

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมา

“ ผู้สูงอายุ ” ตามนิยามที่ใช้กันอยู่ในประเทศไทย คือ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประชากรกลุ่มนี้ได้เพิ่มขึ้นรวดเร็วมากโดยเฉพาะในระยะ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2543 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ 5.7 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 9.19 ของประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ 2545 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 10.32 ของประชากรทั้งประเทศ(สำนักนโยบาย และ ยุทธศาสตร์, 2545) และคาดว่าปี พ.ศ.2563 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ 10.2 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 15.1 (จรัณ, สุทธิชัย, ลัดดาวัลย์ และสุกานดา, 2543) และในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นปีล่าสุด ในขณะนี้ ประเทศไทยมีผู้สูงอายุอยู่ประมาณร้อยละ 14.1 (นิพิฐ, 2547) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของจำนวน ผู้สูงอายุในลักษณะนี้มีความใกล้เคียงกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศแถบ เอเชียเกือบทั้งหมด(Mercedes, 1996) จากการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติในปี 1992 พบว่าสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุระหว่างประเทศด้อยพัฒนากับประเทศที่พัฒนาแล้วเท่ากับ 5 ต่อ 4 แต่ในอนาคตปี 2025 จะเป็น 7 ต่อ 3 (Hudo, 1992) สำหรับประเทศไทยมีการเพิ่ม จำนวนประชากรผู้สูงอายุในอัตราที่ค่อนข้างเร็วมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยพบว่าระยะเวลาของการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ จากร้อยละ 7 ไปเป็นร้อยละ 14 ใช้ระยะเวลา เพียงแค่ 30 ปีเท่านั้น ในขณะที่ประเทศอังกฤษใช้เวลาถึง 107 ปี (สุทธิชัย, 2543)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างด้านอายุของประชากรโดยที่สัดส่วนของผู้สูงอายุมี แนวโน้มเพิ่มขึ้นนั้น เนื่องจากประชากรมีอายุขัยโดยเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น สาเหตุหนึ่งเนื่องมาจากความ เจริญด้านการแพทย์ อย่างไรก็ตามการที่อายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้นหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าอายุยืน ย่อมไม่ ได้หมายความว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นด้วย(เกื้อ, 2539) และปัจจุบันผู้สูงอายุที่ประสบกับภาวะ เจ็บป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ(ประณีต และคณะ, 2545) ทั้งอัตราการเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โดยพบว่าในปีงบประมาณ 2538 มี การใช้บริการผู้ป่วยนอก 10.6 ล้านครั้ง และเพิ่มเป็น 15.7 ล้านครั้งในปี 2542 ส่วนการเข้ารับ บริการเป็นผู้ป่วยในเพิ่มจาก 5.3 แสนรายเป็น 6 แสนรายในช่วงเวลาเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเข้ารับบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มจาก 3 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2528 เพิ่ม เป็น 4 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2542 ส่วนบริการผู้ป่วยในค่อนข้างคงที่ประมาณร้อยละ 16 (สัมฤทธิ์,

จินตนา และรัตนภรณ์, 2543) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งในสังคมไทย (ทัศน, 2542) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ส่งผลกระทบต่อการบริการสุขภาพในอนาคต และจากการศึกษาของชูติภา (2534) เกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยมักจะเลือกใช้บริการประเภทอื่นๆ คือ การรักษาแผนโบราณ ซึ่อยากินเอง ไม่รักษา รองลงมาคือ การไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ สถานีนอนามัย คลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน และพบว่าแหล่งบริการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกใช้จะอยู่ในสถานีนอนามัย รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในสถานีนอนามัยเกี่ยวกับเรื่องความสะดวกในการรับบริการ ไม่คอยนาน เจ้าหน้าที่อัธยาศัยดี และราคาไม่แพง ในขณะที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน ในเรื่องของคำอธิบายเกี่ยวกับโรค การรักษาโรคและผลการรักษา (สัมฤทธิ์ และคณะ, 2543) ซึ่งความพึงพอใจดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุจะไปใช้บริการสถานีนอนามัยในเรื่องเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ แต่เมื่อเป็นการเจ็บป่วยจากโรคเฉพาะทาง ผู้สูงอายุมักจะไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีแพทย์ประจำอยู่ (สุริย์, 2538) และผู้สูงอายุที่มีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการบริการสุขภาพอนามัยมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (กาญจนา, 2537) และในปัจจุบันหลังจากปี พ.ศ.2544 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น โดยได้จัดกลุ่มผู้สูงอายุไว้ในกลุ่มประเภท ท (กลุ่มที่ยกเว้นค่าธรรมเนียม 30 บาท) สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ (สุรางค์ศรี, 2546) ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐมากยิ่งขึ้น ดูได้จากผู้ลงทะเบียนใช้สิทธิในโครงการหลักประกันถ้วนหน้าที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547)

แต่เมื่อพิจารณาถึงความครอบคลุมในการให้การรักษาสุขภาพแก่ผู้สูงอายุของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ สถานีนอนามัยในระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ และโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วประเทศในระดับจังหวัด ยังมีอัตราความครอบคลุมต่ำกว่าประมาณร้อยละ 61 เท่านั้น เมื่อประเมินร่วมกับคุณภาพบริการของผู้สูงอายุที่ไปรับบริการ ได้ข้อสรุปว่า ยังต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการในด้านต่างๆ เช่น การใช้เวลานานในการบริการ การให้คำแนะนำหรือสุขภาพศึกษา การนัดหมายให้มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อพิจารณาร่วมกับความจริงที่พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการต่างๆในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเลือกไปรับบริการด้วยเหตุผลที่ว่าเป็นสถานบริการที่ใกล้บ้าน แต่ไม่ใช่เพราะเหตุผลที่เกี่ยวข้องหรือสะท้อนมาจากความประทับใจในคุณภาพบริการของสถานบริการ (พิธีสิทธิ์,

ศุภวัฒน์, จอห์น และอารีย์, 2542) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันสภาพทางสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปมาก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้หลายคนกล่าวว่าเป็นไปตามยุคโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยมดูเหมือนว่าจะมีส่วนเข้ามาครอบงำในด้านจริยธรรมของแพทย์ การดำเนินงานทางด้านกาให้ บริการสาธารณสุขเน้นไปที่จริยธรรมธุรกิจ แพทย์และผู้ให้บริการมักจะมองคนไข้ว่าเป็นเพียงลูกค้า ผู้มารับบริการ ดังนั้นผลการให้บริการจึงมักมีทั้งผลที่ผู้ป่วยประทับใจกับผลที่ผู้ป่วยไม่ประทับใจ หากไม่ประทับใจสูงสุดจะนำมาสู่การ “ฟ้องร้อง” หรือ “ร้องเรียน” (พระธรรมปิฎก, 2538 อ้างตาม โยธิน, พิมลวรรณ และมาตี, 2543)

นอกจากนี้ในการจัดระบบบริการสาธารณสุข สิ่ง que ผู้ให้บริการตระหนักอยู่เสมอ คือ คุณภาพของการให้บริการที่จะต้องให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และได้รับความพึงพอใจ อุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องมือต่างๆ ที่จะใช้ในการให้บริการจะต้องมีการจัดเตรียมไว้ให้พร้อม และสอดคล้องกับปริมาณของอุปสงค์ (Mroz et al, 1999 อ้างตาม โยธิน, และคณะ, 2543) ทั้งนี้เพราะผู้เจ็บป่วยจะเลือกไปใช้สถานบริการที่ซึ่งเขาคาดว่าจะสามารถรักษาอาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งแห่งที่เป็นที่พึ่งเหล่านี้จะต้องเป็นประกอบไปด้วย ผู้ชำนาญการ รักษาพยาบาล และเป็นที่ที่มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่สามารถรักษาอาการเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังไว้ว่า “ความทุกข์” จะได้รับการบรรเทาจากสถานบริการสาธารณสุขแห่งนั้นๆ (พระธรรมปิฎก, 2538 อ้างตาม โยธิน, และคณะ, 2543) ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจึงมีความคาดหวังในผลของการรักษาและคุณภาพของการให้บริการ และเมื่อความคาดหวังไม่สามารถตอบสนองได้ตามความต้องการ เช่น ไม่ได้ได้รับความสะดวกในด้านการรักษา สถานบริการไม่มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับโรคและอาการของโรคที่เป็น ค่ารักษาพยาบาลแพงเกินไป บุคลากรของสถานบริการพูดจาไม่สุภาพ ผู้ให้บริการไม่สามารถอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับอาการป่วยได้ ฯลฯ เหตุผลต่างๆเหล่านี้จะก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในด้านการใช้บริการของสถานบริการแห่งนั้นๆ (Barnett, 1997 ; วิโรจน์, 2540 อ้างตาม โยธิน, และคณะ, 2543)

ปัจจุบันกลุ่มประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในชุมชน (Jittapulkun & Bunnag, 1999) ซึ่งการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มนี้นับว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะประสบปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ และมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต จึงนำไปสู่ความต้องการการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (Hoeman, 1996 อ้างตาม สุรางค์ศรี, 2546) และจากการศึกษาของ National Council on Aging & Older People ซึ่งได้ทำการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์ พบว่าร้อยละ 92 ของผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ในชุมชนและประชากรกลุ่มนี้มีความต้องการโรงพยาบาลหรือแหล่งบริการสุขภาพในที่ตั้งอยู่ในชุมชนอย่างยิ่ง เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 27

มักจะประสบปัญหาสุขภาพเฉียบพลัน ต้องได้รับการรักษาแบบรีบด่วนมิฉะนั้นจะเป็นอันตรายต่อชีวิต และจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Brenner & Shelly, 1998) สำหรับในประเทศไทย การบริการสุขภาพที่จัดขึ้นเพื่อผู้สูงอายุ พบว่ายังอยู่ในวงจำกัด และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จัดไว้ได้ อันเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ อีกทั้งความครอบคลุมในการบริการยังไม่ทั่วถึง และไม่เอื้อต่อการมารับบริการของผู้สูงอายุ (นันทวัน, 2544)

สำหรับโรงพยาบาลชุมชนจัดเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอีกแห่งหนึ่งที่ผู้สูงอายุเลือกใช้รองมาจากสถานีนามัย และถือเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอทุกอำเภอ ซึ่งขณะนี้ มีโรงพยาบาลชุมชนประจำทุกอำเภอในประเทศไทย (วสุธร, 2543) โรงพยาบาลชุมชนถือกำเนิดขึ้นมา เพื่อดูแลสุขภาพของคนในชุมชนนั้นๆ เป็นสำคัญ โดยภาพรวม โรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพสูงมาก ทั้งในด้านอาคารสถานที่ ทรัพยากร กำลังคน แต่การพัฒนาบริการเมื่อเปรียบเทียบกับสถานีนามัยแล้ว ยังห่างไกลกันมาก และมีลักษณะแข่งขันกันเอง ไม่เป็นระบบบริการสาธารณสุขระดับเดียวกัน ที่ต้องช่วยเหลือเกื้อกูลและหนุนเสริมกันอย่างผสมกลมกลืน ซึ่งยุทธศาสตร์หนึ่งของรัฐบาลในการปฏิรูประบบบริการของโรงพยาบาลชุมชน มีดังนี้ (อำพล, 2543)

1. เน้นการบริการแบบเข้าถึงผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน
2. ปรับเป็นการทำงานเชิงรุก สอดคล้องกับสภาพปัญหาจริงในพื้นที่
3. มีระบบบริการที่เกื้อหนุนกัน ระหว่างสถานบริการ ทั้งภาครัฐ และเอกชน
4. ให้มีขนาดพอเหมาะ (optimal size) ไม่ขยายเกินพอดี
5. จัดบริการในระดับที่เหมาะสม ไม่มุ่งการรักษาพยาบาลในระดับสูงเกินความจำเป็น
6. ให้มีทางเลือก สำหรับประชาชนในการรับบริการ (alternative care & services)
7. มีการรื้อปรับระบบส่งต่อ (re-engineer referral system)

ยุทธศาสตร์เหล่านี้เป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาการบริการของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริการในภาพรวมเท่านั้น แต่เมื่อพิจารณาถึงระบบบริการภายในโรงพยาบาลโดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีผู้มารับบริการจำนวนมาก พบว่ากลยุทธ์อีกอย่างหนึ่งในการพัฒนาการบริการของแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลของรัฐมีดังนี้ (อริญญา, 2540)

1. ด้านบริการ ได้แก่ การคัดกรองผู้รับบริการในการให้บริการเบื้องต้น การให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพ มีแพทย์และมีคลินิกเชี่ยวชาญเฉพาะทาง
2. ด้านราคาค่าบริการ ได้แก่ การรักษาแบบให้เปล่าในชุมชน ให้การรักษา

ก่อนการชำระเงิน (เบิกต้นสังกัด) การคิดค่าบริการแบบเหมาจ่ายในผู้ประกันตน

3. ด้านสถานที่และช่องทางการจัดบริการ ได้แก่ จัดคลินิกพิเศษนอกเวลา การจัดให้มีเส้นทางติดต่อสื่อสารที่ทำให้การไหลเวียนของผู้รับบริการเป็นไปอย่างสะดวก มีทางลาดสำหรับรถเข็น ลิฟท์สำหรับผู้รับบริการมีสัญลักษณ์แสดงการติดต่อระหว่างหน่วยงาน มีระบบการนัด มีการประสานงานการส่งต่อผู้รับบริการ

จากการศึกษาของวัชรวิ (2536) เกี่ยวกับความพึงพอใจและความต้องการของผู้สูงอายุ ต่อบริการตรวจรักษาโรคแบบผู้ป่วยนอกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้สึกพอใจต่อด้านการบริการที่มีอยู่ (availability) มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านการบริการที่เป็นที่ยอมรับ (acceptibility) ความสามารถในการให้บริการ (affordability) ความสะดวกในการบริการ (accommodation) และการเข้าถึงการบริการ (accessibility) ตามลำดับ ผู้สูงอายุร้อยละ 24.3 ต้องการให้โรงพยาบาลจัดห้องตรวจโรคสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และร้อยละ 75.5 ไม่ต้องการให้จัดห้องเฉพาะ สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ และการศึกษา

สำหรับกิจกรรมอย่างหนึ่งของโรงพยาบาลชุมชนที่มีการปฏิบัติกันเพื่อยกระดับมาตรฐานการบริการ คือ การประเมินความพึงพอใจของผู้บริการโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินผลการสนองตอบความต้องการของผู้รับบริการว่า สิ่งที่สนองตอบไปนั้น ตรงตามความต้องการหรือเหนือความคาดหมายจนเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการหรือไม่อย่างไร ซึ่งจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ความพึงพอใจในด้านความสะดวก การต้อนรับ และระยะเวลาในการรอคอยเพื่อพบแพทย์ ยังมีความประทับใจน้อยกว่าสถานีนอนามัย (สัมฤทธิ์ และคณะ, 2543) ซึ่งลักษณะความพึงพอใจต่อการบริการจะมี 3 รูปแบบ ดังนี้ (วรโชค,ม.ป.ป.)

แบบที่ 1 คุณลักษณะแบบไม่พึงพอใจ (dissatisfiers/must-be, expected, basic characteristic) คือ คุณลักษณะที่ผู้รับบริการไม่ร้องขอแต่ต้องมี จะไม่พอใจถ้าขาดหายไปและเมื่อมีก็จะเฉยๆเพราะเป็นธรรมดาที่ของสิ่งนั้นถูกคาดหวังว่าต้องมี เช่น เมื่อไปรับบริการในโรงพยาบาลก็ต้องพบกับแพทย์ เป็นต้น

แบบที่ 2 คุณลักษณะแบบพึงพอใจ (satisfiers/one-dimensional, straight-line characteristic) คือ คุณลักษณะที่ผู้รับบริการต้องการให้มีในบริการโดยทั่วไปมักเอ่ยปากอยากให้มี ยิ่งมากก็ยิ่งเป็นที่พอใจของผู้รับบริการ เช่น การได้รับการรักษาจนหายและสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น เป็นต้น

แบบที่ 3 คุณลักษณะแบบเหนือความคาดหมาย (delighters/attractive, exciting characteristic) คือ คุณลักษณะที่ผู้รับบริการไม่เอ่ยปากขอ ผู้รับบริการไม่รู้ว่ตนเองต้องการหรือ

ไม่ ดังนั้น จึงถามโดยตรงจากผู้รับบริการไม่ได้ ไม่มีก็ไม่รู้สึกไม่พอใจ แต่ถ้ามีจะเป็นคุณลักษณะที่ดึงดูด จุดเด่น จุดขาย น่าสนใจ ผู้รับบริการจะรู้สึกพึงพอใจ เพราะเกินกว่าที่คาดหมายไว้ เช่น การโทรศัพท์แจ้งผู้ป่วยให้มาตามนัดก่อนวันนัด เป็นต้น

การบริการในโรงพยาบาลชุมชน บางครั้ง การรับทราบถึงความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับและมีการพัฒนาเพื่อให้มีการตอบสนองต่อความต้องการมากที่สุด อาจเป็นสิ่งไม่เพียงพอ จะต้องเข้าใจถึงความคาดหวังของผู้รับบริการด้วย (customer expectation) แม้ความสามารถตอบสนองความต้องการจะเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ที่ผู้รับบริการนำมาพิจารณาในการเลือกเข้ารับบริการ แต่ความสามารถในการตอบสนองความต้องการเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจเข้ารับบริการซ้ำได้ เนื่องจากผู้รับบริการมักจะนำประสบการณ์ที่ได้รับบริการในครั้งก่อนหรือจากการสอบถามและรับฟังจากผู้อื่น มาเป็นปัจจัยในการพิจารณา และการบริการของโรงพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการที่เกินความคาดหวังของผู้ป่วยจะนำมาซึ่งการยกระดับความพึงพอใจในการบริการที่เพิ่มขึ้น (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2546ข)

จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและความพึงพอใจในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล พบว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r=0.3$) โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรค, การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการเปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อพิจารณาเฉพาะความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาของแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าแพทย์จะสามารถตอบปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุดได้ รองลงมา คือ แพทย์ตั้งใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย และแพทย์สามารถให้การรักษาโรคที่เป็นได้ (Baron, Dushenat & Friedman, 2001) นอกจากนี้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการตามความคาดหวังกับความพึงพอใจในการบริการ พบว่า คุณภาพบริการตามความคาดหวัง ได้แก่ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ ด้านความเอาใจใส่ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการบริการ (ดุชฎี, 2541) นอกจากนี้ได้มีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่า คุณภาพบริการโรงพยาบาลตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยคาดหวัง สูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรับรู้ (สุภาวดี, 2542) โดยทั่วไปแล้วความคาดหวังของผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับ ความสามารถในการจัดการกับความวิตกกังวลในเรื่องโรคที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ซึ่งความสามารถนี้ผู้ป่วยจะมองใน 2 ด้าน คือ การให้คำอธิบายของแพทย์ และพฤติกรรมการแสดงออกของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย (Webb & Lloyd, 1994) โดยเฉพาะผู้

สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จะพบว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังค่อนข้างมากต่อการได้รับทราบข้อมูลด้านการรักษาและการปฏิบัติตัว รวมทั้งมีความคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพของโรงพยาบาล (Shank, Rupich, Griffin & Avioli, 1992) และเมื่อพิจารณาถึงประสิทธิภาพในการรักษาและความพึงพอใจต่อการรักษาของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจต่อการรักษาจะทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (Linn, M., Linn B. & Stein, 1982)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นผลที่เกิดขึ้นเมื่อผู้รับบริการได้รับบริการตรงตามความต้องการหรือความคาดหวัง และจะมีความพึงพอใจมากยิ่งขึ้นเมื่อได้รับการบริการที่เหนือความคาดหวัง โรงพยาบาลชุมชนจัดเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุเลือกใช้ค่อนข้างมากเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลสังกัดในกระทรวงสาธารณสุขอื่นๆ และยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการในโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการหรือความคาดหวังของผู้สูงอายุได้มากยิ่งขึ้น โดยทำศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสงขลา เนื่องจากจังหวัดสงขลาเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุค่อนข้างมากเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นๆในภาคใต้ โดยพบว่าปี พ.ศ. 2546 มีผู้สูงอายุ 138,381 คน คิดเป็นร้อยละ 11 ของจำนวนประชากรทั้งจังหวัดและมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากเป็น อันดับ 2 ในภาคใต้ รองจาก จังหวัดนครศรีธรรมราช (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2546) มีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 15 แห่ง ซึ่งประจำทุกอำเภอในจังหวัดสงขลา และถือเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีโรงพยาบาลชุมชนมากเป็นอันดับ 3 ในภาคใต้ รองลงจาก จังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดสุราษฎร์ธานี (องค์การบริหารส่วนภูมิภาค, 2545) โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทางสุขภาพของ แวร์ และคณะ (Ware, Avery & Stewart, 1978) มาเป็นแนวทางในการศึกษา เนื่องจากแนวคิดนี้ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผ่านการศึกษาวิจัย จนได้ข้อสรุปเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทางสุขภาพไว้ 8 มิติที่สำคัญ คือ ด้านศิลปะในการดูแล ด้านคุณภาพทางเทคนิคในการดูแล ด้านความสะอาด ด้านการรักษาพยาบาล ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ด้านการบริการที่มีอยู่ ด้านความต่อเนื่องของการรักษา และด้านผลของการรักษา ซึ่งแนวคิดนี้มีความครอบคลุมทั้งในด้านผู้ให้บริการ กระบวนการบริการ ผลของการบริการ และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการบริการ ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาวิจัยในเรื่องความพึงพอใจในการบริการมาก

มาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเรื่องความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน
5. เพื่อเปรียบเทียบระดับความคาดหวัง และระดับความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน
6. เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ขนาด 30 เตียง และขนาด 10 เตียง
7. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ขนาด 30 เตียง และขนาด 10 เตียง

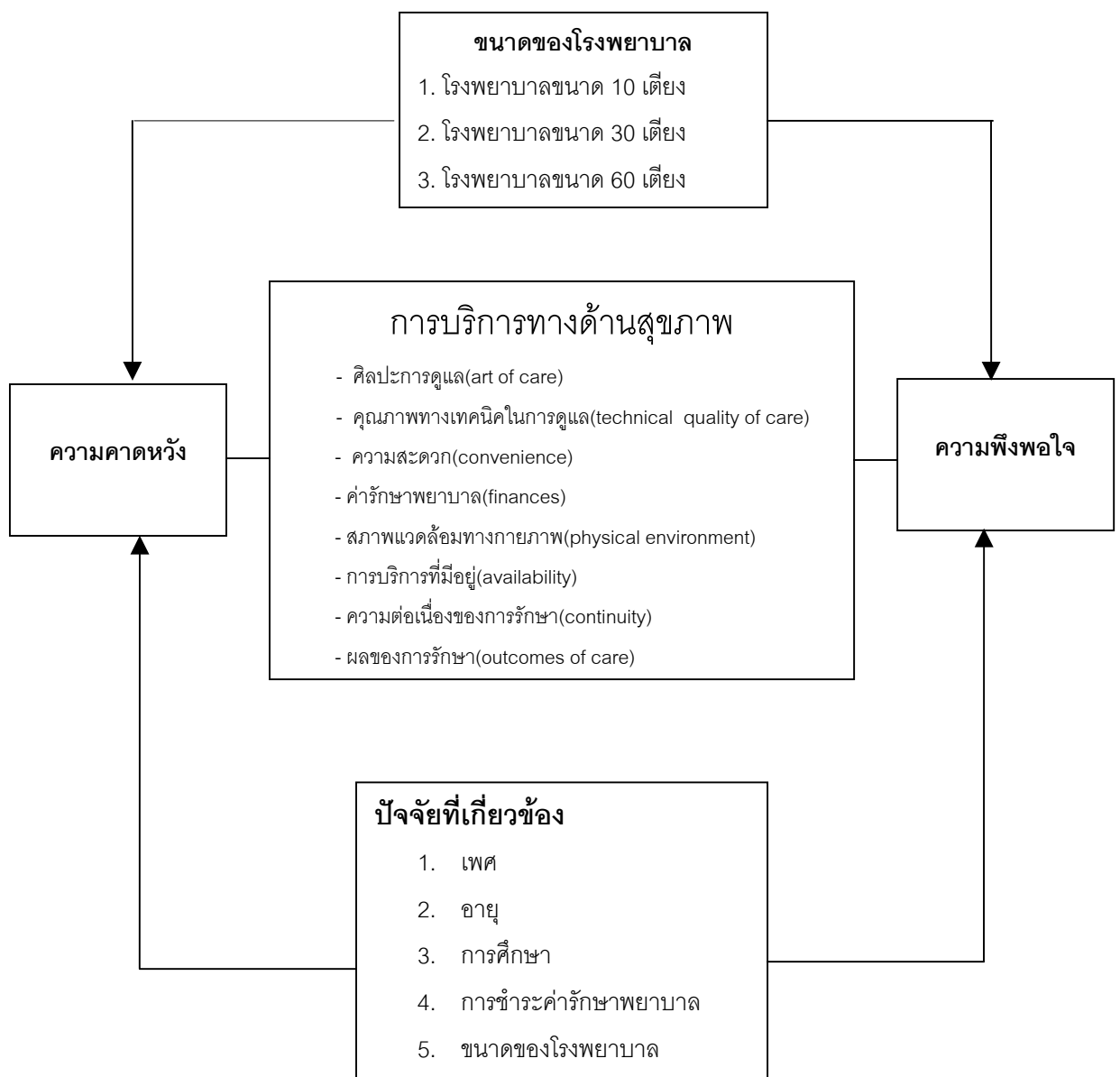
คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร ระดับใด
2. ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร ระดับใด
3. ปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชนมีอะไรบ้าง เป็นอย่างไร
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชนมีอะไรบ้าง เป็นอย่างไร
5. ความแตกต่างระหว่างระดับความคาดหวังและระดับความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน เป็นอย่างไร
6. ความแตกต่างของระดับความคาดหวังต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ขนาด 30 เตียง และขนาด 10 เตียง เป็นอย่างไร
7. ความแตกต่างของระดับความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ขนาด 30 เตียง และขนาด 10 เตียง เป็นอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความคาดหวังต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชนสูงกว่าระดับความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน
2. ระดับความคาดหวังต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 ขนาด ไม่แตกต่างกัน
3. ระดับความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 ขนาด ไม่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการสุขภาพของ แวร์ และคณะ(Ware, et al, 1978) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งแนวคิดนี้ แวร์ และคณะได้จากการทบทวน ศึกษา วิจัย จนได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโดยแบ่งออกเป็น 8 มิติ หรือ 8 ด้านที่สำคัญ คือ ด้านศิลปะในการดูแล ด้านคุณภาพทางเทคนิคในการดูแล ด้านความสะอาด ด้านการรักษาพยาบาล ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ด้านการบริการที่มีอยู่ ด้านความต่อเนื่องของการรักษา และด้านผลของการรักษา โดยนำแนวคิดนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแบบสัมภาษณ์ เพื่อสำรวจความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา

นิยามศัพท์

การบริการ หมายถึง กระบวนการระหว่างผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนกับผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จะเกี่ยวข้องกับกระบวนการในการดูแลรักษา การอำนวยความสะดวก และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์ทางการรักษา

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของผู้รับบริการที่มีต่อผู้ให้บริการ(providers) รวมทั้งกระบวนการบริการและดูแลรักษา(medical care services) สามารถประเมินความพึงพอใจได้จากแบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดของแวร์และคณะ มาเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบสัมภาษณ์ โดยประเมินความพึงพอใจต่อการบริการทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ ด้านศิลปะในการดูแล ด้านคุณภาพทางเทคนิคในการดูแล ด้านความสะอาด ด้านการรักษาพยาบาล ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ด้านการบริการที่มีอยู่ ด้านความต่อเนื่องของการรักษา และด้านผลของการรักษา

ความคาดหวัง หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ที่คาดว่าจะได้รับจากการบริการ โดยเป็นการคิดไว้ล่วงหน้าก่อนที่จะเข้ารับบริการ สามารถประเมินความคาดหวังต่อการบริการจากแบบประเมินความคาดหวังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดของแวร์และคณะ มาเป็น

พื้นฐานในการสร้างแบบสัมภาษณ์ โดยประเมินความคาดหวังต่อการบริการทั้ง 8 ด้านเช่นเดียวกับ ความพึงพอใจ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดสงขลา ทำการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ของ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา เก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2547 – 31 พฤษภาคม 2547 กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ทั้งหมดมีจำนวน 365 คน

ความสำคัญของการวิจัย

1. ข้อมูลที่ได้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานที่อาจนำไปเป็นแนวทางหนึ่งในการจัดระบบบริการ สุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ จากการบริการของโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนได้รับทราบถึงความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจทำให้เกิดการพัฒนาการ บริการของโรงพยาบาลชุมชนต่อไป