984) และมีตัวแปรที่บรรยายแต่ละองค์ประกอบตั้งแต่ 3 ตัวชี้วัดขึ้นไป (Kerlinger, 1973)

จากการนำองค์ประกอบย่อยทั้งหมด 98 ตัวมาวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบที่มีค่าเป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์คุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย ในมิติของผู้รับบริการที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่าได้องค์ประกอบที่สำคัญที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 7 องค์ประกอบ มีองค์ประกอบย่อยทั้งหมด 55 ตัว ค่าไอเกนอยู่ระหว่าง 4.149 – 10.450 ร้อยละของความแปรปรวน 4.2 – 10.7 และมีร้อยละสะสมของความแปรปรวนเท่ากับ 51.3 ได้แก่ องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ ด้านการเข้าถึงบริการ ด้านการมีมนุษยสัมพันธ์ ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน และด้านลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ

ภาพประกอบ 4 แสดงอัตราการเปลี่ยนแปลงของขนาดค่าไอเกนแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยในมิติของผู้รับบริการ



จากภาพประกอบ 4 scree plot ที่แสดงอัตราการเปลี่ยนแปลงของขนาดค่าไอเกนแต่ละองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยในมิติของผู้รับบริการ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงลดลงมาก จาก 1-2 องค์ประกอบแรก จากนั้นค่อยๆ ลดลง และองค์ประกอบที่ 7 เป็นจุดเปลี่ยนโค้ง ซึ่งแสดงว่า จำนวน 7 องค์ประกอบเป็นจำนวนที่เหมาะสมกับการสกัดองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัย ในมิติของผู้รับบริการ

ตาราง 6 แสดงองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
ของสถานีอนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ

ลำดับ ที่	องค์ประกอบคุณภาพบริการ เชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย	จำนวน องค์ประ กอบย่อย	น้ำหนัก องค์ ประกอบ	Eigen Value	SS Loading	Cum Pet of Var
1.	ด้านการดูแลแบบองค์รวม	11	.500 - .675	10.450	10.663	10.7
2.	ด้านการมีปฏิสัมพันธ์	9	.511 - .721	8.541	8.716	19.4
3.	ด้านการเข้าถึงบริการ	10	.533 - .715	7.885	8.046	27.4
4.	ด้านการมีมนุษยสัมพันธ์	7	.588 - .651	7.239	7.386	34.8
5.	ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง	7	.507 - .676	6.754	6.892	41.7
6.	ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน	7	.608 - .791	5.257	5.364	47.1
7.	ด้านลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ	4	.636 - .740	4.149	4.234	51.3

การวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ พบว่า

1. องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม สามารถอธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุดคือร้อยละ 10.7 มีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .500 - .675 ค่าไอเกน 10.450 มีค่าการร่วมกันขององค์ประกอบอยู่ระหว่าง .405 - .547 และสามารถบรรยายองค์ประกอบย่อยจำนวน 11 ตัว ได้แก่ การดูแลผู้รับบริการ สมาชิกในครอบครัวและสิ่งแวดล้อม การดูแลทั้งด้านร่างกาย ความรู้สึก และสิ่งแวดล้อม การพูดคุยในเรื่องการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม การเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีผู้ป่วยขาดนัด ความเข้าใจในปัญหาและรับทราบข้อมูลของผู้รับบริการและครอบครัว การบริการไม่ได้เน้นเฉพาะโรคหรืออาการแต่จะดูรวมไปถึงปัญหานอกเหนือจากการเจ็บป่วย การดูแลที่ต่อเนื่องทั้งในและนอกสถานีอนามัย การบริการด้วยความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ การได้รับการเยี่ยมบ้าน การบริการสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ และการสามารถพูดคุยได้ทุกเรื่องแม้กระทั่งความกังวลใจเกี่ยวกับเศรษฐกิจ

2. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เป็นอันดับ 2 คือร้อยละ 8.7 มีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .511 - .721 ค่าไอเกน 8.541 ค่าความแปรปรวนร่วมร้อยละ 19.4 มีค่าการร่วมกันขององค์ประกอบอยู่ระหว่าง .479 - .655 และสามารถบรรยายองค์ประกอบย่อยจำนวน 9 ตัว ได้แก่ การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยและแนวทางรักษา การมีโอกาสดูถึงความ ต้องการบริการสุขภาพ ได้รับความเข้าใจต่อปัญหาการเจ็บป่วยและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ได้รับความอธิบายทางเลือกของการรักษาการเจ็บป่วย มีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการรักษาการเจ็บป่วย ได้รับความสนใจรับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ซักถาม ได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการ เลือกบริการที่เหมาะสม การได้รับคำแนะนำที่ดีสามารถนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และการเปิดโอกาสให้รับรู้เกี่ยวกับเครื่องมือทางการแพทย์ในการรักษา

3. ด้านการเข้าถึงบริการ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้อันดับ 3 มีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .533 - .715 ค่าไอเกน 7.885 ค่าความแปรปรวนร่วมร้อยละ 27.4 ค่าการร่วมกันของ องค์ประกอบอยู่ระหว่าง .444 - .757 และสามารถบรรยายองค์ประกอบย่อยจำนวน 10 ตัว ได้แก่ ความสะดวกรวดเร็วของขั้นตอนการรอรับยา ความสะดวกรวดเร็วในการทำบัตร ความสะดวกรวดเร็วของขั้นตอนการจ่ายเงิน ความสะดวกรวดเร็วในการรอตรวจ การรักษาฟรีตามการได้รับสิทธิบัตร การให้บริการฟรีตามสิทธิบัตรและเก็บเงินในรายที่ไม่มีสิทธิบัตรตามความสามารถที่จะจ่ายได้ ค่าตรวจรักษาไม่แพง ความสะดวกรวดเร็วในการเดินทางมารับบริการ การจัดระบบคิวในการให้ บริการ และการขออนุญาตในการลัดคิวด้วยวาจาที่สุภาพในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการรุนแรง

4. ด้านการมีมนุษยสัมพันธ์ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้อันดับ 4 คือร้อยละ 7.4 มีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .588 - .651 ค่าไอเกน 7.239 มีค่าความแปรปรวนร่วมร้อยละ 34.8 มีค่าการร่วมกันขององค์ประกอบอยู่ระหว่าง .503 - .631 และสามารถบรรยายองค์ประกอบย่อย จำนวน 7 ตัว ได้แก่ การให้บริการด้วยความสุภาพอ่อนโยน การแสดงออกถึงความคุ้นเคย กิริยา มารยาทที่ดี การแสดงออกด้วยความเคารพสิทธิตามวัย การเอาใจใส่ การต้อนรับด้วยอัธยาศัย ไมตรีอันดี และการบริการที่เป็นกันเอง

5. ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถอธิบายความแปรปรวนได้อันดับ 5 คือร้อยละ 6.9 มีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .507 - .676 ค่าไอเกน 6.754 มีค่าความแปรปรวนร่วมร้อยละ 41.7 มีค่าการร่วมกันขององค์ประกอบอยู่ระหว่าง .460 - .597 และสามารถบรรยายองค์ประกอบย่อย จำนวน 7 ตัว ได้แก่ การได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อให้สถานื่อนามัยดูแลสุขภาพ การบันทึกข้อมูล ของผู้รับบริการลงในแฟ้มประวัติ การทำสมุดประจำตัวโรคเรื้อรัง การบันทึกประวัติผู้ป่วยลงในใบส่งต่อ การส่งต่อผู้ป่วยด้วยความรวดเร็ว การนัดติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการรักษา ความลับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ

6. ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถอธิบายความแปรปรวนได้อันดับ 6 คือ ร้อยละ 5.4 มีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .608 - .791 ค่าไอเกน 5.257 มีค่าความแปรปรวนร่วม ร้อยละ 47.1 มีค่าการร่วมกันขององค์ประกอบอยู่ระหว่าง .508 - 719 และสามารถบรรยาย องค์ประกอบย่อย 7 ตัว ได้แก่ การมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดบริการ การมีโอกาสพูดคุยถึง ความต้องการบริการสุขภาพ การให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและ ชุมชน การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การมีโอกาสประเมินคุณภาพบริการ การร่วมกันแก้ไขปัญหาค่าบริการเจ็บป่วย และการได้ร่วมบริจาคเงินเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

7. ด้านลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เป็น อันดับ 6 คือร้อยละ 4.2 มีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .636 - .740 ค่าไอเกน 4.149 มีค่าความ แปรปรวนร่วมร้อยละ 51.3 และมีค่าการร่วมกันอยู่ระหว่าง .581 - 616 และสามารถบรรยาย องค์ประกอบย่อย 4 ตัว ได้แก่ ความสะอาด สวยงามของอาคารสถานที่ ความเป็นสัดส่วนของห้อง ให้บริการ รูปทรงอาคารเอื้อต่อการให้บริการ ห้องให้บริการมีอากาศถ่ายเท และมีแสงสว่างเพียงพอ

จะเห็นว่าในแต่ละองค์ประกอบยังมีองค์ประกอบย่อยอื่นๆ ที่จะสามารถนำมาอธิบาย องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย จังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการได้อีก และผู้วิจัยสามารถนำเสนอรายละเอียดในแต่ละ องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย จังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการ เรียงตามน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปหาน้อยตามลำดับ ดังตาราง 7 - 13

ตาราง 7 องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยในด้านการดูแลแบบองค์รวม

ลำดับที่องค์ประกอบย่อย	คุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	Communality (h^2)	Eigen Value	SS Loading	cum Pct of Var
	การดูแลแบบองค์รวม			10.450	10.663	10.7
1.	ขณะเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน ได้ดูแลผู้รับบริการ สมาชิกในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย	.675	.543			
2.	การดูแลผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย ความรู้สึก และสิ่งแวดล้อม	.645	.526			
3.	การพูดคุยถึงเรื่องการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ สมาชิกของครอบครัว รวมทั้งเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในขณะที่เจ้าหน้าที่ให้บริการ	.623	.468			
4.	การออกติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีผู้ป่วยขาดนัด	.601	.491			
5.	ความเข้าใจในปัญหาและรับทราบข้อมูลของผู้รับบริการและครอบครัวเป็นอย่างดี	.592	.469			
6.	การบริการของเจ้าหน้าที่ไม่ได้เน้นเฉพาะโรคหรืออาการที่ปรากฏเท่านั้นแต่จะดูแลรวมถึงปัญหาที่นอกเหนือจากการเจ็บป่วย	.570	.433			
7.	เจ้าหน้าที่ได้ให้การดูแลที่ต่อเนื่องทั้งการบริการในสถานีอนามัยและการเยี่ยมบ้าน	.554	.539			
8.	การบริการด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจในเรื่องการเจ็บป่วยจากเจ้าหน้าที่	.552	.434			
9.	ผู้รับบริการหรือครอบครัวเคยได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	.529	.458			
10.	การบริการของเจ้าหน้าที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดี	.524	.547			
11.	ท่านสามารถพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ได้ทุกเรื่องแม้กระทั่งเรื่องความกังวลใจเกี่ยวกับเศรษฐกิจ	.500	.405			

ตาราง 8 องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยในด้านการมีปฏิสัมพันธ์

ลำดับที่องค์ประกอบย่อย	คุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	Communality (h ²)	Eigen Value	SS Loading	cum Pet of Var
	การมีปฏิสัมพันธ์			8.541	8.716	19.4
1.	การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาอย่างละเอียด	.721	.655			
2.	ผู้รับบริการมีโอกาสพูดถึงความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการให้เจ้าหน้าที่รับฟัง	.654	.610			
3.	ความเข้าใจต่อปัญหาการเจ็บป่วยและหาแนวทางแก้ไขร่วมกันของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ	.648	.628			
4.	เจ้าหน้าที่ได้อธิบายทางเลือกของการรักษาอาการเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการ	.626	.592			
5.	ผู้รับบริการมีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการรักษาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการร่วมกับเจ้าหน้าที่	.615	.549			
6.	เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ ยินดีรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถาม	.582	.546			
7.	ผู้รับบริการได้รับฟังคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการเลือกบริการที่เหมาะสม	.563	.584			
8.	คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สามารถทำให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง	.515	.553			
9.	การเปิดโอกาสรับรู้เกี่ยวกับเครื่องมือทางการแพทย์ในการรักษาโรค	.511	.479			

ตาราง 9 องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยในด้านการเข้าถึงบริการ

ลำดับที่องค์ประกอบย่อย	คุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	Communality (h ²)	Eigen Value	SS Loading	cum Pct of Var
การเข้าถึงบริการ				7.885	8.046	27.4
1.	ความสะดวก รวดเร็วของขั้นตอนการรอรับยา	.715	.575			
2.	ความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการ	.696	.562			
3.	ความสะดวก รวดเร็วของขั้นตอนการจ่ายเงิน	.688	.505			
4.	ความสะดวก รวดเร็วในการรอตรวจ	.684	.568			
5.	การรักษาฟรีแก่ผู้รับบริการตามการได้รับสิทธิบัตร	.661	.576			
6.	ให้บริการฟรีตามสิทธิบัตรและเก็บเงินในรายที่ไม่มีสิทธิบัตรตามความสามารถจะจ่ายได้	.636	.444			
7.	ค่าตรวจรักษาที่สถานีอนามัยไม่แพง	.630	.453			
8.	ความสะดวก รวดเร็วในการเดินทางมารับบริการยังสถานีอนามัย	.584	.459			
9.	การจัดระบบคิวในการให้บริการของเจ้าหน้าที่	.555	.493			
10.	การขออนุญาตในการลัดคิวด้วยวาจาที่สุภาพในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง	.533	.519			

ตาราง 10 องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยในด้านการมีมนุษยสัมพันธ์

ลำดับที่องค์ประกอบย่อย	คุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	Communality (h ²)	Eigen Value	SS Loading	cum Pct of Var
การมีมนุษยสัมพันธ์				7.239	7.386	34.8
1.	การให้บริการแก่ท่านด้วยความสุภาพ อ่อนโยน	.651	.631			
2.	การแสดงออกถึงความคุ้นเคยของเจ้าหน้าที่	.618	.585			
3.	กิริยามารยาทที่ดีของเจ้าหน้าที่	.614	.503			
4.	การแสดงออกด้วยความเคารพสิทธิตามวัย	.608	.589			
5.	การเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่	.607	.562			
6.	การต้อนรับด้วยอัธยาศัยไมตรีอันดีของเจ้าหน้าที่	.602	.612			
7.	การบริการที่เป็นกันเองของเจ้าหน้าที่	.588	.607			

ตาราง 11 องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัยในด้านการดูแลแบบต่อเนื่อง

ลำดับที่องค์ประกอบย่อย	คุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	Communality (h ²)	Eigen Value	SS Loading	cum Pet of Var
	การดูแลแบบต่อเนื่อง			6.754	6.892	41.7
1.	ครอบครัวของผู้รับบริการได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อให้สถานอนามัยแห่งนี้ดูแลสุขภาพโดยมีการบันทึกในแฟ้มประวัติครอบครัวเก็บไว้ที่สถานอนามัย	.676	.589			
2.	การบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการลงในแฟ้มประวัติทุกครั้งที่มาใช้บริการ	.669	.567			
3.	เจ้าหน้าที่ได้ทำสมุดประจำตัวโรคเรื้อรังเช่น เบาหวาน ให้ในรายที่ป่วย เป็นโรคเรื้อรังเพื่อความสะดวกในการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง	.661	.597			
4.	การบันทึกประวัติของผู้ป่วยลงในใบส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่น	.656	.592			
5.	เจ้าหน้าที่ได้ส่งต่อผู้รับบริการเมื่อมีการเจ็บป่วยรุนแรงไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่นด้วยความรวดเร็ว	.580	.554			
6.	สถานอนามัยมีการนัดผู้รับบริการเพื่อติดตามและรักษาอย่างต่อเนื่อง	.567	.460			
7.	การรักษาความลับในการเจ็บป่วยของผู้รับบริการเป็นอย่างดี	.507	.567			

ตาราง 12 องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัยในด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน

ลำดับที่องค์ประกอบย่อย	คุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	Communality (h ²)	Eigen Value	SS Loading	cum Pct of Var
การมีส่วนร่วมของประชาชน				5.257	5.364	47.1
1.	การได้มีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดบริการของสถานีนอนามัย	.791	.691			
2.	การได้มีโอกาสพูดคุยถึงความต้องการบริการสุขภาพ	.791	.719			
3.	การให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน	.778	.694			
4.	การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง	.756	.666			
5.	การได้มีโอกาสประเมินคุณภาพบริการของสถานีนอนามัย	.752	.622			
6.	การร่วมกันแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ	.674	.592			
7.	การได้ร่วมกับบริจาคเงินเพื่อใช้สนับสนุนการจัดบริการ	.608	.508			

ตาราง 13 องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัยในด้านลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ

ลำดับที่องค์ประกอบย่อย	คุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	Communality (h ²)	Eigen Value	SS Loading	cum Pct of Var
ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ				4.149	4.234	51.3
1.	ความสะอาด สวยงามของอาคารสถานที่	.740	.585			
2.	การจัดเตรียมห้องให้บริการแต่ละห้องมีความเป็นสัดส่วน	.702	.616			
3.	รูปทรงอาคารของสถานีนอนามัยเอื้อต่อการให้บริการ	.685	.585			
4.	อากาศถ่ายเท และมีแสงสว่างเพียงพอ ภายในห้องให้บริการ	.636	.583			

การอภิปรายผล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้รับบริการในสถานีนอนามัย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขุนหาญ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ, 2533 ; พรสวรรค์ พรกาญจน์วงศ์, 2539) สอดคล้องกับผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น (วรรณศรี สาเสน, 2543) สอดคล้องกับผู้รับบริการของสถานีนอนามัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (สมหมาย เกิดกล้า, 2541) และสอดคล้องกับภาพรวมผู้รับบริการของสถานีนอนามัย จังหวัดยโสธรปี 2542 ซึ่งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สมชาติ ทองหิน, 2543) แต่ไม่สอดคล้องกับผู้รับบริการที่สถานีนอนามัยจังหวัดราชบุรี ที่พบว่าเพศชายกับเพศหญิง มีสัดส่วนไปใช้บริการที่ใกล้เคียงกัน (สายสัมพันธ์ รัชชวัญ, 2529) สำหรับอายุของผู้รับบริการ จะอายุระหว่าง 21-40 ปี อายุเฉลี่ย 39.8 ปี ซึ่งสอดคล้องกับอายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ใช้บริการด้านสุขภาพสูง คือ อายุ 39.2 ปี และ 33.5 ปี และกลุ่มที่ใช้บริการมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี (ชนินทร์ เจริญกุล และคณะ, 2522) และจากการศึกษาผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขุนหาญ พบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 26-35 ปี จะเห็นว่าเป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งจะต้องมีความรับผิดชอบครอบครัวและหน้าที่การงานสูง อาจเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ, 2533 ; วีระพันธ์ ไชยมาตย์ และคณะ, 2541) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสอดคล้องกับภาพรวมผู้รับบริการของสถานีนอนามัย จังหวัดยโสธรปี 2542 (สมชาติ ทองหิน, 2543)

ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ, 2533 ; วรรณศรี สาเสน, 2543) และสอดคล้องกับภาพรวมผู้รับบริการของสถานีนอนามัย จังหวัดยโสธรปี 2542 ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (สมชาติ ทองหิน, 2543) และจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการที่สถานีนอนามัย (ดังตาราง 15 ในภาคผนวก) ซึ่งแสดงว่าผู้รับบริการที่จบชั้นประถมศึกษาจะนิยมไปรับบริการที่สถานีนอนามัย

อาชีพของผู้รับบริการส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทไทย พบว่ากลุ่มอาชีพเกษตรกรรมไปใช้บริการที่สถานอนามัยค่อนข้างสูง (Day and Leoprapai, 1977 ; ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2536) และผู้ใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐและสถานอนามัย ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ, 2533 ; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2539 ; วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตร์ และคณะ, 2541 ; วรรณศรี สาเสน, 2543 ; สมชาติ ทองหิน, 2543) และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าอาชีพกับการใช้บริการในสถานอนามัยมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งเป็นข้อสังเกตว่าผู้รับบริการที่มีอาชีพเกษตรกรรมจะนิยมไปรับบริการที่สถานอนามัย

รายได้ของครอบครัว ส่วนใหญ่รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน มีรายได้เฉลี่ย 2,614.9 บาทต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องกับผู้รับบริการในโรงพยาบาลอำเภอพล จังหวัดขอนแก่นที่มีผู้รับบริการส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท (วรรณศรี สาเสน, 2543) และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า รายได้ของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการที่สถานอนามัย (ดังตาราง 17 ในภาคผนวก) แสดงว่าผู้รับบริการที่มีฐานะยากจนจะนิยมไปใช้บริการที่สถานอนามัยใกล้บ้าน จะเห็นว่าผู้รับบริการที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.5 แต่ได้รับการขึ้นทะเบียนบัตรผู้มีรายได้น้อยควรช่วยเหลือเกื้อกูล เพียงร้อยละ 52.9 เท่านั้น ซึ่งคนกลุ่มนี้ควรจะได้รับสิทธิบัตร แต่ไม่ได้รับสิทธิบัตรนั้น ซึ่งให้เห็นถึงความไม่ครอบคลุมของการออกสิทธิบัตร ทำให้ประชาชนไม่ได้รับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

จะเห็นว่าลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการของสถานอนามัยจังหวัดยโสธร ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว ส่วนใหญ่จะมีความสอดคล้องกับลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการในสถานอนามัยทั่วไป คือผู้รับบริการเป็นเพศหญิง ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน สถานภาพสมรสอยู่ อาชีพเกษตรกรรม จบชั้นประถมศึกษา และรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน จะเห็นว่าประชาชนเหล่านี้มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ถ้าไม่ได้รับการดูแลในเรื่องสิทธิบัตรแล้ว จะทำให้มีโอกาสเข้าถึงการบริการสุขภาพน้อย ดังนั้นสถานอนามัยจำเป็นต้องจัดบริการให้มีคุณภาพให้ประชาชนเหล่านี้ได้รับบริการที่ดี เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และข้อมูลของผู้รับบริการนี้จะสามารถสะท้อนถึงคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัยได้ โดยเฉพาะด้านความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย

1.2 การมีสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาล

การได้รับสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาล ผู้รับบริการส่วนใหญ่จะใช้สิทธิบัตรด้านรักษาพยาบาล (สปร.) ซึ่งสอดคล้องกับภาพรวมผู้รับบริการของสถานื่อนามัยจังหวัดยโสธรปี 2542 (สมชาติ ทองหิน, 2543) การที่ได้สิทธิบัตร สปร. เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ซึ่งดูได้จากรายได้ต่อเดือนที่ต่ำกว่า 2,000 บาท สูงถึงร้อยละ 70.5 แต่กลุ่มคนเหล่านี้ก็ไม่ได้รับบัตร สปร. ทั้งหมด แต่ก็ยังมีส่วนหนึ่งที่จะต้องพยายามหาเงินมาซื้อบัตรประกันสุขภาพด้วย เนื่องจากความไม่ครอบคลุมในการออกบัตรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และด้วยเหตุผลของผู้รับบริการที่ว่า ประชาชนที่ใช้สิทธิบัตร สปร. จะได้รับบริการที่มีคุณภาพบริการไม่ดี หรือได้ยาที่มีประสิทธิภาพต่ำกว่าบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสังเกตว่าผู้รับบริการบางคนใช้สิทธิบัตรถึง 2 อย่าง คือทั้งบัตร สปร. และบัตรสุขภาพ โดยการรับรู้ว่ามีถ้าเจ็บป่วยรุนแรงจะต้องใช้บัตรประกันสุขภาพ เพื่อที่จะได้รับการรักษาที่ดีกว่า สปร. จะเห็นว่าผู้รับบริการของสถานื่อนามัยมีหลากหลายทั้งกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรสปร. และบัตรประกันสุขภาพ บัตรประกันสังคม บัตรประกันเอกชน รวมทั้งผู้ที่ไม่มีสิทธิบัตรใดๆเลย ซึ่งให้เห็นชัดเจนว่าสถานื่อนามัยไม่ได้เจาะจงในการเลือกให้บริการแก่ประชาชนกลุ่มใดเป็นพิเศษ แต่จะพยายามบริการให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนในเขตรับผิดชอบของสถานื่อนามัย เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันมากที่สุด ตามแนวคิดของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดยโสธร จากข้อมูลเพิ่มเติมโดยการหาความสัมพันธ์ของผู้รับบริการที่มีสิทธิบัตรกับการใช้บริการของสถานื่อนามัย จังหวัดยโสธร พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน (ดังตาราง 16 ในภาคผนวก) ดังนั้นการมารับบริการของผู้รับบริการในสถานื่อนามัย จึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การมีสิทธิบัตรแต่จะขึ้นอยู่กับลักษณะการบริการของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย ที่มีบริการที่ดี การตรวจโรคดี การพูดคุยดี ทำให้เกิดความศรัทธาของผู้รับบริการ

โดยสรุปผู้รับบริการที่มีสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาลต่างๆ เมื่อรับบริการที่สถานื่อนามัย จะได้รับบริการฟรี ตามสิทธิบัตรนั้นๆ แต่สำหรับคนที่ไม่มีสิทธิบัตรก็จะจ่ายค่าบริการในราคาที่เหมาะสม กล่าวคือราคาที่ผู้รับบริการสามารถที่จะจ่ายได้ ที่ไม่แพงจนเกินไป แต่ถ้าคนที่ไม่มีจ่ายจริงๆก็ไม่ต้องจ่าย หรือใช้การบริจาคตามความสมัครใจ ซึ่งจากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการ

1.3 ข้อมูลการรับบริการ

เมื่อผู้รับบริการเกิดการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง และการรับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพจะไปรับบริการที่สถานีนามัย แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะไปรับบริการที่โรงพยาบาล แต่สำหรับผู้รับบริการที่มีสิทธิบัตรจะต้องไปรับบริการที่สถานีนามัยเป็นอันดับแรก เพื่อให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยพิจารณาในการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน มีบางกรณีที่ถูกเงินผู้รับบริการไปรักษาที่โรงพยาบาลก่อน แล้วกลับมารับใบส่งตัวทีหลัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับการไปใช้บริการว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ไม่รุนแรงหรือเป็นโรคเรื้อรังก็จะไปรักษาที่สถานีนามัย แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยที่เฉียบพลันหรือมีความรุนแรงจะไปรักษาที่โรงพยาบาล (สายสัมพันธ์ รัชชัญญ์, 2529 ; วรรณศรี สาเสน, 2543 ; สมชาติ ทองหิน, 2543) และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย จะมารับบริการที่สถานีนามัยใกล้บ้าน และเวลาเจ็บป่วยรุนแรงจะไปรับบริการที่โรงพยาบาล

สำหรับเหตุผลในการรักษาที่สถานีนามัยคือ เป็นการบริการใกล้บ้านและสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผู้ให้บริการที่ไปรักษาที่สถานีนามัย ด้วยเหตุผลว่าการเดินทางสะดวกและใกล้บ้าน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ, 2533 ; Blustein and Weitzmam, 1995 ; Jenkins and Campbell, 1996 ; กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2542 ; วรรณศรี สาเสน, 2543 ; สมชาติ ทองหิน, 2543) และสอดคล้องกับปัจจัยด้านความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการที่สถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการสาธารณสุข (ทัศนีย์ ศิลปบุตร, 2536 ; สมทรง ณ นคร และคณะ, 2536) จากข้อมูลเพิ่มเติมโดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการเมื่อมีการเจ็บป่วยกับเหตุผลในการใช้บริการของผู้ที่มีสิทธิบัตรของผู้รับบริการในสถานีนามัย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน (ดังตาราง 18 ในภาคผนวก) ซึ่งแสดงว่าผู้รับบริการที่มีสิทธิบัตรไม่ได้มารับบริการที่สถานีนามัย เพราะเหตุผลว่าความสะดวกรวดเร็ว ราคาไม่แพง และมีเครื่องมือที่พร้อม แต่มารับบริการเนื่องจากมีความศรัทธาในการบริการของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย

การเดินทางมารับบริการที่สถานีนามัย จะใช้เวลาต่ำกว่า 15 นาที โดยเฉลี่ยเวลา 14.1 นาที ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการที่ประชาชนพึงพอใจมากที่สุด อยู่ในช่วง 5.1-10 นาที (ทัศนวลัย จารณศรี, 2539) สำหรับระยะทางจากบ้านถึงสถานีนามัย ส่วนใหญ่มีระยะทางต่ำกว่า 1 กิโลเมตร ระยะทางเฉลี่ย 1.6 กิโลเมตร ซึ่งสอดคล้องกับผู้มาใช้บริการมากขึ้น คือมีระยะทางห่างจากบ้านถึงสถานีนามัยน้อยกว่า 2 กิโลเมตร (แสงทอง แหงมงาม, 2533) และสอดคล้องกับระยะทางจากบ้านถึงสถานีนามัยน้อยกว่า 3 กิโลเมตร ทำให้

ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจมากที่สุด (ทัศนวลัย จารณศรี, 2539) และสอดคล้องกับ แวน บาลิน (Van Balen, 1986) ที่กล่าวไว้ชัดเจนว่าประชากรที่อยู่ในรัศมี 5 กิโลเมตร จากสถานีอนามัย จะสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมทรง ณ นคร และคณะ (2536) ที่พบว่าระยะทางใกล้-ไกลไม่ได้เป็นตัวกำหนดการมาใช้บริการของสถานบริการของรัฐ ซึ่งจะเห็นว่าในเรื่องของเวลาและระยะทางในการเดินทางมารับบริการที่สถานีอนามัย ผู้รับบริการจะสามารถเข้าถึงบริการทางภูมิศาสตร์ได้ง่าย (อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, 2540)

2. องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย ในมิติของผู้รับบริการ

องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม มีความแปรปรวนขององค์ประกอบสูงที่สุด คือ 10.7 2) องค์ประกอบด้านการมีปฏิสัมพันธ์ มีความแปรปรวนขององค์ประกอบ 8.7 3) องค์ประกอบด้านการเข้าบริการ มีความแปรปรวนขององค์ประกอบ 8.0 4) องค์ประกอบด้านการมีมนุษยสัมพันธ์ มีความแปรปรวนขององค์ประกอบ 7.4 5) องค์ประกอบด้านการดูแลต่อเนื่อง มีความแปรปรวนขององค์ประกอบ 6.9 6) องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน มีความแปรปรวนขององค์ประกอบ 5.4 และ 7) องค์ประกอบด้านลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ มีความแปรปรวนขององค์ประกอบ 4.2

องค์ประกอบเดิมที่ผู้วิจัยได้จากผลการศึกษานำร่อง องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย จังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ และองค์ประกอบคุณภาพบริการงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลเทพา และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางเป็นแนวทางในการวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย ในมิติของผู้รับบริการ หลังจากวิเคราะห์องค์ประกอบแล้วพบว่ายังคงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ด้าน คือ 1) องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม อาจเนื่องจากว่าจังหวัดยโสธรได้รับแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย มาดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2540 ทำให้ผู้รับบริการของสถานีอนามัยได้รับการบริการที่เป็นองค์รวมมากขึ้น จึงได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวมมากขึ้น 2) องค์ประกอบด้านการเข้าถึงบริการ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการในสถานีอนามัยเป็นผู้ที่อาศัยในชุมชนที่ใกล้กับสถานีอนามัย จึงเห็นความสำคัญของการเดินทางมารับบริการที่สถานีอนามัยด้วยความสะดวก รวดเร็ว ซึ่งเป็นการเข้าถึงบริการด้าน

สุขภาพทางภูมิศาสตร์ และการได้รับบริการที่รวดเร็วทุกชั้นตอน รวมทั้งได้มีการเข้าถึงบริการตามสิทธิบัตร จึงทำให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญของการเข้าถึงบริการ 3) องค์ประกอบด้านการมีมนุษยสัมพันธ์ เป็นองค์ประกอบที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ในการที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจในการบริการ 4) องค์ประกอบด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแนวคิดของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยเช่นเดียวกับการดูแลแบบองค์รวม และเป็นการบริการต้องเกี่ยวเนื่องกันเสมอ และ 5) องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน แสดงถึงความตื่นตัวของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อยามเจ็บป่วยจะต้องพยายามมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสุขภาพให้มากที่สุด

ยังพบว่ามียังองค์ประกอบที่สำคัญเพิ่มขึ้นอีก 2 ตัว คือ 1) องค์ประกอบด้านการมีปฏิสัมพันธ์ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการเป็นพื้นฐานของการดูแลแบบองค์รวม การที่จะได้ข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีก่อน เมื่อเข้าใจซึ่งกันและกันแล้วก็จะตัดสินใจในการรักษาที่ดี และก่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพบริการตามมา 2) องค์ประกอบด้านลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ เป็นองค์ประกอบที่มีรูปธรรมชัดเจน เมื่อผู้รับบริการไปรับบริการที่สถานีนามัย จะมีความประทับใจกับลักษณะทางกายภาพที่น่าพอใจ สามารถสร้างความมั่นใจและเต็มใจในการรักษาที่สถานีนามัยมากขึ้น

องค์ประกอบย่อยที่อธิบายองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ

1. องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด มียังองค์ประกอบย่อยจำนวน 11 ตัว ได้แก่ การดูแลผู้รับบริการ สมาชิกในครอบครัวและสิ่งแวดล้อม การดูแลทั้งด้านร่างกาย ความรู้สึกและสิ่งแวดล้อม การพูดคุยในเรื่องการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นองค์ประกอบย่อยที่สอดคล้องกับแนวคิดของ นอร์โทส และนอร์โทส (Northouse and Northouse, 1992) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2542) ขงขุทธ พงษ์สุภาพ (2542) เออร์ชิบอง (Archibong, 1999) สิดานี และเออร์วีน (Sidani and Irvine, 1999) ทักนา บุญทอง (2543) และวันดี แสงเจริญ (2543) และการเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีผู้ป่วยขาดนัด ความเข้าใจในปัญหาและรับทราบข้อมูลของผู้รับบริการ และครอบครัว การบริการไม่ได้เน้นเฉพาะโรคหรืออาการแต่จะดูรวมไปถึงปัญหานอกเหนือจากการเจ็บป่วย การดูแลที่ต่อเนื่องทั้งในและนอกสถานีนามัย การบริการด้วยความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ การได้รับการเยี่ยมบ้าน สามารถดูแลพูดคุยได้ทุกเรื่องแม้กระทั่งการกังวลใจเกี่ยวกับเศรษฐกิจ

ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวคิดของ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (2542) และวันดี แสงเจริญ (2543) และการบริการสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ได้จะสอดคล้องกับแนวคิดของโดนาเบดีน (Donabedian,1985) อัมพท จินดาวัฒนะ (2536) บรุก และบอร์กการ์ด้า (Brook and Borgardt, 1994) อนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2540) อ้างจาก Nightingle (1994) องค์กรรับรองคุณภาพบริการ สาธารณสุขประเทศแคนาดา (CCHSA, 1996) และลาร์สัน และลาร์สัน (Larsson and Larsson, 1999) ซึ่งได้กล่าวถึง การบริการสาธารณสุขของผู้ให้บริการ ควรจะสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ

จะเห็นได้ว่า การดูแลแบบองค์รวม เป็นการดูแลไม่เฉพาะการเจ็บป่วยทางร่างกาย แต่จะดูถึงจิตใจ ความรู้สึก และสิ่งแวดล้อม ทั้งบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีความรู้จัก ค้นหา เข้าใจ เห็นอกเห็นใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งการเจ็บป่วย และเรื่องอื่นไม่ว่าจะเป็นเรื่องของ เศรษฐฐานะ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในและนอกสถานีนอนามัย สามารถให้การดูแลที่สนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ ซึ่งการดูแลแบบองค์รวมนั้น จะเป็นการดูแลอย่างรอบด้าน และลึกซึ้ง ถึงสภาพจิตใจและความรู้สึก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดก็ตาม ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องเริ่มต้นจากการรู้จักชาวบ้านและชุมชนด้วยความเข้าใจอย่างแท้จริง และจำเป็นจะต้องให้บริการทั้งนอกและในสถานีนอนามัย การเยี่ยมบ้านและเยี่ยมชุมชนหรือการบริการในเชิงรุก การบริการผสมผสานและต่อเนื่อง จะมีส่วนส่งเสริมให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมได้ดี ห้ายที่สุดความศรัทธาของชุมชนต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยก็จะเกิดขึ้นตามมา แนวคิดการปฏิรูปการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัยจังหวัดยโสธร มีความต้องการให้เกิดสิ่งเหล่านี้ และตรงกับความต้องการประชาชนด้วย ดังนั้นการดูแลแบบองค์รวมจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของคุณภาพบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย

2. องค์ประกอบด้านการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญเป็นอันดับ 2 และมีความหมายถึงกระบวนการเรียนรู้ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการโดยใช้คำพูด และการมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน จะต้องแสดงออกด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกัน และผู้ให้บริการสามารถแนะนำหรืออธิบายข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และแนวทางการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพร่วมกัน ซึ่งทั้งผู้ให้และผู้รับบริการจะต้องตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยจำนวน 9 ตัว ได้แก่ การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย และแนวทางรักษา เป็นองค์ประกอบย่อยที่สอดคล้องกับแนวคิดและการศึกษาของ อะเด และแอนเดอร์สัน (Aday and Anderson, 1981) โดนาเบดีน (Donabedian,1985) อนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2540) อ้างจาก Nightingle (1994) องค์กรรับรองคุณภาพบริการสาธารณสุขประเทศแคนาดา

(CCHSA, 1996) วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539) เจนกินส์ และแคมเบลล์ (Jenkins and Campbell, 1996) วรรณฤดี ภู่ทองและพินิตา คามาพงศ์ (2540) ชาง (Chang, 1999) เอ็ดเวิร์ด และคณะ (Edwards, et al., 1999) และกลีน และคณะ (Glyn, et al., 1999) สำหรับการมีโอกาสดูถึงความต้องการบริการสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ บุญศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดน์กุล (2531) ฮอลดอล และลาครุมม์ (Hjordahl and Lacrum, 1992) ส่วนการได้รับความเข้าใจต่อปัญหาการเจ็บป่วยและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิดและการศึกษาของ ซีกอล และโกลด์ฟิงเกอร์ (Segal and Goldfinger, 1995) เออร์ชิบองค์ (Archibong, 1999) พอลล์ (Paul, 1999) และทอมลิน (Tomlin, 1999) การได้รับคำอธิบายทางเลือกของการรักษาอาการเจ็บป่วย จะสอดคล้องกับแนวคิดและการศึกษาของ บัคค์ (Buck, 1996) และมาร์แชลล์ (Marshall, 1999) การมีโอกาสดูความคิดเห็นในการรักษาการเจ็บป่วย สอดคล้องกับแนวคิด ทูมพ์ (Toop, 1998) ได้รับความสนใจ และรับฟังพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม สอดคล้องกับแนวคิดและการศึกษาของ จอสส์ และโคแกน (Joss and Kogan, 1996) การได้รับฟังคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการเลือกบริการที่เหมาะสม การได้รับคำแนะนำที่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และการเปิดโอกาสรับรู้เกี่ยวกับเครื่องมือทางการแพทย์ในการรักษาโรค

จะเห็นได้ว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นการพูดคุยสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยหรือความต้องการของผู้รับบริการ การอธิบายทางเลือกในการรักษาที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจและหาแนวทางรักษาร่วมกัน ผู้ให้บริการจะต้องมีความสนใจ รับฟัง และเปิดโอกาสให้ซักถาม และรับรู้เกี่ยวกับเครื่องมือในการรักษาการเจ็บป่วยด้วย องค์ประกอบด้านการมีปฏิสัมพันธ์ มีความสำคัญมากในหน้าที่จะพูดคุยให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจในเรื่องการเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่จะมีการศึกษาในระดับต่ำ และการตื่นตัวในเรื่องสุขภาพของประชาชนเป็นอีกเหตุผลหนึ่ง ที่ทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

3. องค์ประกอบด้านการเข้าถึงบริการ เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญเป็นอันดับ 3 มี องค์ประกอบย่อยจำนวน 10 ตัว ได้แก่ ความสะดวก รวดเร็วของขั้นตอนการรอรับยา ความสะดวก รวดเร็วในการทำบัตร ความสะดวก รวดเร็วของขั้นตอนการจ่ายเงิน ความสะดวก รวดเร็วในการรอตรวจ จะเห็นได้ว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการด้านการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งองค์ประกอบย่อยเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดและการศึกษาของ อะเด และแอนเดอร์สัน (Aday and Anderson, 1981) เพนชานสกี และโทมัส (Penchaskey and Thomus,

1981) โคนาบีเดียน (Donabedian, 1985) สตาร์ฟิลด์ (Strafield, 1992) บรูก และ บอร์กการ์ดต้า (Brook and Borgardta, 1994) เนตรนภา ขุมทอง และคณะ (2533) สมทรง ณ นคร และคณะ (2536) กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไชย (2539) วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539) สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2539) อนุวัฒน์ สุกชุติกุล (2540) อ่างจาก คำรง บุญยืน (2540) ชาง (Chang, 1999) กองสาธารณสุขภูมิภาค (2542) กลีโกลี และคณะ (Gregory, et al., 2000) สมชาติ ทองหิน (2543) และอังฉรา ลำไย (2543) ส่วน ค่าตรวจรักษาไม่แพง เป็นการเข้าถึงทางด้านเศรษฐกิจและการเงิน ประชาชนสามารถจ่ายได้ (Aday and Anderson, 1981 ; White, 1996) จะสอดคล้องกับแนวคิดและการศึกษาของ เนตรนภา ขุมทอง และคณะ (2533) เฮวอร์ด และคณะ (Hayward, et al., 1991) อนุวัฒน์ สุกชุติกุล (2540) อ่างจาก Nightingle (1994) บลาเซน และคณะ (Blazen, et al., 1995) วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539) เคนายีร์ และคณะ (Kenagy, et al., 1999) และสุรีย์ เขียมสุกฤกษ์ (2543) และ ความสะดวก รวดเร็ว ในการเดินทางมารับบริการ เป็นการเข้าถึงบริการทางภูมิศาสตร์ จะสอดคล้องกับแนวคิดและการศึกษาของ เพนชานสกี๊ และโทมัส (Penchaskey and Thomus, 1981) พอลต์เมอร์ (Palmer, 1983) โคนาบีเดียน (Donabedian, 1985) บราวน์ ฟรานโก้ และฮาร์ทเซน (Brown, Franco and Halzel, 1992) สตาร์ฟิลด์ (Strafield, 1992) สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2539) องค์การบริหารรองคุณภาพการบริการสาธารณสุขของประเทศแคนาดา (CCHSA, 1996) เจนกินส์ และแคมเบลล์ (Jenkins and Campbell, 1996) อนุวัฒน์ สุกชุติกุล (2540) นูเบอร์เจน (Neubergen, 1998) รุจิรา มังคละศิริ (2541) กาล์วิน และคณะ (Gavin, et al., 1999) กรัมพ์ (Grump, 1999) กรัมพ์แบค และคณะ (Grumpback, et al., 1999) เออร์แมนน์ (Oermann, 1999) ริเซนคอลลี และคณะ (Risendal, et al., 1999) กองสาธารณสุขภูมิภาค (2542) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2542) ฮอลต์ และคณะ (Holl, et al., 2000) และวันดี แสงเจริญ (2543) สำหรับการรักษา ฟรีตามการได้รับสิทธิบัตร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า สถานบริการควรจะให้บริการทุกคน ตามสิทธิ ที่พึงจะได้รับ (Millet, 1954) การได้รับการบริการฟรีตามสิทธิบัตรและเก็บเงินในรายที่ไม่มีสิทธิบัตรตามความสามารถจะจ่ายได้ เป็นการเข้าบริการด้านการเงินไม่ว่าจะเป็นคนรวยหรือคนจนก็มีความเท่าเทียมกันในการได้รับบริการที่สถานีอนามัยเหมือนกัน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2542) ผู้ให้บริการจะต้องไม่เลือกปฏิบัติ จะสอดคล้องกับแนวคิดของ กุลธน ธนาพงศธร (2530) และแนวคิดที่ว่าความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการในการที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ สำหรับการจัดระบบคิวในการให้บริการ และการขออนุญาตในการตัดคิวด้วยวาจาที่สุภาพในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดและการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2539) สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2536)

กองสาธารณสุขภูมิภาค (2542) อารี วัลยะเสรี และคณะ (2542) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล (2542) วันดี แสงเจริญ (2543) และสุรีย์ เกียมสุกฤกษ์ (2543)

จะเห็นได้ว่า การเข้าถึงบริการ เป็นความสะดวกรวดเร็วของทุกขั้นตอนการให้บริการ และ
ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ การจ่ายค่ารักษาไม่แพง การได้รับรักษาตามสิทธิบัตร
การให้บริการตามระบบคิว และการขออนุญาตลัดคิวเมื่อมีผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยรุนแรง และ
ผู้รับบริการของสถานีนามัย ส่วนใหญ่จะมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางภูมิศาสตร์
เนื่องจากระยะทางจากบ้านถึงสถานีนามัยต่ำกว่า 1 กิโลเมตร และใช้เวลาเดินทางน้อยมาก และ
มีความสะดวกในการรับบริการทุกขั้นตอน การเข้าถึงทางด้านการเงินก็มีความสำคัญมาก
เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจน อาจทำให้มีการเข้าถึงบริการน้อย

4. องค์ประกอบด้านการมีมนุษยสัมพันธ์ เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญเป็นอันดับ 4
ซึ่งหมายถึง ความสัมพันธ์ของมนุษย์ที่เอื้อต่อการอยู่ร่วมกันอย่างราบรื่น ซึ่งจะแสดงออกด้วย
คำพูด วาจา กิริยา ท่าทางที่ดี เพื่อก่อให้เกิดความพอใจแก่ผู้รับบริการ มีองค์ประกอบย่อย จำนวน
7 ตัว ได้แก่ การให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนโยน การแสดงออกถึงความคุ้นเคย การมีกิริยา
มารยาทที่ดี (อินทรา ชัยฤกษ์, 2539 ; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2540 ; อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, 2540
อ้างจาก ดำรง บุญยืน, 2540 ; รุจิรา มังคละศิริ, 2541) การแสดงออกด้วยความเคารพพิทักษ์ตามวัย
การเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ การต้อนรับด้วยอัธยาศัยไมตรีอันดี และการบริการที่เป็นกันเองของ
เจ้าหน้าที่ องค์ประกอบย่อยกลุ่มนี้ชี้ให้เห็นถึงการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ
ของสถานีนามัย เพื่อเป็นพื้นฐานของความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งจะสอดคล้องกับ
แนวคิดและการศึกษาของ เนตรนภา ขุมทอง และคณะ (2533) สุกัญญา โลจนกิจวัฒน์, วัลยา
คุโรปรกรณ์พงศ์ และสุชาติ ธิติวรรณ (2536) บรูค และบอร์กการ์ด้า (Brook and Borgardt, 1994)
กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไชย (2539) วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539) อนุวัฒน์
สุขขุติกุล (2540) โฮวี และคณะ (Howie, et al., 1999)

จะเห็นได้ว่า การมีมนุษยสัมพันธ์ เป็นการให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนโยน มีความ
คุ้นเคย มีกิริยามารยาทที่ดี การแสดงออกด้วยการเคารพพิทักษ์ของผู้รับบริการ การเอาใจใส่ การ
ต้อนรับด้วยอัธยาศัยไมตรี และมีความเป็นกันเอง ซึ่งการมีมนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ เป็นจุด
เริ่มต้นของการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ซึ่งจะต้องมีความละเอียดอ่อน เนื่องจากผู้รับ
บริการจะมีปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้สภาพจิตใจจะมีความกังวลในเรื่องการเจ็บป่วย ถ้าผู้ให้บริการ
สามารถสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดีแล้ว จะเกิดความประทับใจและพึงพอใจที่จะรับบริการในสถานี
นามัย ผลที่ตามมาก็คือจะก่อให้เกิดคุณภาพบริการเชิงสังคมอย่างแท้จริง

5. องค์ประกอบด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญเป็นอันดับ 5 มีองค์ประกอบย่อย จำนวน 7 ตัว ได้แก่ การได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อให้สถานื่อนามัยดูแลสุขภาพ (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2542 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542) การบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการลงในแฟ้มประวัติ การทำสมุดประจำตัวโรคเรื้อรังให้แก่ผู้รับบริการ เพื่อความสะดวกในการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (ลออ, 2529 ; สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2539 และ สิริพร จิรวัดน์กุลและคณะ, 2541) สำหรับการบันทึกประวัติของผู้ป่วยลงในใบส่งต่อ การให้บริการส่งต่อผู้รับบริการด้วยความรวดเร็ว การนัดติดตามและรักษาอย่างต่อเนื่อง (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2540) และการรักษาความลับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ จะสอดคล้องกับแนวคิดและการศึกษาของ ลออ (2529) โคนาบีเดียน (Donabedian, 1985) ฮอร์ดคอชท์ และเลรัม (Hjordahl and Larrum, 1992) ศูนย์ประสานงานการแพทย์และสาธารณสุข (2537) บลาเซน (Blazen, 1995) สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2539) ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (2540) ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) รุจิรา มังคละศิริ (2541) สิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ (2541) ขงยุทธ พงษ์สุภาพ (2542) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2542) สวัสดิเชนจินดา และสิทธิอมร (Asawavichienjinda and Sitthiamorn, 1999) เบรคกี และคณะ (Brekke, et al., 1999) เฮวอร์ด และคณะ (Hayward, et al., 1999) ฮอวี และคณะ (Howie, et al., 1999) เลิฟ (Love, 1999) ไรท์ (Wright, 2000) ฮอลล์ และคณะ (Holl, et al., 2000) วันดี แสงเจริญ (2543) และสุรีย์ เข็มสุกฤกษ์ (2543)

จะเห็นว่า การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของสถานอนามัย โดยมีการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการลงในแฟ้มประวัติ การทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจะต้องได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งการบันทึกข้อมูลลงในใบส่งต่อด้วยความถูกต้อง ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นผลมาจากการดูแลแบบองค์รวม คือเริ่มต้นด้วยการเข้าถึงสภาพจิตใจของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องเน้นให้เห็นความสัมพันธ์ของการรักษาที่ต่อเนื่องให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ จะต้องมีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่ดีสำหรับคนที่ขาดนัด ตลอดจนการดูแลความต่อเนื่องในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลด้วย ถ้าผู้รับบริการมีความเข้าใจถึงประโยชน์ของการรักษาอย่างต่อเนื่องแล้ว จะทำให้มีความต้องการที่จะได้รับการอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ดังนั้นองค์ประกอบการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญในการที่ทำให้การบริการมีคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัยมากขึ้น

6. องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญเป็นอันดับ 6 มีองค์ประกอบย่อย จำนวน 7 ตัว ได้แก่ การมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดบริการ (ศูนย์ประสานงานการแพทย์และสาธารณสุข, 2537 ; ทัศนาศู บุญทอง, 2543) การได้มีโอกาสพูดคุยถึงความต้องการบริการสุขภาพ การให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การได้มีโอกาสประเมินคุณภาพบริการ การร่วมกันแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วย และการได้ร่วมกันบริจาคเงินเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ ซึ่งกลุ่มองค์ประกอบย่อยนี้จะสอดคล้องกับแนวคิดและการศึกษาของ ศูนย์ประสานงานการแพทย์และสาธารณสุข (2537) ทูพท์ (Toop, 1998) รุจิรา มังคละศิริ (2541) กรูมพ์ (Grump, 1999) โซเฮลลา (Sokhela, 1999) ทอมลิน (Tomlin, 1999) ฮอลล์ (Holl, et al., 2000) วันดี แสงเจริญ (2543) และสุริย์ เขียมสุกฤกษ์ (2543)

จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นการที่ประชาชนได้ร่วมออกความคิดเห็นต่อการจัดบริการ และให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน และสามารถบอกถึงความต้องการบริการสุขภาพได้ มีการตัดสินใจร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยได้ ตลอดจนมีส่วนร่วมในการบริจาคเงิน เพื่อสนับสนุนการจัดบริการของสถานอนามัย จะเห็นได้ว่า แนวคิดการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดยโสธร จะเน้นการบริการในเชิงรุกมากขึ้น ดังนั้นผู้ให้บริการจะต้องเข้าไปในชุมชนมากขึ้น และพยายามที่จะกระตุ้นให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่ให้มากขึ้น จะทำให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน และสำคัญที่สุดเป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สถานอนามัยและชุมชน ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพทั้งสองฝ่ายเพื่อตอบสนองซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัยมากยิ่งขึ้น

7. องค์ประกอบด้านลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญเป็นอันดับ 7 มีองค์ประกอบย่อย จำนวน 4 ตัว ได้แก่ ความสะอาด สวยงามของอาคารสถานที่ (อินทรา ชัยฤกษ์, 2540) ความเป็นสัดส่วนของห้องให้บริการ รูปทรงอาคารเอื้อต่อการให้บริการ และห้องให้บริการมีอากาศถ่ายเท และมีแสงสว่างเพียงพอ ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวคิดและการศึกษาของ เพนชานสกี และโทมัส (Penchaskey and Thomus, 1981) สตาร์ฟีลด์ (Strafield, 1992) ฤศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไชย (2539) บลูเทิน และเวทซ์เมม (Blutein and Weinzam, 1995) อนุวัฒน์ สุขขุติกุล (2540) อ้างจาก คำรง บุญเย็น (2540) และสมชาติ ทองหิน (2543)

จะเห็นได้ว่า ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ จะเน้นถึงความพึงพอใจในด้านความสะอาด สวยงาม ความเป็นสัดส่วน อากาศถ่ายเท และมีแสงสว่างเพียงพอภายในห้องให้บริการและอาคารสถานที่ทั่วไป เพื่อให้เอื้อต่อการบริการสุขภาพ จะเห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการจัดบริการสุขภาพที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน หรือสามารถบอกได้ว่าเป็นคุณภาพบริการที่สามารถจับต้องได้ (tangible quality) (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2542) ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ความประทับใจ มั่นใจในการรักษาที่สถานอนามัยมากขึ้น ดังนั้นจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของคุณภาพบริการเชิงสังคม ด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย

สรุปทบทวน และข้อคิดเห็นที่ได้จากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถสรุปทบทวน และข้อคิดเห็น ที่ได้จากการทำวิจัย เกี่ยวกับการจัดระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย เพื่อให้ผู้บริหารระดับจังหวัด และผู้ที่เกี่ยวข้องพิจารณาในการแก้ไขปัญหา และพัฒนาการบริการระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย จังหวัดยโสธร ให้มีคุณภาพบริการมากขึ้น ดังนี้

1. การจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย มีองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่ง คือ บุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้บริการ ดังนั้นการที่จะสนับสนุนให้บุคลากรทำงานได้อย่างมีคุณภาพนั้นควรจะต้องคำนึงถึง จำนวนบุคลากรจะต้องเพียงพอ จะต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงานกับชุมชน และจะต้องมีบุคลิกลักษณะเฉพาะตัว คือ เข้าหน้าที่สถานอนามัย ควรจะต้องรักและเข้าใจชุมชนมากพอสมควร เพื่อที่จะสามารถเข้าใจปัญหาของชุมชนได้ดี สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงกับความต้องการของชุมชน และสามารถสร้างความศรัทธาให้แก่ชุมชน ตลอดจนการได้รับความร่วมมือในการจัดกิจกรรมต่างๆเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพบริการมากยิ่งขึ้น

2. ลักษณะการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย ให้แก่ประชาชนในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่ประชาชนจะมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ค่อยดี ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อย แต่ทุกคนมีสิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของภาครัฐเท่าเทียมกัน ควรจะต้องได้รับการขึ้นทะเบียนสิทธิบัตร สปร. ตามสภาพความเป็นจริง และลักษณะการจัดบริการควรจะต้องเน้นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงสังคม ได้แก่ การดูแลแบบองค์รวม การมีปฏิสัมพันธ์ การเข้าถึงบริการ การมีมนุษยสัมพันธ์ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชน และลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่ดี มีคุณภาพบริการมากขึ้น และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

3. การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าชุมชนยังมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสุขภาพน้อย แต่มีบางชุมชนที่มีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ แต่ยังคงขาดการมองเห็นความสำคัญจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะส่งเสริมชุมชนนั้นให้มีการพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนได้เอง และให้ความร่วมมือในการจัดบริการด้านสุขภาพ ดังนั้นเจ้าหน้าที่จะต้องกระตุ้นและให้ความสำคัญกับประชาชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือมากขึ้น

4. การนิเทศ ติดตาม และประเมินผล การที่จะจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย ได้อย่างมีคุณภาพ และต่อเนื่องนั้น ควรจะต้องมีทีมนิเทศ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ และมีกระบวนการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ และมีความยั่งยืนมากขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคม ด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยจังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยจังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการ ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างคือผู้รับบริการของสถานีนามัย จำนวน 400 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นและเลือกตัวอย่างโดยการเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือเป็นผู้รับบริการที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีนามัย และเป็นผู้รับบริการของสถานีนามัยทุกแห่ง จำนวน 31 แห่ง ในอำเภอที่ดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดยโสธรปี 2540 จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ ค้อวัง ทราชมูล และมหาชนะชัย ซึ่งใช้วิธีคำนวณหาสัดส่วนในภาพรวมของสถานีนามัยและอำเภอ ได้แก่ อำเภอค้อวัง ได้จำนวนตัวอย่าง 65 คน อำเภอทราชมูล ได้จำนวนตัวอย่าง 95 คน และอำเภอมหาชนะชัย ได้จำนวนตัวอย่าง 240 คน และดำเนินการเก็บข้อมูล ในระหว่างวันที่ 1 - 30 กันยายน พ.ศ. 2543 ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ใช้การเลือกตัวอย่างผู้รับบริการของสถานีนามัยในอำเภอที่ดำเนินการ ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และเลือกแบบมีมติอำเภอละ 2 คน รวมเป็นจำนวน 6 คน

สำหรับเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษานำร่องเรื่อง องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยด้านผู้รับบริการ และจากผลการศึกษาคุณภาพบริการงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลเทพาในมิติของผู้ให้และผู้รับบริการ รวมทั้งจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้าน ได้แก่ การดูแลแบบองค์รวม การดูแลแบบต่อเนื่อง การดูแลแบบผสมผสาน การเข้าถึงบริการ การมีมนุษยสัมพันธ์ การได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน และการมีส่วนร่วมของประชาชน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษานำร่องนั้น สร้างแนวคำถามแบบมีโครงสร้าง โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแต่ละองค์ประกอบ .73 - .96 ทั้งฉบับ .78 การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของ

โดยวิธี principal components analysis (PCA) หมุนแกนแบบอโรโกนอล ด้วยวิธีวาริแมกซ์ ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสัมคมด้านการบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิของสถานอนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ

ผลการวิจัย พบว่า องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสัมคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ มี 7 องค์ประกอบ มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 55 ตัว และมีค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบร่วมกันเท่ากับร้อยละ 51.3 ซึ่งเรียงลำดับตามน้ำหนักขององค์ประกอบ จากมากไปหาน้อย ได้แก่ องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม องค์ประกอบด้านการมีปฏิสัมพันธ์ องค์ประกอบด้านการเข้าถึงบริการ องค์ประกอบด้านการมีมนุษย์สัมพันธ์ องค์ประกอบด้านการดูแลต่อเนื่อง องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน และองค์ประกอบด้านลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ

1. องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม มีค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบเท่ากับ 10.663 คิดเป็นร้อยละ 10.7 ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยจำนวน 11 ตัว ตามลำดับน้ำหนักจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การดูแลผู้รับบริการ สมาชิกในครอบครัว และสิ่งแวดล้อม การดูแลทั้งด้านร่างกาย ความรู้สึกและสิ่งแวดล้อม การพูดคุยในเรื่องการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม การเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีผู้ป่วยขาดนัด ความเข้าใจในปัญหาและรับทราบข้อมูลของผู้รับบริการและครอบครัว การบริการไม่ได้เน้นเฉพาะโรคหรืออาการแต่จะดูรวมไปถึงปัญหานอกเหนือจากการเจ็บป่วย การดูแลที่ต่อเนื่องทั้งใน และนอกสถานอนามัย การบริการด้วยความเข้าใจที่นอกเหนือใจ การได้รับการเยี่ยมบ้าน การบริการสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ และการพูดคุยได้ทุกเรื่องแม้กระทั่งความกังวลใจเกี่ยวกับเศรษฐกิจ

2. องค์ประกอบด้านการมีปฏิสัมพันธ์ มีค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบ เท่ากับ 8.716 คิดเป็นร้อยละ 8.7 ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยจำนวน 9 ตัว ตามลำดับน้ำหนัก องค์ประกอบจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยและแนวทางรักษา การมีโอกาสพูดถึงความต้องการบริการสุขภาพ ได้รับความเข้าใจต่อปัญหาการเจ็บป่วยและหาแนวทาง

แก้ไขร่วมกัน ได้รับคำอธิบายทางเลือกของการรักษาการเจ็บป่วย มีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการรักษาการเจ็บป่วย ได้รับความสนใจรับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ซักถาม ได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการเลือกบริการที่เหมาะสม การได้รับคำแนะนำที่ดีสามารถนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และการเปิดโอกาสให้รับรู้เกี่ยวกับเครื่องมือทางการแพทย์ในการรักษา

3. องค์ประกอบด้านการเข้าถึงบริการ มีค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบเท่ากับ 8.046 คิดเป็นร้อยละ 8.0 ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยจำนวน 10 ตัว ตามลำดับน้ำหนักขององค์ประกอบ จากมากไปหาน้อย ได้แก่ ความสะดวก รวดเร็วของขั้นตอนการรอรับยา ความสะดวก รวดเร็วในการทำบัตร ความสะดวก รวดเร็วของขั้นตอนการจ่ายเงิน ความสะดวก รวดเร็วในการรอตรวจ การได้รักษาฟรีตามการได้รับสิทธิบัตร การเก็บเงินในรายที่ไม่มีสิทธิบัตรตามความสามารถที่จะจ่ายได้ ค่าตรวจรักษาที่สถานีนอามัยไม่แพง และความสะดวก รวดเร็ว ในการเดินทางมารับบริการยังสถานีนอามัยการจัดระบบคิวในการให้บริการ และการขออนุญาตในการตัดคิวด้วยวาจาที่สุภาพในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง

4. องค์ประกอบด้านการมีมนุษยสัมพันธ์ มีค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบเท่ากับ 7.386 คิดเป็นร้อยละ 7.4 ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยจำนวน 7 ตัว ซึ่งเรียงลำดับตามน้ำหนักขององค์ประกอบ จากมากไปหาน้อย ได้แก่ การให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนโยน การแสดงออกถึงความคุ้นเคย กิริยามารยาทที่ดี การแสดงออกด้วยความเคารพสิทธิตามวัยต่อผู้รับบริการ การเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ การต้อนรับด้วยอัธยาศัยไมตรีอันดี และการบริการที่เป็นกันเองของเจ้าหน้าที่

5. องค์ประกอบด้านการดูแลแบบต่อเนื่อง มีค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบ เท่ากับ 6.892 คิดเป็นร้อยละ 6.9 ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยจำนวน 7 ตัว ซึ่งเรียงลำดับตามน้ำหนักขององค์ประกอบ จากมากไปน้อย ได้แก่ การได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อให้สถานีนอามัยดูแลสุขภาพ การบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการลงในแฟ้มประวัติ การได้ทำสมุดประจำตัวโรคเรื้อรัง เพื่อความสะดวกในการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยลงในใบส่งต่อการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษายังสถานบริการอื่นอย่างรวดเร็ว การนัดเพื่อติดตามและรักษาอย่างต่อเนื่อง และการรักษาความลับในการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ

6. องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน มีค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบเท่ากับ 5.364 คิดเป็นร้อยละ 5.4 ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยจำนวน 7 ตัว ซึ่งเรียงลำดับตามน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อย ได้แก่ การมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดบริการ การได้มีโอกาสพูดคุยถึงความต้องการบริการสุขภาพ การให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน การได้มีโอกาสประเมินคุณภาพบริการของสถานีนอนมัย การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การร่วมกันแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยผู้รับบริการ และการได้ร่วมกันบริจาคเงินเพื่อใช้สนับสนุนการจัดบริการ

7. องค์ประกอบด้านลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ มีค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบเท่ากับ 4.234 คิดเป็นร้อยละ 4.2 ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยจำนวน 4 ตัว ซึ่งเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ความสะอาด สวยงามของอาคารสถานที่ ความเป็นสัดส่วนของห้องให้บริการ รูปทรงอาคารเพื่อการให้บริการ และห้องให้บริการมีอากาศถ่ายเท และมีแสงสว่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารระดับจังหวัด สามารถนำไปกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบายและการวางแผนในการพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนมัย ให้มีคุณภาพบริการเชิงสังคมมากยิ่งขึ้น อาทิเช่น องค์ประกอบที่มีความสำคัญ และเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัยได้มีการปฏิบัติมากเป็นลำดับต้นๆ ซึ่งได้แก่ การดูแลแบบองค์รวม การมีปฏิสัมพันธ์ การเข้าถึงบริการ และการมีมนุษยสัมพันธ์ ผู้บริหารควรจะสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติได้มีการดำเนินงานต่อไป แต่องค์ประกอบที่ เจ้าหน้าที่สถานีนอนมัยได้ปฏิบัติน้อย ซึ่งได้แก่ การดูแลแบบต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้บริหารควรมีนโยบายที่เน้นการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนมัย ในเชิงรุกมากขึ้น กล่าวคือเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัยจะต้องเข้าหาชุมชนมากขึ้น เน้นการเยี่ยมบ้าน และการจัดระบบการติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการมากขึ้นเช่นกัน

2. ผู้ปฏิบัติ จะต้องจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย ตามองค์ประกอบที่ได้จากผลการวิจัย และตามนโยบายที่ผู้บริหารกำหนดขึ้น โดยเน้นถึงการจัดบริการเชิงรุกให้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่นนอกโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าองค์ประกอบที่ได้ เป็นองค์ประกอบที่แท้จริงของคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัยหรือไม่อย่างไร

2. ศึกษาความแตกต่างของคุณภาพบริการเชิงสังคม ด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิตามการรับรู้ของผู้รับบริการ โดยการจำแนกตามสถานีนอนามัย และการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน ว่าการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย ในมิติของผู้รับบริการ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression)

4. ควรมีการศึกษาคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย โดยการนำองค์ประกอบย่อยที่ได้จากผลการวิจัยไปศึกษาในพื้นที่อื่นๆ แล้ววิเคราะห์หาคะแนนองค์ประกอบ (z - score) แล้วนำมาปรับเป็นคะแนนมาตรฐาน สำหรับบ่งชี้ถึงคุณลักษณะของคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย ในมิติของผู้รับบริการ

5. ผลการวิจัยนี้นำไปทำวิจัย เพื่อพัฒนาเครื่องมือให้เป็นมาตรฐานในการวัดคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย ในมิติของผู้รับบริการ

6. การสร้างมาตรฐานขององค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย ในมิติของผู้รับบริการ ในแต่ละองค์ประกอบ เพื่อการจัดบริการของสถานีนอนามัยต่อไป

7. ควรนำองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัยที่ได้จากการวิจัยไปจัดบริการในสถานีนอนามัยให้มีคุณภาพ และควรมีการศึกษาวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis) วิเคราะห์สาเหตุแท้จริงที่ทำให้เกิดคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัยในมิติของผู้รับบริการ

3. ข้อเสนอแนะในด้านการศึกษา

สามารถนำเอาความรู้เรื่ององค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย บรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษา การพยาบาล นอนามัยชุมชน สาธารณสุขศาสตร์ และเวชปฏิบัติครอบครัว เพื่อเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ และสามารถนำไปใช้ภายหลังสำเร็จการศึกษา

บรรณานุกรม

กองสาธารณสุขภูมิภาค. 2542. แนวทางการปฏิบัติงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการ
ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป. ขอนแก่น : บริษัทเพ็ญพรินตติ้ง จำกัด.

กุลชน ธนาพงศ์ธร. 2530. ประโยชน์และบริการ. เอกสารชุดวิชาการบริการงานบุคคล สาขา
วิชาการจัดการ. พิมพ์ครั้งที่ 7. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไชย. 2539. ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการใช้บริการ
รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน. กรุงเทพฯ : พิมพ์โดย สถาบันวิจัยประชากรและ
สังคม.

เกรียงศักดิ์ อนุโรจน์. 2542. “ความคิดเห็นของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลภูมิ
พลอดุลยเดช”, แพทยสารทหารอากาศ, 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2542), 13-25.

คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2542. เอกสารประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้
ป่วยเรื้อรังแบบองค์รวม. (16-18 มีนาคม 2542). ขอนแก่น. (สำเนา)

ชนินทร์ เจริญกุล และคณะ. 2522. “การศึกษาพฤติกรรมการใช้และไม่ใช้บริการของรัฐในระดับ
อำเภอ”, รายงานการวิจัยของศูนย์วิจัยอนามัยชนบทสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัด
นครราชสีมา. (สำเนา)

บุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี. 2539. ผู้ป่วยเบาหวาน : การดูแลแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครปฐม :
ศูนย์อาเซียนมหิดล.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธ์. 2537. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย.
กรุงเทพฯ : พิมพ์โดย B & B Publishing.

บุญศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดน์กุล. 2531. การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประธาน หล่อเลิศวิทย์. 2541. เอกสารประกอบการประชุมภาพรวมของระบบบริการที่พึงประสงค์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). วันที่ 1 เมษายน 2541 หน้า 3-4. (สำเนา)

พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข. 2542. เอกสารประกอบการสอนนักศึกษาปริญญาโท สาขาการวิจัยเรื่องเป้าหมายการจัดระบบบริการสุขภาพ. วันที่ 9 กรกฎาคม 2542. (เอกสาร).

พรสวรรค์ พรกาญจนวงศ์. 2539. “ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล”, วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาศึกษาศาสตร์ เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. (สำเนา)

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงใหม่ล่าสุด). พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร : สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา.

ไพศาล เกื้ออรุณ. 2541. การศึกษาประเมินผลการให้บริการแบบเวชปฏิบัติครอบครัว กรณีศึกษาผู้ป่วยดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลย่านตาขาว”, วารสารวิชาการเขต 12 3 (กรกฎาคม- กันยายน 2541), 11-18.

ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ. 2542. ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข : ระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ.

ทัศนวลัย จารณศรี. 2539. “แนวทางการปรับปรุงระบบการให้บริการสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี”, วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิชาการวางแผนภาคและเมือง บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนีย์ สีลปบุตร. 2536. “รูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค”, วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกบริหาร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (สำเนา)

ทัศนาว บุญทอง. 2543. ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. สภาการพยาบาล. กรุงเทพฯ : ศิริยอดการพิมพ์.

เนตรนภา ชุมทอง และคณะ. 2533. “พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนชนบทในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ”, ในโครงการขุนหาญ : การพัฒนาระบบสาธารณสุขในระดับอำเภอ โครงการวิจัยปฏิบัติการ. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. 2540. โครงการปฏิรูประบบการให้บริการด้านสาธารณสุข: หลักการพื้นฐาน. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (อัดสำเนา)

_____. 2542. การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว : กรณีศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา. กรุงเทพฯ : บริษัท ฟรีแมก กรู๊ป จำกัด.

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ และคณะ. 2538. เอกสารประกอบการจัดอบรมผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขเขตเมืองเรื่อง Psycho-Social Care in Primary Care. สถาบันสุขภาพจิต. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

รุจิมาถ อรรถสิทธิ์. 2542. แนวคิดและหลักการพื้นฐานของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. ฝ่ายสมุนไพรรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

- รุจิรา มังกละศิริ. 2541. “การประเมินผลโครงการวิจัยและพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โรงพยาบาลนครราชสีมา”, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 1 (2541), 5-14.
- ลออ หุตางกูร. 2529. พยาบาลและการพยาบาล. มปท. (ตำนา)
- วันดี แสงเจริญ. 2543. “คุณภาพบริการงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา”, วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (ตำนา)
- วรรณฤดี ภูทอง และพนิดา ดามาพงศ์. 2540. “ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการด้านคุณภาพบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ประกันตนกับคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ประกันตนรับรู้ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร”, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 4 (2540), 298-309.
- วรรณศรี สาแสน. 2543. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการมาโรงพยาบาลของผู้ที่มีสิทธิบัตรสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลและบัตรประกันสุขภาพที่เลือกขึ้นทะเบียนกับสถานีอนามัยในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น”, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (ตำนา)
- วิฑูรย์ สิวาโชคติ. 2542. คุณภาพคือความอยู่รอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สมาคมการส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. 2539. “คุณภาพโรงพยาบาลในสายตาสู้ป่วย”, วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 4 (2539), 158-168.
- วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ. 2541. “การสำรวจสภาวะประชาชนที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2540”, ขอนแก่น : บริษัทเพ็ญพรินติ้ง.

- ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. 2541. การประเมินผลการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่
จังหวัดยโสธร : สถานการณ์ก่อนปฏิรูป. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. 2536. สานความหวังสู่ความเป็นเลิศของโรงพยาบาลรัฐ : เศรษฐศาสตร์
โรงพยาบาล. พิษณุโลก : สุรสิทธิ์กราฟิค.
- ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข. 2537. เวชปฏิบัติทั่วไปกับระบบบริการ
สาธารณสุขที่เพิ่งประสงค์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สกาวดี ดวงเด่น. 2538. “การศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร”, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (สำเนา)
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ. 2533. “โครงการขุนหาญ (การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ โครงการวิจัยปฏิบัติการ)”, กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2542. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ, คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ.
- สมชาติ ทองหิน. 2543. “การประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของสถานอนามัยจังหวัดยโสธร”, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)
- สมทรง ณ นคร และคณะ. 2536. “การประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านบริการสาธารณสุขของชาวนบจังหวัดขอนแก่น : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม”, ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (สำเนา)

สมหมาย เกิดกล้า. 2541. “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา”, วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (สำเนา)

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. 2542. เอกสารประกอบการประชุมการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้าน การเงินการคลังสาธารณสุข. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (อัดสำเนา)

สายสัมพันธ์ รัชชวัญ. 2529. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามขั้นตอนการใช้บริการที่สถานีอนามัยในโครงการบัตรสุขภาพ : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดราชบุรี”, วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต แผนกวิชาสังคมศาสตร์และการสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (สำเนา)

แสงทอง แหงมงาม. 2533. “ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยของประชาชนในชนบท จังหวัดลำปาง”, วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต วิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (สำเนา)

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. 2540. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข Health Care Reform Project. โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและรัฐบาล ยุโรป. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. 2541. โครงการวิจัยการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร (Health Care Reform in Yasothon Province) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4. ยโสธร. (อัดสำเนา)

_____. 2542. การดำเนินงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธรปี พ.ศ. 2540 – 2541. ยโสธร. (อัดสำเนา)

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2542. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541. กรุงเทพฯ.
กระทรวงสาธารณสุข : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สุกัญญา โลงนาภิวัฒน์, วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์ และสุชาติ ชิตีวรรณะ. 2536. “รายงานการวิจัยเรื่อง
เปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วยและการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้
ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์”, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขล
านครินทร์.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2532. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่6. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วน
จำกัดการพิมพ์.

สุรีย์ เขียมสุกฤกษ์. 2543. “ความคิดเห็นของผู้รับบริการจากการบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของ
โรงพยาบาลสงขลา”, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนา
ระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)

สุภัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. 2539. “สถานการณ์ของบริการสาธารณสุขระดับต้น/บริการ
ด่านแรก”, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2539), 281-291.

_____. 2542. “รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาการบริการเวชปฏิบัติทั่วไปเล่ม 2”,
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

อนุวัฒน์ สุขขุติกุล. 2540. สานความหวังสู่ความเป็นเลิศของโรงพยาบาลรัฐ : การพัฒนาคุณภาพ
บริการเพื่อความอยู่รอดของบริการสุขภาพในภาครัฐ. กรุงเทพฯ : กองโรงพยาบาลภูมิ
ภาค.

อภิชัย พันธุ์เสน และคณะ. 2541. ข้อทดลองเสนอดัชนีชี้วัดผลงานและการคำนวณงบประมาณ
สำหรับโรงพยาบาลสามระดับ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

อังฉรา ลำไย. 2543. “การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในสถานเอนามัยสองห้อง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา”, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)

อารี วัลยะเสวี และคณะ. 2542. รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

อินทิรา ชัยฤกษ์. 2540. “การศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยะลา”, วารสารวิชาการเขต 12. 8 (มกราคม-มีนาคม 2540), 15-19.

อรพินทร์ ชูชม และอังฉรา สุขารมณ์. 2543. “การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับแรงงูใจภายใน”, รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. ศรีนครินทร์วิโรฒ.

อรพินทร์ บุญนาค และอัลตรา เอนซ์. 2538. “การศึกษาความพึงพอใจและความต้องการของประชาชนต่อศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลชุมชนในสังคมกรุงเทพมหานคร”, การประเมินผลศูนย์บริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ.

โอยธุ วาริรักษ์. 2539. สู่ความเป็นเลิศในการบริการสุขภาพ. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

อำพล จินดาวัฒน์. 2536. “ทิศทางการวิจัยเพื่อพัฒนาสถานอนามัย”, วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2 (มกราคม-มีนาคม 2537), 6-40.

Aday, L.A. and Anderson, R.M. 1981. “Equity of Access to Medical Care : A Conceptual and Empirical Overview”, Medical Care. 19(2), p 560.

- Alpert J. and Charney, E. 1973. The Education of Physicians for Primary Care. Publication (HRA).
Rockvile, Md. : U.S. Department of Health, Education, And Welfare, Public Health
Service, Health Resources Administration.
- Archibong, Duak E.U. 1999. "Evaluating the Impact of Primary Nursing Practice on the
Quality of Nursing Care : A Nigeria Study", Journal of Advanced Nursing. 29
(1999), 680-689.
- Asawavichienjinda, T. and Sithiamorn C. 1999. "Structure Shared Care (long – Term
Continuity of Care) for Patients with Chronic Disease", Journal Medical
AssociateThai. 82 (february 1999), 160-166.
- Barnett, Df. and Kemp, N. 1994. The A - Z of Applied Quality for Climinal Managers in Hospitals
Great Britain. England.
- Blazen, Dan G., et al. 1995. "Health Services Access and Use among Older Adults in North
Carolina Urban VS Rural Residents", American Journal of Public Health. 85
(October 1995), 1384-1390.
- Brekke, J.S., et al. 1999. "Intensity and Continuity of Services and Functional Outcomes in the
Rehabilitation of Person with Schizophrenia", Psychiatric Services. 50 (February
1999), 248-256.
- Brook, Jacqueline and Borgardta, Irene. 1994. Total Quality in General Practice ; The Patients
Charter Oxford and New York ; Raddiffe Medical Press.
- Brown, L. D., L. M., Franco and N. R. Hazel. T. 1992. Quality Assurance of Health Care
Developing Countries. London : An Aspen Publication Company.

- Buck, D., et al. 1996. Epilepsia. BMJ. 37 (september 1996), 841-849.
- Blustein, Jan and Weitzmam, Beth C. 1995. "Access to Hospitals with High Teachnology Cardiac Review : How is race Important", American Journal of Public Health. 85 (March 1995), 345-351.
- CCHSA. 1996. Value of Accreditation. Canada.
- Chang, E., et al. 1999. "An Evaluation of the Nurse Practioner Role in a Major Rural Emergency Department", Journal of Advanced Nursing. 30 (1999), 260-268.
- Comrey, Andrew L. 1973. A First Course in Factor Analysis. New York : Academic Press.
- Crosby, P.B. 1979. Quality is free : The Art of Making Quality Certain. New York : McGraw-Hill Book Company.
- Day, Frederia A. and Leoprapai, Boolert. 1977. "Pattern of Health Utilization in Upcountry Thailand. A Report of the Research Project on the Effect of Location and Family Planning/Health Use", Institute/for Population and Social Research, Mahidol University.
- Donabedian, A. 1985. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Mem Fund Q Washington, D.C. : National Academy of Sciences.
- Edwards, Adrian., et al. 1999. "General Practice Registra Response to the use of Different Risk Communication Tools in Stimulated Consultations : A Focus Group Study", BMJ. 319 (18 September 1999), 749-752.

- Fry, John. 1978. A New Approach to Medicine : Principles and Priorities in Health Care.
Primary Care : A Special Field. England : MTP Press Limited.
- Galvin, K., et al. 1999. "Investigation and Implementing Change within the Primary Health
Care Nursing Team", Journal of Advanced Nursing. 30 (1), 238-247.
- Glyn, Elwyn., et al. 1999. "Towards a Feasible Model for Shared Decision Making : Focus
Group Study with Practice Registers", BMJ. 319 (18 September 1999.), 752-754.
- Gregory, P.M., et al. 2000. "Impact of Geographic Proximity to Cardiac Vascolarization
Services Utilization", Medical Care. 38 (January 2000), 45-47.
- Grumbach, Kavin. 1993. "Primary Care and Public Emergency Department Overcrowding",
American Journal of Public Health. 83 (March 1993), 372-378.
- _____. 1999. "Quality of Primary Care in a Large HMO According to Physician
Speciality", Health Service Research. 34 (June 1999), 485-502.
- Grump, R.L. 1999. "HRSA's Models That Work Program : Impliations for Improving Access
to Primary Health Care", Public Health Report. 114 (May-June 1999), 218-224.
- Hayward, Rodney A., et al. 1991. "Regular Source Amputation Care and Access to Health
Services", American Journal of Public Health. 81 (April 1991), 753-756.
- Holl, J.L., et al. 2000. "Evaluation of New York State's Child Health Plus : Access,
Utilization, Quality of Health Care, and Health Status", BMJ. 105 (March 2000),
711-718.

- Howie, John G.R., et al. 1999. "Quality at General Practice Consultation Cross Sectional Survey", BMJ. 319 (18 September 1999), 738-743.
- Hjordahl, Per and Lacrum, Even. 1992. "Continuity of Care in General Practice : Effect on Patient Satisfaction", BMJ. 304 (16 May 1992), 1287-1290.
- Jenkins and Campbell. 1996. "Catchment Areas in General Practice and Their Relation to Size and Quality of Practice and Deprivation : a Descriptive Study in One London Borough", BMJ. (9 November 1996), 1189-1192.
- Joss, Richard and Kogan, Maurice. 1996. "The Practice of Quality", BMJ. 312 (1 June 1996), 1428.
- Juran , J.M. 1988. Juran on Planning for Quality. New York. NY : Free-Press.
- Kenagy, John W., et al. 1999. "Service Quality in Health Care", JAMA. 281 (17 February 1999), 661-664.
- Kerlinger, Fred N. 1973. Foundations of Behaviorral Research. 2 nd. Ed. London : Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Kuy, Kegel. 1997. Basic Principles : Health Care Refrom Project. Health Care Reform Office. Ministry of Health.
- Larsson, Wilde Bodil and Larsson, Gerry. 1999. "Patents Views on Quality of Care : Do They Merely Reflect their Sense of Coherence", Journal of Advanced Nursing. 30 (1), 33-39.

- Love, M.M. 1999. "Commitment to a Regular Physician : How Long Will Patients Wait to See Their Own Physician for Acute illness?", Journal Family Practice. 48 (March 1999) ,202-207.
- McDowell, I and Newell, C. 1987. Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires. New York : Oxford University Press.
- Marshall, Martin N. 1999. "Improving Quality in General Practice : Qualitative Case Study of Barriers Faced by Health Authorities", BMJ. 319 (17 July 1999), 164-167.
- Millet, J.D. 1954. Management in the Public Service : The Quest for Effective Performance. New York : Mc Graw – Hill Book.
- Millis, J.S. 1966. The Graduate Education of Physicians. Report of the Citizen Commission on Graduate Education. Chicago : American Medical Association. P 37.
- Naylor, M.et al., 1999. "Comprehensive Home Care After Hospitalization of Elderly Patients", JAMA. (22-29 September 1999).
- Nitayarumpong, Sanguan. 1997. "Quality of Health Service" Health Care Reform : at the Frontier of Research and Policy Decisions, : Office of Health Care Refrom. p.156-157.
- Neuberger, Julia. 1998. "Primary Care : Core Values Patients' Priorities", BMJ. 317 (1998), 260-262.

- Northouse, Peter G. and Northouse, Laurel L. 1992. Communication in Health Care Relationships : In Health Communication Strategies for Health Professionals. Second edition. United States of America : Appleton & Lange Publishers.
- Oermam, M.H. 1999. "Consumers' Description of Quality Health Care", Journal Nursing Care Quality. 14 (October 1999), 47-55.
- Palmer, R. 1983. Ambulatory Health Care Evaluation : Principle and Practice. Definition Quality of Care. America : American Hospital Publishing, Inc.
- Parasuraman, A., Zeithaml, R.D. and Berry, L.L. 1985. "A Conceptual Model of Services Quality and Its Implications for Future Research", Journal of Marketing, 49 (1985), 41-50.
- Parker, A. 1974. The Dimensions of Primary Care : Blueprints for Change. In Primary Care : Where Medicine Fails. New York : John Wiley & Sons Publishers.
- Paul, Nutting A. 1999. "Practice Base Research Networks Answer Primary Care Question", JAMA. 281 (24 February 1999), 686-687.
- Penchanskey, R. and Thomas, J.W. 1981. "The Concept of Access : Definitions and Relationship to Consumer Satisfaction", Medical Care. 19 (1981), 127-140.
- Risendal, B., et al. 1999. "Influence of Health Care, Cost and Culture on Breast Cancer Screening Issue Facing Urban American Indian Women", Prevent Medical. 29 (December 1999.), 501-509.

- Rubin, H. Richard. Et al., 1996. Medical : A Primary Care Approach. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Shaw, I. 1997. "Assessing Quality in Health Care Services: Lessons from Mental Health Nursing", Journal of Advanced Nursing. 26 (4), 58-64.
- Segal, P.S. and Goldfinger, M.S. 1995. "The Quality of Psychiatric Emergency Evaluations Patient Out Comes in Country Hospitals", American Journal of Public Health. 85 (October 1995), 1429-1431.
- Starfield, Barbara. 1973. "Health Services Research : A working model", Nation England Journal Medical. 289 (1973), 132-36.
- _____. 1992. Primary care : concept, evaluation and policy. New York : Oxford University Inc.
- Sidani, Souraza and Irvine, Diane. 1999. "A Conceptual of Framework for Evaluating the Nurse Practioner Role in Acute Care Settings", Journal of Advanced Nursing. 30 (1999), 58-66.
- Sokhela, N. E. 1999. "The Integration of Comprehensive Psychiatric/Mental Health Care into the Primary Health System : Diagnosis and Treatment", Journal of Advanced Nursing. 30 (1), 299-237.
- Tabachnick, Barbara G. and Fidell, Linda S. 1983. Using Multivariate Statistics. New York : Harper & Row Publishers.
- Tomlin, Zeld., et al. 1999. "General Practitioners' Perception of Effectives Health Care", BMJ. 318 (5 June 1999), 1532-1534.

Toop, Les. 1998. "Primary Care : Core Values Patient Centred Primary Care", BMJ. 316 (1998), 1883-1883.

Van, Balen H. 1986. How to Organize First Line Health Service of the Highest Quality for the Maximization of People. Working Paper Number 4, Institute of Tropical Medicine. Belgium.

White, Robert. E. 1996. Medicine : A Primary Approach : The Role of Primary Care. Philadelphia : W.B. Saunders Company.

Wright, P.J., et al. 2000. "Delivery of Preventive Services to Older Black Patients Using Neighborhood Health centres", Journal American Geriatric Social. 48 (February 2000), 124-130.

Yamane, T. 1967. Statistics : An Introductory Analysis. Singapore : Harper International Education.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของทาโร ยามาเน่(Yamane, 1967 : 125)

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{(1 + Ne^2)}$$

โดยที่

n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องศึกษา

N = ขนาดของประชากร

E = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง สำหรับการศึกษานี้ กำหนด = 0.05

แทนค่า

$$n = \frac{120,506}{(1 + 120,506)(0.05)^2}$$

$$n = \frac{120,506}{301.27} = 399.99$$

ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 400 คน

ภาคผนวก ข.

เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูล

เรื่ององค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
ของสถานีนอนามัย จังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ

1. แบบสอบถามผู้รับบริการของสถานีนอนามัย
2. แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้รับบริการสำหรับการศึกษานำร่อง

แบบสอบถามผู้รับบริการ
การวิจัยเรื่อง คุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
ของสถานอนามัย จังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการ

เลขที่

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ประกอบด้วย

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ
1.2 ข้อมูลการมีสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาล จำนวน 3 ข้อ
1.3 ข้อมูลการรับบริการ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัยตามระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 98 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ

กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล	สำหรับผู้วิจัย
1. ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่อยู่จริงซึ่งอาจไม่ตรงกับสำเนาทะเบียนบ้านก็ได้) บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร	
2. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	4 <input type="checkbox"/>
3. อายุ.....ปี	5-6 <input type="text"/> <input type="text"/>
4. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. คู่ <input type="checkbox"/> 3. หม้าย <input type="checkbox"/> 4. หย่า/แยก	7 <input type="checkbox"/>
5. อาชีพ <input type="checkbox"/> 1. เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 2. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 3. รับจ้าง <input type="checkbox"/> 4. นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> 5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 6. กิจกม/สามเณร <input type="checkbox"/> 7. ไม่มีอาชีพ/ในปกครอง <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆระบุ.....	8 <input type="checkbox"/>
6. ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ศึกษา <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> 5. ปวช./ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 6.ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	9 <input type="checkbox"/>

		สำหรับผู้วิจัย
7. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว จำนวนบาท		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.2 ข้อมูลการมีสิทธิบัตรด้านรักษาพยาบาล		10 - 14
8. สิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการที่สถานีนอนมัย		15-16 <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1. บัตรสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย (สปร.) <input type="checkbox"/> 3. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 5. ทหารผ่านศึกและครอบครัว <input type="checkbox"/> 7. ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) <input type="checkbox"/> 9. บัตรประกันสุขภาพ (ทั่วไป) <input type="checkbox"/> 11. บัตรประกันสุขภาพ (อสม.) <input type="checkbox"/> 13. ประกันสังคม <input type="checkbox"/> 15. อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 2. เด็กอายุ 0-12 ปี <input type="checkbox"/> 4. ผู้พิการ/ทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> 6. พระภิกษุ/สามเณร <input type="checkbox"/> 8. ผู้ทำงานและครอบครัว <input type="checkbox"/> 10. บัตรประกันสุขภาพผู้นำชุมชน <input type="checkbox"/> 12. ไม่มีสิทธิใด ๆ (ข้ามไปตอบส่วนที่2) <input type="checkbox"/> 14. ประกันเอกชน	
9. วิธีการได้มาของสิทธิบัตรตามข้อ 8		17 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1. ยื่นขอทำสิทธิบัตรเอง <input type="checkbox"/> 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ <input type="checkbox"/> 5. ผู้นำชุมชนแนะนำ <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 2. ซื้อบัตรประกันสุขภาพเอง <input type="checkbox"/> 4. อสม.แนะนำ <input type="checkbox"/> 6.ญาติ เพื่อนบ้านแนะนำ	
10. ท่านได้รับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขสิทธิบัตรตามข้อ 8 หรือไม่		18 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1. ทราบ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ		
1.3 ข้อมูลการรับบริการ		19 <input type="text"/>
1. หากท่านหรือครอบครัวเจ็บป่วยอาการไม่รุนแรงเลือกไปรับการรักษาที่ไหนเป็นอันดับแรก		
<input type="checkbox"/> 1. รักษาเองที่บ้าน <input type="checkbox"/> 3. สถานีนอนมัย <input type="checkbox"/> 5. โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 2. ชี้อาภินเอง <input type="checkbox"/> 4. หมอพื้นบ้าน <input type="checkbox"/> 6. คลินิกเอกชน	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยตามระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

คำชี้แจง โปรดอ่านคำอธิบายข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม

คำถามในส่วนนี้เป็นเรื่ององค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัยจังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการ ซึ่งมีองค์ประกอบทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลแบบองค์รวม การดูแลแบบต่อเนื่อง การดูแลแบบผสมผสาน ด้านการเข้าถึงบริการ ด้านการได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ด้านมนุษยสัมพันธ์ และด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งจะประเมินจากระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในสถานีนามัยต่อคุณภาพบริการว่าท่านมีความรู้สึกต่อข้อความที่ให้อย่างไร โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 3 หมายถึง ผู้ตอบมีระดับความพึงพอใจตามข้อความในข้อคำถามนั้นๆ ระดับมาก
 2 หมายถึง ผู้ตอบมีระดับความพึงพอใจตามข้อความในข้อคำถามนั้นๆ ระดับปานกลาง
 1 หมายถึง ผู้ตอบมีระดับความพึงพอใจตามข้อความในข้อคำถามนั้นๆ ระดับน้อย
 0 หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความพึงพอใจตามข้อความในข้อคำถามนั้นๆ

โปรดเลือกหมายเลขที่แสดงความรู้สึกของท่านให้ตรงที่สุด

องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัย	ระดับความพึงพอใจ				สำหรับผู้วิจัย
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ	
ด้านการดูแลแบบองค์รวม					
1. การบริการด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจในเรื่องการเจ็บป่วยจากเจ้าหน้าที่					32 <input type="checkbox"/>
2. การพูดคุยถึงเรื่องการเจ็บป่วยของท่านสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในขณะที่เจ้าหน้าที่ให้บริการ					33 <input type="checkbox"/>
3. การยอมรับของเจ้าหน้าที่ในเรื่องความเชื่อและความศรัทธาต่อวัฒนธรรม และประเพณีของท่าน					34 <input type="checkbox"/>
4. การดูแลท่านทั้งด้านร่างกาย ความรู้สึก และสิ่งแวดล้อม					35 <input type="checkbox"/>
5. การดูแลตัวท่าน สมาชิกในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในขณะที่เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน					36 <input type="checkbox"/>
6. ความเข้าใจในปัญหาและรับทราบข้อมูลของท่าน และครอบครัวเป็นอย่างดี					37 <input type="checkbox"/>
7. ท่านและเจ้าหน้าที่สามารถเข้าใจและตัดสินใจร่วมกันในการรักษาการเจ็บป่วยของท่าน					38 <input type="checkbox"/>
8. ท่านสามารถพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ได้ทุกเรื่องแม้กระทั่งเรื่องความกังวลใจเกี่ยวกับเศรษฐกิจ					39 <input type="checkbox"/>
9. การจัดเตรียมห้องให้บริการที่เอื้อต่อการพูดคุย ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการและญาติ					40 <input type="checkbox"/>

องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย	ระดับความพึงพอใจ				สำหรับผู้วิจัย
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ	
10. การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ต่อการเลือกรับบริการในช่วงที่มีการเจ็บป่วย					41 <input type="checkbox"/>
11. การบริการของเจ้าหน้าที่ไม่ได้เน้นเฉพาะโรคหรืออาการที่ปรากฏเท่านั้นแต่จะดูแลรวมถึงปัญหาที่นอกเหนือจากการเจ็บป่วย					42 <input type="checkbox"/>
12. เจ้าหน้าที่ได้ให้ความสำคัญกับคุณค่าด้านความเชื่อ ความศรัทธาของท่านต่อศาสนา					43 <input type="checkbox"/>
13. การบริการของเจ้าหน้าที่สามารถตอบสนองความต้องการของท่านได้ดี					44 <input type="checkbox"/>
14. การตัดสินใจร่วมกันระหว่างท่านกับเจ้าหน้าที่สามารถทำให้ท่านดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น					45 <input type="checkbox"/>
15. เจ้าหน้าที่มีความสนใจและห่วงใยต่ออาการเจ็บป่วยของท่าน					46 <input type="checkbox"/>
ด้านการดูแลแบบต่อเนื่อง					
1. ครอบครัวท่านได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อให้สถานีอนามัยแห่งนี้ดูแลสุขภาพโดยมีการบันทึกในแฟ้มประวัติครอบครัวเก็บไว้ที่สถานีอนามัย					47 <input type="checkbox"/>
2. สถานีอนามัยมีการนัดผู้รับบริการเพื่อติดตามและรักษาอย่างต่อเนื่อง					48 <input type="checkbox"/>
3. ท่านหรือครอบครัวเคยได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย					49 <input type="checkbox"/>
4. เจ้าหน้าที่ได้ส่งต่อท่านหรือครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วยรุนแรงไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่นด้วยความรวดเร็ว					50 <input type="checkbox"/>
5. เจ้าหน้าที่ได้ทำสมุดประจำตัวโรคเรื้อรังเช่น เบาหวาน ให้ในรายที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพื่อความสะดวกในการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง					51 <input type="checkbox"/>
6. การบันทึกประวัติของผู้ป่วยลงในใบส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่น					52 <input type="checkbox"/>
7. เจ้าหน้าที่ได้ให้การดูแลที่ต่อเนื่องทั้งการบริการในสถานีอนามัยและการเยี่ยมบ้าน					53 <input type="checkbox"/>

องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย	ระดับความพึงพอใจ				สำหรับผู้วิจัย
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ	
8. ความสะดวกในการบริการส่งต่อผู้ป่วย ไปยังสถานบริการอื่น					54 <input type="checkbox"/>
9. การออกติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีผู้ป่วยขาดนัด					55 <input type="checkbox"/>
10. การติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยในรายที่ เจ้าหน้าที่ได้ส่งต่อ ไปรักษายังสถานบริการอื่น					56 <input type="checkbox"/>
11. การบันทึกข้อมูลของท่านลงในแฟ้มประวัติทุก ครั้งที่มารับบริการ					57 <input type="checkbox"/>
12. เจ้าหน้าที่ได้มีการดูแลท่านตั้งแต่เริ่มต้นเจ็บ ป่วยจนกระทั่งหายป่วย					58 <input type="checkbox"/>
ด้านการดูแลแบบผสมผสาน					
1. เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการทั้งการตรวจรักษาการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ					59 <input type="checkbox"/>
2. เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการและให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยไปพร้อมๆกัน					60 <input type="checkbox"/>
3. เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการตรวจรักษาใน โรคพื้นฐานทั้งโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลัน ได้ดี					61 <input type="checkbox"/>
4. การบริการของเจ้าหน้าที่ทั้งด้านการตรวจรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟู สภาพตลอดจนการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว สามารถตอบสนองความต้องการท่านเป็นอย่างดี					62 <input type="checkbox"/>
5. เจ้าหน้าที่ให้การบริการผสมผสานหลายๆอย่าง พร้อมกันทำให้ได้รับการดูแลครบถ้วนมากขึ้น					63 <input type="checkbox"/>
6. เจ้าหน้าที่ให้การบริการผสมผสานหลายๆอย่าง พร้อมกันทำให้ลดค่าใช้จ่ายได้มากขึ้น					64 <input type="checkbox"/>
ด้านการเข้าถึงบริการ					
1. รูปทรงอาคารของสถานีอนามัยเอื้อต่อการให้บริการ					65 <input type="checkbox"/>
2. การจัดเตรียมห้องให้บริการแต่ละห้องมีความ เป็นสัดส่วน					66 <input type="checkbox"/>
3. ความสะอาด สวยงามของอาคารสถานที่					67 <input type="checkbox"/>
4. อากาศถ่ายเท และมีแสงสว่างเพียงพอ ภายใน ห้องให้บริการ					68 <input type="checkbox"/>
5. ความสะดวก รวดเร็ว ในการเดินทางมารับ บริการยังสถานีอนามัย					69 <input type="checkbox"/>
6. ความสะดวก รวดเร็วในการทำบัตร					70 <input type="checkbox"/>

องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัย	ระดับความพึงพอใจ				สำหรับผู้วิจัย
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ	
7. ความสะดวก รวดเร็วในการรอตรวจ					71 <input type="checkbox"/>
8. ความสะดวก รวดเร็วในการบริการ เจาะเลือด และตรวจปัสสาวะ					72 <input type="checkbox"/>
9. ความสะดวก รวดเร็วของขั้นตอนการจ่ายเงิน					73 <input type="checkbox"/>
10. ความสะดวก รวดเร็วของขั้นตอนการรอรับยา					74 <input type="checkbox"/>
11. ค่าตรวจรักษาที่สถานีนามัยไม่แพง					75 <input type="checkbox"/>
12. ให้บริการฟรีตามสิทธิบัตรและเก็บเงินในรายที่ ไม่มีสิทธิบัตรตามความสามารถจะจ่ายได้					76 <input type="checkbox"/>
13. สถานีนามัยมีการเปิดบริการนอกเวลาราชการ					77 <input type="checkbox"/>
14. การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการให้บริการ ของสถานีนามัย					78 <input type="checkbox"/>
15. เครื่องมือทางการแพทย์ของสถานีนามัยมี ความทันสมัย					79 <input type="checkbox"/>
16. สิ่งอำนวยความสะดวกในการนั่งรอรับบริการ					80 <input type="checkbox"/>
17. ความเชื่อมั่นในการตรวจรักษาของเจ้าหน้าที่					81 <input type="checkbox"/>
18. การให้เวลากับการตรวจรักษาโรค					82 <input type="checkbox"/>
19. ความสะอาด ปราศจากกลิ่นของห้องส้วม					83 <input type="checkbox"/>
20. เครื่องมือเครื่องใช้วางเป็นระเบียบพร้อมให้บริการ					84 <input type="checkbox"/>
21. ท่านมีความศรัทธาในการตรวจรักษาของเจ้าหน้าที่					85 <input type="checkbox"/>
22. การรักษาที่สถานีนามัยทำให้ประหยัด ค่าใช้จ่ายมากขึ้น					86 <input type="checkbox"/>
23. ความคุ้มค่าของการมารับบริการที่สถานีนามัย					87 <input type="checkbox"/>
24. เจ้าหน้าที่ประจำอยู่ในช่วงเวลาที่เปิดบริการทุกครั้ง					88 <input type="checkbox"/>
25. การให้บริการที่สามารถสนองต่อความคาดหวัง ของท่านได้ดี					89 <input type="checkbox"/>
ด้านการมีมนุษยสัมพันธ์					
1. การเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่					90 <input type="checkbox"/>
2. กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่					91 <input type="checkbox"/>
3. ความพร้อมของเครื่องมือทางการแพทย์ใน การให้บริการ					92 <input type="checkbox"/>
4. การแสดงออกถึงความคุ้นเคยของเจ้าหน้าที่					93 <input type="checkbox"/>
5. เจ้าหน้าที่ซักถามซักประวัติท่าน โดยไม่รีบร้อน					94 <input type="checkbox"/>
6. การต้อนรับด้วยอัธยาศัยไมตรีอันดีของเจ้าหน้าที่					95 <input type="checkbox"/>

องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย	ระดับความพึงพอใจ				สำหรับผู้วิจัย
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ	
7. การแนะนำขั้นตอนการรับบริการอย่างชัดเจน ของเจ้าหน้าที่					96 <input type="checkbox"/>
8. เจ้าหน้าที่อธิบายเหตุผลของขั้นตอนการให้ บริการแก่ท่าน					97 <input type="checkbox"/>
9. การบริการที่เป็นกันเองของเจ้าหน้าที่					98 <input type="checkbox"/>
10. การพูดคุยกับท่านด้วยภาษาท้องถิ่นทำให้เข้าใจง่ายขึ้น					99 <input type="checkbox"/>
11. การซักประวัติของท่านด้วยความเห็นอกเห็นใจ					100 <input type="checkbox"/>
12. การให้บริการแก่ท่านด้วยความสุภาพ อ่อนโยน					101 <input type="checkbox"/>
13. การแสดงออกด้วยความเคารพสิทธิตามวัยของท่าน					102 <input type="checkbox"/>
14. การรักษาความลับในการเจ็บป่วยของท่านเป็นอย่างดี					103 <input type="checkbox"/>
15. การประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรับบริการ ตรวจรักษาโรคและการส่งเสริมสุขภาพอย่างละเอียด					104 <input type="checkbox"/>
16. การบริการเอกสารวิชาการเกี่ยวกับโรคไว้ให้ ผู้รับบริการและญาติอ่าน ด้านลาได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน					105 <input type="checkbox"/>
1. การให้บริการแก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่เลือกปฏิบัติ					106 <input type="checkbox"/>
2. การจัดระบบคิวในการให้บริการของเจ้าหน้าที่					107 <input type="checkbox"/>
3. การขออนุญาตในการคัดคิวด้วยวาจาที่สุภาพ ในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง					108 <input type="checkbox"/>
4. การรักษาฟรีแก่ผู้รับบริการตามการได้รับสิทธิบัตร					109 <input type="checkbox"/>
5. เจ้าหน้าที่การจ่ายยาเดียวกันถ้ามีการเจ็บป่วย ด้วยโรคที่เหมือนกัน					110 <input type="checkbox"/>
6. การที่ทุกคนในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย มีสิทธิในการขึ้นทะเบียนอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่					111 <input type="checkbox"/>
7. ผู้ที่ไม่มีเงินค่ารักษาสามารถได้รับการดูแลจาก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเท่ากับคนอื่น ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน					112 <input type="checkbox"/>
1. เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ ยินดีรับฟังและเปิด โอกาสให้ท่านซักถาม					113 <input type="checkbox"/>
2. ท่านมีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการรักษา การเจ็บป่วยของท่านร่วมกับเจ้าหน้าที่					114 <input type="checkbox"/>
3. เจ้าหน้าที่ได้อธิบายทางเลือกของการรักษา อาการเจ็บป่วยของท่าน					115 <input type="checkbox"/>

องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย	ระดับความพึงพอใจ				สำหรับผู้วิจัย
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ	
4. ความเข้าใจต่อปัญหาการเจ็บป่วยและหาแนว ทางแก้ไขร่วมกันของเจ้าหน้าที่และตัวท่าน					116 <input type="checkbox"/>
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแนว ทางการรักษาอย่างละเอียด					117 <input type="checkbox"/>
6. ท่านมีโอกาสพูดถึงความต้องการบริการสุขภาพ ของท่านให้เจ้าหน้าที่รับฟัง					118 <input type="checkbox"/>
7. ท่านได้รับฟังคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการ เลือกบริการที่เหมาะสม					119 <input type="checkbox"/>
8. ท่านมีความเชื่อมั่นต่อคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เป็นอย่างดี					120 <input type="checkbox"/>
9. คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สามารถทำให้ท่าน ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง					121 <input type="checkbox"/>
10. การเปิดโอกาสรับรู้เกี่ยวกับเครื่องมือทางการ แพทย์ในการรักษาโรค					122 <input type="checkbox"/>
11. การได้ร่วมกันบริจาคเงินเพื่อใช้สนับสนุน การจัดบริการ					123 <input type="checkbox"/>
12. การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพของตนเอง					124 <input type="checkbox"/>
13. ท่านหรือครอบครัวได้มีส่วนร่วมและตัดสินใจ ในการจัดบริการของสถานีอนามัย					125 <input type="checkbox"/>
14. ท่านได้มีโอกาสประเมินคุณภาพบริการ ของสถานีอนามัย					126 <input type="checkbox"/>
15. ท่านหรือครอบครัวได้มีโอกาสพูดถึงความ ต้องการบริการสุขภาพ					127 <input type="checkbox"/>
16. การให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของ ตนเอง ครอบครัว และชุมชน					128 <input type="checkbox"/>
17. การร่วมกันแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยได้เป็น อย่างดีระหว่างเจ้าหน้าที่และตัวท่านเอง					129 <input type="checkbox"/>

แนวคำถามสัมภาษณ์ผู้รับบริการของสถานือนามัยในการศึกษานำร่อง
วิจัยเรื่อง คุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
ของสถานือนามัย จังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นและความเข้าใจ “ความหมายคุณภาพบริการ” และ
“องค์ประกอบคุณภาพบริการ” สาธารณสุขระดับปฐมภูมิในสถานือนามัย

การดูแลสุขภาพ

- เมื่อมีการเจ็บป่วยท่านดูแลสุขภาพอย่างไร.....
- เมื่อมีการเจ็บป่วยไม่รุนแรงท่านรับการรักษาที่ไหน.....
เพราะเหตุใด.....
- เมื่อมีการเจ็บป่วยรุนแรงท่านรับการรักษาที่ไหน.....
เพราะเหตุใด.....
- ท่านคิดว่าทำให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานือนามัยแห่งนี้เป็นอย่างไบบ้าง.....

“ความหมายคุณภาพบริการ” และ “องค์ประกอบคุณภาพบริการ” สาธารณสุขระดับ
ปฐมภูมิในสถานือนามัย

1. การดูแลแบบองค์รวม ควรจะมีลักษณะหรือองค์ประกอบอะไรบ้าง
 - การดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ
 - การดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน
 - ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ
 - การรู้จัก ค้นหาต่อเจ้าหน้าที่
 - การพูดคุยให้เวลากับการตรวจโรคและซักประวัติ
 - การใช้แฟ้มอนามัยครอบครัวในการดูแลสุขภาพ
 - การตัดสินใจร่วมกันในการรักษา
2. การดูแลแบบต่อเนื่อง ควรจะมีลักษณะหรือองค์ประกอบอะไรบ้าง
 - การขึ้นทะเบียนของประชาชนกับสถานือนามัย
 - การดูแลตั้งแต่เจ็บป่วยจนกระทั่งหาย
 - การบันทึกข้อมูล
 - ระบบการนัด
 - การเยี่ยมบ้าน
 - การส่งต่อผู้ป่วย
 - การติดตามผลการรักษา

3. การดูแลแบบผสมผสาน ควรจะมีลักษณะหรือองค์ประกอบอะไรบ้าง
 - การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ
 - การให้คำแนะนำ
 - การให้บริการทั้งในและนอกสถานีนอนามัย
 - การให้บริการทุกอย่างได้เหมือนกันของเจ้าหน้าที่
4. การเข้าถึงบริการของประชาชน ควรจะเข้าถึงบริการอะไร.....และมีลักษณะอย่างไร....
 - ลักษณะที่ตั้งและตัวอาคาร
 - เครื่องมือเครื่องใช้
 - ความสะดวกรวดเร็วของขั้นตอนบริการ(เช่น ทำบัตร ตรวจโรค จ่ายยา จ่ายเงิน)
 - เวลาของการเปิดบริการ
 - ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ
 - สิทธิบัตร
 - วิธีการจ่ายเงิน
 - การสนองต่อความต้องการของประชาชน
5. การมีมนุษยสัมพันธ์ในการบริการควรจะมีลักษณะอย่างไร
 - กิริยามารยาท
 - การต้อนรับ อภัยภัยไมตรี
 - ความเป็นกันเอง
 - การใช้ภาษา
 - การรับฟังปัญหา
 - การประชาสัมพันธ์การจัดบริการ
 - การแนะนำและอธิบายการเจ็บป่วย
6. การได้รับบริการด้วยความเท่าเทียมกันควรมีลักษณะอย่างไร
 - ความเท่าเทียมกันในการขึ้นทะเบียน
 - ดูแลทุกคน ไม่เลือกปฏิบัติ
 - ทุกคนมีการเข้าถึงบริการตามความจำเป็น
 - มีระบบคิว
 - ขั้นตอนบริการเหมือนกัน
 - การจ่ายยาเหมือนกันในโรคเดียวกัน
 - ค่าใช้จ่ายในการรักษา

7. การมีส่วนร่วมของประชาชนควรมีลักษณะอย่างไรบ้าง

- แสดงความคิดเห็นต่อการจัดบริการ
- มีโอกาสรับรู้เรื่องการเจ็บป่วย การรักษาโรค เครื่องมือในการตรวจรักษา
- การเลือกวิธีการรักษา
- การร่วมประชุม
- การร่วมบริจาคเงินให้แก่สถานีนอนามัย
- มีโอกาสพูดถึงความต้องการการบริการ
- การให้ความร่วมมือแก่เจ้าหน้าที่

8. ท่านมีความพึงพอใจต่อการบริการของเจ้าหน้าที่หรือไม่....อย่างไร.....

9. ในการมารับบริการที่สถานีนอนามัยท่านคิดว่าได้รับบริการที่มีคุณภาพหรือไม่อย่างไร...

10. “คุณภาพบริการ” ตามความคิดเห็นของท่านหมายถึงอะไร.....มีลักษณะอย่างไร.....
ควรจะมีองค์ประกอบอะไรบ้าง.....

ภาคผนวก ค.

ตาราง 14 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับ
ปฐมภูมิของสถานีอนามัย จังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ

องค์ประกอบ	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น	
	ทดลองใช้ (n=30)	ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (n=400)
ด้านการดูแลแบบองค์รวม	.91	.91
ด้านการดูแลแบบต่อเนื่อง	.88	.89
ด้านการดูแลแบบผสมผสาน	.73	.88
ด้านการเข้าถึงบริการ	.89	.91
ด้านการมีมนุษยสัมพันธ์	.84	.92
ด้านการได้รับความเท่าเทียมกัน	.74	.86
ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน	.96	.93
ทั้งฉบับ	.78	.98

ภาคผนวก ง.

1. ความสัมพันธ์ของลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. คำน้่าหนักองค์ประกอบและค่าการร่วมกันขององค์ประกอบคุณภาพบริการ
เชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนามัย จังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับ
บริการ
3. แบบวัดคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของ
สถานีนามัยจังหวัดยโสธรในมิติของผู้รับบริการที่ได้จากผลการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ของลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาต่อการใช้บริการเมื่อมีการเจ็บป่วยไม่รุนแรง และรุนแรงของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษา	เจ็บป่วยไม่รุนแรง (n = 400)				P - value	เจ็บป่วยรุนแรง (n = 400)				P - value
	ดูแลตนเอง	สถานีอนามัย	โรงพยาบาล	รวม		ดูแลตนเอง	สถานีอนามัย	โรงพยาบาล	รวม	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
ต่ำกว่ามัธยฐาน	36(12.4)	253(87.2)	1(0.3)	290 (72.8)	.009*	8(2.8)	129(44.5)	153(52.8)	290 (72.5)	.096
สูงกว่ามัธยฐาน	12(10.9)	93(84.5)	5(4.5)	110 (27.5)		1(0.9)	39(35.5)	70(63.6)	110 (27.5)	

* p < .05

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาต่อการใช้บริการด้านรักษาพยาบาลกับการใช้บริการเมื่อมีการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	เจ็บป่วยไม่รุนแรง (n = 400)				P - value	เจ็บป่วยรุนแรง (n = 400)				P - value
	ดูแลตนเอง	สถานีอนามัย	โรงพยาบาล	รวม		ดูแลตนเอง	สถานีอนามัย	โรงพยาบาล	รวม	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
มีลักษณะ	14(10.4)	120(88.9)	1(0.7)	135 (33.8)	.497	2(1.5)	63(46.7)	70(51.9)	135 (33.8)	.342
จ่ายเงินเอง	34(12.8)	226(85.3)	5(1.9)	265 (66.3)		7(2.6)	105(39.6)	153(57.7)	265 (66.3)	

* p < .05

ตาราง 17 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการใช้บริการเมื่อมีการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

รายได้	เจ็บป่วยไม่รุนแรง (n = 400)				P - value	เจ็บป่วยรุนแรง (n = 400)				P - value
	ดูแลตนเอง	สถานเอนามัย	โรงพยาบาล	รวม		ดูแลตนเอง	สถานเอนามัย	โรงพยาบาล	รวม	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<2,000	32(11.3)	248(87.9)	2(0.7)	282 (70.5)	.026*	7(2.5)	126(44.7)	149(52.8)	282 (70.5)	.142
2,001-6,000	15(16.0)	77(81.9)	2(2.1)	94 (23.5)		2(2.1)	37(39.4)	55(38.5)	94 (23.5)	
>6,000	1(4.2)	21(87.5)	2(8.3)	24(6.0)		0(0.0)	5(20.8)	19(79.2)	24(6.0)	

* p < .05

ตาราง 18 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการเมื่อมีการเจ็บป่วย การมีสิทธิบัตรด้านรักษาพยาบาล และเหตุผลของการมารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง

การใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย	การมีสิทธิบัตร	เหตุผล (n = 400)			รวม	p-value
		สะดวกรวดเร็ว	ราคาไม่แพง	เครื่องมือ/เจ้าหน้าที่พร้อม		
		N(%)	N(%)	N(%)		
เจ็บป่วยไม่รุนแรง	มีสิทธิบัตร	126(33.8)	5(3.7)	3(2.2)	134(34.0)	.212
	จ่ายเอง	247(95.0)	12(4.6)	1(0.4)	260(66.0)	
เจ็บป่วยรุนแรง	มีสิทธิบัตร	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	1.000
	จ่ายเอง	4(80.0)	0(0.0)	1(20.0)	5(83.3)	

* p < .05

ตาราง 19 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุข							Community (h ²)
	1	2	3	4	5	6	7	
50. ความเชื่อมั่นในการตรวจรักษาของเจ้าหน้าที่								.499
51. การให้เวลากับการตรวจรักษาโรค								.504
52. ความสะอาด ปราศจากกลิ่นของห้องส้วม								.515
53. เครื่องมือเครื่องใช้วางเป็นระเบียบพร้อมให้บริการ								.479
54. ท่านมีความศรัทธาในการตรวจรักษาของเจ้าหน้าที่								.422
55. การรักษาที่สถานีนอนามัยทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายมากขึ้น								.369
56. ความคุ้มค่าของการมารับบริการที่สถานีนอนามัย								.334
57. เจ้าหน้าที่ประจำอยู่ในช่วงเวลาที่เปิดบริการทุกครั้ง								.336
58. การให้บริการที่สามารถสนองต่อความคาดหวังของท่านได้ดี								.488
59. การเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่				.607				.562
60. กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่				.614				.503
61. ความพร้อมของเครื่องมือทางการแพทย์ในการให้บริการ								.412
62. การแสดงออกถึงความคุ้นเคยของเจ้าหน้าที่				.618				.585
63. เจ้าหน้าที่ซักถามซักประวัติท่านโดยไม่รีบร้อน								.543
64. การต้อนรับด้วยอัธยาศัยไมตรีอันดีของเจ้าหน้าที่				.602				.612
65. การแนะนำขั้นตอนการรับบริการอย่างชัดเจนของเจ้าหน้าที่								.580
66. เจ้าหน้าที่อธิบายเหตุผลของขั้นตอนการให้บริการแก่ท่าน								.526
67. การบริการที่เป็นกันเองของเจ้าหน้าที่				.588				.607
68. การพูดคุยกับท่านด้วยภาษาท้องถิ่นทำให้เข้าใจง่ายขึ้น								.416
69. การซักประวัติของท่านด้วยความเห็นอกเห็นใจ								.498
70. การให้บริการแก่ท่านด้วยความสุภาพอ่อนโยน				.651				.631
71. การแสดงออกด้วยความเคารพสิทธิตามวัยของท่าน				.608				.589
72. การรักษาความลับในการเจ็บป่วยของท่านเป็นอย่างดี					.507			.567

ตาราง 19 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุข							Communnality (it ^๑)
	1	2	3	4	5	6	7	
73. การประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรับบริการ ตรวจรักษาโรคและการส่งเสริมสุขภาพ อย่างละเอียด								.505
74. การบริการเอกสารวิชาการเกี่ยวกับโรคไว้ให้ ผู้รับบริการและญาติอ่าน								.474
75. การให้บริการแก่ประชาชนทุกชนอย่างเท่า เทียมกัน โดยไม่เลือกปฏิบัติ								.463
76. การจัดระบบคิวในการให้บริการของชั้นที่			.555					.493
77. การขออนุญาตในการลัดคิวด้วยวาจาที่สุภาพ ในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง			.533					.519
78. การรักษาฟรีแก่ผู้รับบริการตามการได้รับสิทธิ บัตร			.661					.576
79. เจ้าหน้าที่การจ่ายยาเดียวกันถ้ามีการเจ็บป่วย ด้วยโรคที่เหมือนกัน								.473
80. การที่ทุกคนในเขตรับผิดชอบของสถานี อนามัยมีสิทธิในการขึ้นทะเบียนอยู่ในความ ดูแลของเจ้าหน้าที่								.510
81. ผู้ที่ไม่มีเงินค่ารักษาสามารถได้รับการดูแลจาก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเท่าเทียมกับคนอื่น								.410
82. เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ ยินดีรับฟังและเปิด โอกาสให้ท่านซักถาม		.582						.546
83. ท่านมีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการรักษา การเจ็บป่วยของท่านร่วมกับเจ้าหน้าที่		.615						.549
84. เจ้าหน้าที่ได้อธิบายทางเลือกของการรักษา อาการเจ็บป่วยของท่าน		.626						.592
85. ความเข้าใจต่อปัญหาการเจ็บป่วยและหาแนว ทางแก้ไขร่วมกันของเจ้าหน้าที่และตัวท่าน		.648						.628
86. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแนว ทางการรักษาอย่างละเอียด		.721						.655
87. ท่านมีโอกาสพูดถึงความต้องการบริการสุข ภาพของท่านให้เจ้าหน้าที่รับฟัง		.654						.610
88. ท่านได้รับฟังคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ใน การเลือกบริการที่เหมาะสม		.563						.584
89. ท่านมีความเชื่อมั่นต่อคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เป็นอย่างดี								.504
90. คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สามารถทำให้ท่าน ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง		.515						.553

ตาราง 19 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุข							Community (h')
	1	2	3	4	5	6	7	
91. การเปิดโอกาสรับรู้เกี่ยวกับเครื่องมือทางการแพทย์ในการรักษาโรค		.511						.479
92. การได้ร่วมกันบริจาคเงินเพื่อใช้สนับสนุนการจัดบริการ						.608		.508
93. การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง						.756		.666
94. ท่านหรือครอบครัวได้มีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดบริการของสถานีอนามัย						.791		.691
95. ท่านได้มีโอกาสประเมินคุณภาพบริการของสถานีอนามัย						.752		.622
96. ท่านหรือครอบครัวได้มีโอกาสพูดคุยถึงความต้องการบริการสุขภาพ						.791		.719
97. การให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน						.778		.694
98. การร่วมกันแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดีระหว่างเจ้าหน้าที่และตัวท่านเอง						.674		.592

3. แบบวัดคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย จังหวัดยโสธร
ในมิติของผู้รับบริการที่ได้จากผลการวิจัย

คำชี้แจง โปรดอ่านคำอธิบายข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม คำถามในส่วนนี้เป็นเรื่ององค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย ซึ่งมีองค์ประกอบทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลแบบองค์รวม การมีปฏิสัมพันธ์ การเข้าถึงบริการ การมีมนุษยสัมพันธ์ การดูแลแบบต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชน และลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ ซึ่งจะประเมินจากระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในสถานีอนามัยต่อคุณภาพบริการว่าท่านมีความรู้สึกต่อข้อความที่ให้อย่างไร โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 3 หมายถึง ผู้ตอบมีระดับความพึงพอใจตามข้อความในข้อคำถามนั้นๆ ระดับมาก
2 หมายถึง ผู้ตอบมีระดับความพึงพอใจตามข้อความในข้อคำถามนั้นๆ ระดับปานกลาง
1 หมายถึง ผู้ตอบมีระดับความพึงพอใจตามข้อความในข้อคำถามนั้นๆ ระดับน้อย
0 หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความพึงพอใจตามข้อความในข้อคำถามนั้นๆ

โปรดเลือกหมายเลขที่แสดงความรู้สึกของท่านให้ตรงที่สุด

องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย	ระดับความพึงพอใจ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ
การดูแลแบบองค์รวม 1. ขณะเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน ได้ดูแลผู้รับบริการ สมาชิกในครอบครัว และ สิ่งแวดล้อมร่วมด้วย 2. การดูแลผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย ความรู้สึกและสิ่งแวดล้อม 3. การพูดคุยถึงเรื่องการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ สมาชิกของครอบครัว รวมทั้งเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในขณะที่เจ้าหน้าที่ให้บริการ 4. การออกติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีผู้ป่วยขาดนัด 5. ความเข้าใจในปัญหาและรับทราบข้อมูลของผู้รับบริการและครอบครัว เป็นอย่างดี 6. การบริการของเจ้าหน้าที่ไม่ได้เน้นเฉพาะโรคหรืออาการที่ปรากฏ เท่านั้นแต่ จะดูแลรวมถึงปัญหาที่นอกเหนือจากการเจ็บป่วย 7. เจ้าหน้าที่ได้ให้การดูแลที่ต่อเนื่องทั้งการบริการในสถานีอนามัยและการ เยี่ยมบ้าน 8. การบริการด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจในเรื่องการเจ็บป่วยจากเจ้าหน้าที่ 9. ผู้รับบริการหรือครอบครัวเคยได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 10. การบริการของเจ้าหน้าที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ได้ดี				

องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย	ระดับความพึงพอใจ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ
<p>11. ท่านสามารถพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ได้ทุกเรื่องแม้กระทั่งเรื่องความกังวลใจเกี่ยวกับเศรษฐกิจ</p> <p>การมีปฏิสัมพันธ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาอย่างละเอียด 2. ผู้รับบริการมีโอกาสพูดถึงความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการให้เจ้าหน้าที่รับฟัง 3. ความเข้าใจต่อปัญหาการเจ็บป่วยและหาแนวทางแก้ไขร่วมกันของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ 4. เจ้าหน้าที่ได้อธิบายทางเลือกของการรักษาอาการเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการ 5. ผู้รับบริการมีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการร่วมกับเจ้าหน้าที่ 6. เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ ยินดีรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถาม 7. ผู้รับบริการได้รับฟังคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการเลือกบริการที่เหมาะสม 8. คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สามารถทำให้ผู้รับบริการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง 9. การเปิดโอกาสรับรู้เกี่ยวกับเครื่องมือทางการแพทย์ในการรักษาโรค <p>การเข้าถึงบริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความสะดวก รวดเร็วของขั้นตอนการรับยา 2. ความสะดวก รวดเร็วในการทำบัตร 3. ความสะดวก รวดเร็วของขั้นตอนการจ่ายเงิน 4. ความสะดวก รวดเร็วในการรอตรวจ 5. การรักษาฟรีแก่ผู้รับบริการตามการได้รับสิทธิบัตร 6. ให้บริการฟรีตามสิทธิบัตรและเก็บเงินในรายที่ไม่มีสิทธิบัตรตามความสามารถที่จะจ่ายได้ 7. ค่าตรวจรักษาที่สถานีอนามัยไม่แพง 8. ความสะดวก รวดเร็ว ในการเดินทางมารับบริการยังสถานีอนามัย 9. การจัดระบบคิวในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ 10. การขออนุญาตในการลัดคิวด้วยเวลาที่ถูกต้องและมีเอกสารสนับสนุนที่รุนแรง 				

องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย	ระดับความพึงพอใจ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ
<p>การมีมนุษยสัมพันธ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การให้บริการแก่ท่านด้วยความสุภาพ อ่อนโยน 2. การแสดงออกถึงความคุ้นเคยของเจ้าหน้าที่ 3. กิริยามารยาทที่ดีของเจ้าหน้าที่ 4. การแสดงออกด้วยความเคารพสิทธิตามวัย 5. การเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ 6. การต้อนรับด้วยอัธยาศัยไมตรีอันดีของเจ้าหน้าที่ 7. การบริการที่เป็นกันเองของเจ้าหน้าที่ <p>การดูแลแบบต่อเนื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมของผู้รับบริการ ได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อให้สถานีอนามัยแห่งนี้ดูแลสุขภาพโดยมีการบันทึกในแฟ้มประวัติครอบคลุมเกือบไว้ที่สถานีอนามัย 2. การบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการลงในแฟ้มประวัติทุกครั้งที่มาใช้บริการ 3. เจ้าหน้าที่ได้ทำสมุดประจำตัวโรคเรื้อรังเช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพื่อความสะดวกในการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง 4. การบันทึกประวัติของผู้ป่วยลงในใบส่งต่อเพื่อไปรับการรักษายังสถานบริการอื่น 5. เจ้าหน้าที่ได้ส่งต่อผู้รับบริการเมื่อมีการเจ็บป่วยรุนแรงไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่นด้วยความรวดเร็ว 6. สถานีอนามัยมีการนัดผู้รับบริการเพื่อติดตามและรักษาอย่างต่อเนื่อง 7. การรักษาความลับในการเจ็บป่วยของผู้รับบริการเป็นอย่างดี <p>การมีส่วนร่วมของประชาชน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การได้มีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการบริการของสถานีอนามัย 2. การได้มีโอกาสพูดคุยถึงความต้องการบริการสุขภาพ 3. การให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัวและชุมชน 4. การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง 5. การได้มีโอกาสประเมินคุณภาพบริการของสถานีอนามัย 6. การร่วมกันแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ 7. การได้ร่วมกันบริจาคเงินเพื่อใช้สนับสนุนการจัดการบริการ 				

องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสัมผัสด้านการบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย	ระดับความพึงพอใจ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ
ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ 1. ความสะอาด สวยงามของอาคารสถานที่ 2. การจัดเตรียมห้องให้บริการแต่ละห้องมีความเป็นสัดส่วน 3. รูปทรงอาคารของสถานีอนามัยเอื้อต่อการให้บริการ 4. อาคารถ่ายเท และมีแสงสว่างเพียงพอ ภายในห้องให้บริการ				

ภาคผนวก จ.

1. **นำนักองค์ประกอบย่อยคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัย จังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ**

ตาราง 20 น้ำหนักองค์ประกอบย่อยคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับ
ปฐมภูมิของสถานอนามัย จังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ

องค์ประกอบ ย่อย	องค์ประกอบ						
	1	2	3	4	5	6	7
h32	.652	.142	.114	.243	2.926E-03	3.779E-02	.189
h33	.623	.182	6.651E-02	.196	2.875E-02	3.505E-02	3.400E-02
h34	.492	-1.426E-03	.273	.153	.183	.186	2.121E-02
h35	.646	.142	.215	9.937E-02	.117	8.631E-02	.111
h36	.676	.163	.196	5.407E-02	.134	8.358E-02	3.138E-02
h37	.692	.252	7.121E-02	7.933E-02	.177	8.907E-02	6.710E-02
h38	.449	.424	7.095E-02	-6.139E-02	.155	.159	.156
h39	.600	.226	.106	.102	.214	2.725E-02	.188
h40	.464	.146	.175	8.996E-02	.230	2.854E-02	.361
h41	.432	.324	6.484E-02	.158	.205	.108	.204
h42	.670	.171	8.465E-02	.186	5.876E-02	7.001E-02	.170
h43	.449	-6.169E-02	.222	.224	.197	.193	.129
h44	.624	.295	.166	.242	.204	.188	.150
h46	.407	.350	2.381E-03	9.039E-02	.360	.185	.120
h47	.417	.334	9.320E-02	.370	.275	6.961E-02	.124
c48	.207	.263	.119	5.445E-03	.676	-4.756E-03	7.721E-02
c49	.232	.131	4.744E-02	.225	.667	7.724E-02	9.056E-02
c50	.628	.159	8.089E-02	.146	.299	.164	9.281E-02
c52	.249	6.729E-02	.259	.216	.680	.149	.114
c53	.259	.163	.156	9.602E-02	.661	2.697E-02	.181
c54	.206	.143	.175	.230	.656	.105	4.524E-02
c55	.654	.192	.147	6.307E-02	.386	.134	4.345E-02
c56	.396	4.242E-02	.203	.123	.364	.285	.136
c57	.601	.146	.244	2.103E-02	.182	.121	3.032E-02
c58	.486	.247	.219	.142	.194	.121	3.204E-02
c59	.159	.235	.105	.121	.669	-1.558E-02	.111
c60	.395	.303	.122	.177	.377	.100	5.294E-02
i62	.326	.307	.164	.351	.355	4.349E-02	.120
i63	.273	.295	.162	.339	.432	5.519E-02	.130
i64	.421	.113	.162	.296	.370	2.439E-02	.157
i65	.407	.254	.118	.331	.280	5.278E-02	.238
i66	.390	.321	.170	.340	.183	5.596E-02	5.680E-02
i67	.314	.197	.360	.278	.252	2.261E-02	3.646E-02
a70	.100	.165	6.937E-02	-9.525E-02	2.266E-02	.256	.666
a71	.131	.110	.226	3.165E-02	8.855E-02	.186	.702
a72	.133	-8.944E-03	8.194E-02	7.241E-02	5.138E-02	1.819E-02	.740
a73	8.489E-02	2.267E-02	.323	4.573E-02	.247	2.930E-02	.636
a74	9.104E-02	3.360E-02	.684	.117	.164	5.992E-02	.247
a75	.210	-3.346E-02	.695	.147	3.868E-02	7.203E-02	4.507E-02
a76	.278	3.893E-02	.684	.127	-4.520E-02	1.330E-02	9.762E-02
a78	.382	.338	.349	4.517E-02	.224	-7.133E-02	.135
a79	.120	8.508E-02	.686	4.385E-02	1.244E-02	.116	4.866E-04
a80	6.341E-02	.144	.716	.103	3.140E-02	.179	-1.068E-02
a81	.133	9.862E-03	.630	.150	.112	2.330E-02	1.244E-02
a82	7.315E-02	-1.354E-02	.636	.119	.129	2.191E-02	3.130E-03
a83	.402	6.620E-02	.311	.214	.349	-3.702E-03	-.111

ตาราง 20 (ต่อ)

องค์ประกอบ	องค์ประกอบ						
	1	2	3	4	5	6	7
a84	.394	.193	.218	.225	.238	.133	-8.065E-02
a85	.417	.265	-2.470E-02	.191	.125	8.488E-02	.332
a86	.312	.293	2.129E-02	.241	7.906E-02	7.819E-02	.457
a87	.424	.139	6.338E-02	.445	.111	.103	.278
a88	.411	.262	.105	.474	5.551E-02	1.077E-02	.169
a89	.289	.187	-1.801E-03	.257	.281	-.103	.493
a90	.297	.127	9.225E-02	.226	.356	5.725E-02	.436
a92	.340	.251	.145	.353	.172	.137	.223
a93	8.671E-02	3.604E-02	.401	.337	.273	7.360E-02	.105
a96	.271	.109	.446	.171	6.849E-02	-1.386E-02	.140
a97	9.302E-02	.165	.394	.239	.275	3.748E-02	9.580E-02
a98	.477	.360	.237	.219	5.360E-02	.128	9.185E-02
in101	.248	6.604E-02	.307	.607	.147	8.338E-02	8.904E-02
in102	.148	7.259E-02	.304	.614	7.829E-02	3.083E-02	-4.455E-03
in103	.375	.319	-8.354E-02	.203	9.842E-02	.101	.320
in104	.183	.318	.240	.818	8.809E-02	8.781E-02	-1.317E-02
in105	.247	.421	.193	.497	8.581E-02	.135	-1.557E-03
in107	.237	.324	.290	.602	5.234E-02	1.870E-02	5.301E-02
in108	.336	.408	7.724E-02	.428	.293	.158	4.064E-02
in109	.242	.470	.154	.310	.260	.212	.118
in110	.202	.167	.268	.588	.306	.158	6.540E-02
in111	-5.113E-02	8.153E-02	.436	.413	.131	.136	.106
in112	.214	.311	.203	.494	.192	.167	8.314E-02
in113	.166	.149	.300	.681	.210	.145	5.805E-02
in114	.152	.220	.225	.608	.277	.136	4.869E-02
in115	.191	.344	.141	.322	.807	4.275E-02	.175
in117	.322	.441	.185	.246	.248	.212	7.460E-02
in118	.241	.367	9.742E-02	.295	.270	.248	.228
e119	.119	.242	.475	.296	.193	1.054E-02	.204
e120	.110	.319	.555	.179	2.267E-02	-3.916E-02	.194
e121	.189	.359	.533	.231	5.831E-02	-6.619E-03	.116
e122	2.907E-02	.258	.581	.148	.208	8.730E-02	4.254E-02
e123	.220	.407	.393	.150	.270	8.596E-02	-4.803E-02
e124	.110	.418	.228	6.838E-02	.491	.133	8.878E-02
e125	.146	.326	.473	5.198E-02	.222	5.178E-02	5.264E-02
s126	.153	.592	.185	.293	.173	.182	1.013E-02
s127	.209	.615	.142	.202	.116	.219	.106
s128	.212	.626	.174	.195	.208	.171	.120
s129	.277	.648	.112	.141	.168	.216	.156
s130	.214	.721	.125	.110	.148	.161	.117
s131	.274	.654	.108	.109	.154	.243	1.954E-02
s132	.203	.683	.174	.306	.267	.172	4.289E-03
s133	.283	.439	.169	.311	.243	.137	.163
s134	.277	.515	.115	.228	.298	.173	.161
s136	.341	.511	2.746E-02	.171	7.129E-02	.239	.113
s137	.246	9.798E-02	5.551E-02	2.138E-02	-6.861E-02	.608	.246
s138	.144	.238	9.225E-02	3.688E-02	-6.569E-04	.758	7.596E-02
s139	.180	.147	6.393E-02	7.251E-02	4.151E-02	.791	2.673E-02
s140	.153	.147	5.757E-02	4.900E-02	4.457E-02	.752	6.486E-02
s141	.184	.183	2.814E-02	.146	7.532E-02	.791	1.316E-02
s142	1.667E-02	.196	6.861E-02	.166	.119	.778	5.421E-02
s143	-3.874E-02	.223	.141	.146	.209	.674	5.693E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

ภาคผนวก ฉ.

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
รองผู้อำนวยการหลักสูตรการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ
สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี
3. นางชฎาภรณ์ ชื่นตา
นักวิชาการควบคุมโรค 7 สำนักงานโครงการประกันสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางมณีวรรณ เจริญ
วัน เดือน ปี 2 สิงหาคม 2508
สถานที่เกิด จังหวัดอุบลราชธานี

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง	วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	2530
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2536

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน	ปีที่ทำงาน
พยาบาลวิชาชีพ 6	งานแผนงาน (งานวิจัยและพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร	2539 - 2543
	โรงพยาบาลทรายมูล	2543 - ปัจจุบัน