

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

- 1.ภาวะสูงอายุและสถานการณ์สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ
- 2.การจัดบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนและการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
- 3.แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 4.แนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังและความพึงพอใจในการเข้ารับบริการสุขภาพ

1.ภาวะสูงอายุและสถานการณ์สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ

ภาวะสูงอายุ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงตามปกติของสิ่งมีชีวิตที่ปรากฏขึ้นหลังการเจริญเติบโตเต็มที่แล้วภายใต้สภาวะแวดล้อมตามลำดับเวลา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นกระบวนการซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ สังคม ภาวะความสูงอายุ เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และแปรผันตามการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของเซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะ เชื่อว่าเป็นกระบวนการที่เกิดจากปัจจัยทั้งภายในร่างกาย ได้แก่ รหัสทางพันธุกรรม(genetic programming) และจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ อันตรรกะจากสิ่งแวดล้อม และสิ่งอื่น ๆ ที่มีผล ได้แก่ ความเครียด แบบแผนการดำเนินชีวิต และสภาวะทางสังคม(จันทนา และวิไลวรรณ, 2545) ซึ่งในวัยสูงอายุร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม มากกว่าการเจริญเติบโต ความเป็นผู้สูงอายุมักจะนำมาซึ่งความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ บางรายถึงกับทุพพลภาพ ดังผลงานวิจัยในอดีตที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค(พีรสิทธิ์ และคณะ, 2542) สำหรับปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาสุขภาพ ได้แก่(วิภาวี, 2537)

- 1.ร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมโทรมลง ความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมทั้งภายในร่างกาย และภายนอกร่างกายลดลง ผู้สูงอายุจึงเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่างๆได้
- 2.ผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันต่ำลง ทำให้การหายจากโรคเป็นไปได้ลำบากและโอกาสเสียชีวิตมีสูง

3.แม้ว่าจะหายจากโรค ผู้สูงอายุก็ต้องใช้เวลา นานกว่าธรรมดา ในการที่จะกลับคืนสู่สภาพปกติ หรือบางทีอาจไม่สามารถกลับสู่สภาพปกติได้เลย ต้องกลายเป็นผู้พิการ

ในปัจจุบันสถานการณ์ทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านสุขภาพ เพราะเป็นวัยที่กำลังถดถอย ถูกโรคภัยเบียดเบียนได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และด้อยการศึกษาด้วยแล้ว จะขาดความรู้พื้นฐานในด้านการป้องกันและการรักษาสุขภาพอนามัยมาตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งจะเกิดปัญหาต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตจนเข้าสู่วัยรุ่น โดยพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเกือบทั้งหมดในปี 2537 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยครั้งใหญ่ โดยในการสำรวจครั้งนี้ได้ทำการศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองปรากฏว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลางร้อยละ 35.8 สุขภาพดีร้อยละ 31.4 สุขภาพไม่ดีร้อยละ 23 และสุขภาพดีมากเพียงร้อยละ 6.9 ในปี 2538 พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้อยละ 87 ส่วนที่ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีเพียงร้อยละ 13 เท่านั้น (วาทีนี้, 2543)

เมื่อสำรวจอาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆของผู้สูงอายุ พบว่าโรคที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุด คือ ปวดหลัง ปวดเอว ร้อยละ 68 รองลงมาคือ ไชข้ออักเสบ ร้อยละ 40 โรคความดันโลหิตสูงและโรคกระเพาะร้อยละ 21.8 เท่ากัน โรคหัวใจ ร้อยละ 13.4 ต้อกระจก ร้อยละ 11.5 ต้อเนื้อ ร้อยละ 10.4 ส่วนโรคอื่นมีน้อยลงตามลำดับ สำหรับโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ เบาหวาน ต้อกระจกตา อัมพาต/อัมพฤกษ์ ซึ่งเป็นโรคที่ค่อนข้างสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจหรือความเจริญ และพบว่าผู้สูงอายุในเมืองเป็นมากกว่าในชนบท ผู้สูงอายุในชนบทมีแนวโน้มจะเจ็บป่วยด้วยโรคปวดหลังปวดเอวมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ต้องก้มหลังเป็นเวลานาน มีผลต่อการปวดหลัง-ปวดเอวในวัยสูงอายุได้ เป็นที่น่าสนใจว่าผู้สูงอายุในชนบทเจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะสูงกว่าในเมืองอาจเป็นผลมาจากการกินยาแก้ปวด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคกระเพาะตามมา(นภาพร, จอนห์ และศิริวรรณ, 2534) และจากการศึกษา 5 อันดับโรคแรกที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดข้อ โรคหลอดเลือดหัวใจ และวัณโรคปอด คิดเป็นร้อยละ 9.7, 9.0, 4.9, 3.7, และ 3.6 ตามลำดับ(ดุสิต ,2543) และจากการศึกษาของ เพชรนภา(2543) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนการเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายในทุกกลุ่มอายุ

สำหรับการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า เฉลี่ยปีหนึ่งผู้สูงอายุจะเข้าพักรักษาตัวคนละ 1.4 ครั้ง และการเจ็บป่วยแต่ละครั้งใช้ระยะเวลาอนพักเฉลี่ยนาน 11 วัน โดยมีค่าใช้จ่าย

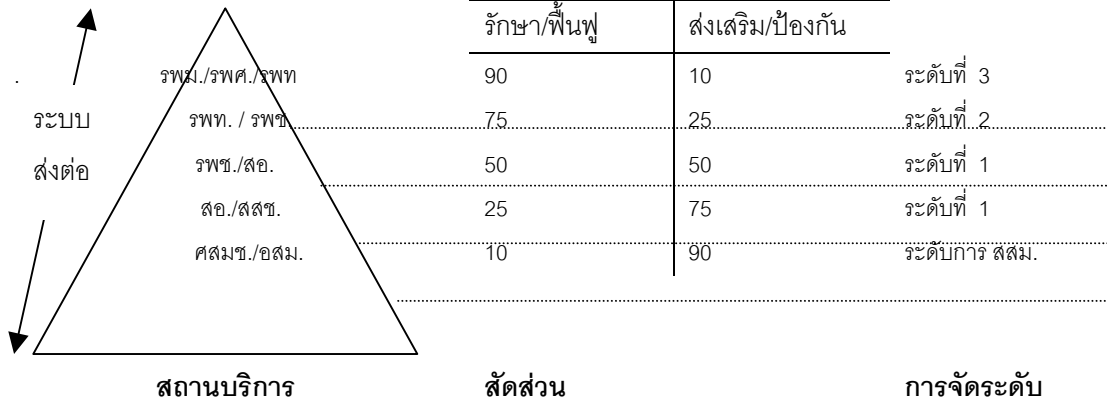
ต่อการนอนในโรงพยาบาลครั้งหนึ่งประมาณ 6,000 บาท และมีอัตราการครองเตียงถึงร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั่วประเทศ และผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะใช้เตียงเพิ่มขึ้นมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นถึง 3 เท่า(นภาพร และคณะ, 2534) และจากการศึกษาอัตราการใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า อัตราการให้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตลอด จากในปีงบประมาณ 2538 มีการให้บริการผู้ป่วยนอก 10.6 ล้านครั้งเพิ่มเป็น 15.7 ล้านครั้งต่อปี ในปี 2542 และบริการผู้ป่วยในเพิ่ม จาก 5.3 แสนรายเป็น 6 แสนรายในช่วงเดียวกัน และจำนวนวันนอนเพิ่มจาก 1.2 ล้านวัน เป็น 2.5 ล้านวัน ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายรวมของประเทศเพิ่มจาก 2,174 ล้านบาท เป็น 3,976 ล้านบาทในช่วงระยะเวลาเดียวกัน อีกทั้งสัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มจาก 3 ครั้ง/คน/ปี ในปี พ.ศ.2538 เป็น 4 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2542(สัมฤทธิ์, และคณะ, 2543)

จากปัญหาสุขภาพดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยจากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยจะใช้วิธีการดูแลตนเอง เช่น การซื้อยากินเอง การใช้ยาสมุนไพร การรักษาด้วยแพทย์แผนโบราณ ก่อนที่จะเข้าไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล

2.การจัดบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน และการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

กระบวนการจัดบริการสาธารณสุขของไทยนั้น ได้มีแนวคิดและวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์และกระแสของการเปลี่ยนแปลงของสังคม ซึ่งในอดีตที่ผ่านมา ในขณะที่แพทย์แบบตะวันตกยังไม่ได้เข้ามามีอิทธิพลด้านการรักษานั้น ประชาชนจะใช้กระบวนการแบบพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการใช้สมุนไพร การนวด หรือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อให้เกิดความสมดุลของสภาพร่างกาย อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งในส่วนนี้ที่เรามักเรียกว่า “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน” นั้นเอง แต่ในระยะต่อมา เมื่อการแพทย์แบบตะวันตกได้เคลื่อนตัวเข้ามามีอิทธิพลในวงสาธารณสุขของไทยมากขึ้น ประชาชนก็นิยมชมชอบและหันไปพึ่งระบบบริการด้านสุขภาพแบบตะวันตกกันมากขึ้น ด้วยเหตุที่เป็นสิ่งใหม่ สะดวกสบาย รักษาหายได้ในระยะเวลาอันสั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทำการแบ่งระดับของการบริการสาธารณสุขไว้ออกเป็น 3 ระดับ ดังแผนภูมิ(วสุธร, 2543)

สัดส่วนการให้บริการผสมผสาน



ภาพ 2 การจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

หมายเหตุ. จาก “อนามัยชุมชนและสาธารณสุขมูลฐาน”(หน้า 36), โดย วสุธร, 2543, ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. จัดพิมพ์ปี พ.ศ 2543 โดย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

โรงพยาบาลชุมชนจัดเป็นสถานบริการในระดับที่ 2 (secondary medical care) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพคนในชุมชนนั้นๆ เป็นสำคัญ และดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐ ที่จำเป็นต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ ในระดับที่สูงขึ้นมา เพื่อดูแลให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่ค่อนข้างรุนแรง โดยในระดับนี้จะเน้นหนักในด้านของการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเป็นส่วนใหญ่(ประมาณร้อยละ 75 ของสัดส่วนการให้บริการทั้งหมดของหน่วยงาน) ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาโรงพยาบาลชุมชนมีการพัฒนาอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงทศวรรษก่อนที่ประเทศจะประสบภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ มีการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลชุมชน จาก 543 แห่ง ในปี พ.ศ.2531 เป็น 712 แห่ง ในปี พ.ศ. 2542 คิดเป็นจำนวนเพียงรวม จาก 10,700 เตียง ในปี พ.ศ.2531 เป็น 27,180 เตียง ในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นการขยายตัวอย่างมากทั้ง อาคาร สถานที่ และเครื่องมือเครื่องมือ อีกทั้งโรงพยาบาลชุมชนมีการพัฒนางานบริการ ด้านการรักษาพยาบาลมาก ซึ่งเป็นการพัฒนาในสถาบันแบบตั้งรับและเป็นเอกเทศ(stand alone) อย่างชัดเจน มีการ พัฒนามาตรฐานบริการมากขึ้นตามลำดับ ผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มจาก 11.1 ล้านคน ในปี พ.ศ.2528 เป็น 3 เท่า คือ 33.9 ล้านคน ในปี พ.ศ.2541(อำพล, 2543) ซึ่งถือว่าเป็นหน่วยบริการที่

ทำหน้าที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ(โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545) ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยไว้รักษาหรือรักษาต่อเนื่อง และกิจการด้านการรักษาพยาบาลในรูปแบบพิเศษอื่นๆ ซึ่งในขณะนี้โรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอทั่วประเทศ(วสุธร, 2543) และเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน(Jittapulkul & Bunnag, 1999) การจัดบริการสุขภาพหรือการมีโรงพยาบาลที่ใกล้กับชุมชนนับว่ามีความสำคัญมากเนื่องจาก ประชากรผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 27 มักจะประสบปัญหาสุขภาพแบบฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาทันทีทันใดมิฉะนั้นจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตและมีความจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีอัตราการครองเตียงถึงมากกว่าร้อยละ 46(Brener & Shelly, 1998) สำหรับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนนั้น มีการจัดบริการในด้านต่างๆ ดังนี้ (นันทวัน, 2544)

1.การส่งเสริมสุขภาพ(health promotion) หมายถึง การทำให้สุขภาพของบุคคลดียิ่งขึ้นไปกว่าปกติ โดยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับอายุ การไม่เครียด การดูแลสุขภาพปากและฟัน และใส่ระวางอากาศชนิดปกติทางร่างกาย เป็นต้น

2.การป้องกันโรค(primary prevention) หมายถึง ป้องกันโรคไม่ให้เกิดขึ้นหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การป้องกันอุบัติเหตุ

3.การรักษาโรคที่เกิดขึ้น(secondary prevention) หมายถึง การตรวจสอบอาการของโรคแต่เนิ่นๆ เพื่อหยุดยั้งการดำเนินโรคไม่ให้ก้าวหน้าต่อไป โดยคัดกรองตรวจโรคเป็นระยะเมื่อเป็นโรคก็ต้องรีบรักษาให้หาย

4.การฟื้นฟูสุขภาพ(tertiary prevention) หมายถึง การฟื้นฟูสุขภาพหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีความพิการให้กลับสู่สภาพปกติให้ได้มากที่สุด

ถึงแม้ว่าจะมีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น แต่มักจะพบว่าผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จัดไว้ได้ อันเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ อีกทั้งความครอบคลุมในการให้บริการยังไม่ทั่วถึง และไม่เอื้อต่อการมารับบริการผู้สูงอายุ(นันทวัน, 2544) ซึ่งปัจจัยที่จะต้องนำมาพิจารณา คือ ปัญหาและอุปสรรคของการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุต่อไป

3.แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

รัฐบาลมีมติให้ผู้สูงอายุได้รับการงดเว้นค่ารักษาพยาบาล จากสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งครอบคลุมบริการสุขภาพมากกว่าร้อยละ 80 ของบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในประเทศ(นงพิมล, 2542) และได้มีความพยายามจัดบริการหรือกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุขึ้นเป็นจำนวนมาก เช่น คลินิกผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ และสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ แต่จากการเปรียบเทียบอัตราการใช้บริการสุขภาพและการบำบัดรักษาด้วยตนเองของผู้สูงอายุเมื่อ พ.ศ. 2531 และ พ.ศ. 2538 พบว่าผู้สูงอายุมีการซื้อยารับประทานเองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.0 เป็นร้อยละ 47.5 และมีการใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐน้อยลงจากร้อยละ 32.1 เป็นร้อยละ 10.4 สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงการบริการของรัฐที่จัดไว้ได้(Jitapulkul & Bunnag, 1997 อ้างตาม นงพิมล, 2542) ซึ่งอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่(นันทวัน, 2544)

1.การเข้าถึงบริการ ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็นได้ เนื่องจากปัญหาทางด้านการเงิน การกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างไม่เป็นธรรม ในเมืองใหญ่และพื้นที่เจริญมักจะได้รับ การจัดสรรมากกว่าพื้นที่ห่างไกล ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นอุปสรรคสำคัญที่กีดขวางไม่ให้เข้าถึงบริการที่เป็นอยู่ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ตามระบบสวัสดิการของรัฐที่จัดให้ผู้สูงอายุที่ยากจน และด้วยโอกาสนั้น ผู้สูงอายุต้องไปใช้บริการของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น และต้องไปใช้บริการตามขั้นตอนซึ่งเป็นระบบที่ซับซ้อนยากต่อความเข้าใจของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ศักยภาพของสถานบริการในระดับต้นก็ยังไม่เป็นที่พอใจจึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุข้ามขั้นตอนไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลในระดับจังหวัดหรือโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย โดยเชื่อว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพดีกว่า ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการบริการของผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย พบว่ามีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่เลือกใช้สถานอนามัยเป็นสถานบริการเมื่อเจ็บป่วยทั้งที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย(พ.ศ.2534-2544) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน และปัญหาการเข้ารับบริการส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการขาดความเชื่อมโยงของเครือข่ายในระบบส่งต่อ ซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งที่มีต่อผู้สูงอายุในการได้รับสิทธิตามสวัสดิการการรักษาพยาบาล(จรัสวรรณ, ลีวรรณ, นารัตน์ และพัสมณท์, 2540) และจากการศึกษาของเดชา(2538) พบว่าการเดินทางเป็นปัญหาหนึ่งในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลรัฐของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจึงปล่อยในเจ็บป่วยหนักก่อนที่จะเข้าไปรับบริการ

2. ลักษณะการบริการสุขภาพ โดยเฉพาะบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ยังแก้

ปัญหาไม่ตรงจุด เป็นการมุ่งแก้ปัญหาการเจ็บป่วย ด้วยการขยายคลินิกผู้สูงอายุ ตามปริมาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ทุ่มเทงบประมาณด้านการรักษา ในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยยังมีจำกัด และมีงบประมาณสนับสนุนในส่วนนี้น้อยมาก จะเห็นชัดในเรื่องการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรค ซึ่งไม่มีงบประมาณที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจร่างกายปีละ 1 ครั้ง แนวทางการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน คือ การดำเนินงานผ่านชมรมผู้สูงอายุ และการให้สุขศึกษาในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพในเชิงรุกในชุมชนโดยตรงยังไม่ชัดเจน นอกเสียจากว่าชุมชนนั้นมีความเข้มแข็ง มีการพึ่งตนเอง ประชาชนผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญก็จะดำเนินการสนับสนุนกันเองในชุมชน มีการจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาของชุติภา(2534) เกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุไทยโดยทำการศึกษา 2 กรณี คือ กรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยโดยทั่วไป และกรณีที่ผู้สูงอายุเป็นโรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยโดยทั่วไป มักจะเลือกใช้บริการจากสถานบริการประเภทอื่นๆ คือ รักษาแผนโบราณ ซึ่อยากินเอง ไม่รักษา รongลงมา คือ เลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ สถานิอนามัย และคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน แบบแผนการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยเช่นเดียวกันนี้ ก็พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว เมื่อเปรียบเทียบแบบแผนการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยระหว่างผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว มีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยแผนปัจจุบันโดยใช้บริการที่สถานพยาบาลรัฐในสัดส่วนที่สูงกว่าเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุในชนบทนั้นจะพบว่าไม่มีความแตกต่างกันมากนักในสัดส่วนของผู้ที่เจ็บป่วยโดยทั่วไป และเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว และจากการศึกษาของรัตน(2534) พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยในชนบท เลือกใช้บริการของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยในกรุงเทพและเขตเมืองอื่น และผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยไม่เรื้อรัง สำหรับกรณีที่ผู้สูงอายุเป็นโรคประจำตัว พบว่าปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและชนบท(ชุติภา, 2534)

4.แนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ

การบริการ หมายถึง การกระทำที่อำนวยความสะดวกให้ผู้ให้บริการกระทำให้กับผู้รับบริการ ทั้งนี้ ในการให้บริการนั้นอาจมีการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่างๆ หรืออาจจะเป็นการกระทำล้วนๆ โดยที่ไม่มีการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือใดๆก็ได้ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ การบริการ หมายถึงรวมทั้ง การกระทำที่มีลักษณะที่เป็นนามธรรมล้วนๆ และการกระทำที่ส่งผลให้ได้รับสิ่งของที่เป็นรูปธรรม สำหรับลักษณะของการบริการในโรงพยาบาลเป็นการบริการที่มีลักษณะเป็นนามธรรม เป็นการกระทำที่อำนวยความสะดวกให้ผู้ให้บริการมอบให้กับผู้รับบริการ ดังนั้นผู้รับบริการจึงไม่ได้รับอะไรที่เป็นรูปธรรมจากผู้ให้บริการ สิ่งที่ได้รับคือกระบวนการหรือประสบการณ์ที่ติดตัวไป การบริการในลักษณะนี้จึงต้องเริ่มจากการสร้างความน่าเชื่อถือ สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการก่อนการตัดสินใจ ประเด็นสำคัญ คือ การทำให้กลุ่มเป้าหมายได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการบริการ ซึ่งหมายถึงการสร้างความคาดหวัง (expectation) ที่ถูกต้องและเหมาะสม ในสิ่งที่พึงปรารถนาที่จะได้รับจากการบริการ เพื่อสร้างความสนใจให้มากที่สุดพอที่ผู้รับบริการจะเข้ามาใช้บริการ โดยรูปแบบการบริการจะเป็นการบริการด้านวิชาชีพ(professional services) เนื่องจากบริการเหล่านี้ต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งผู้รับบริการมักไม่สามารถระบุปัญหาหรือความต้องการที่ละเอียดและชัดเจนได้ ดังนั้นการบริการดังกล่าวจึงต้องมี มาตรฐาน และมักจะถูกควบคุมด้วยหน่วยงานในวิชาชีพนั่นเอง(พิภพ, 2543) ซึ่งผู้ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเราเรียกว่า “ผู้ป่วย” ซึ่งหมายถึง ประชาชนผู้ไปขอรับบริการด้านสุขภาพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ(วิสูตร, 2544)

สำหรับปัจจัยที่บ่งชี้ว่าบริการนั้นมีคุณภาพ มีดังต่อไปนี้(Rutten, 2003)

1. นำเชื่อถือ(reliability) การบริการต้องอยู่บนพื้นฐานของความถูกต้อง นำเชื่อถือ เช่น ความถูกต้องในการคิดค่าบริการ เป็นต้น
2. มีการรับประกันหรือรับรองคุณภาพ(assurance) ผู้ที่ให้บริการต้องมีความรู้ความสามารถ เป็นที่เชื่อถือและไว้วางใจของผู้รับบริการ
3. มีลักษณะเป็นรูปธรรม(tangible) โดยปกติการบริการมีลักษณะเป็นนามธรรม ทำให้การรับรู้คุณภาพค่อนข้างไม่ชัดเจน ดังนั้น การบริการที่ดีควรสร้างหลักฐาน(manage evidence) ให้เห็นชัดว่าบริการนั้นมีคุณภาพเป็นรูปธรรม เช่น อาคาร อุปกรณ์ เครื่องอำนวยความสะดวก และสภาพงานของบุคลากรที่ทำงาน เป็นต้น

4. มีความเห็นอกเห็นใจ(empathy) ผู้ให้บริการที่มีคุณภาพจะต้องเป็นผู้ที่เห็นอกเห็นใจผู้อื่น และกระตือรือร้นในการให้บริการผู้อื่นเต็มใจช่วยเหลือโดยไม่รังเกียจ

5. มีความรับผิดชอบ(responsiveness) มีความเต็มใจ และจริงใจที่จะให้บริการตามสัญญาที่ได้วางไว้

พรรรณี(2544) ได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับองค์ประกอบของการบริการที่ดี ตามตัวอักษรของคำว่า "service" ดังนี้

S หมายถึง Smiling & Sympathy ได้แก่ ยิ้มแย้ม เอาใจเขาใส่ใจเรา เห็นใจในความจำเป็นของผู้รับบริการ

E หมายถึง Early response ได้แก่ ตอบสนองความประสงค์ของผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว

R หมายถึง Respectful ได้แก่ แสดงออกถึงการให้เกียรติแก่ผู้รับบริการ

V หมายถึง Voluntariness manner ได้แก่ ลักษณะการให้บริการอย่างเต็มใจ

I หมายถึง Image enhancing ได้แก่ แสดงออกซึ่งการรักษาภาพพจน์ของผู้ให้บริการขององค์กร

C หมายถึง Courtesy ได้แก่ ความมีไมตรีจิตในการบริการ

E หมายถึง Enthusiasm ได้แก่ ความกระตือรือร้นในการบริการ

ลักษณะของงานบริการเป็นงานที่ค่อนข้างหนักที่จะต้องพบกับคนจำนวนมากและตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้รับบริการอยู่ตลอดเวลา ในการบริการสุขภาพ ผู้ป่วยถือเป็นผู้รับบริการที่สำคัญของโรงพยาบาล และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคาดหวังเกี่ยวกับการบริการของโรงพยาบาลใน 3 เรื่อง คือ ได้รับความสะดวกสบาย(comfort) การได้รับการดูแล(caring) และได้รับการรักษาจากโรคที่เป็น(cure) (Sreenivas & Prasad, 2003) สำหรับลักษณะการบริการที่ผู้ป่วยต้องการจากพยาบาล มี 11 ประการ ดังนี้ (Messner, 1993 อ้างตามปฐมพร, 2540)

1. รับฟังผู้ป่วย

2. ถามความต้องการของผู้ป่วย

3. อയാละเลยสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนัก

4. อയാดูแลรักษาผู้ป่วยเสมือนโรค แต่ดูแลรักษาอย่างคน

5. พุดกับผู้ป่วยไม่ใช่พุดถึงผู้ป่วย

6. เคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

7. อയാปลออยให้ผู้ป่วยรอคอย

8.อย่าสั่งให้ผู้ป่วยทำโดยไม่บอกว่าทำอย่างไร

9.ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

10.จดจำสิ่งที่ผู้ป่วยเคยเป็นได้

11.บอกผู้ป่วยถึงการดูแลที่จะได้รับ

ส่วนลักษณะการบริการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจ(Sreenivas & Prasad, 2003)

ได้แก่

1.ผู้ป่วยไม่ได้รับความสนใจกลับไปอย่างโดดเดี่ยว

2.ไม่มีใครมาสอบถามว่าเขามีปัญหาอะไรหรือต้องการอะไร

3.เจ้าหน้าที่ที่เขาพูดด้วยไม่สนใจฟังเมื่อเขาอธิบายปัญหาตัวเองให้ฟัง

4.เจ้าหน้าที่บอกว่าปัญหาของเขาเป็นเรื่องเล็กน้อย

5.ได้รับการบริการที่ช้า

6.ไม่ได้รับคำอธิบายหรือบอกกล่าว เมื่อมีการทำอะไรกับตัวเขา

7.ไม่เปิดโอกาสให้บอกเล่าหรืออธิบาย

8.สิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีความสกปรก ไม่เป็นระเบียบ

9.สิ่งแวดล้อมที่มีส่วนทำให้รู้สึกไม่สุขสบายมากยิ่งขึ้น เช่น มีเสียงเยอะ เสียงดัง

เป็นต้น

สำเร็จ(2544) ได้กล่าวถึง ระบบบริการสุขภาพที่ดี ต้องมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

1.มีมาตรฐานระบบบริการ/ดูแล(standard of care) เป็นมาตรฐานเชิงวิชาการที่จะให้การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งศาสตร์และศิลป์ ให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง และระบบการให้บริการที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งจะให้สังคมตรวจสอบได้ถึงคุณภาพของการให้บริการ รวมทั้งมีระบบรองรับบริการสุขภาพ

2.มาตรฐานของเครื่องมือ อุปกรณ์(standard of equipment) ได้แก่ มีอุปกรณ์ที่ถูกต้อง เทียงตรง และมีรถคอยรับ-ส่ง ต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

3.ทัศนคติที่ดี(attitude) บุคลากรที่ให้บริการต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ และมุ่งเน้นการให้บริการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งให้บริการที่ผู้ป่วยพึงพอใจ

สำหรับคุณภาพของการบริการทางด้านสุขภาพที่สามารถตอบสนองตามความต้องการของผู้สูงอายุ นั้น จะมีการพิจารณาในด้านต่างๆดังนี้(เฟิร์ลทรี และคณะ, 2542)

1.ด้านเวลา การให้บริการที่มีคุณภาพนั้นจะต้องดำเนินการไปด้วยความรวดเร็ว โดยที่ผู้รับบริการไม่ต้องเสียเวลาในการรับบริการนานเกินความจำเป็น โดยเฉพาะแล้วผู้สูงอายุที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ จะใช้เวลานานกว่าโรงพยาบาลชุมชน แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นเวลาเฉลี่ยที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จากการศึกษาจะใช้เวลาประมาณ 2.1 ชั่วโมง

2.ภาพพจน์และความเชื่อมั่นในเทคนิคการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแยกออกเป็นประเด็นหลักๆได้ 2 ประเด็น คือ

2.1 ทศนคติหรือความเชื่อที่ว่า บริการที่ผู้สูงอายุไปรักษาน่าจะดีกว่าสถานพยาบาลแห่งอื่น

2.2 สถานพยาบาลนั้นมีบริการที่สอดคล้องกับกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุไปรับการรักษาที่อื่นมาแล้วแต่ไม่หาย จึงได้รับการส่งต่อหรือเลือกที่จะมารับการรักษาด้วยตนเอง เพราะสถานที่ใหม่น่าจะมีความชำนาญเฉพาะทางที่สอดคล้องกับโรคหรือปัญหาสุขภาพได้ดีกว่าสถานพยาบาลเดิมที่ไปรักษามา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน ประมาณ ร้อยละ 21 มาใช้บริการด้วยความเชื่อที่ว่าโรงพยาบาลชุมชนนั้นให้บริการสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพ ประมาณร้อยละ 23 มองว่าโรงพยาบาลชุมชนรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ได้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการให้ความรู้ทางด้านสุขศึกษาและการปฏิบัติตนไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล ความรู้ที่ว่าครึ่งหนึ่งที่ได้รับเป็นเรื่องเกี่ยวกับ การนัดกลับมาพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษา การใช้ยาและการสังเกตอาการแทรกซ้อน การปฏิบัติตนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และการสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น สัดส่วนของผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 56.2 มีสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 49.2 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ไม่สามารถสร้างภาพพจน์ได้ว่าเป็นสถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพหรือสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้ดีกว่าโรงพยาบาลชุมชน

3.การรู้วันนัดหมาย จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดระบุว่ามีการนัดหมายให้มาพบแพทย์อีก แต่มีเพียงประมาณร้อยละ 58.4 เท่านั้นที่สามารถระบุวันที่แพทย์นัดมาได้

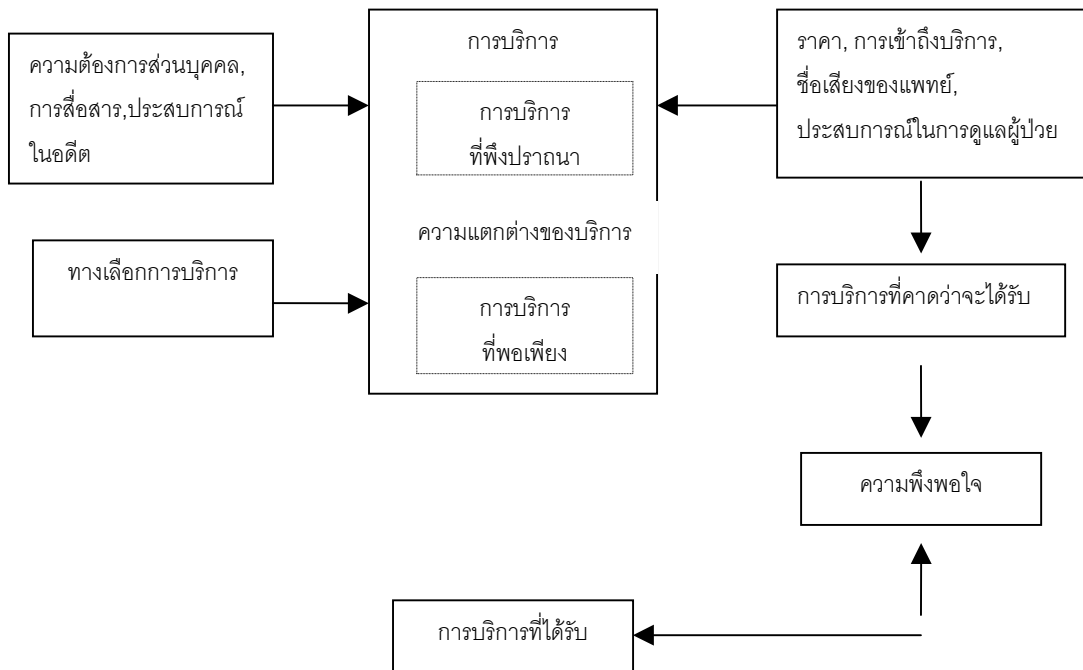
นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่างๆของรัฐ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าได้รับความเป็นกันเองจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข อันสะท้อนมาจากการมีการพูดจาที่เป็นกันเองระหว่างผู้สูงอายุกับ

แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มไม่ได้รับความสนใจและการดูแลมากกว่าวัยหนุ่มสาว(DiMatteo & Hays, 1980) มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแพทย์ที่ทำการรักษาไว้ดังนี้ ประมาณร้อยละ 14 ของผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่แพทย์ไม่ได้ให้เวลาเพียงพอแก่ตน ประมาณร้อยละ 27 มีความรู้สึกที่ แพทย์ไม่ได้ให้โอกาสซักถามปัญหาที่ตนประสบ ประมาณร้อยละ 20 มีความรู้สึกที่แพทย์ไม่ได้ตรวจร่างกายตนอย่างละเอียดพอ ซึ่งในประเด็นนี้ แพทย์จะต้องพยายามให้ความรู้หรือความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการตรวจอะไรบ้าง และตรวจร่างกายผู้สูงอายุให้ละเอียดตามขั้นตอนให้ครบถ้วนเมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินระหว่างโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปกับโรงพยาบาลชุมชน พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มแรกมีบริการที่ไม่เป็นที่ประทับใจผู้สูงอายุในอัตราส่วนที่สูงกว่าโรงพยาบาลประเภทหลัง ในทุกประเด็นของการประเมิน(พีรสิทธิ์ และคณะ, 2542)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การบริการจะประกอบด้วยผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ถ้าเป็นการบริการที่ดีผู้รับจะเกิดความประทับใจหรือเกิดทัศนคติที่ดีต่อการบริการ(พรอณี, 2544) โดยเฉพาะบริการที่เหนือความคาดหวังของผู้รับบริการจะนำมาซึ่งความซาบซึ้ง(appreciation) ในการบริการ เมื่อเกิดความซาบซึ้งแล้วย่อมให้ความสำคัญกับบริการนั้นๆ เช่น คนไข้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่พนักงานมีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือ แพทย์และพยาบาลให้การดูแลรักษาอย่างดี โรงพยาบาลสะอาด และอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย มีที่จอดรถจำนวนมาก และตั้งอยู่ในทำเลที่ดี ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นเหตุผลที่ทำให้คนไข้รายนี้ เมื่อมีความจำเป็นที่จะต้องไปโรงพยาบาลเขาจะแน่วแน่ที่จะมาโรงพยาบาลแห่งนี้ และยังแนะนำให้ญาติหรือคนรู้จักให้ทราบด้วย (กิตติ, 2546) ดังนั้นการบริการจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับความคาดหวัง โดยความคาดหวังเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนที่จะได้รับการบริการ(Sreenivas & Prasad, 2003) วิภาดา(2539) ได้ให้ความหมายของความคาดหวัง(expectation) ว่า หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความต้องการหรือความมุ่งหวังของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นบุคคล เหตุการณ์ หรือการกระทำ ซึ่งเป็นการคิดไว้ล่วงหน้า โดยที่บุคคลจะมุ่งหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ และมุ่งหวังว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นไปตามที่ตนคาดหวังไว้ ทั้งนี้ความคาดหวังจะขึ้นอยู่กับความต้องการ และเป็นไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ความคาดหวังมีลักษณะเป็นวัฏจักร ไม่หยุดนิ่ง รูปแบบการบริการต่างๆ จะมีผลต่อความคาดหวัง และการกระทำใดๆ ที่มีผลต่อความคาดหวังก็จะส่งผลต่อความพึงพอใจด้วยเช่นกัน

จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บึงออร์, วิทศน์, วงศา และสุทิน, 2546) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ด้าน ด้วยกัน คือ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือได้ วางใจได้ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การให้ความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ และการเข้าใจ รู้จัก รับรู้ ความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งโดยรวมและรายด้าน ส่วนรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด สำหรับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการอยู่ในระดับมากที่สุดโดยรวม รายด้าน และรายข้อ และเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ทั้งโดยรวม และรายด้าน

ความคาดหวังต่อการบริการออกเป็น 2 ระดับ คือ การบริการที่พึงปรารถนา(desired) และการบริการที่พอเพียง(adequate) ซึ่งแนวคิดนี้ได้กล่าวว่า การบริการที่พึงปรารถนา เป็นการดำเนินการบริการที่ผู้รับบริการคาดว่าจะได้รับ มักจะเกี่ยวข้องกับ ความต้องการส่วนบุคคล, การสื่อสาร และประสบการณ์ในอดีต ดังแสดงรูปแบบเกี่ยวกับความคาดหวังในการบริการทางสุขภาพ ดังนี้ (Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1993)



Note. From "The nature and determinants Of customer expectations of service," by Zeithaml, V. A., Berry, L. L. and Parasuraman, A., 1993, *Journal of the academy of marketing science*, 21, p. 2. Copyright 1993 by Zeithaml, V. A., Berry, L. L. and Parasuraman, A.

ภาพ 3 A model for the determinants of patient expectation of service

ความพึงพอใจของผู้ป่วยถือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพในการดูแลรักษา(Reidenbach & Sandifer, 1990) เป็นผลที่เกิดขึ้นเมื่อผู้รับบริการได้รับบริการตรงตามความต้องการ(สถาบันเพิ่มผลผลิต, 2546ข) และโดยทั่วไปแล้วความพึงพอใจมักจะเกี่ยวข้องกับความคาดหวังที่มีการประเมินไว้ล่วงหน้าเมื่อเปรียบเทียบกับประสบการณ์ต่างๆที่ผ่านมา(Hunt, 1977 cited by Reid & Hollis, 2000) ดังนั้นความพึงพอใจจึงเป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีตบวกกับความคาดหวังที่จะได้รับ ผู้ป่วยย่อมมีความคาดหวังก่อนที่จะเข้ามาใช้บริการ ความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจเป็นผลมาจากการตอบสนองทางอารมณ์ที่ประเมินผลจากการบริการ การคาดเดา และประสบการณ์ สิ่งที่มีผลต่อความพึงพอใจ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ (Sreenivas & Prasad, 2003)

1. ความคาดหวัง(expectation) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนที่จะเข้ารับบริการ ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นในระหว่างที่มีการบริการ ความคาดหวังจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการมารับบริการอีกครั้ง หรือ ไม่มารับบริการ

2. พฤติกรรมการบริการ(performance)

3. การเปรียบเทียบ(compasion) ซึ่งจะมีการเปรียบเทียบกับบริการอื่น ๆ ที่ได้รับมา

4. ความเชื่อมั่น / ความไม่ไว้วางใจ(confirmation / disconfirmation)

5. ความไม่เสมอภาค(discrepancy) ในการบริการ

จากการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทางสุขภาพของผู้ป่วย พบว่าลักษณะความพึงพอใจของผู้ป่วย จะมีดังนี้(Ware, Snyder & Wright, 1977)

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่ได้มีมิติเดียว แต่มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องหลายตัวแปร

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่สามารถวัดได้โดยใช้คำถามใดคำถามหนึ่ง

3. การถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ

จำเป็นต้องแยกคำถามออกจากบริการที่ได้รับจากบุคคลทั่วไปด้วย

4. การสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่มากพอเกี่ยวกับ

กระบวนการและผลของการรักษา

5. การสำรวจเกี่ยวกับความพึงพอใจในการรักษาของแพทย์ กับบริการทาง

สุขภาพที่ได้รับ บางครั้งไม่สามารถแยกออกจากกันได้

สำหรับความพึงพอใจของผู้ป่วยสามารถพิจารณา ได้ 3 ประเด็น ได้ดังนี้(สำเริง, 2544)

1. ผู้มารับบริการจะต้องมีความพึงพอใจ(customer satisfaction) ไม่มารับบริการด้วยความทุกข์ เกรงใจ ผู้มารับบริการควรมีความรู้สึกว่าสถานบริการสุขภาพสามารถเป็นที่พึ่งทั้งทางกายและทางใจ เมื่อมาหาต้องได้รับความช่วยเหลือ ได้รับการบริการที่ได้มาตรฐาน

2. ผู้มารับบริการได้รับบริการที่เข้าอกเข้าใจ ประทับใจ(exellence service behavior) โดยได้รับบริการที่มีความเป็นกันเอง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะต้องมีทัศนคติที่ดี เข้าใจถึงความเจ็บป่วย มีความรู้ทางด้านจิตวิทยา ปรัชญา จิตวิทยาสังคม ที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มารับบริการที่เจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทางกาย ทางจิต และมีการให้คำปรึกษา(counseling) เป็นต้น

3. ประชาชนมีช่องทางที่จะสะท้อนหรือให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นแก่สถานบริการ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข

อเดย์ และ แอนเดอร์เซ็น(Aday & Andersen, 1971 อ้างตาม ลดา 2543) ได้กล่าวถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วย มีพื้นฐาน 6 ประการ คือ

1.ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับ(convenience) ซึ่งแยกออกเป็น

1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ

1.2 การได้รับการดูแลรักษาเมื่อมีความต้องการ

1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

2.ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ(coordination) ซึ่งแยกออกเป็น

2.1 การได้รับการบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้รับบริการใน สถานที่เดียว

2.2 แพทย์ได้ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้รับบริการทั้งทางร่างกาย และจิตใจ

2.3 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา

3.ความพึงพอใจต่ออัยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ(courtesy) ได้แก่ การแสดงอัยาศัยท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ รวมทั้งการแสดง ความสนใจและห่วงใยต่อผู้รับบริการ

4.ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ(medical information) แยกเป็น ข้อมูล 2 ประการ คือ

4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษา

5.ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ(quality of care) ได้แก่ คุณภาพการดูแลทั้งหมดที่ผู้รับบริการได้รับ ทักษะของผู้รับบริการต่อการบริการของโรงพยาบาล

6.ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ(out-of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้รับบริการจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

นอกจากนี้ความพึงพอใจของผู้ป่วยยังมีความแตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ อีกทั้งยังมีความแตกต่างกันในระดับประเทศของแต่ละประเทศด้วย (Vuori, cited by Bodur, Ozdemir & Fatih, 2002) จากการศึกษาของแวร์ และคณะ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล มีดังนี้

1.อายุ(age) ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะได้รับความพึงพอใจค่อนข้างมากในส่วนของ

ผู้ให้บริการ แต่มีความพึงพอใจค่อนข้างน้อยในส่วนของผลของการรักษา

2. การศึกษา(education) ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ มักจะมีความพึงใจต่อการบริการ
ค่อนข้างน้อย

3. ขนาดของครอบครัว(family size) บุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่ มัก
จะมีความพึงพอใจต่อการได้รับบริการค่อนข้างน้อย

4. สถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อการรักษา

5. ระดับอาชีพ(occupation level) ผู้ที่ประกอบอาชีพไม่ใช่แรงงาน มักจะมีระดับ
ความพึงพอใจต่อการได้รับการรักษาค่อนข้างสูง

6. เชื้อชาติ(race) ไม่มีผลต่อการรักษา

7. เพศ(sex) ผู้หญิงมีแนวโน้มได้รับความพึงพอใจมากกว่าเพศชาย

8. ระดับสังคม(social class) ไม่มีผลต่อการรักษา

นอกจากนี้ยังมีหลายท่านที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้
ป่วย ซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้(Health strategy implementation project, 2003)

1. ความคาดหวังของผู้ป่วย นับว่ามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อความพึงพอใจ
อย่างไรก็ตามมีรายงานหลายฉบับที่ชี้ให้เห็นว่าความคาดหวังและความพึงพอใจในการเข้ารับ
บริการ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

2. อายุ ผู้สูงอายุมักจะมีความพึงพอใจในการบริการสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

3. ความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดทางด้านจิตใจ หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรัง
มักจะมีความพึงพอใจในระดับต่ำ

4. ประสบการณ์ความพึงพอใจที่ผ่านมา จะมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยใน
ครั้งนี้ โดยเฉพาะการบริการที่มากกว่าที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ

5. การมีโอกาเลือกการได้รับบริการ มีผลต่อความพึงพอใจค่อนข้างสูง โดยเฉพาะ
เฉพาะการบริการที่มีลักษณะ ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ(free for service) ผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจ
มากกว่าการบริการที่ผู้รับบริการต้องจ่ายเงินเอง

6. เพศ เชื้อชาติ และสถานะทางเศรษฐกิจ – สังคม ยังไม่มีหลักฐานการศึกษา
ที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้

จากการศึกษาของ รองรัตน์(2534) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ
ระยะเวลาในการเข้ารับบริการของโรงพยาบาล พบว่า เพศ สถานภาพสมรส และรายได้ไม่มีความ
สัมพันธ์กับความพึงพอใจ ส่วนระดับการศึกษา และอาชีพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ และ

จากการศึกษาของเผย์(2536) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจต่อการบริการของแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ ระยะเวลาในการรอเพื่อพบแพทย์ สภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล และ ค่าใช้จ่ายที่ต่ำ

นอกจากนี้ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความพึงพอใจด้านคุณภาพของการบริการ โดยวัดได้จาก ทักษะทางด้านเทคนิค(technical skill) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(interpersonal manner) และการให้ข้อมูล (information - giving) สำหรับสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความพึงพอใจในการรักษา ได้แก่ ความเร่งรีบของแพทย์ แพทย์ไม่อธิบายเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เป็น และแพทย์มักจะชอบทำสิ่งต่างๆมากกว่าที่จะชอบคุยกับผู้ป่วย และการปล่อยให้ผู้ป่วยรอนาน เป็นต้น(Lee & Kasper, 1998)

จากการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ที่ทำการรักษาในส่วนของกระบวนการรักษาของแพทย์ และลักษณะเฉพาะตัวของแพทย์ พบว่า แพทย์ที่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยจนหายมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในระดับสูง ในขณะที่ลักษณะเฉพาะตัวของแพทย์ เช่น อายุ การศึกษา มีผลต่อความพึงพอใจน้อยมาก(Baron, et al, 2001)

ในการศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ ค่อนข้างจะมีความลำบากเนื่องจากมีข้อจำกัดเกี่ยวกับ วิธีการวัด หรือ ทฤษฎีที่สนับสนุน รวมทั้งความน่าเชื่อถือของเครื่องมือที่จะทำการวัด(Staniszewska & Ahmed, 1999) และโดยเฉพาะการวัดความพึงพอใจระหว่างแพทย์ และผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเผชิญหน้ากันโดยตรง และผู้ป่วยอยู่ในฐานะที่ต่ำกว่าแพทย์(Reid & Hollis, 2000) สำหรับวิธีการวัดความพึงพอใจเกี่ยวกับการบริการทางด้านสุขภาพนั้นสามารถทำการวัดได้หลายวิธีตั้งแต่การสัมภาษณ์(interview) การตอบแบบสอบถาม(self-complete questionnaire) การโทรศัพท์สอบถาม(telephone survey) และใช้วิธีการสังเกต(observation) แต่โดยส่วนใหญ่แล้วมักจะใช้คำถามปลายเปิดในแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์(Bodur, Ozdemir, & Fatih, 2002)

แวย์ และคณะ(Ware et al, 1978) ได้ทำการศึกษาทบทวนรายงานที่เกี่ยวข้องและทำการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ด้าน คือ

- 1.เพื่อกำหนดแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยออกเป็นมิติที่สำคัญและสามารถนำไปวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยได้

2.สามารถรายงานผลความพึงพอใจของผู้ป่วยได้โดยมีความเที่ยง และความแม่นยำของข้อมูลที่สามารถเชื่อถือได้

3.สามารถประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งที่เป็นตัวแปรต้น ได้แก่ โครงสร้างหรือสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ กระบวนการ และผลของการรักษา และตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้รับบริการ

จากข้อสรุปการศึกษาของ แวร์ และคณะ พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 8 มิติ ที่สำคัญ คือ

1.ศิลปะของการดูแล(art of care) เป็นมิติของการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยมองไปที่ “การดูแล(caring)” ที่ผู้ป่วยได้รับ มักจะเกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ ลักษณะของข้อคำถามที่ใช้ มักจะเป็นลักษณะหรือการแสดงออกของผู้ให้บริการ การแสดงออกที่เป็นไปในทางบวก ได้แก่ การแสดงความเป็นมิตร(friendliness) การตั้งใจฟัง(patience) ความจริงใจ(sincerity) เป็นต้น ส่วนลักษณะการแสดงออกที่เป็นไปในทางลบ ได้แก่ ความเร่งรีบของผู้ให้บริการ (abruptness) การไม่เคารพผู้ป่วย(disrespect) การดูถูก/ดูหมิ่น(insult) การไม่แสดงความสนใจของผู้ป่วย รวมทั้งปฏิกริยาการแสดงออกของผู้ให้บริการ เป็นต้น ซึ่งโดยพื้นฐานแล้วคุณภาพการดูแลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยและแพทย์นั้นไม่ได้แตกต่างกันมากนักโดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์ส่วนบุคคล บุคลากรด้านสุขภาพยอมรับว่า คุณภาพการดูแลที่อยู่ในระดับสูงนั้น เกิดจากการทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับหนึ่ง (Blumenthai, 1996 อ้างตาม จิรฉมน์ ,สมเกียรติ, ยุพิน, จารุวรรณ และศรานุช,2543) จากการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย พบว่ามีอยู่ 3 ลักษณะ คือ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545)

1.)ผู้รับบริการมีความศรัทธาในตัวผู้ให้บริการโดยที่ผู้ให้บริการจะมีอำนาจทางปัญญา(patron client relationship)

2.)เป็นความสัมพันธ์ทางพันธสัญญา(contractual relationship) โดยผู้รับบริการมีเงินซื้อ และเลือกที่จะใช้บริการที่ดีกว่า ผู้ให้บริการจะมีการแข่งขันด้านเทคโนโลยีและคุณภาพ

3.)เป็นความสัมพันธ์ในชุมชนลักษณะสังคมนิยมพึ่งพาอาศัยกัน(communitarian relationship) สร้างวัฒนธรรมใหม่ มีการรวมตัวเป็นองค์กรเพื่อช่วยเหลือตรวจสอบซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของตน

2.คุณภาพทางเทคนิคในการดูแล(technical quality of care) มิติดังนี้จะมองไป

ที่ความสามารถของผู้ให้บริการ การวินิจฉัยโรค และกระบวนการรักษาที่มีความถูกต้องแม่นยำ ลักษณะที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกไปในทางบวก คือ การที่ผู้ให้บริการสนใจฟังคำบอกเล่าของผู้ป่วย ไม่ตำหนิติเตียน และการให้คำอธิบายที่มีความชัดเจน เป็นต้น ส่วนลักษณะที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกในด้านลบ ได้แก่ การมีอุปสรรคในการตรวจไม่เพียงพอหรือล่าช้า การรักษาผิดพลาด หรือการอธิบายไม่ชัดเจน เป็นต้น

คุณภาพทางเทคนิคในการดูแล ตามคำนิยามของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ มี 2 มิติ คือ ความเหมาะสมของการบริการที่จัด และความชำนาญที่กระทำการรักษาได้อย่างเหมาะสมของ คุณภาพด้านเทคนิคที่ดีนั้นจะต้องประกอบไปด้วย “doing the right thing right (การ做事情ที่ถูกต้องด้วยวิธีการและในเวลาที่เหมาะสม)” การที่แพทย์จะสามารถทำสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมได้นั้น แพทย์จะต้องมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการรักษาผู้ป่วยแต่ละคน(มีคุณภาพในการตัดสินใจ)และการที่จะทำสิ่งที่ถูกต้องดังกล่าวได้นั้นต้องขึ้นอยู่กับความชำนาญ การใช้วิจารณญาณและปฏิบัติได้เหมาะสมกับเวลา(มีคุณภาพในการปฏิบัติ) (Mulley, 1995 อ้างตาม จิรุตม์ และคณะ,2543)

3.ความสะดวก(convenience) ในมิตินี้ จะกล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือมีผลต่อการบริการที่ได้รับ ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการเข้ารับบริการ การส่งต่อการรักษา ระยะทางที่เข้ารับบริการ การเดินทางมายังสถานบริการ เวลาที่ใช้การรอคอยแพทย์ การติดต่อมาโรงพยาบาล หรือการที่โรงพยาบาลติดต่อไปยังผู้ป่วย เป็นต้น

4.ค่ารักษาพยาบาล(finances) เป็นความสามารถในการจ่ายค่าบริการสำหรับผู้ป่วยซึ่งมีอิทธิพลค่อนข้างมากต่อการเข้ารับบริการ และเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินความพึงพอใจในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย ซึ่งจะมีการพิจารณาแยกเป็น 2 ส่วนคือ ผู้ที่สามารถจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลได้ และ ผู้ที่เข้ารับบริการฟรี หรือสามารถลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลได้ ดังนั้นในการสำรวจความพึงพอใจจำเป็นต้องคำนึงถึงจุดนี้ด้วย

5.สภาพแวดล้อมทางกายภาพ(physical environment) ในการศึกษาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพนั้นมักจะเน้นการศึกษาไปยังผู้ป่วยใน แต่สามารถที่จะนำไปใช้วัดความพึงพอใจกับผู้ป่วยนอกได้ ได้แก่ สภาพอากาศ(atmosphere) ความสบายของที่นั่งรอตรวจ การมีสถานที่พักผ่อน มีป้ายบอกทาง มีแสงสว่างเพียงพอ สถานที่เงียบสงบ สถานที่สะอาดเรียบร้อย และมีการแยกตรวจแผนกต่างๆชัดเจน

6.การบริการที่มีอยู่(availability) ความพึงพอใจเกี่ยวกับการบริการที่มีอยู่ มักจะ

เน้นไปที่ความเพียงพอของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งผู้ให้บริการอื่นๆ และสถานที่ให้บริการที่อื่นด้วย เช่น คลินิก เป็นต้น

สำเร็จ(2544) กล่าวถึงลักษณะการบริการที่จำเป็นต้องมีในสถานบริการสุขภาพ ดังนี้

1.)สถานบริการอยู่ใกล้บ้านหรือใกล้ชุมชน ประชาชนสามารถเดินทางไปได้ไม่ยากลำบาก และควรมีแพทย์ประจำอยู่

2.)มีอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์เพียงพอ และพร้อมใช้ที่จะให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้มารับบริการ

3.)มีบุคลากร ที่จะให้บริการตามมาตรฐาน มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ

7.ความต่อเนื่องของการรักษา(continuity) เป็นความต่อเนื่องของการเข้ารับบริการ หมายถึง การเข้ารับบริการในสถานที่ แผนก และผู้รับบริการ คนเดียวกัน

8.ผลของการรักษา(outcomes of care) ความพึงพอใจในด้านผลของการรักษา เป็นการวัดเกี่ยวกับการรับรู้ในด้านให้ความช่วยเหลือหรือการดูแลจากเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะการรักษาหรือการดูแลที่สามารถ พัฒนาหรือสามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพได้ ตรงกันข้ามผู้รับบริการจะรู้สึกไม่พึงพอใจถ้าการรักษาที่ได้รับต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่ดูแลแบบผ่านๆไม่สนใจผลที่เกิดขึ้น รวมทั้งการรักษาที่ไม่สามารถรักษาความเจ็บปวดหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยต่างๆที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพ ดังนี้

เตยหอม(2539) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในการบริการและการได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์กับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าการได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยนอกส่วนความคาดหวังต่อการได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยนอก

จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังและความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล(Taiyaitiang, 2000) พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ความคาดหวังอยู่ในระดับมาก และพบว่า เพศ การศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา

รายได้ มีผลต่อความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในขณะที่ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีผลต่อความคาดหวังต่อสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล

มีการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการบริการของแผนกผู้ป่วยนอกในสถานบริการสุขภาพในเขตเมืองของประเทศตุรกี(Bodur, Ozdemir & Fatih, 2002) ผลการศึกษาพบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและอายุ โดยพบว่ายิ่งระดับการศึกษาเพิ่มขึ้นความพึงพอใจยิ่งสูงขึ้น และอายุมากขึ้นความพึงพอใจยิ่งสูงขึ้น โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี และได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ พบว่าถ้าผู้สูงอายุคาดหวังไว้จะไม่ได้รับการเอาใจใส่จากแพทย์เท่าที่ควร จะทำให้ผู้สูงอายุไม่แสดงปฏิกิริยาโต้ตอบกับแพทย์ผู้ทำการรักษาหรือเฉยเมย ซึ่งมีผลต่อการรักษาเป็นอย่างยิ่ง และจากการศึกษาของ ริสและฮอลริส(Reid & Hollis, 2000) ซึ่งได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 200 คน โดยการตั้งคำถามกับผู้ป่วยว่า “ อะไรคือสิ่งที่สำคัญสำหรับตัวคุณ เมื่อคุณไปพบแพทย์” ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 39 บอกว่า การสื่อสาร สำคัญที่สุด ร้อยละ 36 บอกว่า ความรู้ของแพทย์สำคัญที่สุด และร้อยละ 17 บอกว่า การอำนวยความสะดวก เช่น การใช้เวลาในการรอคอย สำคัญที่สุด

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความพึงพอใจในการบริการ โดยเฉพาะการบริการทางด้านสุขภาพเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองด้านการบริการตรงตามความต้องการหรือความคาดหวังที่ผู้ป่วยคิดไว้ โรงพยาบาลหรือองค์กรที่มุ่งเน้นที่จะสร้างความพึงพอใจในการบริการให้กับผู้มารับบริการ ควรจะมีลักษณะดังนี้(สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ ,2546ข)

- 1.เข้าใจความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ
- 2.สามารถสนองตอบต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนร่วมในองค์กร ได้อย่างสมดุลง
- 3.มีการสื่อสารและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการและคาดหวังของผู้รับบริการให้บุคลากรในองค์กรทราบอย่างทั่วถึง
- 4.มีการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการและนำมาผลที่ได้ใช้ในการปรับปรุงองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5.มีการวางแผนและวิธีการในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการในระยะยาว

โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นตัวอย่างการพัฒนาการบริการเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการบริการของแผนกผู้ป่วยนอกคือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ซึ่งเป็นโรง

พยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง มีการพัฒนาการบริการของโรงพยาบาลจนได้รับรางวัลโรงพยาบาลชุมชนดีเด่นอันดับ 1 ในประเทศไทย ด้านการปรับโฉมสถานบริการสาธารณสุข 2538 และในปี 2539 ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น ลดระยะเวลารอตรวจของผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการ เนื่องจากโดยเฉลี่ยมีผู้มารับบริการในโรงพยาบาลจะมีประมาณ วันละ 300 คน แต่มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบอยู่เพียง 10 คน การเปลี่ยนแปลงขั้นตอนเริ่มตั้งแต่การต้อนรับผู้ป่วย จนถึงการชำระเงิน มีดังนี้(สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ ,2546ข)

1.การจัดให้มีพยาบาลประชาสัมพันธ์ยืนต้อนรับอยู่ด้านหน้าตึก เพื่อให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการนอกจากนี้ ยังจัดหน่วยคัดกรอง(screening) หน้าห้องเวชระเบียนเพื่อซักถามอาการป่วยก่อนการซักประวัติ

2.มีระบบการนัดล่วงหน้า เพื่อลดระยะเวลาในการค้นเอกสารของผู้รับบริการ

3.มีช่องทางด่วน(express line) สำหรับเด็กและคนไข้ที่เดินไม่ได้ ซึ่งจะได้รับการตรวจก่อน

4.จัดเจ้าหน้าที่เดินบัตรโดยผู้รับบริการไม่ต้องถือบัตรเดินไปเองจะทำให้กระบวนการมีความรวดเร็วขึ้น

5.ระหว่างรอแพทย์ พยาบาลตรวจร่างกายเบื้องต้นให้กับผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังพูดคุยกับผู้บริการถึงสถานะของกระบวนการ เช่น จำนวนแพทย์ในขณะนั้น คิวต่อไปที่จะมีการเรียกทำให้สามารถประมาณเวลาที่จะต้องรอได้

6.แยกคลินิกพิเศษออกจากคลินิกปกติ โดยเพิ่มบริการโรคเรื้อรัง เช่น คลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกเบาหวาน

7.การจัดสรรเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับปริมาณงาน เช่น การระดมกำลังจากแผนกอื่นมาช่วยในแผนกที่มีคนไข้มากในช่วงเช้า

8.จัดการดูแลรักษาความสะอาดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โดยว่าจ้างบริษัททำความสะอาดมารับผิดชอบ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถบริการคนไข้ได้เต็มที่

ผลของการปรับปรุงกระบวนการทำให้การบริการคนไข้รวดเร็วยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกพึงพอใจเพราะใช้เวลารอคอยน้อยลงและรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ให้ความเอาใจใส่และมีความเข้าใจจิตใจของผู้รับบริการมากขึ้น

ในการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ควรมีลักษณะการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้(Rathod, 2003)

1.มีหน่วยงานที่คอยให้คำแนะนำ ปรีกษา และชี้แจงเกี่ยวกับวันที่แพทย์นัด

2. มีทีมแพทย์ที่คอยดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ
3. มีแผนกที่คอยให้สุขศึกษา
4. มีการจัดทำโครงการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
5. มีการจัดตั้งคลินิกลดความอ้วน คลินิกวัยหมดประจำเดือน คลินิกโรคเรื้อรัง
6. มีโปรแกรมตรวจสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

เป็นต้น