

การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของผู้รับบริการต่อโรงพยาบาลเอกชน

The Patients' Perception of the Quality of Private Hospital Health Services

ภัทรพร ยูบลพันธ์
Pataraporn Yubonpunt

บทคัดย่อ

ความคิดเห็นของผู้รับบริการเกี่ยวกับการจัดบริการของระบบสุขภาพจัดว่าเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อการตัดสินใจคุณภาพการรับรู้คุณภาพจากมุมมองของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่ผู้ให้บริการต้องให้ความสนใจ การวิจัยเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของผู้รับบริการต่อโรงพยาบาลเอกชน และศึกษาเปรียบเทียบคุณลักษณะประชากร ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรับรู้คุณภาพกับการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีค่าความเชื่อมั่น 0.979 กับผู้รับบริการในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 200 คน ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาคือ เดือนสิงหาคม-กันยายน 2554 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้วยสถิติที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one way Analysis of Variance : ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายมิติคุณภาพอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 ผู้รับบริการที่เคยและไม่เคยเข้ารับบริการสุขภาพรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยกลุ่มที่ไม่เคยเข้าโรงพยาบาลใดเคยรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่เคยเข้าโรงพยาบาลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 4.36 กับ 4.07 และผู้รับบริการที่มีอาการโรคของการเจ็บป่วยในปัจจุบันแตกต่างกัน รับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยผู้รับบริการที่มาด้วยกลุ่มโรคเฉียบพลัน รับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างจากผู้รับบริการที่มาด้วยกลุ่มอุบัติเหตุและบาดเจ็บเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 4.06 กับ 4.34

ข้อเสนอแนะในการวิจัย โรงพยาบาลควรนำข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ไปสู่การปรับปรุงตามความเหมาะสมในด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ควรปฏิบัติในการให้บริการและการเอาใจใส่อย่างเสมอภาคกันทั้งผู้รับบริการรายเก่าและรายใหม่ สำหรับผู้รับบริการที่มีลักษณะอาการโรคที่แตกต่างกัน ผู้ให้บริการควรตอบสนองและปฏิบัติให้สอดคล้องตามลักษณะอาการ ด้านการรักษา ควรใช้เวลาในการตรวจและรับฟังผู้รับบริการให้มากขึ้น อธิบายเกี่ยวกับอาการหรือโรคให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการรักษา และเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มความคุ้มค่าของการรักษาให้แก่ผู้รับบริการ

Abstract

Opinions of patients on providing health services were counted as the key indicator to judge the quality. The patient's perception of quality is critical for the service providers to pay attention to. This quantitative research was to study patient perception of the quality of private hospital health services and to compare the demographic attributes, sickness experience, and the health service received with the perception of the health service. The data were collected from 200 patients of a private hospital from August to September, 2011, through interviews by using a questionnaire developed by the researcher with a reliability value rated at 0.979. Descriptive statistics were used in analyses as well as t-test and one-way ANOVA.

The results revealed that patient perception of the health service quality overall and individually was at a high level with a mean of 4.10. There was a statistically

ข้อมูลบทความ

ส่งบทความ 14 กรกฎาคม 2558
ตอบรับ 25 สิงหาคม 2558
เผยแพร่ออนไลน์ 23 ธันวาคม 2558

คำสำคัญ

การรับรู้
คุณภาพบริการสุขภาพ
มิติคุณภาพ
perception
healthservice quality
dimensional quality

significant difference between the perception of the visited and non-visited hospitals ($P < .05$). The group that never visited any hospital perceived the health service as higher than the group that visited the hospitals by the comparative values of 4.36 and 4.07. There was a statistically significant difference between the perception of the health service quality among the current symptoms ($P < .05$). Patients with acute disease differently perceived the health service quality from the accident and injury patients by the comparative values of 4.06 and 4.34.

Recommendations from the study are that the hospital should adopt recommendations to appropriately improve patient-centeredness. Service and care should be equally provided for returning patients and new patients. Patients with different symptoms should be responded to and treated with the same standards. More time should be spent on diagnosis, listening to patients, and provide more explanation on symptoms and diseases. This is to allow the involvement of patients and partly to enhance the treatment value for the recipients.

บทนำ

ระบบบริการสาธารณสุขของไทยนับได้ว่าพัฒนาไปในทุกมิติ การจัดบริการด้านสุขภาพได้ขยายบริการออกไปทุกระดับครอบคลุมทุกพื้นที่และมีระบบการส่งต่อที่ดี ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยสะดวกตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา ประเทศไทยได้จัดหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทุกคน มีผลทำให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้า ประชาชนได้รับการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคที่จำเป็นอย่างทั่วถึง จากการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น โดยอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอกทั้งหมดของประชากรในกรุงเทพมหานคร ปี 2550 เทียบกับปี 2549 มีอัตราที่เพิ่มขึ้นเป็น 6.4 ครั้งต่อประชากรต่อปี จาก 5.36 ครั้งต่อประชากรต่อปี และอัตราการนอนโรงพยาบาลของประชากรในกรุงเทพมหานคร พบว่า ในปี 2550 เทียบกับปี 2549 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.2 ต่อประชากรต่อปี จากร้อยละ 20.1 ต่อประชากรต่อปี (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2553) สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา คือ จาก 147,837 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 248,079 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2548 โดย 3 ใน 4 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพเป็นการรักษาพยาบาลและร้อยละ 5 ที่ใช้ในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2552, น. 18)

โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ คุณภาพของการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วย

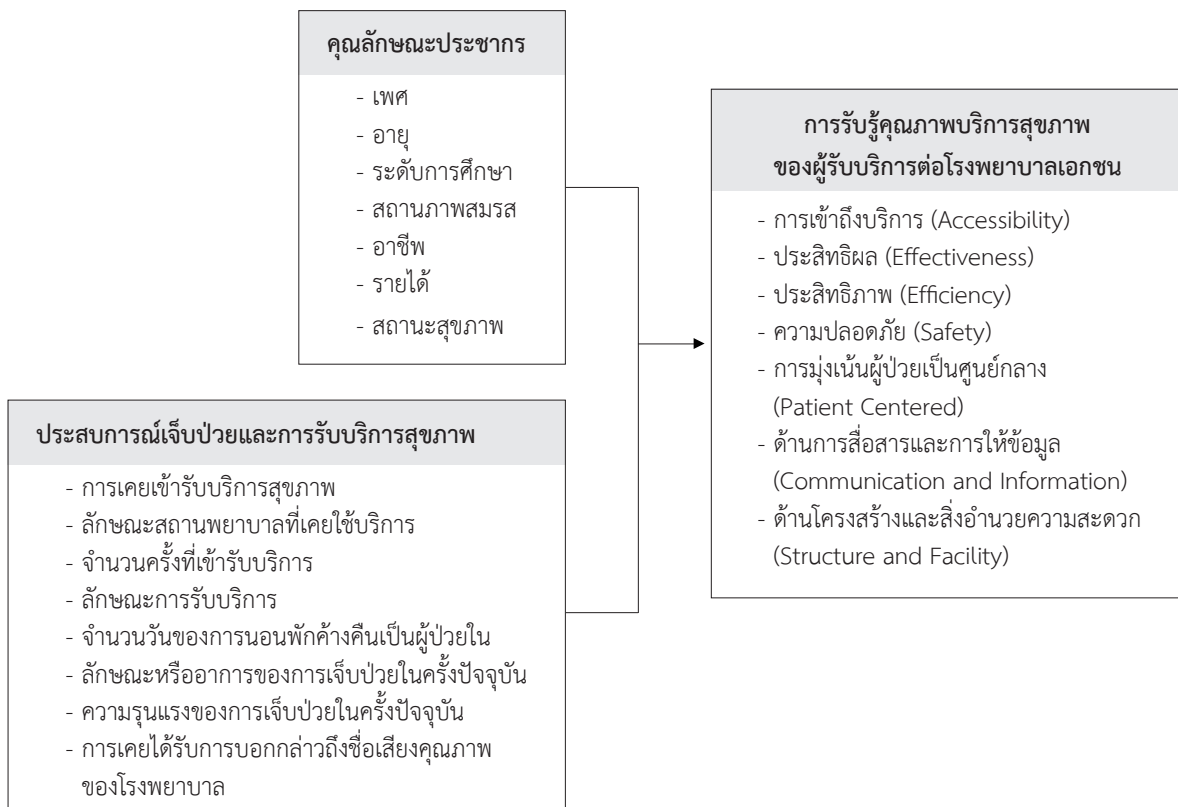
และญาติพึงประสงค์ เมื่อเข้ารับการรักษาที่ใดก็หวังที่จะได้รับการที่ดีที่สุด หลีกเลี่ยงโรค ไม่เกิดความพิการ แต่เมื่อระบบบริการสุขภาพได้ปรับเปลี่ยนไป ระบบการจัดบริการสุขภาพและภาวะการเจ็บป่วยมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลากหลายมากขึ้น ความไม่เข้าใจกันและความขัดแย้งจึงเพิ่มมากขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543, น. 65) ความคิดเห็นของผู้รับบริการเกี่ยวกับการจัดบริการของระบบสุขภาพจัดว่าเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อการตัดสินใจตัดสินใจในการรับรู้คุณภาพจากมุมมองของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีความหมายตั้งแต่แรกทีเดียวที่ผู้ให้บริการต้องให้ความสนใจในเบื้องต้นของระบบบริการสุขภาพ เพราะผู้ป่วยคือผู้ขับเคลื่อนในผลลัพธ์ที่สำคัญ ทั้งผลลัพธ์ด้านการรักษาและค่าใช้จ่ายรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีผลลัพธ์ที่ส่งผลต่อผู้เกี่ยวข้องในหลายแง่มุม ได้แก่ ทางเลือกในการวางแผนการรักษาของผู้ป่วยและผู้ให้บริการซึ่งมีผลต่อการยอมรับการรักษาร้อยเรียงเรื่องความไม่พึงพอใจในบริการ ซึ่งระดับของความรุนแรงในการร้องเรียนอาจรุนแรงถึงการผิดจรรยาบรรณของวิชาชีพ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้การบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพเอื้อประโยชน์ทั้งฝ่ายผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Sofaer & Firminger, 2005, pp. 516-517)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า สำหรับคุณภาพของบริการสุขภาพได้มีนักวิชาการหลายท่านและในหลายกลุ่มประเทศได้มีการพัฒนาและกำหนดองค์ประกอบของมิติคุณภาพ เพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพของบริการ

สุขภาพมาอย่างต่อเนื่องซึ่งมีคุณภาพของบริการสุขภาพมักมีความคล้ายกันในระดับหนึ่ง ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ความปลอดภัย (Safety) การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered) ด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and Information) และด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก (Structure and Facility) หากแต่มีคุณภาพเหล่านี้ถูกนำไปใช้โดยกลุ่มของบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลหรือประเมินการจัดบริการสุขภาพ ดังนั้น เพื่อให้ทราบว่าปัจจุบันผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนได้ครอบคลุมเพียงใด ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นที่จะศึกษา

การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ โดยใช้มีคุณภาพเป็นเครื่องมือซึ่งจะทำให้ทราบถึงคุณภาพของผลการปฏิบัติงานของระบบบริการสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์ ข้อมูลการรับรู้คุณภาพจากมุมมองของผู้รับบริการสามารถสะท้อนได้ว่าทำให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนมีการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานบริการ ในระดับที่ผู้รับบริการสามารถรับรู้ได้เพียงใด ดังนั้น จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจและรับรู้คุณภาพโรงพยาบาลเอกชนในมุมมองของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและตอบสนองในสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวัง อันจะนำไปสู่การสร้างความเข้าใจอันดีร่วมกันของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นการลดช่องว่างความสัมพันธ์และความขัดแย้งในระบบบริการสุขภาพต่อไป

กรอบแนวคิดงานวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของผู้รับบริการต่อโรงพยาบาลเอกชน
2. เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของผู้รับบริการต่อโรงพยาบาลเอกชนตามความแตกต่างของคุณลักษณะประชากร ประสบการณ์การเจ็บป่วย และการรับบริการสุขภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในการสัมภาษณ์ผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่มาใช้บริการแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และสูตินรีเวชกรรม จำนวน 200 ราย แบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะประชากร จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และสถานะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลประสบการณ์เจ็บป่วยและการรับบริการสุขภาพจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การเคยเข้ารับบริการสุขภาพ ลักษณะสถานพยาบาลที่เคยใช้บริการ จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการ ลักษณะการรับบริการ จำนวนวันของการนอนพักค้างคืนเป็นผู้ป่วยใน อาการโรคของการเจ็บป่วยในครั้งปัจจุบัน ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในครั้งปัจจุบัน และการเคยได้รับการบอกกล่าวถึงชื่อเสียงคุณภาพของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพของบริการสุขภาพของผู้รับบริการลักษณะของคำถามจะแบ่งแยกตามมิติคุณภาพ 7 มิติคุณภาพ จำนวนข้อคำถาม 49 ข้อ สำหรับข้อคำถามแต่ละข้อที่เป็นคะแนนของการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ มีเกณฑ์ในการเลือกตอบและให้คะแนนตามระดับความคิดเห็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อพรรณนาข้อมูลคุณลักษณะประชากร ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรับบริการสุขภาพโดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ

(Percentage) เพื่ออธิบายการรับรู้คุณภาพของบริการสุขภาพของผู้รับบริการ โดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยทางด้านลักษณะประชากร ประสบการณ์การเจ็บป่วย และการรับบริการสุขภาพกับการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของผู้รับบริการ โดยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ด้วยสถิติที (t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2.2 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance: ANOVA) ใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยทางด้านลักษณะประชากร ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรับบริการสุขภาพกับการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของผู้รับบริการ และทำการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีการ Scheffe และ LSD กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งนี้ผลวิเคราะห์รายคู่จากวิธีของ Scheffe และ LSD ให้ผลในแง่ของการมีนัยสำคัญเหมือนกันแต่ค่า Sig ในวิธี LSD จะน้อยกว่าวิธี Scheffe ในบางกรณี ผลที่ได้จากสองวิธีนี้จะแตกต่างกันเนื่องจากวิธี Scheffe เป็น A family-based แต่ LSD เป็น Per contrast-based (จุฬาลักษณ์ บาร์มี, 2551, น. 121) ดังนั้นกรณีที่ผู้วิจัยทดสอบรายคู่โดยวิธี Scheffe ไม่ปรากฏผลคู่ที่แตกต่าง ผู้วิจัยจึงจะใช้ทดสอบรายคู่โดยวิธี LSD

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้ศึกษาจากแนวคิดทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องจากเนื้อหาในผลงานของ อนุวัฒน์ ศุภขัติกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) ที่ได้จัดทำหนังสือที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดของนักวิชาการต่างประเทศ อาทิ Donabedian, Blumental, Juran, Parasuranman รวมทั้งจากองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการรับรองคุณภาพของบริการสุขภาพ ได้แก่ CCHFA, American Medical Association, JCAHO, CCHSA เป็นต้น เนื้อหาสาระสำคัญมีดังต่อไปนี้

องค์ประกอบของคุณภาพและมิติคุณภาพของบริการสุขภาพ

1. องค์ประกอบคุณภาพในมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพสามารถแบ่งออกเป็นคุณภาพด้านเทคนิค (Technical quality) และคุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับ

บริการ (Interpersonal หรือ Functional quality) สำหรับมุมมองของคุณภาพด้านเทคนิคนั้นเชื่อกันว่ามี 2 มิติ คือ 1) ความถูกต้องของบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ให้ “Doing the right thing” 2) ความชำนาญที่กระทำการรักษาได้อย่างเหมาะสม “Doing the thing right” นั่นคือ คุณภาพด้านเทคนิคที่ดี จะประกอบไปด้วย “การทำสิ่งที่ถูกต้องด้วยวิธีการและในเวลาที่เหมาะสม (Doing the right thing right)” การที่แพทย์จะสามารถทำสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมได้นั้น แพทย์จะต้องมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในทางเลือกของการรักษาผู้ป่วยแต่ละคน มีคุณภาพในการตัดสินใจ และมีการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งขึ้นอยู่กับความชำนาญ การใช้วิจารณญาณ และปฏิบัติได้เหมาะสมกับเวลา (มีคุณภาพในการปฏิบัติ) สำหรับคุณภาพด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนั้น ขึ้นอยู่กับพื้นฐานหลายอย่าง เช่น คุณภาพด้านการสื่อสาร ความสามารถของแพทย์ซึ่งจะดำรงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือ และสามารถของแพทย์ที่จะรักษาผู้ป่วยด้วยความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ความซื่อสัตย์ รู้กาลเทศะ และไวต่อการรับรู้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย

2. องค์ประกอบคุณภาพในมุมมองและความคาดหวังของผู้ใช้บริการหรือลูกค้า แม้ว่ามุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการกล่าวถึงว่าเป็นส่วนสำคัญในด้านคุณภาพ มุมมองจากด้านอื่นๆ ก็ได้รับความสนใจมากเช่นเดียวกันในช่วงที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ คุณภาพเป็นการตอบสนองต่อความคาดหวังและค่านิยมของผู้บริโภคที่มาใช้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยแต่ละคน ความคิดเห็นของบุคคลกลุ่มนี้เกี่ยวกับการบริการจัดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อคุณภาพ

Sofear, H. และ Firminger, K. (2005) ได้ทบทวนงานวิจัย 11 เรื่อง ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้ศึกษาว่าผู้ป่วยให้นิยามของคุณภาพการดูแลด้วยตัวผู้ป่วยเองอย่างไร รูปแบบการศึกษาของงานวิจัย 11 เรื่อง ได้แก่ การใช้มาตรวัดขนาดเล็ก การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม Sofaer และ Firminger ได้ตั้งประเด็นกว้างๆ ของนิยามคุณภาพที่ผู้ป่วยได้ระบุ ซึ่งในบางกรณีได้แยกประเภทนิยามเหล่านั้นเป็นประเภทหรือมิติและใช้ชื่อประเด็นตามนักวิชาการซึ่งสามารถสรุปได้เป็นมิติได้ 7 ด้าน ดังนี้

1) Patient Center Care การมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล ได้แก่ การให้โอกาสผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ให้ความรู้ได้เคารพในความเชื่อของผู้ป่วย และรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการบอก มีอัธยาศัยไมตรี มีความเป็นมิตร ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของผู้ป่วยได้

2) Access การเข้าถึงบริการ ได้แก่ มีแพทย์เฉพาะทางไว้บริการ มีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่พร้อมให้บริการ บริการดูแลรักษาเหมาะสมกับความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วย มีความสะดวกทั้งด้านสถานที่และเวลาในการเข้ารับบริการ มีความพร้อมในการดูแลกรณีฉุกเฉิน

3) Communication and Information การสื่อสารและการให้ข้อมูล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่เป็นผู้ฟังและผู้พูดที่ดี แพทย์ให้คำอธิบายการเกิดโรค การดำเนินของโรค และการรักษาที่จะได้รับ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลการดูแลตนเองและการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

4) Courtesy and Emotional Support มารยาทและการสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ เอาใจใส่ด้วยความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย มีความเมตตาและสุภาพในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย มีบุคลิกที่น่าเชื่อถือที่สามารถทำให้ลดความกลัวและความกังวลในการเจ็บป่วยได้ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งมีดีนี้อาจแยกความต่างจากมิติด้านการมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้ยาก

5) Efficiency of Care/Effective Organization ประสิทธิภาพของการดูแลรักษา/ประสิทธิผลของการจัดการ ได้แก่ ทีมมีการประสานงานที่ดี ทำงานเป็นทีม มีความรวดเร็วในการให้บริการของจุดต่างๆ กระบวนการทำงานไม่สับสน ไม่มีข้อผิดพลาดในเรื่องค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล และมีความพร้อมในทุกด้านเพื่อการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ

6) Technical Quality คุณภาพทางเทคนิค ได้แก่ ผู้ป่วยมีความปรารถนาที่จะได้รับการบริการจากผู้ให้บริการที่มีความรู้ความสามารถ มีศักยภาพ และประสบการณ์ที่น่าเชื่อถือ ให้การรักษาที่มีประสิทธิผล วินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง แม่นยำ ให้บริการที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยหายดี

7) Structure and Facilities โครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ มีความหลากหลายของคลินิกที่ให้บริการ สถานที่และสิ่งแวดล้อมน่ารื่นรมย์ สะอาด สะดวกสบายต่อการเข้ารับบริการ ไม่มีสิ่งรบกวนเมื่อเข้าพักรักษาตัว มีการรักษาความปลอดภัย ที่จอดรถเพียงพอ และมีเทคโนโลยีเครื่องมือที่ทันสมัย

3. องค์ประกอบคุณภาพจากทฤษฎีระบบ (System Theory) แนวคิดที่ช่วยให้สามารถพิจารณาองค์ประกอบของคุณภาพได้อีกแนวทาง อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีระบบ ซึ่งอาจจำแนกระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ

(Process) และผลลัพธ์ (Outcome)

โครงสร้าง (Structure) หมายถึง คุณลักษณะต่างๆ ของแพทย์และโรงพยาบาล เช่น ความเพียงพอของทรัพยากร เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ คุณวุฒิของแพทย์หรือบุคลากรด้านสุขภาพ สถานะของโรงพยาบาล รวมถึงรูปแบบการจัดการ และด้านงบประมาณ โครงสร้างซึ่งเปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้าของบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการให้บริการทางสุขภาพ

กระบวนการ (Process) ได้แก่ ส่วนประกอบต่างๆ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ กับผู้ป่วยหรือลูกค้ำ ซึ่งรวมกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ป่วย Donabedian แบ่งกระบวนการนี้เป็น 2 ด้าน คือด้านเทคนิค (Technical) และด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal)

ผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง สภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ การเปลี่ยนแปลงในสภาวะสุขภาพในปัจจุบันและอนาคตของผู้ป่วย รวมถึงด้านจิตใจและสังคมที่อาจเป็นปัจจัยนำของภาวะสุขภาพ ตลอดจนผลกระทบที่มีไปถึงชุมชน 4 มิติคุณภาพตามผลปฏิบัติงาน

องค์การอนามัยโลกได้ระบุถึงมิติคุณภาพของการบริการสุขภาพ ดังนี้ (WHO, 2006, p. 9-10)

Effective การให้บริการสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นและก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพของแต่ละบุคคลและชุมชน

Efficient การบริการสุขภาพที่ใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดและหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดผลเสีย

Accessible การให้บริการสุขภาพที่มีความเหมาะสมทั้งด้านเวลา สถานที่ ซึ่งได้จัดเตรียมไว้พร้อมด้วยทรัพยากรที่เหมาะสมต่อความจำเป็นทางการแพทย์

Acceptable/Patient Center การบริการสุขภาพนั้นต้องคำนึงถึงความพึงพอใจและความปรารถนาของผู้ใช้บริการแต่ละบุคคล และคำนึงถึงวัฒนธรรมทางสังคมชุมชนด้วย

Equitable การให้บริการสุขภาพนั้นต้องไม่มีความหลากหลายในด้านคุณลักษณะทางสังคม ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ สภาพทางภูมิศาสตร์ สถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม

Safety การให้บริการสุขภาพต้องให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายกับผู้รับบริการน้อยที่สุด

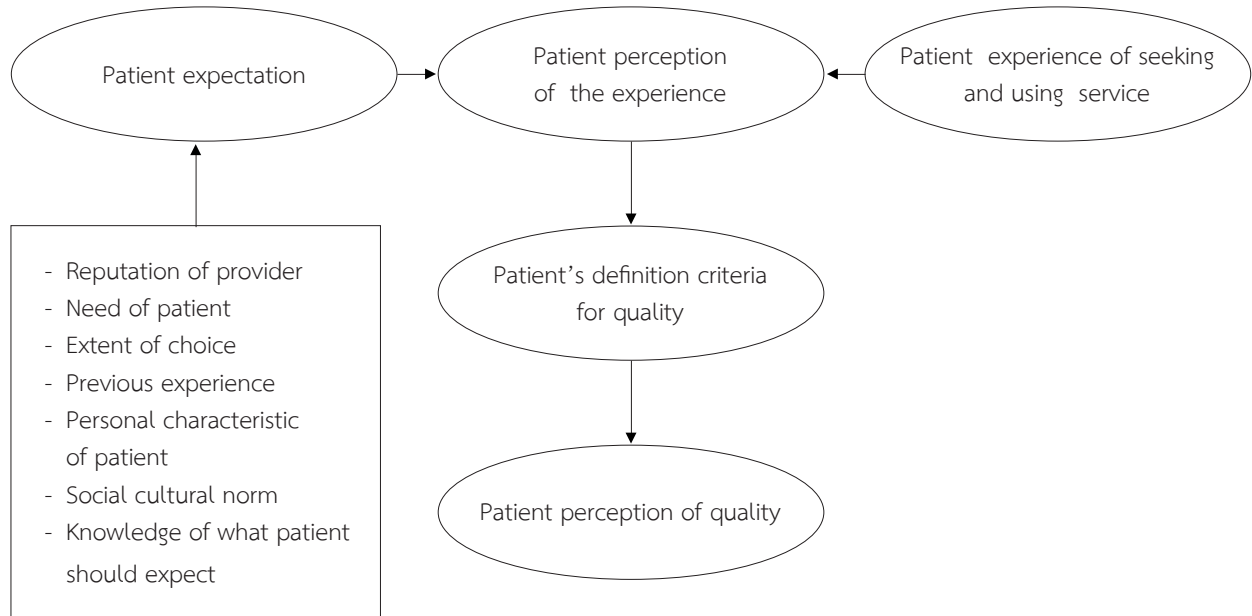
Kelly, E. & Hurst, J. (2003) ได้ทบทวนและสรุปมิติคุณภาพจากกรอบแนวคิดของแต่ละประเทศในกลุ่ม OECD

(Organization for Economic Co-operation and Development) ที่ได้ร่วมกันพัฒนาและกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพของการดูแลสุขภาพ โดยระบุมิติคุณภาพที่มีการนำไปใช้วัดหรือประเมินโดยส่วนใหญ่ ได้แก่ ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ความปลอดภัย (Safety) การตอบสนอง (Responsiveness) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ความเสมอภาค (Equity) และประสิทธิภาพ (Efficiency)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยสนใจปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และสถานะสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การเจ็บป่วย และการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ได้แก่ ประสบการณ์การเคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ลักษณะของการใช้บริการ จำนวนครั้ง ที่มารับบริการ ประเภทสถานพยาบาลที่เคยเข้ารับบริการ จำนวนวันนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ลักษณะหรืออาการของการเจ็บป่วยในครั้งปัจจุบัน ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในครั้งปัจจุบัน ชื่อเสียงของโรงพยาบาล ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจนำมาศึกษาและคาดว่าน่าจะมีผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของผู้รับบริการ ทั้งนี้ Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1990) กล่าวว่าจากการศึกษาหลายครั้งได้ทดสอบว่าคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ชาติพันธุ์ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สถานะสุขภาพทางกายและจิตใจ ทัศนคติ และความคาดหวังในการดูแลสุขภาพอาจจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพของการดูแลของผู้ป่วย การศึกษาในประเด็นเหล่านี้มีมานาน และเป็นไปได้ที่จะตัดสินว่าตัวใดเป็นตัวกำหนด ถ้าความแตกต่างอย่างเป็นระบบนั้นมีการให้เหตุผลในความแตกต่างในความคาดหวัง การรับรู้ และการได้รับการจริงของผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้บ่อยครั้งที่พบว่าผลการศึกษาในประเด็นเหล่านี้ผลไม่สอดคล้องกัน ตรงข้ามกันอยู่เสมอ Sofaer และ Firminger (2005) ทบทวนงานวิจัยจำนวน 11 เรื่อง และได้สรุปกรอบแนวคิดการรับรู้คุณภาพของผู้ป่วย แสดงดังแผนภูมิที่ 2

Conceptual model of development of patient perception of quality



แผนภูมิที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดการรับรู้คุณภาพของผู้ป่วยของ Sofaer และ Firminger (2005)

จากแผนภูมิที่ 2 สามารถอธิบายการรับรู้คุณภาพของผู้ป่วยได้ กล่าวคือ ประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยเกิดจากปัจจัยด้านความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านประสบการณ์การแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยด้านความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการสุขภาพอาจมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ได้แก่ ชื่อเสียงของผู้ให้บริการ/สถานบริการสุขภาพ ความต้องการของผู้ป่วย ขนาดของตัวเลือก/ทางเลือกในการรักษา ประสบการณ์ครั้งก่อน คุณลักษณะประชากรของผู้ป่วย บรรทัดฐานทางสังคม และความรู้ที่มีเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวัง จึงเห็นได้ว่าทั้งปัจจัยด้านความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านประสบการณ์การแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ จะเป็นตัวกำหนดประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดหรือให้คำจำกัดความในการตัดสินคุณภาพของบริการสุขภาพในมุมมองของตนเอง และเมื่อผู้ป่วยหรือบุคคลต่างๆ ได้เข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละครั้งก็จะเกิดการรับรู้คุณภาพของบริการสุขภาพ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 61 เป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 28-36 ปี ร้อยละ 33 ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 67.5 การศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปริญญาตรีและอนุปริญญา หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 41 ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 44.5 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ คือ 20,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 39.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสถานะสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 47.5 และรู้สึกว่ามีสถานะสุขภาพดีและดีมาก ร้อยละ 47.0

2. ข้อมูลประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรับบริการสุขภาพ

ด้านข้อมูลประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรับบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้าโรงพยาบาลทุกๆ ไป ร้อยละ 90.5 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 83 และเข้ารับบริการ 1-2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 43 ลักษณะการรับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 40.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยนอนโรงพยาบาล ร้อยละ

51.5 อาการโรคและการเจ็บป่วยในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคเฉียบพลัน ร้อยละ 60 กลุ่มอุบัติเหตุและบาดเจ็บ ร้อยละ 32 ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.5 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับคำบอกกล่าวถึงชื่อเสียงคุณภาพของโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 76

3. การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพต่อโรงพยาบาลเอกชน

ระดับการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามมิติคุณภาพ 7 ด้าน พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47 เมื่อพิจารณาตามระดับการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ 3 ระดับ พบว่ารับรู้ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86 รับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 24 และไม่พบว่ามีมารับรู้ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแบ่งรายด้านตามมิติคุณภาพ 7 มิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพในมิติด้านความปลอดภัยมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 รองลงมาคือ การรับรู้มิติด้านประสิทธิผล ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55 รองลงมาคือ การรับรู้มิติด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวกค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 และรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพในมิติด้านประสิทธิภาพน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างต่อโรงพยาบาลเอกชนแยกตามมิติ พบว่า ผู้รับบริการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด 7 มิติคุณภาพของบริการสุขภาพ

4. เปรียบเทียบคุณลักษณะประชากร ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรับบริการสุขภาพที่แตกต่างกันกับการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะประชากร ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรับบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน พบว่า

1) กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้าโรงพยาบาลกับกลุ่มที่ไม่เคยเข้าโรงพยาบาลรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของกลุ่มที่เคยเข้าโรงพยาบาลกับกลุ่มที่ไม่เคยเข้าโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มที่ไม่เคยเข้าโรงพยาบาลใดๆ เลย มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 4.35 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่เคยเข้าโรงพยาบาลทุกๆ ไป (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพตามมิติคุณภาพแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมิติคุณภาพที่รับรู้ต่างกัน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงบริการ ($t=-2.482$, $P\text{-value}=0.014$) ด้านประสิทธิผล ($t=-2.412$, $P\text{-value}=0.017$) ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ($t=-2.006$, $P\text{-value}=0.046$) ด้านความปลอดภัย ($t=-2.141$, $P\text{-value}=0.033$) และด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก ($t=-3.298$, $P\text{-value}=0.001$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้าโรงพยาบาลรับรู้ในมิติคุณภาพทั้ง 5 ด้าน มากกว่ากลุ่มที่เคยเข้าโรงพยาบาล

2) กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการโรคของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันจำแนกตามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรคเฉียบพลัน กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มโรคจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ และกลุ่มการตั้งครรภ์ การคลอดมีการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=2.741$, $P\text{-value}=0.044$) เมื่อวิเคราะห์การประเมินผลกระทบรายคู่ โดยใช้วิธี Scheffe พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเฉียบพลัน รับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างกันกับกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในรายด้าน พบว่า กลุ่มที่มีอาการโรคของการเจ็บป่วยต่างกัน รับรู้มิติคุณภาพด้านประสิทธิผลและด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ด้านประสิทธิผล $F=3.888$, $P\text{-value}=0.01$ ด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก $F=2.761$, $P\text{-value}=0.043$) เมื่อทดสอบหาความแตกต่างกันโดยการประเมินผลกระทบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe สำหรับด้านประสิทธิผล ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันรับรู้คุณภาพมิติด้านประสิทธิผลแตกต่างกับกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อประเมินผลกระทบรายคู่โดยวิธี LSD สำหรับด้านโครงสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันและกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรับรู้คุณภาพมิติด้านโครงสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกแตกต่างกับกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) ตัวแปรด้านลักษณะประชากรและข้อมูลด้านประสบการณ์การเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และสถานะสุขภาพลักษณะสถานพยาบาลที่เคยใช้บริการ จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการ ลักษณะการรับบริการ จำนวนวันของการนอนพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การเคยได้รับการบอกกล่าวถึงชื่อเสียงคุณภาพของโรงพยาบาล พบว่า ไม่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ

อภิปรายผล

ผู้รับบริการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลได้มีการจัดบริการสุขภาพที่สะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติอย่างสอดคล้องตามมิติคุณภาพได้เป็นอย่างดี ผู้รับบริการสามารถรับรู้ผลของการให้บริการสุขภาพในมิติคุณภาพในระดับมากถึง 7 ด้าน ในรายด้านผู้รับบริการรับรู้มิติคุณภาพด้านความปลอดภัยมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีการจัดโครงสร้างอาคารและสถานที่ รวมถึงกระบวนการในการให้บริการที่ปลอดภัยต่อการเข้ารับบริการเป็นไปตามคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลที่ระบุว่าโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ต้องมีการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551, น. 85) และความปลอดภัยในการใช้บริการสุขภาพของผู้รับบริการต้องรวมถึงความปลอดภัยในกระบวนการที่ได้รับ ซึ่งโรงพยาบาลสร้างความตระหนักให้ผู้เกี่ยวข้องต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ เช่น กระบวนการบริหารยา ต้องมีการให้ยาผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสม และมีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนถึงผู้รับบริการ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551, น. 119) หรือเมื่อผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลย่อมรู้สึกมั่นใจได้ว่าตนจะไม่ได้รับอันตรายใดๆ การที่โรงพยาบาลจัดพื้นที่ในการเข้าพบแพทย์ หรือการจัดพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยลักษณะต่างๆ ตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551, น. 31) สิ่งเหล่านี้จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความปลอดภัยและมั่นใจในการให้บริการที่จะไม่มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น

การเคยใช้บริการในโรงพยาบาล พบว่า ผู้รับบริการที่ไม่เคยใช้บริการในโรงพยาบาลใดๆ เลย มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพมากกว่าผู้รับบริการที่เคยใช้บริการในโรงพยาบาลต่างๆ ไป อธิบายได้ว่าผู้รับบริการที่ไม่เคยใช้บริการในโรงพยาบาล เมื่อเข้ารับบริการครั้งแรกได้รับการบริการที่ดี การปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ การจัดโครงสร้างอาคารสถานที่ที่สะอาด ปลอดภัย จึงรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพในมุมมองที่ดี ซึ่งข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างที่บอกกล่าวคือ รู้สึกประทับใจในคุณภาพบริการทั้งหมด ถึงแม้จะเป็นการเข้ารับบริการครั้งแรกในชีวิต ซึ่งเป็นผลจากการที่โรงพยาบาลได้เน้นให้มีการดูแลผู้ป่วยใหม่เพื่อการสร้างความปลอดภัย อันจะนำไปสู่การกลับมาใช้บริการที่โรงพยาบาลอีก ส่วนผู้รับบริการที่เคยใช้บริการใน

โรงพยาบาลต่างๆ ไป รับรู้คุณภาพบริการสุขภาพน้อยกว่า อาจเป็นเพราะจากการเคยใช้บริการในโรงพยาบาลที่หลากหลายย่อมมีข้อมูล ประสบการณ์ในครั้งที่ผ่านมาหรือจากโรงพยาบาลอื่น เมื่อเปรียบเทียบกับบริการที่ได้รับในปัจจุบัน ซึ่งบางคนอาจเคยใช้บริการและได้รับการบริการที่ไม่ดี อาจพบเจอว่าการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลยังมีปัญหา จึงรับรู้และประเมินคุณภาพบริการสุขภาพในระดับต่ำกว่า ด้วยเหตุนี้จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เคยใช้บริการในโรงพยาบาลรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวาสิณี สิงห์สา (2547) พบว่า ประสบการณ์ที่เคยรับบริการที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพบริการอย่างมาก

อาการและโรคของการเจ็บป่วยในปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการโรคของการเจ็บป่วยในปัจจุบันแตกต่างกันรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่าผู้รับบริการที่เข้าโรงพยาบาลต่างมีความเจ็บป่วยหรือโรคที่แตกต่างกันไป บางคนอาจต้องเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคเฉียบพลันหรือด้วยอุบัติเหตุต่างๆ ด้วยสาเหตุของการเจ็บป่วยที่ต่างกัน ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาที่แตกต่างกันไป ในการศึกษารั้งนี้พบว่า ผู้รับบริการที่เกิดการเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างจากผู้รับบริการที่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่าผู้รับบริการในกลุ่มอุบัติเหตุ มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มโรคเฉียบพลัน ในบางกรณี พบว่า อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเป็นเหตุให้ต้องสูญเสียอวัยวะหรือแม้กระทั่งเสียชีวิต ดังนั้น การให้บริการด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ตลอดจนผู้ให้บริการต้องมีความพิเศษและชำนาญมากกว่าผู้ให้บริการกลุ่มโรคเฉียบพลัน ในขณะที่ผู้รับบริการที่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันไม่ต้องมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่พิเศษมากนัก ด้วยองค์ประกอบของการให้บริการที่แตกต่าง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ไม่เหมือนกัน และความวิตกกังวล ความคาดหวังของผู้รับบริการที่ไม่เท่ากัน จึงทำให้ผู้รับบริการที่เกิดการเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างจากผู้รับบริการที่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน Kiguli, J., Kiracho, E. E., Okui, O., Mutebi, A., Gregor, M. H., และ Pariyo, W. G. (2009) ได้กล่าวว่า คุณภาพของบริการที่จัดให้โดยสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ส่งผลต่อการบริหารจัดการทรัพยากรของสถานพยาบาล และยังเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของประชาชน ซึ่ง โยธิน แสงดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี, และ มาลี สันภูวรรณ (2543) ระบุว่าอาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ใช้บริการใช้เป็นเหตุผลในการ

เลือกสถานบริการสุขภาพ ด้วยโรงพยาบาลที่ทำการศึกษานี้มีจุดเน้นในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ทันต่อสภาพการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเยียวยาด้วยความปลอดภัย การที่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินรับรู้คุณภาพคะแนนมากที่สุด สะท้อนให้โรงพยาบาลทราบว่าผู้รับบริการเลือกเข้ารับบริการเพราะมีความไว้วางใจและเชื่อมั่นในวิชาชีพ การให้บริการ รวมทั้งศักยภาพของโรงพยาบาล

สำหรับตัวแปรการเคยได้รับคำบอกกล่าวถึงชื่อเสียงคุณภาพของโรงพยาบาล ผู้วิจัยเชื่อแน่ว่าต้องมีผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ แต่ผลการศึกษากลับพบว่า ไม่มีผลทั้งที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการบอกกล่าวถึงชื่อเสียงคุณภาพของโรงพยาบาลรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพในระดับมาก ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับการบอกกล่าว อธิบายได้ว่าเมื่อผู้รับบริการได้เข้ารับบริการในโรงพยาบาล และได้สัมผัสบรรยากาศ การจัดการบริการ หรือรับรู้กระบวนการให้บริการจากหน่วยงานต่างๆ ย่อมสามารถตัดสินใจได้ว่าสิ่งที่ตนเองได้ยินเกี่ยวกับชื่อเสียงคุณภาพของโรงพยาบาลนั้นเป็นความจริงหรือไม่ ซึ่งผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีการปฏิบัติในการให้บริการที่เป็นการรักษามาตรฐานการให้บริการอยู่เสมอ โรงพยาบาลสามารถปฏิบัติให้สะท้อนได้ถึงมิติคุณภาพต่างๆ ซึ่งข้อมูลสนับสนุน คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการบอกกล่าวถึงคุณภาพก็สามารถรับรู้และประเมินคุณภาพบริการสุขภาพในระดับมากเช่นเดียวกัน ดังนั้น การเคยและไม่เคยได้รับการบอกกล่าวถึงชื่อเสียงคุณภาพของโรงพยาบาลไม่ทำให้เกิดการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพที่แตกต่างกับสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพัตรา เหลี่ยมวารังกูร (2540) พบว่า แหล่งข้อมูลข่าวสารไม่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการ และด้วยอาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้บริการใช้เป็นเหตุผลในการเลือกสถานบริการสุขภาพ (โยธิน แสงวงดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี, และ มาลี สันภูวรรณ, 2543, น. 54) ดังนั้น บางคนเพียงต้องการเข้ารับบริการและได้รับการรักษาจากสถานบริการสุขภาพเพื่อให้ตนเองหายเจ็บป่วยเท่านั้น

บทสรุป

1. ผู้รับบริการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนทั้งในภาพรวมและรายมิติคุณภาพทั้ง 7 ด้านในระดับมาก มิติคุณภาพบริการสุขภาพที่ผู้รับบริการรับรู้มากที่สุดคือ มิติด้านความปลอดภัย และมิติด้านประสิทธิภาพเป็นมิติที่

ผู้รับบริการรับรู้คะแนนน้อยที่สุด

2. ผู้รับบริการที่เคยเข้าโรงพยาบาลกับกลุ่มที่ไม่เคยเข้าโรงพยาบาลรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างกัน โดยผู้ที่ไม่เคยเข้าโรงพยาบาลใดๆ เลย รับรู้คุณภาพบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่เคยเข้าโรงพยาบาลทุกๆ ไป และผู้รับบริการรับรู้มิติคุณภาพรายด้านแตกต่างกัน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงบริการ ด้านประสิทธิภาพด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้านความปลอดภัย และด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก

3. ผู้รับบริการที่มีอาการโรคของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเฉียบพลันรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างกันกับกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุและการบาดเจ็บในรายด้าน พบว่า กลุ่มที่มีอาการโรคของการเจ็บป่วยต่างกันรับรู้มิติคุณภาพด้านประสิทธิภาพและด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวกแตกต่างกัน

4. ผู้รับบริการที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันรับรู้คุณภาพมิติด้านประสิทธิภาพแตกต่างกับกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุ และผู้รับบริการที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน และกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรับรู้คุณภาพมิติด้านโครงสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกแตกต่างกับกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้ที่เคยและไม่เคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งผู้ที่ไม่เคยเข้าโรงพยาบาลใดๆ เลยรับรู้คุณภาพมากกว่าผู้ที่เคยรับบริการในโรงพยาบาลทุกๆ ไป ดังนั้น โรงพยาบาลควรนำข้อเสนอแนะในด้านต่างๆ อันเกิดจากประสบการณ์ที่หลากหลายของผู้ที่เคยรับบริการไปสู่การปรับปรุงตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้รับบริการที่เคยเข้ารับบริการได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และในด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ควรปฏิบัติในการให้บริการและการเอาใจใส่อย่างเสมอภาคกันทั้งผู้รับบริการรายเก่าและรายใหม่

2. ผู้รับบริการที่มีลักษณะอาการโรคของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน รับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งผู้รับบริการที่มาด้วยอุบัติเหตุและบาดเจ็บรับรู้คุณภาพมากกว่าผู้ที่มาด้วยกลุ่มโรคเฉียบพลัน ดังนั้น ผู้ให้บริการควรตอบสนองผู้รับบริการและปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ในด้านการรักษาควรใช้เวลาในการตรวจและรับฟังผู้รับบริการให้มากขึ้น อธิบายเกี่ยวกับอาการ

หรือโรคให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการรักษาที่จะ
ทำให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วย และเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่ม
ความคุ้มค่าของการรักษาให้แก่ผู้รับบริการ

3. ผู้รับบริการที่ไม่เคยได้รับการบอกกล่าวถึงชื่อเสียง
และคุณภาพของโรงพยาบาล รับรู้คุณภาพบริการสุขภาพน้อยกว่า
ผู้รับบริการที่เคยได้รับการบอกกล่าว แสดงให้เห็นว่าการ
ประชาสัมพันธ์มีผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ ดังนั้น
โรงพยาบาลควรมีการสร้างสื่อประชาสัมพันธ์ทางการตลาดใน
การสื่อสารภาพลักษณ์ ความโดดเด่น ระบบคุณภาพโรงพยาบาล
และการรับผิดชอบต่อสังคม เพื่อให้ผู้รับบริการและชุมชน สังคมได้
รับรู้บริบทของโรงพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมการ
บอกต่อในกลุ่มผู้รับบริการ อาจทำโดยการให้รางวัลหรือสิ่งจูงใจ
สำหรับผู้รับบริการที่บอกต่อผู้รับบริการอื่นๆ ให้เข้ามาใช้บริการ
สุขภาพ

4. ผู้รับบริการรับรู้คุณภาพมิติประสิทธิภาพน้อย
ที่สุด ดังนั้น เพื่อการธำรงรักษาผู้รับบริการที่เป็นลูกค้าประจำไว้
โรงพยาบาลควรมีการสร้างเสริมการให้บริการที่จะเป็นภาพลักษณ์
ที่ดี การจัดการตั้งแต่ด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ การสร้าง
มูลค่าเพิ่มในการบรรเทาความรู้สึกของผู้รับบริการต่อค่ารักษา
พยาบาลที่มีราคาสูง ด้วยการใช้เทคนิคบริการที่เป็นการให้ความรู้
ในการดูแลตนเอง คำแนะนำในเรื่องต่างๆ การพูดเจรจาสื่อสารกับ
ผู้รับบริการ ควรมีการอธิบายและสื่อสารกับผู้รับบริการให้มากขึ้น
และควรส่งเสริมการให้บริการของบุคลากรทุกคนให้เป็นมาตรฐาน
เดียวกัน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ผู้รับบริการจะบอกว่าค่ารักษา
พยาบาลแพง แต่ยังคงมาใช้บริการแสดงว่าผู้รับบริการมีความ
ประทับใจ และโรงพยาบาลมีสิ่งดึงดูดให้ผู้รับบริการเข้ามาใช้บริการ
ซึ่งอาจด้วยชื่อเสียง ภาพลักษณ์ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของ
บุคลากรในโรงพยาบาลกับผู้รับบริการ

5. ผู้รับบริการรับรู้คุณภาพมิติความปลอดภัยมากที่สุด
โรงพยาบาลควรธำรงไว้ซึ่งกิจกรรมการสำรวจความเสี่ยงด้าน
สิ่งแวดล้อมเชิงรุก การกระตุ้นเรื่องการรายงานความเสี่ยงของ
ผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการ
ดูแลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและ
การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี:
ศรีศิลป์การพิมพ์.

โยธิน แสงดี, ทิมลพรรณ อิศรภักดี, และ มาลี สันถาวรณ. (2543).

ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานพยาบาล
สาธารณสุข. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
วาสิณี สิงห์สา. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพ
บริการการรักษายาบาลปฐมภูมิของผู้ใช้บริการที่แผนก
ผู้ป่วยนอกภายใต้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าของจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร-
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). มาตรฐาน
โรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติ
ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. นนทบุรี: หนังสือตีพิมพ์.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2552). สุขภาพ
คนไทย 2552: เพื่อสุขภาพะ แห่งมวลมนุษย ์หยุด
ความรุนแรง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2553). ข้อมูลสถิติด้าน
สุขภาพ. สืบค้นจาก <http://www.hiso.or.th/dashboard>
สุพัตรา เหลี่ยมวางกูร. (2540). คุณภาพบริการงานกายอุปกรณ์
ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
แห่งชาติตามการรับรู้ของผู้รับบริการ. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). คุณภาพของ
ระบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.

Hall, J. A., & Dornan, M. C.. (1990). Patient sociodemographic
characteristic as predictors of satisfaction with
medical care: A meta-analysis. *Social Science and
Medicine*, 30(7), 811-818. Retrieve from
[http://www.sciencedirect.com/science/article/
pii/0277953690902057](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953690902057)

Kelly, E., & Hurst, J. (2006). Health care quality indicators
project conceptual framework paper. *OECD
Health Working Papers*, 23(3), 1-37. Retrieved
from [http://www.oecd.org/els/health-systems/
36262363.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf)

Kiguli, J., Kiracho, E. E., Okui, O., Mutebi, A., Gregor, M. H.,
& Pariyo, W. G. (2009). Increasing access to quality
health care for the poor: Community perceptions
on quality care in Uganda. *Patient Preference and
Adherence*, 3, 77-85. Retrieved from [http://
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2778436/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2778436/)

Sofear, H., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of
the quality of health services. *Annual Review of
Public Health*, 26, 513-559. Retrieved from
[http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/
annurev.publhealth.25.050503.153958](http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958)

World Health Organization. (2006). *Quality of care:
A process for making strategic choices in health
system*. Switzerland: WHO press.