

มิติของคุณภาพบริการของสถานื่อนามัย ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ประจำสถานื่อนามัย

Dimensions of Primary Care Unit (PCU) Service Quality as Perceived by Its Staff

อมรรัตน์ นครวงศ์¹, วัลลภา คชภักดี²

คำสำคัญ : มิติของคุณภาพบริการ, คุณภาพบริการ, การรับรู้

Keywords : dimensions of service quality, PCU service quality, staff perception

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษามิติของคุณภาพบริการของสถานื่อนามัยตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ประจำสถานื่อนามัยโดยศึกษาในเขตอำเภอรัษฎา และอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ผู้ให้ข้อมูลเป็นเจ้าหน้าที่ประจำสถานื่อนามัยในเขตอำเภอรัษฎา และอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง จำนวน 7 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เชิงวิเคราะห์เนื้อหาโดยผู้วิจัยเพื่อหาประเด็นหลักและตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์โดยผู้ร่วมวิจัยอีก 3 ท่าน

¹ นิสิตวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

² อาจารย์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผลการวิจัยพบว่ามิติของคุณภาพการบริการของสถานีนอนามัย ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย มี 6 มิติ คือ 1) ความมั่นใจ 2) การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ 3) ความน่าเชื่อถือ 4) ความเข้าใจและเห็นใจ 5) การเข้าถึงชุมชนและความสัมพันธ์กับองค์กรอื่น 6) ความเสมอภาค ซึ่งทั้ง 6 มิตินี้เป็น 6 ใน 8 มิติที่ผู้รับบริการคาดหวังจากผลการศึกษาของ กานดา แก้วรัตน์ และวัลลภา คชภักดี (2551) ผลการวิจัยจึงเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบบริการที่มีคุณภาพ

Abstract

The objective of this qualitative study was to explore the dimensions of PCU service quality as perceived by PCU staff. Sample was 7 PCU staff who has been working in Rasada and Houy-Yod district, Trang province. In-depth interview was performed for data collection. Content analysis was completed by researchers and validated by 3 reviewers. The results revealed 6 dimensions of PCU service quality as perceived by PCU staff: (1) providing assured service, (2) the staff responsiveness to customer needs (3) the staff trustworthy, (4) understanding the customers, (5) staff ability in working with community and related agencies, and (6) providing equity service to customers. These six dimensions are similar to those six of the eight dimensions of PCU service quality as perceived by the customers (Kaewrattana, Kochapakdee, 2008). The result will be benefit for PCU to design a quality service.

บทนำ

ปัจจุบันเรื่องคุณภาพถือเป็นเรื่องสำคัญในด้านสุขภาพ โดยคำศัพท์ คุณภาพคือภาวะที่เป็นคุณประโยชน์ต่อผู้ใช้ ในมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพ คุณภาพคือการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้และความสม่ำเสมอซึ่งสามารถพยากรณ์ได้ ในบริการสุขภาพ เราควรพิจารณาแยกแยะความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความต้องการที่ผู้ป่วยรับรู้และแสดงออก เช่น ต้องการพ้นจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ต้องการรับรู้ข้อมูล 2) ความต้องการที่ผู้ป่วยอาจจะไม่รู้ได้ด้วยตนเอง เช่น การตรวจวินิจฉัยที่จำเป็น วิธีการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งจะต้องอาศัยผู้ประกอบวิชาชีพเข้ามาช่วยบอก 3) ความคาดหวังต่อการได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว เป็นกันเอง เมื่อพิจารณาทั้งหมดแล้วจะเห็นว่าในการพัฒนาคุณภาพ จะต้องสร้างสมดุลของมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพกับผู้รับผลงาน (อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, 2550 : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล)

สถานีนอนามัยซึ่งเป็นหน่วยงานหลักระดับปฐมภูมิในการบริการสุขภาพ ที่ให้บริการด้านสุขภาพแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสถานีนอนามัยเป็นหน่วยงานบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยเน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน รวมถึงการดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับบริหารจัดการระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเสียชีวิตและตลอดถึงการประสานงาน

กับหน่วยบริการอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้การบริการที่ต่อเนื่อง รอบด้าน อาทิเช่น สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่าง ๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานการปกครองท้องถิ่น ดังนั้นคุณภาพบริการของสถานีนอนามัยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง

อำเภอธัญญา และอำเภอห้วยยอด มีนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพที่ตอบรับกับยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ในยุทธศาสตร์ที่ 2 “พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” สู่การปฏิบัติโดยมุ่งพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้นและเป็นที่ยอมรับ อำเภอธัญญา เคยเป็นพื้นที่ส่วนหนึ่งของอำเภอห้วยยอด ต่อมาแยกเป็นอำเภอธัญญาเมื่อ 1 เมษายน 2534 (ที่ว่าการอำเภอธัญญา, 2550) มีระบบการดำเนินงานทางด้านสุขภาพที่คล้ายคลึงกับอำเภอห้วยยอด มีจำนวนประชากร = 27,615 คน สถานีนอนามัย = 6 แห่งและเจ้าหน้าที่ = 19 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญญา, 2550) อำเภอห้วยยอด มีจำนวนประชากร = 92,712 คน สถานีนอนามัย = 21 แห่ง และเจ้าหน้าที่ = 71 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด, 2550) การวิจัยในครั้งนี้ศึกษาจำกัดเฉพาะบริการของสถานีนอนามัยซึ่งเป็นหน่วยงานหลักระดับปฐมภูมิในการบริการสุขภาพ และเป็นหน่วยบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายในด้านภูมิศาสตร์ ด้านจิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ โดยเน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน รวมถึงการดูแลสุขภาพ กับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเสียชีวิต รวมถึงการประสานงานกับหน่วยบริการอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้การบริการที่ต่อเนื่อง รอบด้าน อาทิเช่น สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่าง ๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มบุคคลและองค์กรต่าง ๆ ในท้องที่ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ภารกิจหลักของสถานีนอนามัยเป็นลักษณะการบริการ การที่จะระบุว่าการบริการ มีคุณภาพหรือไม่ย่อมทำได้ยากกว่าการระบุสินค้าใด ๆ มีคุณภาพหรือไม่มีความหมาย เพราะการระบุคุณภาพของสินค้า อาจระบุได้จากลักษณะภายนอก รูปทรง ขนาด สีและอื่น ๆ ฯลฯ แต่การบริการเราไม่สามารถระบุเช่นนั้นได้ เพราะการบริการมีลักษณะเฉพาะดังนี้ (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1985) คือ 1) จับต้องไม่ได้ (intangibility) การตัดสินใจว่า บริการมีคุณภาพหรือไม่ จึงขึ้นอยู่กับความคิด ความเชื่อ ทศนคติของบุคคลที่ตัดสิน 2) หลากหลาย (heterogeneity) บริการอาจจะหลากหลายแตกต่างกันไปเนื่องจากความต่างของบุคคลที่ให้บริการ เราจึงไม่สามารถคาดหวังว่า บริการชนิดเดียวกันจะเหมือนกันทุกครั้ง 3) แยกส่วนไม่ได้ (inseparability) บริการแยกส่วนให้แกลูกค้าไม่ได้ มีบริการอะไร ต้องให้แกลูกค้าอย่างนั้น ซึ่งต่างกับสินค้าที่สามารถให้แกลูกค้าทีละส่วนได้ 4) เก็บตุนไม่ได้ (perish ability) เนื่องจากไม่สามารถเก็บตุนบริการได้เหมือนการเก็บตุนสินค้า เราจึงต้องบริโภคบริการขณะที่มีบริการ จะรอบริโภคโอกาสต่อไปไม่ได้ (วัลลภา คชภักดี. 2550 : การพัฒนาคุณภาพบริการ)

มิติของคุณภาพบริการสุขภาพ Canadian Council on Health Service Accreditation (CCHSA) ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพว่าเป็นการดูแลโดยมุ่งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เน้นการปรับปรุงกระบวนการอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อให้ได้คุณภาพที่เป็นเลิศ โดยมีมิติต่าง ๆ คือ 1) Competency คือ ความรู้และทักษะของผู้ให้บริการซึ่งเหมาะสมกับการจัดการดูแลผู้ป่วย และมีระบบการประเมินอย่างสม่ำเสมอ 2) Acceptability คือการที่กิจกรรมต่าง ๆ นั้นตอบสนองความต้องการ (need)

และความคาดหวัง (expectation) ของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงิน 3) Effectiveness คือ ผลของการรักษาหรือบริการนั้นทำให้เพิ่มอัตราการรอด หรือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 4) Appropriateness คือการให้บริการที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มีน้ำหนักความน่าเชื่อถือสูง 5) Efficiency คือการใช้ทรัพยากร (เวลา การทดสอบ เครื่องมือ สถานที่) ที่น้อยที่สุดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ 6) Accessibility คือการให้บริการในสถานที่ที่ถูกต้อง และในเวลาที่เหมาะสม 7) Safety คือการหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้น และมีการอธิบายโอกาสเหล่านั้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้แล้ว บางท่านยังได้เพิ่มมิติของความเท่าเทียมกัน (equity) และความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (continuity) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพด้วย การมองมิติของคุณภาพเหล่านี้ทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพได้ง่ายขึ้น (อดุลย์ บัณฑิตกุล. 2550 : Hospital Accreditation and Occupational Medicine / Hygiene)

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล) มิติของคุณภาพบริการสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ (competency) การเข้าถึงบริการหรือมีบริการให้เมื่อต้องการ (accessibility) ความเหมาะสมของการดูแลรักษาเทียบกับมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดไว้ (appropriateness) ประสิทธิภาพของการดูแลรักษา คือ การที่หาย ไม่ตาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (effectiveness) ประสิทธิภาพหรือความคุ้มค่าในผลที่ได้รับเมื่อเทียบกับทรัพยากรที่ใช้ไป (efficiency) ความปลอดภัย (safety) ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (continuity) การยอมรับหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ (acceptability) ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถกำหนดชี้วัดคุณภาพได้โดยพิจารณามิติต่าง ๆ ข้างต้น

นักพัฒนาคุณภาพหลายๆ ท่านได้สรุปลักษณะบ่งชี้ถึง บริการที่มีคุณภาพ พอสรุปคุณลักษณะดังกล่าวได้ดังนี้ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ มีความน่าเชื่อถือได้ (Reliability) การบริหารสามารถให้บริการได้อย่างสม่ำเสมอตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ (Responsiveness) ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของลูกค้า ความสามารถ (Competence) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะต้องมีทักษะและความรู้เพื่อปฏิบัติในการบริการสาธารณสุข มีความความสุภาพ มีมารยาทที่ดี เป็นมิตร และอ่อนน้อม มีความน่าไว้วางใจ (Credibility) มีความซื่อสัตย์ มีความน่าไว้วางใจและน่าเชื่อถือ การบริการจะต้องมีความปลอดภัย (Security) ไม่มีความเสี่ยง มีความเข้าถึง (Access) การบริการควรจะง่ายต่อการติดต่อ (Communication) การบริการควรจะสามารถให้ข้อมูลเมื่อลูกค้าต้องการหรือสอบถาม ความเข้าใจในตัวลูกค้า (Understanding the Customer) การเข้าใจลักษณะเฉพาะของลูกค้า

การศึกษาในครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษามิติของคุณภาพบริการของสถานื่อนามัยตามการรับรู้ของผู้ให้บริการจากการศึกษาตามมุมมองมิติของคุณภาพบริการของหลายๆสถานบริการพบว่ามีความหลากหลายในมุมมองมิติของคุณภาพบริการ ดังเช่น มิติด้านคุณภาพการศึกษาระดับอุดมศึกษาประกอบด้วย มาตรฐานด้านความมีประสิทธิภาพ (Efficiency), ความมีประสิทธิภาพ (Effectiveness), ความมีคุณภาพ (Quality), ความมีสมรรถนะ (Capacity),การจัดสรรแบ่งปัน (Allocation/apportion/Sharing),ความร่วมมือร่วมพลัง (Collaboration), ความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้/อธิบายได้ (Accountability), ความเหมาะสม

(Appropriateness), ความเพียงพอ (Sufficiency), ความครอบคลุม (Comprehensiveness), ความสอดคล้อง (Relevance), ความเพียงพอ (Adequacy), ความหลากหลาย (Diversity), ความสำเร็จ (Success) (ศูนย์ประกันคุณภาพการศึกษา 2548 : 5 NCU QA – Newsletter. ปีที่ 4. ฉบับที่ 10) มิติของคุณภาพบริการเครือข่ายโทรศัพท์เคลื่อนที่ ประกอบด้วย คุณภาพสำหรับประสิทธิภาพในการทำงาน (Performance) คุณภาพที่เกิดจากการทำหน้าที่ของสินค้าหรือบริการ, คุณภาพจากความไว้วางใจในตัวสินค้า (Reliability) คือความไว้วางใจว่าสินค้าไม่เสียบ่อย, คุณภาพจากความทนทาน (Durability) คือ คุณภาพที่เกิดจากความทนทานว่าสินค้าใช้ได้นานกว่าความคาดหวังของผู้บริโภค, คุณภาพจากลักษณะพิเศษ (Special Features) คือ คุณภาพที่เกิดจากคุณสมบัติที่พิเศษแตกต่างจากสินค้ายี่ห้ออื่น (สรุพนันทวีรรวณชัย. 2550 : มิติของคุณภาพวณิชย แผนการผลิต Production Plan) และยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษามิติของคุณภาพบริการของสถานีนอนามัย ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง มีนโยบายพัฒนาคุณภาพที่ตอบรับกับยุทธศาสตร์ที่ 2 “พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” สู่การปฏิบัติ โดยมุ่งพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้นและเป็นที่ยอมรับ เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานีนอนามัย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษามุมมองมิติของคุณภาพบริการของสถานีนอนามัยตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ โดยในแต่ละมิติของคุณภาพบริการ มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการหรือระบบใดระบบหนึ่งของคุณภาพบริการของสถานีนอนามัย ที่ตอบสนองความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งการให้ความเห็นหรือคำตอบอาจไม่มีความสอดคล้องกับทฤษฎี หรืออาจไม่มีความเป็นไปได้ต่อการจัดบริการหรือการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานีนอนามัย ซึ่งเป็นความคิดของบุคคลที่เป็นตัวแทนของผู้ให้บริการที่อาจแตกต่างกันตามปัจจัยต่าง ๆ เช่น เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา รายได้ ประสบการณ์ ที่ได้ให้บริการ และสถานภาพทางสังคม ฯลฯ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษามิติของคุณภาพบริการของสถานีนอนามัยตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ประจำสถานีนอนามัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนามิติของคุณภาพบริการของสถานีนอนามัย ที่ตอบสนองความต้องการพัฒนาที่แท้จริง รวมถึงเป็นฐานในการทำวิจัยต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ฉบับนี้ต้องการอธิบายมิติของคุณภาพบริการของสถานีนอนามัยตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยโดยศึกษาในอำเภอรังษภ และอำเภอยะยงจังหวัดตรัง

1. ผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยในอำเภอรังษภและ อำเภอยะยง จำนวน 7 คน แยกเป็นอำเภอรังษภ จำนวน 2 คน และอำเภอยะยง จำนวน 5 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน

2. การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) โดยมีคำถามหลักในการวิจัย คือ “มิติคของคุณภาพบริการของสถานื่อนามัยมีตามการรับรู้ของท่านเป็นอย่างไร” นอกจากนี้จะมีคำถามตาม (Probing question) ซึ่งเกิดขึ้นต่อจากประเด็นคำถามหลัก ทั้งนี้จะทำการสัมภาษณ์เจาะลึก จนข้อมูลมีความอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทำไปพร้อม ๆ กับการรวบรวมข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เชิงวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยผู้วิจัย เพื่อหาประเด็นหลัก (Themes) และตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์โดยผู้วิจัยอีก 3 ท่าน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วยลักษณะของผู้ให้ข้อมูล และประเด็นหลัก (Themes) ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการศึกษา

1. ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่ประจำสถานื่อนามัย มีจำนวน 7 คน เป็นเพศชาย 4 คน และเพศหญิง 3 คน ตำแหน่งในหน้าที่ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 35-50 ปี ประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 17 ปี นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี 6 คน ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ 1 คน

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ราย

ลักษณะทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งหน้าที่	เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	2	28.58
	นักวิชาการสาธารณสุข	1	14.28
	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	3	42.86
	พยาบาลวิชาชีพ	1	14.28
	รวม	7	100.00
ระดับการศึกษา	อนุปริญญาตรี	3	42.82
	ปริญญาตรี	4	57.14
	รวม	7	100.00
ประสบการณ์การทำงาน	1-10 ปี	1	14.28
	11-20 ปี	4	57.14
	21-30 ปี	2	28.58
	รวม	7	100.00

2. ประเด็นของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ประกอบด้วยประเด็นหลัก คือ

มิติของคุณภาพบริการของสถานื่อนามัยตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ประจำสถานื่อนามัยโดยจะขอก
กล่าวถึงในประเด็นหลัก ตามผลการศึกษาดังนี้

มิติที่ 1 ความมั่นใจ เป็นการให้บริการที่มีความมั่นใจในการบริการซึ่งมี 5 องค์ประกอบ คือ

1) เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความรู้ คือ พฤติกรรมการให้บริการที่แสดงออกซึ่งความสามารถ ความรู้และทักษะ
ของผู้ให้บริการที่เหมาะสมกับการกิจการดูแลผู้ป่วย และมีระบบการประเมินอย่างสม่ำเสมอ เป็นการให้
บริการที่ถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มีน้ำหนักความ
น่าเชื่อถือสูง เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความมั่นใจและใช้มาตรฐานเดียวกันแก่ผู้รับบริการทุกคน 2) การให้
ความช่วยเหลือและเอาใจใส่ เข้าใจในความรู้สึก ความต้องการต่อปัญหาของผู้รับบริการทุกคนอย่าง
สม่ำเสมอ ทุกครั้งที่มารับบริการ 3) มีการใช้ความเชี่ยวชาญในงานวิชาชีพ มาให้บริการด้วยข้อมูลและ
ความรู้ที่ถูกต้องชัดเจนเข้าใจง่าย 4) มีการบันทึกข้อมูลที่ให้การรักษาและความรู้ที่ถูกต้องตามมาตรฐาน
วิชาชีพ 5) ให้การบริการตามที่แจ้งแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ยึดหลักสิทธิของผู้รับบริการทำให้ผู้รับ
บริการเกิดความไว้วางใจและประทับใจในความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการดังตัวอย่างคำกล่าว

“เราก็ให้เขาอย่างเต็มที่ แต่ถ้านิ่งไหนทำไม่ได้ก็บอกตรง ๆ ว่าตรงนี้เราไม่สามารถทำได้”

“ผู้ให้บริการในที่นี้หมายถึง ตัวเจ้าหน้าที่ ในเรื่องของความรู้ทางด้านวิชาการ ความรู้ในเรื่อง ของ
สิ่งที่เราจะให้บริการชาวบ้าน ทักษะ ความชำนาญ”

“การบริการทุกอย่าง ที่มันได้มาตรฐานเดียวกัน”

“บางที่มีปัญหา คือ เขาคิดว่าหมอเป็นที่พึ่งของเขา พึ่งได้ทุกอย่าง ไม่ใช่พึ่งได้แต่การรักษาโรคอย่างเดียว”

“แม้แต่เรื่อง ปัญหาส่วนตัว เรื่องครอบครัว เรื่องอะไรต่าง ๆ เขาเห็นเราเป็นที่พึ่ง”

“เราต้องรู้เรื่องหมดทุกอย่าง เวลาประชุมแต่ละเดือนก็ต้องเอามาแชร์ความรู้กัน”

มิติที่ 2 การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) เป็นการให้บริการที่
กิจกรรมต่าง ๆ นั้นตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการและครอบครัวของผู้รับ
บริการ เป็นการให้บริการในสถานที่ที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม รวมทั้งการมีความพร้อมของสถานที่
อุปกรณ์ และบุคลากร ที่ประกอบด้วย ความพร้อมของ พื้นที่ภายในสถานื่อนามัยต้องสะอาด โปร่ง อากาศ
ถ่ายเทได้สะดวก มีอุปกรณ์สำหรับให้บริการ ที่มีความทันสมัยอยู่ในสภาพพร้อมใช้ สะอาด และเพียงพอ
มีเวชภัณฑ์ยาเพียงพอ ความมีสมรรถนะ การจัดสรรแบ่งปัน ความเพียงพอในการปฏิบัติการให้บริการผู้ให้
บริการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการทันทีต่อเหตุการณ์ ด้วยความตั้งใจเอาใจใส่ในความรู้สึก รวมไปถึง
ความต้องการของผู้รับบริการเหมือนกับเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันในการปฏิบัติงานผู้ให้บริการ
ใส่ใจในการดูแลด้วยความห่วงใย และมีระบบการควบคุมงบประมาณของ อาคาร สถานที่ เครื่องมือแพทย์
วัสดุอุปกรณ์ เกี่ยวกับการให้บริการในหน่วยงานโดยคำนึงถึง ผลลัพธ์ ซึ่งการบริการเป็นการปฏิบัติที่ทำให้
ผู้รับบริการเกิดความชื่นชม ไว้วางใจ ประทับใจและยอมรับหรือเกิดความพึงพอใจในความรู้ความสามารถ
ของผู้ให้บริการ ดังตัวอย่างคำกล่าว

“เราอยู่แบบพี่น้องแบบครอบครัว ให้แบบไม่หวังสิ่งตอบแทน ยึดหลักของครอบครัวเป็นหลัก”

“ก็มีเรื่องของยาต้องจัดหาให้เพียงพอ เครื่องมือที่ขาดก็ต้องจัดหา ต้องมีการเตรียมความพร้อม

เพื่อรองรับความต้องการ”

“บ้านพี่ที่อยู่ตรงนี้ ถ้าเจ็บป่วยที่จำเป็น อุบัติเหตุฉุกเฉินก็มาเรียกได้เลย”

“ครับมีส่วน โดยเฉพาะตัวอาคารสถานือนามัย อนามัยทรงสูง ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ หรือคนที่ บาดเจ็บหนักไม่สะดวกในการขึ้นมารับบริการบนสถานือนามัย”

“ถ้ามีทุนต่อเติมชั้นล่าง จะเพิ่มความสะดวกในการให้บริการมากกว่าชั้นบน ”

มิติที่ 3 ความน่าเชื่อถือ (Assurance) ประกอบด้วย ผู้ให้บริการให้การบริการที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ ให้บริการตามคิว (ลำดับ) ผู้ให้บริการเป็นบุคคลที่ผู้รับบริการไว้วางใจได้ มีการแต่งกายสะอาดเรียบร้อย มีความสุภาพเรียบร้อยนุ่มนวล มีความรู้ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญงานวิชาชีพ เป็นผู้ที่มีจริยธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริต ที่ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยที่จะติดต่อด้วยและผู้รับบริการให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา รวมถึงการมีความตั้งใจ เอาใจใส่โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการมุ่งผลสัมฤทธิ์ในการทำงานจะทำงานร่วมกันซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะช่วยกันทำงาน มีการประชาสัมพันธ์ การให้บริการแก่ผู้รับบริการในการให้บริการรักษาพยาบาล มีระบบส่งต่อผู้ป่วย กรณี ที่เกินความสามารถในการดูแลรักษา มีความปลอดภัย มีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

“เรามีความรู้เพิ่มขึ้นเราน่าจะให้บริการที่มีคุณภาพมากขึ้น”

“ความรู้เป็นสิ่งสำคัญ วิชาการใหม่ เสริมศักยภาพในการทำงานการรักษาพยาบาล”

“ก็พยายามให้บริการโดยที่เราต้องพัฒนาตนเอง และการศึกษาหาความรู้ใหม่ ๆ มาใช้”

“มาตรฐาน PCU มาตรฐานการรักษา มาตรฐานการควบคุมโรค เราก็มัทำไปตามเกณฑ์”

“การพูดจา การแต่งกายสุภาพ เรียบร้อย”

“การแสดงออก ทางสีหน้า ท่าทาง การพูดจา”

“สิ่งไหนเราทำไม่ได้ เราก็ส่งต่อ เกินความสามารถก็ส่งต่อ”

“อุบัติเหตุบางครั้งเราทำไม่ได้ ที่นี้ไม่มีรถ Refer ถ้าอยู่เวรเอง จะไปส่งเขาละ”

“เราต้องมีความซื่อสัตย์ต่อตัวเอง ว่าเราทำงานของเราดีที่สุดแล้ว”

มิติที่ 4 ความเข้าใจและเห็นใจ (Empathy) เป็นการให้บริการที่ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพร้อมในการให้บริการโดยมีจุดเริ่มจากความศรัทธาต่อวิชาชีพเป็นหลัก มีความตั้งใจในการปฏิบัติงานในหน้าที่ มีความมั่นคงทางอารมณ์ เปิดใจรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เอาใจใส่ มีความเห็นใจ คำนึงถึงประโยชน์ผู้รับบริการเป็นหลัก มีความยืดหยุ่นที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญ รักษาผู้รับบริการที่อาการหนักกว่าก่อน และ เข้าใจความต้องการของผู้รับบริการให้การบริการแก่ผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว เป็นสิ่งที่ต้องปลูกฝังและเรียนรู้การบริการอย่างเอื้ออาทรในแต่ละบุคคล และต้องสร้างบรรยากาศในการทำงานให้มีความสุขสนุกสนานเป็นกันเอง อยู่แบบพี่แบบน้อง หน่วยงานมีนโยบายการ ส่งเสริมความเอื้ออาทร ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ มีความเคารพต่อบุคคลเคารพในศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ มีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้การบริการแบบองค์รวมตามอำนาจหน้าที่ มีภาวะผู้นำและการบริหารงานของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ดังตัวอย่างคำกล่าว

“ถ้าเราเป็นคนพูดดี อธิบายดี นี่เท่ากับว่าหมอนั่นเป็นคนอยู่ในใจของเขาแล้ว”

“คนไข้ชอบมาหาเรา เพราะเราใช้ความยืดหยุ่นบ้าง เราไม่ตึงเกินไป ใช้ทางสายกลาง”

“เสร็จแล้วเราก็ ให้บริการเหมือนญาติมิตร ไม่ว่าจะเป็นเด็กเราก็ถือว่าเป็นลูกหลานของตนเอง”

“การแสดงออก ทางสีหน้า ท่าทาง การพูดจา”

“ความมีน้ำใจ การเอาใจใส่ ดูแลเขาอย่างมีไมตรี”

“อย่างไรบ้างโรค ถ้าเกิดไม่รุนแรงนัก เขาก็จะพยายามประชาสัมพันธ์ให้มาใช้บริการที่ สอ.”

“ใช้ความยืดหยุ่นบ้าง เราไม่ตึงเกินไป”

มิติที่ 5 การเข้าถึงชุมชนและความสัมพันธ์กับองค์กรอื่น (Access & Communication) การมีความตั้งใจและความพยายามในการมีส่วนร่วมกิจกรรมกับชุมชนอย่างสม่ำเสมอสามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้รับบริการรวมทั้งสามารถดึงชุมชนให้มีส่วนร่วมกิจกรรมของสถานีนอนามัยได้ โดยมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบโดยทั่วกัน และมีการมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้อง เช่น อ.ส.ม.ในชุมชนมีส่วนร่วมในงานบริการประชาชนด้านสุขภาพและสวัสดิการ มีการส่งเสริมความรู้ให้ชุมชนสามารถปฏิบัติภารกิจในหน้าที่ของตนเองและปฏิบัติเป็นแบบอย่างของ การให้บริการอย่างเอื้ออาทรแก่ผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความรู้สึกรักอยากช่วยเหลือไว้วางใจและมีความผูกพันต่อกันเกิดความสัมพันธ์ที่ดี สร้างกำลังใจในการทำงานและพัฒนาศักยภาพคนเพื่อแก้ปัญหาในการดำเนินงานเกิดความไว้วางใจต่อกันเหมือนเป็นพี่น้องครอบครัวเดียวกัน ซึ่งในการทำงานจะช่วยกันทำงานเจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือและ/หรือ ช่วยเหลือองค์กรอื่น ๆ และเจ้าหน้าที่สามารถหาแหล่งงบประมาณจากองค์กรส่วนท้องถิ่นดังตัวอย่างคำกล่าว

“เจ้าหน้าที่ไปไหน แล้วกลับตอนไหน ก็เขียนเบอร์โทรศัพท์ไว้ให้ให้ติดต่อ เลยถ้าเขาติดต่อเร่งด่วนไม่ว่าจะเขียนตั้งเอาไว้ว่ากลับ 4 โมง เปิด 16.30 น.ไหนวันนั้นแหละ”

“ต้องอาศัยกำลัง อสม. ช่วยแบ่งตามละแวกตามกลุ่ม คือมีการประชุม อสม. ให้อสม.ไปบอกต่อยกตัวอย่างในหน้าฝนโรคไหนโรคระบาด ชี้แจงการป้องกัน การดูแล การปฏิบัติตน มีการอบรมอสม. จัดทำคู่มือประจำบ้านในโรคที่เป็นปัญหาท้องถิ่น คือเค้าสามารถดูแลเบื้องต้นได้โดยอสม.นั่นเป็นพี่เลี้ยง”

“เราจะเน้นเรื่องชุมชน ไปพบปะวิถีชาวบ้าน การเป็นอยู่ของชาวบ้าน”

“ซึ่งมีชุมชนออกกำลังกาย ชมรมแอโรบิค ชมรม อสม. ของเราจะแตกต่างจากที่อื่นสักนิด คือว่าประชุม 1 ครั้งต่อ เดือน ”

“ทั้งในส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าเราขาดแคลนงบประมาณ เราขอในส่วนงบประมาณของท้องถิ่นในระดับบริหารเค้าช่วยในส่วนให้เกิดปัจจัยที่ทำให้คุณภาพบริการของอนามัยดีขึ้น”

มิติที่ 6 ความเสมอภาค (Equity) เป็นการให้บริการที่มีความละเอียดอ่อนต่อมิติทางสังคมความเป็นมนุษย์ โดยการให้ความสนใจและปฏิบัติแก่ผู้รับบริการทุกคนอย่างเสมอภาค ไม่มีการแบ่งแยกชนชั้นและฐานะทางสังคม เป็นศิลปะการดูแลรักษาสุขภาพที่ต้องสอดคล้อง เหมาะสมกับเฉพาะบุคคล การเข้าถึงความเป็นมนุษย์ การสร้างระบบบริการที่มีลักษณะของการดูแลแบบองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่องผู้ให้บริการมีบทบาทในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการทำงานสุขภาพชุมชนและเจ้าหน้าที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อแนวคิดการบริการให้ชัดเจนและถูกต้องแนวคิดดังกล่าวเป็นจุดเด่นของการบริการอันจะนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดขึ้นได้ดังตัวอย่างคำกล่าว

“เป็นการบริการที่มีมาตรฐาน ถ้าในเชิงที่เขาเขียนมาก็ดี เพราะจะได้เป็นบรรทัดฐานเดียวกัน ”
“การบริการทุกอย่าง ที่มันได้มาตรฐานเดียวกัน ”

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามคำถามการวิจัยดังนี้

- มิติของคุณภาพการบริการของสถานีนอนามัย ตามการรับรู้ของท่านเป็นอย่างไร

ผลการวิเคราะห์พบว่า เจ้าหน้าที่ประจำสถานีนอนามัยในเขตอำเภอธัญญา และอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง สามารถให้การบริการตามมิติของคุณภาพการบริการได้ เนื่องจากมีความพร้อมในการให้การบริการผู้รับบริการทุกคนด้วยมิติของคุณภาพการบริการสุขภาพอันได้แก่ 1) ด้านความมั่นใจ 2) ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) 3) ด้านความน่าเชื่อถือ (Assurance) 4) ด้านความเข้าใจและเห็นใจ 5) ด้านการเข้าถึงชุมชนและความสัมพันธ์กับองค์กรอื่น (Access & Communication) และ 6) ด้านความเสมอภาค (Equity) ซึ่งทั้ง 6 มิตินี้เป็น 6 ใน 8 มิติที่ผู้รับบริการคาดหวังจากผลการศึกษาของ กานดา แก้วรัตน์ และวัลลภา คชภักดี (2551) ผลการวิจัยจึงเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบบริการที่มีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง ด้วยความช่วยเหลือจากหลาย ๆ ฝ่ายด้วยกัน ขอขอบคุณคณะวิทยากรสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณวิทยาเขตพัทลุง ที่สนับสนุนงบประมาณสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด สาธารณสุขอำเภอธัญญา เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยทุกท่าน และที่ขาดไม่ได้คือผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคนที่ยินดีให้ข้อมูลเพื่อทำการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข(2550) บทบาทภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข.Available from URL (11 สิงหาคม 2550) www.moph.go.th/about/structure
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Quality Indicators). กรุงเทพฯ :สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543
- มิติของคุณภาพบริการสุขภาพ.(8 ตุลาคม 2550).Canadian Council on Health Service Accreditation (CCHSA). [http:// www.yala.ac.th/pharmatech/intro.htm](http://www.yala.ac.th/pharmatech/intro.htm)
- มิติของคุณภาพบริการสุขภาพ.(29 ตุลาคม2550) http://www.heart.kku.ac.th/HA/20_LESSON/chapter8.htm
- อนวัณณ ศุภชุตินกุล และคณะ.(2542) .เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ, คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อรอนงค์ เกาทอง (2547) การศึกษาคุณภาพการบริการของบุคลากร. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขานุการ คณะศิลปกรรมศาสตร์, 26-44.
- Deming, E (1988) Deming’s 14 points and hospital quality : Responding to the consumer’s demand