

## บทที่ 2



### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดและทฤษฎี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วรวบรวมข้อมูลที่ได้ค้นคว้ามาสรุปสาระสำคัญ ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์และใช้ประกอบการวิจัยในครั้งนี้ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยลำดับเนื้อหาการนำเสนอไว้ดังนี้

1. คำจำกัดความของ “โอกาสในการพัฒนา (Opportunity for Improvement)”
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคาดหวัง (Concept of Expectation)
  - 2.1 คำจำกัดความของความคาดหวัง
  - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวัง
  - 2.3 ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ (Need and Expectation)
  - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวัง
3. คุณภาพและมุมมองเกี่ยวกับคุณภาพ
  - 3.1 คำจำกัดความเกี่ยวกับคุณภาพ (Quality)
  - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการสุขภาพ (Quality of care)
  - 3.3 องค์ประกอบและมิติของคุณภาพบริการสุขภาพ
  - 3.4 การประเมินคุณภาพบริการสุขภาพ (Quality assessment)
  - 3.5 ปัจจัยที่กำหนดคุณภาพ (Determinant of quality)
4. คุณภาพของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล
  - 4.1 ระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล
  - 4.2 สถานการณ์และปัญหาของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลในปัจจุบัน
5. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย การมีส่วนร่วมและโอกาสในการพัฒนาเกี่ยวกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาล
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. คำจำกัดความของ “โอกาสในการพัฒนา ( Opportunity for Improvement )”

โอกาส (Opportunity) หมายถึง สถานการณ์ที่เหมาะสม เวลา ความโชคดี ความน่าจะเป็น<sup>(17)</sup>

การพัฒนา (Improvement) หมายถึง การกระทำเพื่อให้ความเจริญก้าวหน้าไปในทางที่ดี การเจริญเติบโต<sup>(18)</sup>

โอกาสในการพัฒนา (Opportunity for Improvement) เป็น spectrum ที่มีความหมายครอบคลุมกว่าคำว่า ปัญหา โดยจะครอบคลุมตั้งแต่ความเสี่ยง ปัญหา และโอกาสที่จะตอบสนองของความคาดหวังหรือการทำให้เต็มศักยภาพที่มีอยู่ แม้ว่าจะไม่เป็นปัญหาก็ตาม<sup>(19)</sup>

โดยที่ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะเกิดความสูญเสีย หรือมีภาวะคุกคามอยู่ในระบบพร้อมที่จะเกิดความเสียหายขึ้นได้เมื่อมีปัจจัยเหมาะสม

ปัญหา คือ (สิ่งที่ควรจะเป็น-สิ่งที่เป็นอยู่จริง) X ความใส่ใจ (concern) โดยที่สิ่งที่ควรจะเป็นได้แก่บรรทัดฐานของสังคม มาตรฐานวิชาชีพ ความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย (need) หรือความคาดหวังของผู้ป่วย<sup>(19)</sup>

สรุปได้ว่า โอกาสในการพัฒนา คือปัญหาและความคาดหวัง ตลอดจนข้อเสนอแนะของผู้รับบริการต่อระบบบริการสุขภาพ

## 2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคาดหวัง (Concept of Expectation)

### 2.1 คำจำกัดความของความคาดหวัง

Webster Dictionary (1995:332)<sup>(20)</sup> ความคาดหวัง หมายถึง การคาดคะเน การมองไปข้างหน้าการคิดในสิ่งที่เป็นไปได้ ความต้องการของบุคคลตามสิทธิและอำนาจ

Brent C.James<sup>(21)</sup> กล่าวถึงความคาดหวังว่า ความคาดหวังไม่ใช่เป็นการออกคำสั่ง แต่เป็นสิ่งที่สามารถวัดได้ มีการเปลี่ยนแปลงตลอด และการศึกษามีผลทำให้ความคาดหวังเปลี่ยนไป

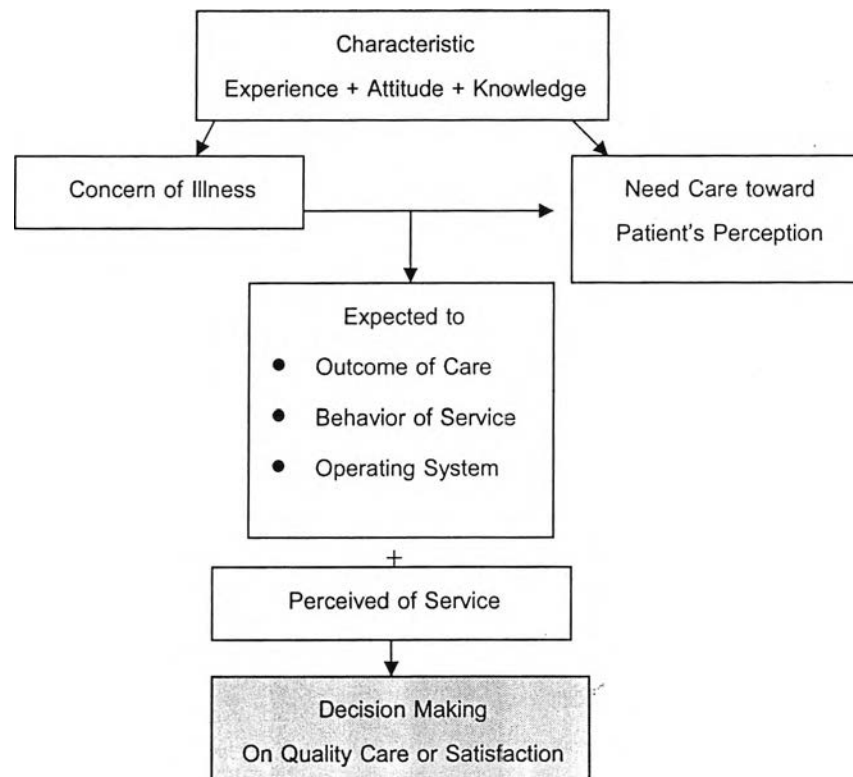
วันเพ็ญ สวนสีดา (2545)<sup>(22)</sup> ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า หมายถึง ความต้องการของบุคคลตามสิทธิหรือการคาดคะเนในสิ่งที่ดี และเป็นไปได้ซึ่งมีผลจากประสบการณ์เดิม

สรุปความคาดหวังของผู้รับบริการคือ ความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลตามสิทธิที่พึงมี ต่อบริการโดยขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์ในอดีต และเปลี่ยนแปลงตลอด

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวัง

Oberst (1984:2366-2367)<sup>(4)</sup> กล่าวว่า ความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นผลมาจากความรู้ ทศนคติ ประสบการณ์ในอดีต และลักษณะทางสังคมประชากร

จากภาพที่ 2.1 พบว่าความคาดหวังของผู้มารับบริการจากโรงพยาบาล เป็นลักษณะของบุคคล จะแปรไปตามทัศนคติ (Attitude) และประสบการณ์ที่ได้จากการมารับบริการครั้งก่อน (Experience) การได้รับความรู้ (Knowledge) และข้อมูลข่าวสารจากผู้ให้บริการ คือ แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ องค์ประกอบดังกล่าว ทำให้ผู้รับบริการสามารถกำหนดสถานะเจ็บป่วยของตนเอง (Concern of Illness) และคาดหวังว่าจะได้รับบริการแบบใด ซึ่งความคาดหวังของผู้รับบริการตามแนวคิดของ Oberst มี 3 ด้าน คือการคาดหวังว่าผลการดูแลจะเป็นอย่างไร (Outcome of Care) นายหรือเหตุเลาจากโรค การคาดหวังในพฤติกรรมกรดูแล (Behavior of Service) เช่น การเอาใจใส่ และการดำเนินงานโดยรวมของการบริการ (Operating System) เมื่อได้รับบริการแล้วจะเปรียบเทียบบริการจริงที่ได้รับกับสิ่งที่ตนคาดหวัง ถ้าได้รับเท่ากับหรือมากกว่าที่คาดหวัง จะทำให้มีความรู้สึกพึงพอใจ และให้การประเมินคุณภาพบริการในระดับดี แต่ถ้าบริการนั้นน้อยกว่าที่คาดหวังก็จะทำให้รู้สึกไม่พอใจ และให้การประเมินคุณภาพในระดับต่ำ



ภาพที่ 2.1 Patients' Expectation Conceptual Framework (Oberst, 1984)

## 2.3 ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ<sup>(19)</sup>

### (Need and Expectation)

เมื่อผู้รับบริการมาโรงพยาบาล ความต้องการ คือ ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษา โรคที่ถูกต้อง เหมาะสม ความคาดหวัง คือ ความเอาใจใส่ ความรวดเร็ว ความสะดวกสบาย ซึ่งความต้องการของผู้รับบริการ มีทั้งส่วนที่แสดงออก (explicit need) และในส่วนที่ไม่แสดงออก (implicit need) ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้รับบริการไม่ทราบ หรือเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการควรจะรับรู้ โดยทั่วไปอยู่แล้ว และการศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการ สามารถศึกษาได้เพียงในส่วน explicit need

ในส่วนของความต้องการที่แสดงออก พบว่า ในแผนกผู้ป่วยนอก จากการศึกษาหลายๆ การศึกษา ชี้ให้เห็นว่า สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ได้แก่ ที่แพทย์ให้เวลากับผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ในการพูดคุยชี้แจง รายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็น หรือเปิดโอกาสให้เขาซักถาม<sup>(6)</sup> นอกจากนี้ควรมีความตั้งใจ หรือใส่ใจกับความต้องการของผู้รับบริการให้มากขึ้น มีการดูแลรักษาที่ทันสมัย ควรให้ผู้รับบริการมีโอกาสได้รับการตรวจพิเศษเพื่อช่วยในการวินิจฉัย นอกจากนี้ขั้นตอนในการรับบริการ ไม่ควรยุ่งยาก ควรเป็นระบบ One-stop-service ซึ่งปัญหาที่ผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกพบบ่อยๆ ได้แก่ รอรอนาน แต่แพทย์เร่งรีบมีเวลาน้อย ไม่ค่อยอธิบายรายละเอียด หรือให้ความรู้ เมื่อแพทย์ให้กลับบ้าน ควรมีการแนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ หรือมีการนัดดูอาการอีก<sup>(23)</sup>

ในส่วนของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยใน ผู้รับบริการต้องการให้แพทย์ หรือพยาบาลมีความเอาใจใส่มาเยี่ยมสม่ำเสมอ อธิบายรายละเอียดถึงเหตุจำเป็นต้องนอน หรือรายละเอียดเกี่ยวกับโรค นอกจากนี้การได้รับความสะดวกสบาย ความสะอาดของห้อง รสชาติอาหารยังเป็นสิ่ง que ผู้รับบริการต้องการ<sup>(24)</sup> และหากได้รับบาดเจ็บหรือในกรณีฉุกเฉิน ต้องการให้แพทย์มาตรวจทันที<sup>(25)</sup>

## 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวัง

เนื่องจากบริการไม่มีตัวตน ไม่เหมือนผลิตภัณฑ์ที่ผู้ซื้อสามารถคาดคะเนคุณภาพได้ เมื่อผู้รับบริการไม่สามารถคาดคะเนคุณภาพได้ ผู้ใช้บริการจึงเกิดความคาดหวังต่อคุณภาพ จากการศึกษาของ Parasuraman และคณะ (1994)<sup>(26)</sup> พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความคาดหวังในบริการมี 4 ปัจจัย คือ

2.4.1 ความคาดหวังที่เกิดจากคำบอกเล่าปากต่อปาก (Word of Mouth Communications) ซึ่งเป็นคำบอกเล่าที่ได้รับทราบเกี่ยวกับคุณภาพบริการจากเพื่อนญาติพี่น้อง หรือคนรู้จัก ที่เคยมาใช้บริการในสถานบริการแห่งนั้นมาแล้ว และได้รับบริการที่ดี จึงทำให้ผู้ฟัง

เกิดความคาดหวังในบริการที่ได้รับทราบมา

2.4.2 ความคาดหวังที่เกิดจากความต้องการส่วนตัวของผู้รับบริการ (Personal Needs) ซึ่งเป็นความต้องการของแต่ละบุคคล และมีความแตกต่างกันตามภูมิหลังของบุคคลนั้น เช่น เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา วัฒนธรรม ประเพณี เป็นต้น

2.4.3 ความคาดหวังที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต (Past Experience) เป็นประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวัง อาจจะเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ หรือไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้รับมาก็ได้

2.4.4 ความคาดหวังที่เกิดจาก การโฆษณาประชาสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ (External Communication) มักเป็นการได้รับข่าวสารจากการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลในเรื่องต่างๆ เช่น การมีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย เป็นต้น

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษานำลักษณะส่วนบุคคล เนื่องจากเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความคาดหวังได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายจ่ายในครอบครัว เหตุผลในการมารับการรักษาครั้งนี้ ประวัติการมารับการรักษา ลักษณะการเจ็บป่วย ตลอดจนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ต่างๆ เหล่านี้ มาเป็นตัวแปรในการศึกษา

### 3. คุณภาพและมุมมองเกี่ยวกับคุณภาพ

#### 3.1 คำจำกัดความของคุณภาพ(Quality)

คุณภาพมีหลากหลายความหมาย แต่ที่มักใช้กันบ่อยคือ คุณภาพของการบริการ (Quality of service) และคุณภาพของการดูแล (Quality of care) โดยคำจำกัดความแล้วคุณภาพ หมายถึง ภาวะที่เป็นคุณประโยชน์ต่อผู้ใช้<sup>(27)</sup> นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ คำจำกัดความที่หลากหลาย ดังนี้

Crosby (1979) : อ่างไนจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์<sup>(27)</sup> ให้ความหมายว่า คุณภาพคือ ความสอดคล้องกับความต้องการ ซึ่งก็คือการจะบรรลุถึงคุณภาพได้นั้น จะเกิดเมื่อได้ทำให้สอดคล้องกับความต้องการที่ระบุไว้ (Conformance)

Parasuraman (1985:41)<sup>(28)</sup> กล่าวว่า คุณภาพบริการ คือความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ

Juran (1992)<sup>(29)</sup> ให้ความหมายว่า คุณภาพคือความเหมาะสมหรือคุณค่าของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ตรงความต้องการของผู้ใช้

Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHSA,1991)<sup>(30)</sup> ให้คำจำกัดความว่า คุณภาพคือ ระดับของการจัดบริการที่ทำให้ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดี และเหมาะสมกับความต้องการ โดยลดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ

อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล (2544)<sup>(31)</sup> อธิบายว่า คุณภาพคือ การตอบสนอง ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับผลงาน

จะเห็นว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพ นั้นมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่า ใครจะเป็นผู้ให้คำจำกัดความ ใช้ในการอธิบายอะไร และนำไปใช้ประโยชน์เพื่ออะไร

### 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการสุขภาพ (Quality of Care )

คุณภาพการบริการสุขภาพ มีหลายทฤษฎีที่กล่าวถึงกันอย่างกว้างขวาง มากกว่าในอดีต และแนวคิดสมัยใหม่เชื่อว่าขึ้นอยู่กับมาตรฐานหรือเครื่องชี้วัดในเรื่องของผลลัพธ์ และกระบวนการการปรับปรุงคุณภาพโดยองค์รวม การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หรือการดูแลจัดการผู้ป่วยภาวะต่างๆได้อย่างเหมาะสม โดยที่ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้พยายาม ที่จะให้ คำนิยามของคุณภาพการบริการสุขภาพให้สั้นกระชับรัด และมีความหมายที่ครอบคลุม<sup>(32)</sup> เช่น

Donabedian (1980)<sup>(33)</sup> ได้ให้ความหมายของการบริการสุขภาพ หรือ คุณภาพการดูแลว่า เป็นการดูแลที่คาดหวังไว้ว่ามีมาตรการที่จะช่วยทำให้เกิดความผาสุก และความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการ โดยได้ประเมินอย่างละเอียดถึงผลได้ และผลเสียที่จะเกี่ยวข้อง ตามมาในการดูแล

Council on medical service ของ American Medical Association (AMA,1986)<sup>(34)</sup> ให้นิยามของการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพไว้ว่า ต้องมีคุณสมบัติ 8 ประการ คือ

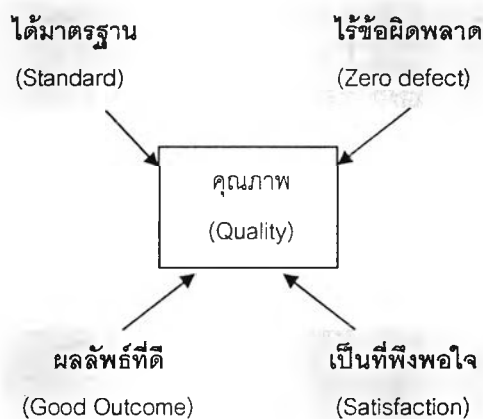
- 1) ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างดีที่สุด
- 2) เน้นถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
- 3) ให้บริการในเวลาทันต่อเหตุการณ์
- 4) พยายามให้ผู้ป่วยรับทราบ ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในกระบวนการ
- 5) รักษาและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง
- 6) อยู่บนพื้นฐานของหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้รับการยอมรับ
- 7) คำนึงถึงความยุติธรรมของผู้ป่วย
- 8) ใช้เทคโนโลยีและทรัพยากรในระบบสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

9) บันทึกข้อมูลต่างๆ ให้อย่างเพียงพอ สำหรับการรักษาที่ต่อเนื่อง และสามารถทบทวนตรวจสอบภายหลังได้

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์<sup>(27)</sup> ได้กล่าวว่า คุณภาพสำหรับบริการดูแลทางการแพทย์ หมายถึง ถึงคุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นที่พึงพอใจ

โดยสรุปคุณภาพการบริการสุขภาพ จึงเป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการ ด้านสุขภาพของประชาชน ที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ไม่มีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน นั้นเอง ดังแสดงใน ภาพที่ 2.2

ภาพที่ 2.2 Definition of Quality of Care



### 3.3 องค์ประกอบและมิติของคุณภาพ

จากความหมายที่หลากหลายของคุณภาพ ทำให้มีผู้มองและแยกแยะคุณภาพเป็น องค์ประกอบ และมิติต่างๆ ดังต่อไปนี้

#### 3.3.1 คุณภาพในมุมมองของผู้ให้บริการ ( Quality form Provider Perspective)

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ มักมององค์ประกอบของคุณภาพ ในลักษณะที่เป็นคุณสมบัติ อันเนื่องจากวิธีปฏิบัติของแพทย์ต่อผู้ป่วยโดยเน้น

- คุณภาพด้านเทคนิค (technical quality)

- คุณภาพด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (interpersonal )

โดยที่คุณภาพทางด้านเทคนิคหรือทางวิชาชีพ หมายถึง การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม " Doing the right thing " . และ ความชำนาญที่กระทำการรักษาไปอย่างเหมาะสม "Do the thing right" ซึ่งการทำในสิ่งที่ถูกต้องนั้นหมายถึง แพทย์สามารถตัดสินใจในการให้ความช่วยเหลือได้ ด้วยทักษะและวิธีการที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และช่วยเหลือได้ในเวลาที่เหมาะสม<sup>(35)</sup>

คุณภาพในด้านปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ เช่น ทักษะในการติดต่อสื่อสาร ความศรัทธาของผู้รับบริการ ความตระหนักในปัญหาของผู้รับบริการ ความซื่อสัตย์ ความเห็นอกเห็นใจ เป็นต้น <sup>(36)</sup>

### 3.3.2 คุณภาพในมุมมองของผู้รับบริการ ( Quality from Consumer Perspective)

ถึงแม้ว่ามุมมองของผู้ให้บริการทางวิชาชีพสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญในด้านคุณภาพ มุมมองจากด้านอื่นๆ ก็ได้รับความสนใจมากเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ คุณภาพเป็นการตอบสนองต่อความคาดหวัง และค่านิยมของผู้บริโภคที่มาใช้บริการสุขภาพ ความคิดเห็นของคนกลุ่มนี้จัดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อคุณภาพ <sup>(37,38)</sup> ปัญหาที่ผู้รับบริการเคยได้รับในขณะที่มารับบริการมีประโยชน์มาก ในการช่วยพัฒนาปรับปรุงคุณภาพระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลต่างๆ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีแนวคิดที่ว่า คุณภาพของบริการ ขึ้นอยู่ กับการพูดจาไพเราะ การได้รับการเอาใจใส่ดูแล หรือขึ้นอยู่กับกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ และการที่ผู้รับบริการจะไม่กลับมาใช้บริการอีกหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การดูแลที่บกพร่องและระยะเวลาที่รอนาน <sup>(39)</sup>

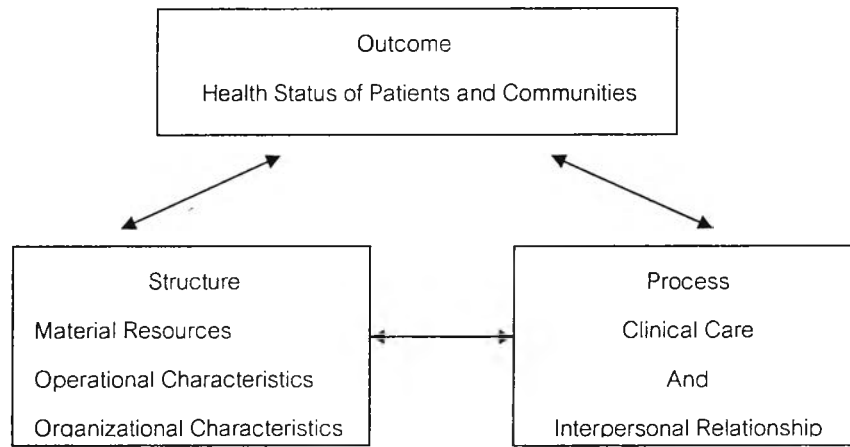
### 3.3.3 องค์ประกอบของคุณภาพจากทฤษฎีระบบ (System Theory)

Avedis Donabedian ผู้นำทางด้านการศึกษารื่องการประกันคุณภาพ ได้จัดองค์ประกอบด้านสุขภาพ อันนำไปสู่การประเมินคุณภาพตามทฤษฎีระบบ (System theory) คือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) โดยกล่าวว่า คุณภาพด้านโครงสร้าง หมายถึง คุณลักษณะของผู้ให้บริการ สถานที่ เครื่องมือ บริการและบุคลากรที่มีพร้อมไว้ รวมถึงคุณวุฒิและขีดความสามารถของบุคลากร คุณภาพด้านกระบวนการ หมายถึง กิจกรรมที่เกิดขึ้นในการให้บริการ ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ คุณภาพด้านผลลัพธ์หมายถึง ผลของการดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้ป่วย ความปลอดภัย



หรือหายจากโรค ความพิการที่เกิดขึ้น ผลกระทบทางจิตใจ และความพึงพอใจ ของผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวที่มีต่อการบริการ รวมถึงการกลับมารักษายังสถานพยาบาลแห่งนั้น (Propensity to return) และแนะนำให้ผู้อื่นมารักษาด้วย (Referring)<sup>(36)</sup>

ภาพที่ 2.3 Quality Assurance Model (Donabedian,1988)



### 3.4 การประเมินคุณภาพการบริการ (Quality assessment)

เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการมีตัวบ่งชี้ 2 ประการ<sup>(33)</sup> ประกอบด้วย

#### 3.4.1 มาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ (Technical or professional standard)

เป็นเกณฑ์ที่บ่งบอกให้ทราบว่าบริการนั้นมีคุณภาพ หรือ ประสิทธิภาพ ตรงตามหลักการ วิธีการ มาตรฐานที่หน่วยงาน หรือองค์กรกำหนดไว้ 3 รูปแบบ ดังนี้

1) มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure) คือลักษณะสิ่งแวดล้อม ทรัพยากร อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา บุคลากร และนโยบายต่างๆ รวมทั้งความสะดวกสบายและการง่ายต่อการเข้าถึงของผู้รับบริการ

2) มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process) คือขั้นตอนของกระบวนการรักษาพยาบาล เช่น การติดต่อสื่อสารให้ข้อมูล การดูแลรักษาที่เหมาะสมถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ การดูแลต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ

3) มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome) คือผลการปฏิบัติงาน หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการให้การรักษาพยาบาลแล้ว เช่น อาการดีขึ้น ความรู้สึกคุ้มค่า

### 3.4.2 มาตรฐานเชิงการรับรู้หรือการแสดงออก (Expressive standard)

เป็นมาตรฐานที่วัดจากการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละคน ทั้งนี้เพราะผู้รับบริการไม่มีความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ทางวิชาชีพที่จะประเมิน ดังนั้นผู้รับบริการจึงประเมินคุณภาพบริการ โดยประเมินเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยแวดล้อม<sup>(41)</sup>

## 3.5 ปัจจัยที่กำหนดคุณภาพบริการ (Determinant of Quality)

3.5.1 Joint Commission on Accreditation of Health Organization<sup>(40)</sup> ได้สรุปปัจจัยที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไว้ 11 ประการ คือ

- 1) Accessibility of care หมายถึง ความสะดวกที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลตามความจำเป็น
- 2) Timeliness of care หมายถึง ความพร้อมของการดูแลที่มีไว้ให้กับผู้ป่วยได้ ทันทีที่ต้องการ
- 3) Effectiveness of care หมายถึง การดูแลรักษาที่กระทำได้อย่างดี โดยศิลปทั้งทางด้านกิริยามารยาท ความรู้ที่มีอยู่ในการให้บริการต่อผู้ป่วย
- 4) Efficacy of care หมายถึง การบริการที่มีศักยภาพที่จะบรรลุถึงความต้องการของผู้ป่วย
- 5) Appropriateness of care หมายถึง การบริการที่ให้นั้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
- 6) Efficiency of care หมายถึง การดูแลรักษาที่ได้ผลตามต้องการ โดยค่าใช้จ่ายน้อย หรือความเสียหายที่จะเกิดขึ้นน้อยที่สุด
- 7) Continuity of care หมายถึง การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับนั้น มีการประสานกันอย่างต่อเนื่อง ในเจ้าหน้าที่กลุ่มต่างๆ ที่เข้ามาดูแลทั่วทั้งองค์กร
- 8) Privacy of care หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย เช่น การเผยแพร่ข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย จากแฟ้มข้อมูล

- 9) Confidentiality of care หมายถึง การดูแลรักษาความลับเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยโดยไม่เปิดเผยให้บุคคลอื่นทราบ โดยปราศจากความยินยอม
- 10) Participation of patient and patient family in care หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย (หรือญาติ) เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ ในเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง
- 11) Safety of care environment หมายถึง การเตรียมสถานที่และเครื่องมือที่จำเป็นไว้พร้อมที่จะให้บริการดูแลผู้ป่วยทันทีเมื่อต้องการ

3.5.2 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย<sup>(19)</sup> ได้ให้ความเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพบริการสุขภาพ ได้แก่

- 1) Competence หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ
- 2) Accessibility หมายถึง การเข้าถึงบริการได้เมื่อต้องการ
- 3) Appropriateness หมายถึง ความเหมาะสมของการดูแลรักษา เทียบเท่ามาตรฐาน
- 4) Efficiency ประสิทธิภาพของการดูแล คือการหาย ไม่ตาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- 5) Effectiveness คือ ความคุ้มค่าในผลที่ได้เมื่อเทียบกับทรัพยากรที่เข้าไป
- 6) Safety คือ ความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา
- 7) Continuity คือ การต่อเนื่องในการดูแลรักษา
- 8) Acceptable คือ การยอมรับหรือ การพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติ

จากการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้ตัวชี้วัดจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ในการประเมินความคาดหวังและการรับรู้

#### 4. คุณภาพของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล

##### 4.1 ระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล

องค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพ<sup>(41)</sup> ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (Prevention) การรักษาพยาบาล (Curative) การฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitative) และการจัดบริการสุขภาพเชิงรุก (Active service)

##### 4.2 สถานการณ์และปัญหาของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน<sup>(42)</sup>

สังคมมีเป้าหมายที่และคาดหวังที่จะเห็นคุณภาพเกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพแต่สถานการณ์ในปัจจุบันของระบบบริการสุขภาพ จะพบว่ามีลักษณะดังนี้

4.2.1 ความรู้ เทคโนโลยี และระบบการให้บริการมีความซับซ้อนมากขึ้น

4.2.2 ผู้รับบริการไม่รู้ว่าโรงพยาบาลใดไว้ใจได้ ต้องอาศัยราคา หรือสภาพภายนอกเป็นเครื่องตัดสิน ซึ่งอาจจะไม่จริง

4.2.3 บางเรื่องโรงพยาบาลก็ทำได้ บางเรื่องก็ยังมีปัญหา เพราะขาดระบบตรวจสอบที่รัดกุม หรือมีคนส่วนน้อยที่ไม่รับผิดชอบ

4.2.4 มีแนวโน้มที่จะฟ้องร้องกันมากขึ้น

4.2.5 ประชาชนมีความคาดหวังมากขึ้น ต้องการเห็นความโปร่งใสมากขึ้น

สรุปปัญหาที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ<sup>(43)</sup> คือ ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ คุณภาพระบบบริการสุขภาพ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ส่วนปัญหาการจัดบริการของโรงพยาบาล คือ การขาดการวางแผนการกระจายโรงพยาบาลที่ดี การมีแผนกผู้ป่วยนอกขนาดใหญ่และรับภาระงานบริการผู้ป่วยนอกเป็นจำนวนมาก ปัญหาเรื่องต้นทุนและการกำหนดราคาค่าบริการของโรงพยาบาล และปัญหาผู้บริหารโรงพยาบาล

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงปัญหาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วย การให้บริการผสมผสานเรื่อง การป้องกันโรค การรักษา การส่งเสริม การฟื้นฟูสุขภาพ และการให้บริการเชิงรุก เนื่องจากว่าสามารถประเมินได้โดยตรงจากประสบการณ์ที่ผู้รับบริการได้รับ ซึ่งปัญหาคุณภาพระบบบริการสุขภาพนี้เป็นปัญหาที่นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้น ทั้งในภาครัฐและเอกชน

## 5. แนวคิดสิทธิผู้ป่วย การมีส่วนร่วม กับโอกาสพัฒนาเกี่ยวกับคุณภาพระบบบริการ สุขภาพในโรงพยาบาล

### 5.1 สิทธิผู้ป่วย (Patients' Right) <sup>(44)</sup>

ความหมายและคำจำกัดความของ สิทธิ และ ผู้ป่วย ในพจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี พ.ศ.2525 ระบุว่า เป็นอำนาจอันชอบธรรม สำหรับความหมายของผู้ป่วยที่ใช้ตรงกับภาษาอังกฤษ Patient มีความหมายว่า ผู้เจ็บป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ รวมทั้ง ผู้ที่ไปรับบริการทางการแพทย์ และผู้บริโภครทางการแพทย์ด้วย แต่ในการศึกษานี้ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ จะหมายรวมเฉพาะผู้ป่วยหรือญาติที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งอาจมีการจำแนกเป็นสาขาต่างๆ ตามลักษณะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม เป็นต้น

“สิทธิผู้ป่วย” เป็นเรื่องที่ถูกถกกันมากในระบบการแพทย์ของไทย การเห็นความสำคัญ และเรียกร้องสิทธิผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้น เนื่องจากการณณรงค์ เรื่อง สิทธิมนุษยชน สิทธิของสตรี สิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ และที่กล่าวขวัญกันมาก ได้แก่ สิทธิผู้บริโภค

ในสังคมไทย เดิมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยยังคงมีลักษณะการเห็นว่าแพทย์มีบุญคุณ <sup>(45)</sup> การคำนึงถึงปัจจัยเรื่องเงิน หรือค่ารักษาพยาบาลนั้นจึงเป็นส่วนที่มีความสำคัญน้อย แต่ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างพื้นฐานของระบบการแพทย์ การเปิดคลินิกของแพทย์ การให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน ทั้งหมดนี้มีส่วนทำให้รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปสู่การให้เชิงพาณิชย์มากขึ้น ประกอบกับค่ารักษาพยาบาลมีราคาสูงเพิ่มขึ้นอย่างมาก ดังนั้นผู้ป่วยจึงเริ่มคาดหวังจากระบบการให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนเพิ่มขึ้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วยไปในลักษณะ ผู้ป่วยมองตนเองว่า เป็น “ ผู้บริโภค ” ด้วยในขณะเดียวกัน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นประเด็นปัญหา อยู่ 2 ส่วน

1. ผู้ป่วย เมื่อตนเองอยู่ในฐานะผู้บริโภค มักจะยึดแนวคิดที่มีพื้นฐานในลักษณะเดียวกับผู้บริโภคสินค้า ชนิดอื่นๆ อาทิ ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะรู้ส่วนประกอบที่สำคัญต่างๆ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้บริโภคใช้เป็นข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจเลือกไว้ เมื่อผู้ป่วยเห็นว่าตนเองเป็นผู้บริโภค เมื่อเข้ามาโรงพยาบาล หรือพบปะกับแพทย์ ก็ยังคงไม่ละสิทธิในฐานะผู้บริโภคนั้น

2. แพทย์บางคน และสถานพยาบาลต่างๆ ละเลย หรือเพิกเฉย ในสิทธิผู้ป่วย

เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพ ด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดี และเป็นที่น่าพอใจซึ่งกันและกัน แพทยสภา สภากาชาด สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ เมื่อวันที่ 16 เมษายน พ.ศ.2541 ไว้ดังต่อไปนี้<sup>(46)</sup>

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพ โดยไม่เลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้าน สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอม ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลืออย่างรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงกับชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการ และสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติตามหน้าที่กฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลอง ในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าว ต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของคนอื่น
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

จากการศึกษาในครั้งนี้อยู่บนพื้นฐานคำประกาศสิทธิผู้ป่วย และคัดเลือกผู้รับบริการที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ในกรณีที่มีอายุน้อยกว่า จะให้ญาติ หรือผู้ปกครองเป็นผู้ตอบรวมทั้งสัมภาษณ์ผู้ที่ให้ความร่วมมือ

## 5.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมกับโอกาสในการพัฒนาเกี่ยวกับคุณภาพระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล

### 5.2.1 การพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล

จากในสภาพการณ์ที่ประชาชนมีความตื่นตัวและมีความรู้ความคาดหวัง ในบริการเพิ่มขึ้น การพัฒนาคุณภาพบริการ จึงไม่อาจหลีกเลี่ยงจากการต้องรับฟังเสียง หรือมุมมองจากผู้รับบริการ รวมทั้งความจำเป็นที่ต้องมีกลไกให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างแท้จริง เพื่อประโยชน์ต่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และเป็นโอกาสในการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขคุณภาพบริการจากทุกส่วนอย่างแท้จริง

### 5.2.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วมหรือรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ

การที่ให้ผู้รับบริการเข้ามามีบทบาท หรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพนั้น เนื่องจาก กระแสความสนใจของสังคม และความต้องการของผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางภาวะสุขภาพของผู้รับบริการคือ จุดมุ่งหมายของการพัฒนาคุณภาพ ผู้รับบริการมีความต้องการในการเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้น และจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น แต่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ไม่มีคุณภาพ เท่าที่ควร

### 5.2.3 เหตุผลสำคัญของการมีส่วนร่วม (Reason for participation)<sup>(47)</sup>

#### 1) การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิโดยชอบธรรมของของผู้รับบริการ

(Ethical and democratic right)

การเข้ามีส่วนร่วมนั้นเป็นสิทธิโดยชอบธรรมและบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญกลยุทธ์ในการศึกษาภาวะสุขภาพแห่งชาติ โดยมีโครงสร้างจากการมีส่วนร่วมของประชาชน นั้นด้วยเหตุที่ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นมีหลายระดับ การมุ่งเน้นผู้รับบริการและสังคมเป็นศูนย์กลางดีกว่าการมุ่งเน้นผู้ให้บริการและนายทุน เนื่องจากปัจจุบันนี้ โลกเป็นระบบเปิด มีการให้ข้อมูลข่าวสาร มีการร่วมกันตัดสินใจ และมุ่งความโปร่งใสในการบริการ

#### 2) การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมจะช่วยในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

การบริการ (Improved quality of services and health service accreditation)

การเน้นผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง จะเป็นสิ่งที่ขับเคลื่อนให้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยที่สำคัญได้แก่ มุมมอง ความคิดเห็นที่ย้อนกลับมาของผู้รับบริการ วิทยุทัศน์ผู้นำการเข้าใจระบบและการเปลี่ยนแปลงขององค์กร

ตัวอย่างขององค์กรของผู้รับบริการที่ผู้รับบริการที่มีส่วนร่วมในการรับรองคุณภาพบริการในประเทศออสเตรเลีย

1. Evaluation and Quality Improvement Program (EQUIP)
2. Australian Health and Community Services Standards (AHCSS)
3. Community Health Standards and Accreditation Program (CHASP)
4. Practice Incentives Program (PIP)

#### 3) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ทำให้ผลลัพธ์ภาวะสุขภาพดีขึ้น

(Improved health outcome)

จากการศึกษา หลายฉบับ พบว่าการที่ให้ผู้รับบริการมีโอกาสในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ที่เหมาะสมกับตนนั้น นั้นพบว่า มีผลทำให้การภาวะสุขภาพดีขึ้น ซึ่งในสถานพยาบาลหลายแห่ง แสดงถึงความพยายามที่จะพัฒนาผลของการรักษาให้ดีขึ้น แต่ไม่ได้ตระหนักในเรื่องการเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการรักษา



4) บริการที่สามารถตอบสนองได้ ( Service responsiveness)  
 การรับฟังมุมมอง หรือการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการนั้นมีความสำคัญที่จะช่วย  
 ให้บริการนั้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้เพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดของการมีส่วนร่วม  
 ( Public participation Model )<sup>(48)</sup>

Before participation

	What Consumers know	Services know Consumers do not know
What the service knows	Everybody knows	Services know consumers do not know
What the service does not know	Consumers Know Services Do not know	Nobody knows

After Participation

	What Consumers know	Services know Consumers do not know
What the service knows	Everybody Knows	Services know consumers do not know
What the service does not know	Consumers Know Services Do not know	Nobody knows

Original Source: Sutherland Shire Council.1991

(' Environmental Services Division, Discussion Paper on  
 Community Participation", Sutherland Shire Council, Sydney)

### 5.3 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ<sup>(49,50,51)</sup>

แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพได้เกิดขึ้นมานาน พอสรุปได้ดังนี้

อิมโฮเทพ ได้นำกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาใช้ตั้งแต่ปี 2980 ก่อนคริสตกาล โดยมีความเชื่อว่า คุณภาพมาจากกระบวนการทำงาน (Production Process) ที่มุ่งเน้นการปฏิบัติตามมาตรฐานในระหว่างการทำงาน

ชาวจีนโรมัน ได้มีการควบคุมคุณภาพ (Quality Control) ในการผลิตงาน ศิลปหัตถกรรมของผู้มีอำนาจในสวนกลาง ทำให้เกิดหน่วยวัดที่เป็นมาตรฐาน (Standardized Unit of Measures) เกิดขึ้น

ชาวโรมัน มีการพัฒนาระบบคุณภาพแบบ 2 ชั้น คือ การนิเทศกำกับ (Supervise) และการตรวจสอบ (Inspection) แต่เป็นวิธีการที่ทำให้ค่าใช้จ่ายสูง

Forance Nightingale (ค.ศ. 1820 - 1910) เป็นผู้ริเริ่มเอาสถิติแผนภาพ (Graphical Statistical) มาใช้ในการป้องกันโรคและการเสียชีวิตที่ไม่ควรเกิดขึ้น

Frederick W. Taylor (ค.ศ. 1856 - 1915) เป็นหัวหน้าวิศวกร ที่พยายามปรับปรุงการทำงานของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จนได้รับชื่อว่า เป็นบิดาของการบริหารจัดการเชิงวิทยาศาสตร์ (Father of Scientific Management)

W.Edwards Deming เป็นผู้เชี่ยวชาญในการสุ่มตัวอย่าง เรียนรู้ในการนำเครื่องมือทางสถิติมาใช้ในสำนักงาน และรู้ว่าคุณภาพไม่ได้กำหนดในโรงงาน แต่ถูกกำหนดในห้องผู้บริหาร Deming ถือว่าคุณภาพเป็นผลจากการกระทำและการตัดสินใจของผู้บริหารระดับสูงขององค์กร ไม่ใช่ผลของการกระทำโดยผู้ปฏิบัติงาน ระบบงานเป็นตัวกำหนดวิธีการทำงานและผู้บริหารเท่านั้นที่จะสร้างระบบนี้ขึ้น รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากร ให้การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน เลือกเครื่องมือให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ ให้สถานที่และสิ่งแวดล้อมที่จำเป็น ส่วนผู้ปฏิบัติงานมีหน้าที่แก้ไขเฉพาะ (Special Problem) ซึ่งเกิดจากการกระทำของตน หากผู้ปฏิบัติงานได้ทำการแก้ไขแล้วไม่ได้ผลก็เป็นหน้าที่ของผู้บริหาร นอกจากนี้ Deming ได้พยายามแยกแยะสาเหตุและไม่แน่นอนหรือความผันผวน (Variation) ที่เป็นสาเหตุร่วม (Common Cause) ออกจากสาเหตุพิเศษ (Special Cause) เพื่อให้สามารถแบ่งแยกหน้าที่ในการปรับปรุงคุณภาพของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติออกจากกัน และแนะนำให้ใช้การควบคุมคุณภาพทางสถิติ

ในปี ค.ศ. 1953 Deming ได้เสนอแผนภูมิควบคุม (Control Chart) สามารถนำมาใช้ตัดสินประสิทธิผลและใช้ปรับเปลี่ยนการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ ในปี ค.ศ. 1982 Deming ได้ตีพิมพ์หนังสือ "Quality Productivity and Competitive Position" ที่เน้นการควบคุม

กระบวนการด้วยสถิติและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานปรัชญาว่า การป้องกันปัญหาคุณภาพให้ผลตอบแทนทางสถิติดีกว่าการตรวจสอบปัญหา ซึ่งต่อมา Massachusetts Institute of Technology ได้นำมาตีพิมพ์ใหม่ชื่อว่า "Out of The Crisis" Deming ยืนยันว่า ทฤษฎีพัฒนาคุณภาพที่เขาเสนอนั้นสามารถนำไปใช้ได้ทั้งภาคบริการและภาคอุตสาหกรรมในแนวคิดที่เรียกว่า "Deming 14 Point"

Joseph M. Juran เป็นวิศวกรไฟฟ้า ที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมควบคุมคุณภาพของญี่ปุ่น โดยช่วยให้ผู้บริหารปรับแนวคิดและเครื่องมือคุณภาพซึ่งถูกออกแบบสำหรับในโรงงานมาเป็นแนวคิดพื้นฐานของกระบวนการจัดการบริหารโดยรวม นอกจากนี้ยังได้วิเคราะห์กระบวนการจัดการด้านการเงินขององค์กรที่เป็นพื้นฐานได้แก่ การวางแผนการเงิน การควบคุมการเงินและการปรับปรุงด้านการเงิน ซึ่งได้ประยุกต์แนวคิดเข้ากับการจัดการคุณภาพโดยรวมที่เรียกว่า Juran Trilogy ซึ่งประกอบด้วย

1. การวางแผนคุณภาพเป็นกระบวนการระบุความต้องการของลูกค้า ลักษณะของผลผลิตหรือบริการ ซึ่งลูกค้าคาดหวัง
2. การควบคุมคุณภาพ เป็นกระบวนการตรวจสอบและประเมินผลผลิตหรือบริการ เปรียบเทียบความต้องการที่ลูกค้าระบุไว้ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่ตรวจพบ
3. การปรับปรุงคุณภาพ เป็นกระบวนการนำกลไกต่างๆที่จะรักษาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากร การมอบหมายบุคคล ให้ทำโครงการพัฒนาคุณภาพ การอบรมผู้ที่ได้รับมอบหมาย การมีโครงสร้างที่ถาวรเพื่อธำรงรักษาคุณภาพ

Philip B. Crosby เป็นผู้ประสบความสำเร็จในการลดข้อผิดพลาดในการผลิตจรวด โดยนำโปรแกรม Zero - Defect มาใช้ จนกระทั่งปี ค.ศ. 1979 Crosby ได้ตีพิมพ์หนังสือชื่อ "Quality is Free" กล่าวถึงขั้นตอนในการปรับปรุงคุณภาพ 14 ขั้น ที่อยู่บนหลักการพื้นฐาน (Absolute Belief) 4 ประการ ดังนี้

1. คุณภาพ คือ ความสอดคล้องกับความต้องการใช้ของลูกค้า เป็นยุทธวิธีที่จะหันเหความสนใจของผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ ไปสู่ความเข้าใจ ความต้องการของผู้ใช้ภายนอก
2. ระบบคุณภาพที่ดี คือ การป้องกัน ทำอย่างถูกต้องเสียตั้งแต่เริ่มแรก (Do it Right The First Time) คือ การส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนตรวจสอบผลงานของตนเองก่อนที่จะส่งไปให้ผู้อื่น เพราะไม่มีใครตรวจสอบความผิดพลาดได้ดีเท่าผู้ทำเอง
3. มาตรฐานการทำงาน คือ ผิดพลาดเป็นศูนย์ (Zero - Defect) ความผิดพลาดมากมายเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ และเราไม่ควรยอมรับการทำงานของเราที่ต่ำกว่ามาตรฐาน
4. เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดี คือ ต้นทุนที่เกิดจากคุณภาพที่ไม่ดี (Cost of Quality) ต้นทุนที่เกิดจากคุณภาพไม่ดีนี้ อาจสูงถึง ร้อยละ 20 - 40 ของรายได้องค์กร

หลักการ 2 ข้อหลังของ Crosby เป็นสิ่งที่ปฏิบัติยากและหลายองค์ประกอบไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ

Armand V. Feigenbaum เป็นผู้ทำให้การพัฒนาคุณภาพขยายตัวออกไปนอกโรงงานผลิต เขาได้ให้แนวคิดว่าคุณภาพจะไม่เกิดขึ้นหากปราศจากการออกแบบที่ดี มีการกระจายที่ไร้ประสิทธิภาพ มุ่งตลาดที่ไม่เหมาะสม และไม่มีบริการหลังขายแก่ลูกค้า ทุกหน่วยงานต้องรับผิดชอบต่อคุณภาพ อันเป็นที่มาของแนวคิด Total Quality

CCHAS หรือ สภารับรองคุณภาพสถานบริการ ได้ให้หลักการทั่วไปในการปรับปรุงคุณภาพ ดังนี้

1. แนวคิดเรื่องลูกค้า (Client) ผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งหมดของสถานบริการ จึงต้องรู้ความต้องการและความคาดหวัง และตอบสนองความต้องการและความคาดหวังนั้นๆ
2. กระบวนการและผลลัพธ์ (Process & Outcome) เป็นการมุ่งในวิธีการทำงานหรือระบบงานที่เราทำอยู่ให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ
3. ทีมผู้ให้บริการ (Teams) เป็นผู้ตอบสนองความต้องการของลูกค้า จึงควรส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการของตน มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน หรือสาขาวิชาชีพต่างๆทั้งหมด
4. ผู้นำ (Leadership) เป็นผู้มีบทบาทในการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน อำนาจความสะดวกและชี้แนวทางแก่ทีมผู้ปฏิบัติงานในการปรับปรุงคุณภาพ
5. การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) คือ ความพยายามที่จะทำให้ดีขึ้นตลอดเวลาและไม่พอใจกับผลลัพธ์ที่เป็นอยู่

#### 5.4 วิวัฒนาการการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

5.4.1 วิวัฒนาการการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในต่างประเทศ<sup>(49,52)</sup>  
แบ่งเป็น 3 ยุค คือ

##### ยุคเริ่มต้น

Florence Nightingale ได้สังเกตเห็นความแตกต่างของผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลต่างๆในกรุงลอนดอน ค.ศ.1863 เธอจึงได้เรียกร้องให้มีการตรวจสอบอย่างเป็นระบบว่ามีกระบวนการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างนี้อย่างไร

Ernest Armory Codman เป็นศัลยแพทย์อยู่ในบอสตัน ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 20 ได้สังเกตเห็นความแตกต่างเช่นเดียวกันกับไนติงเกิล และได้สร้างระบบ end result มาใช้ทบทวน

การทำงานของตนเองด้วยการเก็บบันทึกการผ่าตัดทุกรายและผลลัพธ์ของการผ่าตัดนั้นนำมาทบทวนหลังจากผ่าตัดไปแล้ว 1 ปี และเรียกร้องให้มีการประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพ วิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา ค.ศ.1913 รับเอาระบบ end result เข้าไปเป็นข้อบังคับสำหรับการสมัครเข้าเป็นสมาชิกภาพ ต่อมา Codman ได้เป็นประธานมาตรฐานโรงพยาบาล และออกมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับโรงพยาบาล 5 ข้อ ซึ่งมาตรฐานขั้นต่ำทั้ง 5 ข้อนี้ เป็นจุดเริ่มต้นของโครงการมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Standardization Program) ซึ่งมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาลมากในขณะนั้น

#### ยุคที่สอง กระบวนการติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation)

Avedis Donabedian แพทย์ที่มหาวิทยาลัยมิชิแกน ได้รวบรวมงานวิจัยเท่าที่มีอยู่มาสร้างเป็นกรอบทฤษฎีในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบของ โครงสร้าง เช่น คน เงิน สถานที่ และเทคโนโลยี กระบวนการ เช่น กิจกรรมการดูแล การตรวจวินิจฉัย และผลลัพธ์ซึ่งใช้วิธีการ 2 วิธีควบคู่กัน คือ การทบทวนผู้ป่วยย้อนหลังบางประเภทและประเมินผลภายหลังการให้บริการ

Chales Jacob ได้จัดตั้งศูนย์การตรวจสอบคุณภาพ ในช่วงทศวรรษ 1980 มีการประสานจุดแข็งของแนวคิดการตรวจสอบตามเกณฑ์และการใช้วิธีการทางระบาดวิทยาของการควบคุมการติดเชื้อเข้าด้วยกันและพัฒนามาเป็นกระบวนการติดตามและประเมินผล คือมีการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพและเกณฑ์การคัดกรองทางคลินิกเพื่อประมวลผลเฉพาะเป็นทั้งหมด นำผลลัพธ์มาเปรียบเทียบกับระดับต่ำสุดที่ยอมรับได้ โดยกระทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่องและมีกิจกรรมที่จะปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น เรียกว่า การประกันคุณภาพ (Quality Assurance, QA)

ยุคที่สาม การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) และการบริหารองค์กรเพื่อคุณภาพแบบองค์รวม (Total Quality Management : TQM)

Donald Berwick, Paul Batalden และ Brent James เป็นแพทย์ที่ได้บุกเบิกแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการบริหารเพื่อคุณภาพแบบองค์รวมในวงการอุตสาหกรรมมาใช้ในวงการบริการสุขภาพ

ในปี ค.ศ.1987 Berwick และ Batalden ได้ร่วมมือกับสถาบันจูราน (Juran Institute) และที่ปรึกษาคุณภาพจากวงการอุตสาหกรรมจัดทำโครงการสาธิตการปรับปรุงคุณภาพการบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care : NDP) โดยความร่วมมือจากองค์กร 21 แห่ง ซึ่งสรุปว่า สามารถนำกระบวนการ TQM / CQI มาใช้กับบริการทางสุขภาพได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการพัฒนาคุณภาพบริการมีวิวัฒนาการมานานแล้ว โดยเริ่มแรกจะทำในวงการของอุตสาหกรรมและต่อมาได้นำมาใช้ในวงการบริการสุขภาพ ซึ่งการพัฒนา

คุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและส่งเสริมให้เกิดคุณภาพในบริการสุขภาพขึ้นได้แก่ ให้เกิดการยอมรับและไว้วางใจบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพในสังคม ป้องกันสุขภาพของประชาชน และการวัดประสิทธิภาพของการให้บริการแก่ผู้ป่วย

#### 5.4.2 วิวัฒนาการการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ในประเทศไทย<sup>(53,54,55)</sup>

การพัฒนาคุณภาพในประเทศไทยได้เริ่มเมื่อปี พ.ศ.2522 โดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ได้จัดประชุมวิชาการเรื่อง การควบคุมคุณภาพ การประกันคุณภาพและการกำหนดมาตรฐานพยาบาล ขึ้นจึงทำให้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการแพร่หลายยิ่งขึ้นและได้มีการดำเนินการเป็นระยะ แต่เนื่องจากนโยบายในเรื่องนี้ไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่องจึงทำให้การดำเนินการขาดช่วงไปเป็นระยะ (ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล,2541) พอสรุปได้ดังนี้

พ.ศ.2524 กองการพยาบาลร่วมกับกองสาธารณสุขภูมิภาค เริ่มพัฒนาการบริหารจัดการทั่วไปและการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน

พ.ศ.2526 กองการพยาบาลเริ่มพัฒนาระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้มีระบบงานที่ชัดเจนและมีคุณภาพ

พ.ศ.2527-2528 นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ริเริ่มโครงการประเมินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ซึ่งเรียกว่า "โครงการติดดาว"โดยใช้หลักการของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของอเมริกา

พ.ศ.2528-2529 นายแพทย์อุทัย สุขสุด รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ริเริ่มโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการ และหน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาค (พบส.) ขึ้นเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมกัน โดยมีการกำหนดมาตรฐานงาน 9 งาน สำหรับเป็นแนวทางในการประเมินตนเองและมีเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือกัน โดยมีจุดเน้นคือความสามารถในการให้บริการของสถานบริการแต่ละระดับ

พ.ศ.2528 กองการพยาบาลได้จัดทำมาตรฐานระบบบริการพยาบาล และเริ่มตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในปี 2531

พ.ศ.2532 กองการพยาบาลได้ศึกษาแนวคิดการประกันคุณภาพการพยาบาลและได้นำไปปฏิบัติในปี 2538

พ.ศ.2536 ทีมงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยการนำของนายแพทย์ประพนธ์ ปิยะรัตน์ ไปศึกษาดูงานระบบบริการสาธารณสุขที่ประเทศออสเตรเลียและ

นิวซีแลนด์ เกี่ยวกับการนำ TQM มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการและการรับรองคุณภาพ  
โรงพยาบาลของ ACHS (Australian Council for Hospital Standards)

พ.ศ.2536-2537 สำนักงานประกันสังคมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ร่วมกันจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้นเพื่อใช้ในการรับรอง  
สถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม โดยใช้เนื้อหาของมาตรฐานของประเทศออสเตรเลียเป็น  
แนวทางในการยกย่อง

พ.ศ.2536-2539 นับเป็นก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล โดยสำนักงาน  
ประกันสุขภาพ กองโรงพยาบาลภูมิภาค องค์การอนามัยโลกและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข  
(สวรส.) ได้ให้การสนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนาการนำ TQM/CQI มาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง  
8 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมด ผสมผสานเข้ากับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรม  
บริการและการพัฒนาองค์กร ในปลายปี 2536 มีผู้บริหารจำนวนหนึ่งไปดูงานระบบบริการ  
สาธารณสุขที่ประเทศอเมริกาและส่งผลให้เกิดความกระตือรือร้นในการดำเนินงานมากขึ้นคือจาก  
การประเมินโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 8 แห่ง โดยทีมนำของรองศาสตราจารย์นายแพทย์อองอาจ  
วิพุธศิริ

พ.ศ.2538 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้รับมอบหมายจากสำนักงาน  
ประกันสังคมให้จัดทำคู่มือประเมินสถานพยาบาลประกันสังคม ตามมาตรฐานที่สำนักงาน  
ประกันสังคมกำหนด กระบวนการจัดทำก่อให้เกิดเครือข่ายของบุคคลที่สนใจเรื่องการพัฒนาและ  
รับรองคุณภาพขึ้น

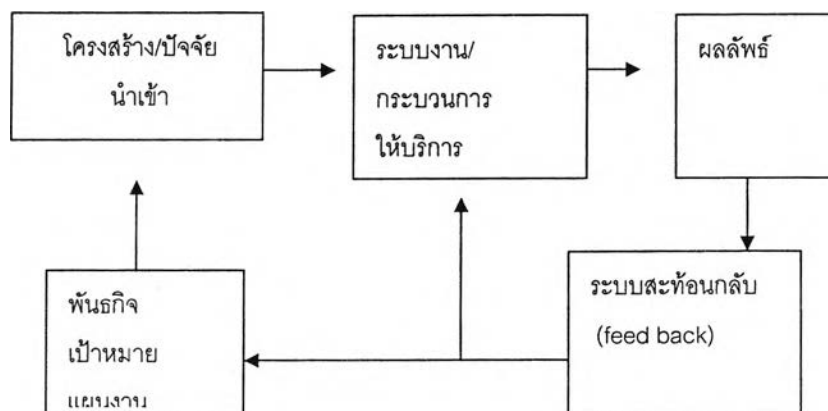
พ.ศ.2538-2539 เครือข่ายของบุคคลที่สนใจเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพ  
โรงพยาบาล ได้ร่วมกันจัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลขึ้นซึ่งได้รับการสนับสนุนทุน  
จาก สวรส. และสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จนเกิดมาตรฐาน  
โรงพยาบาลฉบับกฤษฎีกาขึ้นและนำมาทดลองใช้

โดยแนวคิดพื้นฐานของมาตรฐานโรงพยาบาลชุดนี้ ใช้แนวคิดการพัฒนาร่วมสมัย  
ซึ่งยึดถือว่าผู้ป่วยและลูกค้ายเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั่วปวงของโรงพยาบาล เน้นการทำงาน  
เป็นทีมเพื่อปรับปรุงระบบงานให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้นำ  
องค์กรให้การสนับสนุนอย่างแข็งขัน และต่อเนื่อง สำหรับแนวคิดมาตรฐานคุณภาพแสดงใน  
รูปที่ 2.4

รูปที่ 2. 4 ความสัมพันธ์ของมาตรฐานคุณภาพ

การจ้ดองค์กรและการบริหาร  
 การจ้ดทรัพยากรบุคคล  
 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล  
 สิ่งแวดล้อม สถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์

นโยบายและวิธีปฏิบัติ  
 การปฏิบัติตามระบบที่กำหนด



พันธกิจ เป้าหมายวัตถุประสงค์  
 แผนยุทธศาสตร์  
 แผนปฏิบัติการ

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ  
 การประกันคุณภาพ  
 การประเมินติดตามคุณภาพ  
 การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ

ที่มา :มาตรฐานโรงพยาบาล แนวทางพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งหวังผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง <sup>(53)</sup>

พ.ศ.2539 กองโรงพยาบาลภูมิภาค ได้นำผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขไปดูงานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ประเทศแคนาดา ทำให้ทราบแนวคิดและการเปลี่ยนแปลง ในกระบวนการรับรองคุณภาพที่ชัดเจนมากขึ้น และยอมรับแนวคิดที่ว่า CQI (Continuous Quality Improvement) ว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับโรงพยาบาลและนำมาปรับเปลี่ยนมาตรฐานโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

พ.ศ.2540 เริ่มโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยสวรส. ร่วมกับกองโรงพยาบาลภูมิภาค ได้เชิญโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อทดลองนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษกไปทดลองใช้ มีทั้งหมด 35 แห่ง มีทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนจนถึงโรงเรียนแพทย์ มีผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสาธารณสุขให้การสนับสนุนและนำไปสู่การก่อตั้งภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น ขณะเดียวกัน



โรงพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการก็เกิดความตื่นตัวและนำมาตราฐานโรงพยาบาลไปเป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาตนเอง

พ.ศ.2541 รัฐบาลได้ผ่านพระราชบัญญัติสถานพยาบาลฉบับใหม่และกระทรวงสาธารณสุขได้ออกเป็นกฎกระทรวง ระบุมาตรฐานเชิงโครงสร้างและกำลังคน ที่เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ

พ.ศ.2542 ได้มีการตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น เพื่อให้การรับรองสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ

พ.ศ.2543 กระทรวงสาธารณสุขและมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ได้จัดทำโครงการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพที่เป็นมาตรฐานสากล เป็นที่มั่นใจและสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนที่มาใช้บริการ โดยมีโรงพยาบาล 14 แห่ง เลือกทำ ISO และมีโรงพยาบาล 7 แห่งเลือกทำ Hospital Accreditation (HA)

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการบริการสุขภาพ ได้รับความสนใจจากกลุ่มนักวิจัยทางการแพทย์มาเกือบกึ่งศตวรรษแล้ว โดยในระยะแรกๆ เป็นการศึกษาถึงคุณภาพการบริการที่ประเมินจากความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มแรกประเมินคุณภาพการบริการหรือประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการจากการรับรู้โดยตรง และกลุ่มที่ 2 ประเมินความพึงพอใจจากการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการ จากการศึกษาพบว่าการประเมินความพึงพอใจจากการรับรู้ของผู้รับบริการเพียงอย่างเดียว ยังไม่เพียงพอสำหรับการประเมินคุณภาพการบริการ จึงมีการศึกษาทั้งความคาดหวังและการรับรู้ เนื่องจากความคาดหวังเป็นสิ่งแสดงถึงความปรารถนา และความต้องการมากกว่าการรับรู้ ซึ่งจากการทบทวนรายงานการวิจัย จะพบว่าในระยะหลัง มีผู้ให้ความสนใจในการศึกษาถึงความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพของบริการมากขึ้น และนอกจากนี้ในการนำเสนอผลการศึกษาที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้ทบทวนเกี่ยวกับการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการไว้ด้วย เพราะความพึงพอใจมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับความคาดหวัง และการศึกษาถึงสภาพปัญหาต่างๆ ที่ผู้รับบริการได้รับจากการไปใช้บริการที่สถานพยาบาล เนื่องด้วยเหตุที่ว่า ความคาดหวัง ปัญหา หรือข้อเสนอนั้นๆ จากผู้รับบริการคือ โอกาสในการพัฒนาเกี่ยวกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล

### 6.1 การศึกษาในประเทศไทย

#### 6.1.1 การศึกษาคุณภาพการบริการสุขภาพเฉพาะความคาดหวังของผู้รับบริการ

ดุขฎี ใหญ่เรื่องศรี (2541)<sup>(56)</sup> ได้ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการบริการรักษาพยาบาลของพระภิกษุอาพาธ ในหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสงฆ์ กระทรวงสาธารณสุข โดยการสัมภาษณ์แบบสอบถามจากพระภิกษุ จำนวน 380 รูป สุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 ของพระภิกษุอาพาธ สาขาอายุรกรรม ร้อยละ 25 ของพระภิกษุอาพาธสาขาศัลยกรรม ร้อยละ 15 ของพระภิกษุอาพาธสาขาจักษุวิทยา ร้อยละ 10 ของพระภิกษุอาพาธสาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อ กับพระภิกษุอาพาธ สาขาไสต คอ นาสิก พบว่า ปัจจัยผู้รับบริการ ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษาที่บวช ภูมิลำเนา สถานภาพทางสงฆ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการ เช่น ประสิทธิภาพที่ใช้ในการบริการ ระยะเวลา

นอนพัก เพศผู้ให้บริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ แต่คุณภาพบริการตามความคาดหวังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ

**ไพรพนา ศรีเสน (2544)<sup>(57)</sup>** ได้ศึกษาถึงความคาดหวังของผู้รับบริการ ต่อคุณภาพการบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยให้ผู้รับบริการ จำนวน 400 ราย ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าความคาดหวังของผู้รับบริการเมื่อเปรียบเทียบกับผลของการมารับบริการกับระดับความคาดหวังในคุณภาพบริการ พบว่าความคาดหวังด้านพฤติกรรมของบุคลากรมีความแตกต่างกัน ส่วนในเรื่อง คุณภาพในการบริการ นั้นไม่มีความแตกต่างกัน โดยที่มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพบริการไว้ว่าให้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นในเรื่องการต้อนรับ ความสะอาดรวดเร็ว ความเสมอภาค การได้รับสวัสดิการที่พึงมี การดูแลรักษาที่เหมาะสม และการได้รับพฤติกรรมบริการที่ดีจากผู้ให้บริการ

**วันเพ็ญ สวนสีดา (2545)<sup>(22)</sup>** ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐ : กรณีศึกษา โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวนตัวอย่าง 132 ราย โดยวิธีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ พบว่า สิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังและต้องการให้ปรับปรุงมากที่สุดคือการได้รับการดูแลเอาใจใส่ โดยจำนวนครั้งของการมารับบริการมีความสัมพันธ์กับความคาดหวัง และสิ่งที่ผู้รับบริการ และสิ่งพบว่าเป็นปัญหามากที่สุดที่ต้องการให้ปรับปรุง คือ รอนาน รongลงมา เรื่องความสะอาดของห้องน้ำ น้ำดื่มไม่เพียงพอ และเจ้าหน้าที่ไม่สุภาพ

#### 6.1.2 การศึกษาคุณภาพการบริการสุขภาพเฉพาะการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ

**พัชรี ทองแม่ (2540)<sup>(58)</sup>** ศึกษาคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน เขต 2 โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้จำนวนตัวอย่าง 780 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงจาก SERVQUAL ของพาราสุรามานและคณะ ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลดีเด่น และโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป อยู่ในระดับเดียวกัน คือ ไม่พึงพอใจ คุณภาพการบริการ สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง คือ เรื่องการรอพบแพทย์นาน การไม่ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

**กุลวดี วงศ์โนวิสุทธิ (2542)<sup>(59)</sup>** ได้ศึกษาการประเมินผลคุณภาพการบริการของผู้ป่วยนอก : การศึกษาโรงพยาบาลชุมชนบ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยนอก 400 ราย สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ พบว่าผู้ป่วยนอกที่มีอายุ ระดับการศึกษาต่างกัน มีการ

ประเมินคุณภาพการบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.5 ผู้ป่วยนอก ที่มีเพศ รายได้ ถิ่นที่อยู่อาศัยต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันในการประเมินคุณภาพบริการ ผู้ป่วยร้อยละ 90.20 คาดหวังให้แพทย์ รับฟังปัญหา ร้อยละ 88.30 คาดหวังให้แพทย์อธิบายเกี่ยวกับความ เจ็บป่วย ร้อยละ 86.0 คาดหวังที่จะให้แพทย์เปิดโอกาสให้ซักถาม

วรรณลักษณ์ ดุลยากุล (2542)<sup>(60)</sup> ได้ศึกษาถึงคุณภาพบริการงานคลินิก เบาทหวานโรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดสระบุรี ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผู้รับบริการ จำนวน 816 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ มีการรับรู้ ในมิติกระบวนการและมิติผลลัพธ์ดีกว่าโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะด้านเทคนิคการรักษาและ ด้านผลการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่มารับบริการ และเหตุ จูงใจในการมารับบริการของผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพบริการ และปัญหา ที่ควรได้รับการปรับปรุง คือ ระยะเวลาในการรอแพทย์ตรวจ และการให้ความรู้เรื่องเบาหวานที่ ไม่ได้ดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งข้อเสนอแนะจากงานวิจัย คือการลดขั้นตอนการบริการให้ง่าย ต่อการเข้าถึงบริการ มีการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนในการเข้ารับการรักษา รวมทั้งการจัดรูปแบบ การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสม

สุภาวดี เกตุแก้ว (2543)<sup>(61)</sup> ศึกษาการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยศึกษาด้วยวิธีสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้รับ บริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 225 ราย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบริการตามการรับรู้ทั้ง 5 ด้านตามแนวความคิดของพาราสูรามาน อยู่ในระดับปานกลาง สิ่งต้องการให้มีการพัฒนาเพิ่มขึ้น ได้แก่ ระยะเวลาที่รอนาน และการเอาใจใส่ผู้ป่วยให้มากขึ้น

ดารุณี ศิลาอาสน์ (2543)<sup>(62)</sup> ได้ศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบความคิดเห็น ต่อการบริการของผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนในเขต กรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก 363 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็น แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการมีความคิดเห็นต่อการบริการในภาพรวมของ โรงพยาบาลรัฐและเอกชน แตกต่างกัน และมีความประสงค์ที่จะใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนใน ครั้งต่อไปสูงสุดถึงร้อยละ 72.7 ปัจจัยที่ทำให้เลือกใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน 5 อันดับ คือ บริการรวดเร็วทันใจ มีเครื่องมือทันสมัย มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เดินทางสะดวก และในโรงพยาบาลมี ร้านค้าต่างๆ สิ่งที่โรงพยาบาลรัฐควรปรับปรุง คือ การพัฒนาการบริการให้ทัดเทียมกับโรงพยาบาล เอกชน ให้มีความรวดเร็ว ความทันสมัย สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

โยธิน แสงวดี และคณะ (2543)<sup>(6)</sup> ศึกษาเรื่องปัญหาและทุกข์ของประชาชน เมื่อไปใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข โดยศึกษาจากผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน คลินิก และสถานเอนามัยทั่วประเทศ

จำนวน 1,473 ราย ในจำนวนนี้ พบว่า เป็นผู้ป่วยนอก 1,234 ราย และผู้ป่วยใน 239 ราย สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสภาพทุกข์ของผู้ป่วยมีหลากหลาย นับตั้งแต่ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ลักษณะงานที่ให้บริการ ระบบการบริหารจัดการ บุคลิกภาพและสถานะทางการเงินของผู้รับบริการ โรค และอาการของโรค สิทธิบัตรต่างๆ เช่น

1. บริการที่ล่าช้า กังวลว่าเครื่องมือไม่สะอาด
2. แพทย์ไม่บอกว่าอาการหนักแค่ไหน เวลาอยู่กับแพทย์จำกัด
3. เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจมีท่าทางไม่สุภาพ
4. มีความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการ แพทย์มีกิริยาท่าทางไม่สุภาพ
5. รอยานาน เจ้าหน้าที่ห้องยาไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม
6. ค่ารักษาพยาบาลแพง
7. สภาพแวดล้อมแออัด ห้องน้ำไม่สะอาด

แนวทางในการพัฒนาปรับปรุง ผู้ป่วยนอกได้เสนอแนะว่า ต้องการให้แพทย์ใช้เวลาในการตรวจนานมากขึ้น และต้องการให้แพทย์ซักถามถึงอาการเจ็บป่วยก่อนที่จะเขียนใบสั่งยา และอธิบายว่าตนเป็นอะไร นอกจากนี้ในรายที่มีความเจ็บป่วยอย่างรุนแรง ต้องการให้ได้รับการตรวจในทันที ไม่ควรเข้าคิวรอ โดยปัญหาในจุดนี้คือการไม่ได้รับคำแนะนำขั้นตอนในการตรวจ ว่าสามารถเข้าตรวจห้องฉุกเฉินได้ นอกจากนี้ความสะอาดของสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะห้องน้ำ ความแออัดของเตียงนอน ในผู้ป่วยใน การไม่ได้รับการพักผ่อน จากเสียงดังของญาติ ที่รบกวน เนื่องจากการขาดระบบในการจัดระเบียบวินัยในการเยี่ยม ต่างๆ เหล่านี้เป็นต้น

วารี ชลอธรรม (2544)<sup>(63)</sup> ได้ศึกษาคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 411 ราย ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามการให้การพยาบาลแบบองค์รวม และแบบสอบถามความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพเชิงกระบวนการด้านการให้การพยาบาลแบบองค์รวม และคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ซึ่งข้อเสนอแนะที่ให้มีการพัฒนาต่อไป ได้แก่ การปรับปรุงคุณภาพการบริการให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ศศิธร คชศิลา (2544)<sup>(64)</sup> ได้ศึกษาถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่องานบริการโรงพยาบาลตราด ปี 2542 โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 150 ราย พบว่าร้อยละ 59.3 มีความพึงพอใจในคุณภาพบริการ โดยระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการให้บริการ โดยข้อเสนอแนะในการพัฒนา คือการให้มีการจัดระบบจองบัตรคิวทางโทรศัพท์ การลดขั้นตอนการบริการ และปรับปรุงความสะดวก เช่น ป้ายบอกทาง เป็นต้น

อัชฌา หรัยลอย (2544)<sup>(65)</sup> ได้ศึกษาถึงคุณภาพบริการในมุมมองของญาติผู้ป่วยจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชทั่วไปในเขตภาคเหนือ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 800 รายที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช 2 แห่งในภาคเหนือ โดยสัมภาษณ์ญาติพบว่า ในภาพรวมของโรงพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการมากกว่าความคาดหวัง โดยเฉพาะในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ แต่อย่างไรก็ตามคะแนนคุณภาพบริการด้านความเชื่อถือว่าว่างใจน้อยกว่าบริการด้านอื่นๆ ซึ่งถือเป็นโอกาสในการพัฒนาของโรงพยาบาล เพื่อสนองความต้องการของลูกค้า

ชาติชาย ชินวัตร (2545)<sup>(66)</sup> ได้ศึกษาถึงทัศนะของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่า ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการจากการมารับการรักษา ที่สำคัญที่สุด คือ การได้รับการรักษาที่ดี และหายขาดได้มากที่สุด และรองลงมา คือได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ และการได้รับการที่สะดวก รวดเร็วตามลำดับ ส่วนปัญหาที่พบ คือเวลาในการรอคอยแพทย์ตรวจ สถานที่นั่งรอตรวจไม่เพียงพอกับผู้รับบริการ และการได้รับการที่ไม่เท่าเทียมกัน รวมทั้งเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลมีไม่เพียงพอกับผู้รับบริการ

### 6.1.3 การศึกษาถึงความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ

ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์(2541)<sup>(67)</sup> ได้ศึกษาถึงคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ จำนวน 400 ราย สุ่มตัวอย่างตามระบบ โดยกำหนดสัดส่วนผู้ป่วยจากสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ความคาดหวังคุณภาพบริการและการรับรู้คุณภาพบริการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้รับบริการที่มีเพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน และเหตุจูงใจในการมารับบริการต่างก็มีความคาดหวังคุณภาพบริการ สุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาและจำนวนครั้งที่มารับบริการต่างกัน มีผลทำให้การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการต่างกัน สิ่งที่ต้องพัฒนาปรับปรุงได้แก่ การรอแพทย์นาน พยาบาลพูดจาไม่เพราะ และขาดการเอาใจใส่เท่าที่ควร

เอี่ยมเดือน แก้วสว่าง (2543)<sup>(68)</sup> ได้ศึกษาถึงการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดนนทบุรี ที่ดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทัศนะผู้ป่วยนอก โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากผู้มาใช้บริการโรงพยาบาล 7 แห่ง ที่มีบัตรทอง จำนวน 400 ราย จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินมีกลุ่มตัวอย่างมีเพศ อายุ การศึกษาที่แตกต่างกัน และการบริการที่ได้รับจริงมีความแตกต่างกับบริการที่คาดหวัง โดย

จากการศึกษาพบว่า สิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังมากที่สุด ได้แก่ ความเสมอภาคของการให้บริการ และปัญหาที่ผู้รับบริการพบมากที่สุด คือ ระยะเวลาในการรอ

พรทิพย์ เนตรแสงศรี (2545)<sup>(69)</sup> ได้ศึกษาถึง คุณภาพการบริการตาม ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย โดย ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 140 ราย โดยใช้เครื่องมือจาก แนวคิดของพาราสูรามานและคณะ พบว่า ความคาดหวังและการรับรู้มีความแตกต่างกัน โดยที่ ผู้รับบริการมีความคาดหวังในระดับสูงมาก ในด้านรูปธรรมของการบริการพยาบาล ได้แก่ เรื่อง ความเอาใจใส่ และการที่พยาบาลพูดคุยด้วยความสุภาพและเป็นกันเอง ส่วนเรื่องคุณภาพ ตามการรับรู้ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ ส่วนที่ต่ำสุด ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ และปัญหาที่พบและควรพัฒนาปรับปรุง ได้แก่ แพทย์ วินิจฉัยโรคช้า ไม่ให้ข้อมูลหรือคำแนะนำ พยาบาลทำงานล่าช้า พุดจาไม่เพราะ ใส่อารมณ์กับ ผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการขาดความมั่นใจในการดูแล นอกจากนี้ปัญหาการให้บริการชั้น พื้นฐาน เช่น จำนวนเตียง ผ้าห่ม เสื้อผ้า อาหาร น้ำดื่มไม่เพียงพอ เรื่องอาคารสถานที่ ห้องน้ำ ไม่ สะอาดเท่าที่ควร ญาติมาเยี่ยมไม่เป็นเวลา ทำให้รบกวนการพักผ่อนของผู้รับบริการเป็นต้น และ เรื่องที่เสนอแนะให้มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นได้แก่ การพัฒนาบริการพยาบาล การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ จำเป็นสำหรับการช่วยชีวิต การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสม เป็นต้น

วีรยา หย่าวิไล (2546)<sup>(70)</sup> การรับรู้คุณภาพของผู้รับบริการแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิจิตร ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการแผนกอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน จำนวน 375 ราย โดยเครื่องมือสร้างขึ้นจากจากแนวคิดของพาราสูรามานและคณะ ผล การศึกษาพบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังเป็นอย่างมากในด้าน การสร้างความมั่นใจให้แก่ ผู้รับบริการ ด้านความเห็นอกเห็นใจ ด้านการตอบสนองการให้บริการ ความเป็นรูปธรรมของการ บริการ และด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ และด้านการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลพบว่าไม่ มีความแตกต่างกับความคาดหวัง สิ่งที่ต้องพัฒนาปรับปรุง ได้แก่ ให้พยาบาลมีความเห็นอกเห็น ใจ และสัมพันธ์ภาพกับผู้รับบริการให้มากขึ้น

## 6.2 การศึกษาในต่างประเทศ

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการบริการสุขภาพในมุมมองของผู้รับบริการในต่างประเทศประเทศนั้นนั้น เริ่มมีการศึกษาดังแต่ ช่วงปลายปี1970 ถึง1980 เป็นต้น ด้วยเหตุที่ว่า เริ่มมีระบบธุรกิจการแพทย์ มีการแข่งขันของสถานพยาบาลมากขึ้น การศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการจึงได้รับความสนใจอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ซึ่งความพึงพอใจของผู้รับบริการขึ้นอยู่กับ การรับรู้ และความคาดหวังต่อบริการสุขภาพของแต่ละบุคคล และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพของสถานพยาบาลนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม จะพบว่าในมิติของคุณภาพที่พบว่าเป็น Area for Quality Improvement ที่สำคัญมีดังนี้

### 6.2.1 ทักษะ ความสามารถของผู้ให้บริการ (Technical Competence)

#### 1) Provider Competence /Training

Corrigan PW.(1990)<sup>(71)</sup> ได้ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 413 ราย ที่มีต่อการให้บริการด้านสุขภาพจิต โดยทำการศึกษา ใน 4 ปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ 1) คุณลักษณะของผู้ให้บริการ 2) บริการรักษาพยาบาล 3) สภาพแวดล้อมของสถานพยาบาล 4) กิจกรรมต่างๆที่ส่งเสริมความรู้สึกอิสระ (autonomy) ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการมีความพอใจต่อคุณลักษณะของผู้ให้บริการและสภาพแวดล้อมของสถานพยาบาล และไม่พึงพอใจต่อกิจกรรมการรักษาที่ทำให้ไม่เป็นอิสระและไม่เป็นส่วนตัว

Makaret Brawley (2000)<sup>(72)</sup> จากรายงานการวิจัย พบว่าผู้รับบริการจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับทักษะความชำนาญของผู้รับบริการ โดยเขาคาดหวังว่าจะต้องพบแพทย์และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่มีความชำนาญ โดยเฉพาะในเรื่องของการตรวจวินิจฉัย การให้ยาในการรักษา ผู้รับบริการจำนวนมากที่มารับบริการแล้วมีความรู้สึกที่ แพทย์ขาดคุณสมบัติของการเป็นแพทย์ หรือบางครั้งพบพยาบาลฝึกหัดเป็นผู้ให้การดูแล

#### 2) Service Provider Consultation

มีหลายการศึกษา ที่ให้เห็นว่าเมื่อผู้รับบริการรู้สึกผิดหวังกับการได้รับการบริการ ให้คำปรึกษาหรือไม่มีเวลาตอบปัญหาข้อสงสัยหรือการรักษาของผู้รับบริการ ก็จะทำให้ตัดสินใจว่าสถานพยาบาลนั้นด้อยคุณภาพ ต้องปรับปรุง โดย

1. ให้เวลากับผู้รับบริการและรับฟังปัญหาของเขาเหล่านั้น
2. อธิบายถึงการตรวจรักษาและวิธีการรักษา
3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถาม
4. เมื่อมีความจำเป็นควรได้รับการส่งต่อ



Veena S Raleign., et al.(2003)<sup>(73)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ แผนกผู้ป่วยนอกในมุมมองของผู้รับบริการ โดยศึกษาผู้ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลต่างๆ ประเทศอังกฤษ โรงพยาบาลละ 850 ราย จำนวน 155 โรงพยาบาล ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ 143,000 ฉบับ ตอบกลับ 90,552 ฉบับ คิดเป็น 63% โดยเป็นผู้ที่มารับบริการในหน่วยงาน โรคหัวใจ โรคผิวหนัง โรคเบาหวาน และโรคทางสูตินรีเวช จากการศึกษาพบว่า สิ่งที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ การได้รับคำอธิบายถึงผลดี ผลเสีย ของการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนจะทำการรักษา และในห้องพัก ควรมีการอธิบายยาตัวใหม่ที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อนให้ทราบ ว่า อาการข้างเคียงเป็นอย่างไร และมีวิธีใช้อย่างไร นอกจากนี้มีบางจุดเช่น ให้แพทย์ให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการซักถามข้อสงสัย และการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ เจ้าหน้าที่คนอื่นๆ และผู้รับบริการ

Cleary PD, McNeil BJ (2003)<sup>(74)</sup> ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพของโรงพยาบาล ในมุมมองของผู้รับบริการ โดยได้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยใน จากโรงพยาบาลต่างๆ ในสหรัฐอเมริกาที่มีอาการอักเสบของข้อเท้าจากการเป็นโรค Hemophilia ซึ่งต้องรักษาโดยการผ่าตัด วิจัยโดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อประเมินคุณภาพในการบริการ และ ค้นหา medical error ซึ่งพบว่าปัญหาที่ผู้รับบริการพบและอยากให้มีการพัฒนาปรับปรุง ได้แก่ ได้แก่ การประสานงานของหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ ทักษะ ความรู้ความชำนาญของเจ้าหน้าที่ กระบวนการ admission และการ discharge ตลอดจนการดูแลสิ่งแวดล้อมและความสุขสบายของผู้รับบริการ รวมทั้งการให้ข้อมูลรายละเอียดก่อนกลับบ้าน เช่น การใช้ยาและอาการข้างเคียง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัด อาการสำคัญที่ต้องมาพบแพทย์ การนัดมาดูอาการอย่างต่อเนื่อง ต่างๆ เหล่านี้เป็นต้น

Mary Barker (2003)<sup>(75)</sup> ได้ศึกษาถึงการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนในรัฐแคลิฟอร์เนียประเทศ สหรัฐอเมริกา 181 โรงพยาบาล จำนวนตัวอย่าง 35,000 ราย ซึ่งเป็นผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โดยมีผู้ป่วยทาง ศัลยกรรม อายุรกรรม และมารดาหลังคลอด โดยใช้แบบสอบถาม เกี่ยวกับการดูแล ในเรื่องความทุกข์สบายทางกาย การช่วยเหลือด้านความเจ็บปวด การให้เกียรติ การประสานงานของเจ้าหน้าที่ การให้รายละเอียดข้อมูลการเจ็บป่วย และการช่วยดูแลลดความวิตกกังวล ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สิ่งที่ควรปรับปรุงคือในเรื่อง การเอาใจใส่ในการดูแลความทุกข์สบายด้านร่างกายของผู้ป่วย และการบรรเทาความเจ็บปวด

Veena S Raleign., et al.(2003)<sup>(76)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการบริการในแผนกฉุกเฉินในมุมมองของผู้รับบริการ โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มจากผู้มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศอังกฤษ โรงพยาบาลละ 850 ราย จำนวน 155 โรงพยาบาล วิธีการเก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถาม ไปยังผู้รับบริการเหล่านั้น ซึ่งตอบกลับมา

59,155 ฉบับ คิดเป็น 46% โดยแบบสอบถามจะแบ่งเป็นเรื่องของการเข้าถึงบริการ เรื่องคุณภาพ การบริการ ความปลอดภัย การให้ข้อมูลข่าวสาร อัยาศัยเจ้าหน้าที่และความสะดวกสบาย ในขณะที่รับบริการ พบว่า สิ่งที่ผู้รับบริการพบว่าเป็นปัญหาและควรมีการปรับปรุงได้แก่ 1) ระยะเวลาที่รอจนเสร็จสิ้นใช้เวลานาน มากกว่า 4 ชั่วโมง 2) หลังจากตรวจเสร็จที่ห้องฉุกเฉินไม่ทราบว่าจะต้องไปที่ใดต่อ 3) รายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลรักษาหรืออาการผิดปกติ ที่ต้องกลับมาพบแพทย์ อีกครั้ง 4)รายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา และอาการข้างเคียง

### 6.2.2 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ( Interpersonal Relationship)

สัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการ กับผู้ให้บริการนั้นเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญในการรับรู้คุณภาพการบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้รับบริการมักชอบผู้ให้บริการที่มีลักษณะ

1. ต้อนรับอย่างอบอุ่น
2. ท่าทีสุภาพเรียบร้อย
3. เคารพและให้เกียรติผู้รับบริการในฐานะเป็นมนุษย์คนหนึ่ง
4. มีความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ
5. สามารถอธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจ
6. ให้ความสนใจ เอาใจใส่ผู้รับบริการ
7. แสดงให้เห็นถึงความตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่
8. ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการรักษา

Ramirez-Sanchez et al.(1998)<sup>(39)</sup> ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้คุณภาพบริการในมุมมองผู้ใช้บริการของชาวเม็กซิโก พบว่าการมีคุณภาพที่ดี มีเหตุผลว่าผู้ให้บริการเอาใจใส่ดี และทำให้ปัญหาทางสุขภาพดีขึ้น ส่วนคำว่าคุณภาพไม่ดี เนื่องจากใช้เวลารอนาน เทคนิคการตรวจไม่ดี ซึ่งมักพบบ่อยในการรับบริการที่รัฐจัดให้ และยังพบว่าในการบริการนี้ ส่วนสำคัญที่เป็นตัวแทนของคุณภาพคือ กระบวนการที่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลอย่างจริงจัง 44.8% ส่วนเรื่องของโครงสร้าง 18.0% และผลของการรักษา 21.3% และการที่จะไม่กลับมาใช้บริการอีกขึ้นอยู่กับ การดูแลที่บกพร่อง และเวลาที่รอนาน

Kime et.,al.(2000)<sup>(77)</sup> ได้ทำการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการนั้นต้องการที่จะได้รับ ความนับถือโอกาสในการรับบริการยกย่อง และมีการสอบถามถึงความต้องการของผู้รับบริการ ให้ข้อมูลรายละเอียดที่จำเป็นแก่ผู้รับบริการ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ หรือช่วยตัดสินใจว่าเขาควรจะปฏิบัติอย่างไร

Runge, C., et al (2002) <sup>(78)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรค มะเร็ง โดยกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบต่างๆ ที่มารับการรักษาในแผนกต่างๆ ใน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเยอรมัน อายุ ไม่ต่ำกว่า 18 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ และพูด ภาษาเยอรมัน และผ่านการทดสอบสุขภาพจิต และการตรวจร่างกาย ซึ่งมีจำนวนตัวอย่างที่ผ่าน เกณฑ์คัดเลือก 3384 ราย หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับ แบบสอบถามทาง e-mail เกี่ยวกับการ ประเมินคุณภาพการบริการของแพทย์ และพยาบาล และคุณภาพของชีวิต จากการศึกษา พบว่า เกี่ยวกับคุณภาพการบริการ สิ่งที่ได้รับบริการต้องการให้มีการปรับปรุงได้แก่ การดูแลรักษา ที่จริงจัง และการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่และหน่วยงาน

Sweeney, J. Leahy, A (2003) <sup>(79)</sup> ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ของการบริการสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วย ในประเทศไอร์แลนด์ โดยตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วย มารับบริการที่โรงพยาบาลต่างๆ จำนวน 13 โรงพยาบาลในประเทศไอร์แลนด์ และที่แพทย์ จำหน่ายให้กลับบ้านไปแล้วประมาณ 3 สัปดาห์ จากจำนวนทั้งสิ้น 3757 ราย ซึ่ง 481 รายไม่ สามารถเข้าร่วมการวิจัยเนื่อง จากบางส่วนเสียชีวิต อากาหนัก หรือเข้ารับการรักษาต่อที่ โรงพยาบาลอีกครั้ง ในจำนวนที่เหลือ 3276 ราย ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมมี 1950 ราย การเก็บ รวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยมุ่งเน้นในประเด็น การ admission , pain management , การยึดมั่นในสิทธิผู้ป่วย การให้ยา และคุณภาพโดยรวม ผลการศึกษาพบว่า โอกาสในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ ได้แก่การพัฒนาเรื่องการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธ ภาพ และการให้ข้อมูลข่าวสาร แก่ผู้ป่วย

Chark PA. (2003) <sup>(80)</sup> ได้ศึกษาถึงโอกาสในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ โดยการศึกษถึงความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ และปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ พบว่าเพศ อายุ การมาครั้งแรกไม่ได้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจ แต่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ การที่ผู้ให้บริการเคารพสิทธิผู้ป่วยและให้ ความเป็นส่วนตัว การได้รับกำลังใจ การให้คำแนะนำ และบริการที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล

### 6.2.3 การเข้าถึงบริการ ( Accessibility)

#### 1) Provider Availability /Waiting time

การศึกษาส่วนใหญ่ ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้รับบริการส่วนมากต้องการที่จะได้ รับบริการอย่างรวดเร็ว รอไม่นาน เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจที่จะให้บริการ และมีจำนวนเจ้าหน้าที่ พอเพียงในการให้บริการ

Slater (1990)<sup>(25)</sup> ได้ศึกษาถึงผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลซานฟรานซิสโก พบว่าปัญหาที่ผู้รับบริการ พบได้แก่ ผู้ที่อยู่ในสภาพฉุกเฉินและต้องการได้รับการบริการอย่างเร่งด่วน แต่พยาบาลประจำการไม่ได้คำนึงถึงปัญหาข้อนี้ ให้ผู้รับบริการประเภทนี้นั่งคอยตามลำดับคิวต่อไป ซึ่งอาจเป็นระยะเวลาสั้น ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้ากว่าที่ควร เป็นสิ่งที่ผู้มารับบริการต้องการให้มีการปรับปรุง

Nshakira et.al.(1996)<sup>(81)</sup> พบว่า เมื่อผู้รับบริการมีภาวะฉุกเฉินแล้วไปรับบริการในเวลากลางคืน จะรู้สึกกระสับกระส่ายและหวาดกลัว เนื่องจากแพทย์ไม่อยู่ หรือมายังไม่ถึงหรือในบางรายแพทย์มาช้าไป ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากที่แพทย์ควรอยู่ให้บริการทันทีตามความเร่งด่วนของผู้รับบริการ และนี่เป็นสาเหตุหนึ่งที่จะพบว่าผู้รับบริการมักเลือกไปคลินิกเอกชน

Ansell.et.al. (1998)<sup>(82)</sup> ได้ศึกษาเรื่องทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อโรงพยาบาลรัฐ การปฏิรูประบบบริการด้านสุขภาพ โดยสำรวจผู้รับบริการในโรงพยาบาลรัฐ จำนวน 348 ราย พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ เสนอแนะให้มีการพัฒนาคุณภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการรอคอยที่นาน และควรจัดให้มีการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

#### 6.2.4 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล(Cost of Service )

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ เข้าใจว่าบริการสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่ควรได้รับ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ เนื่องจากเหตุผลที่ว่า

- เป็นสิ่งที่รัฐควรจัดให้มี
- เป็นสิ่งที่ไม่ควรปฏิเสธการรักษาเพียงเพราะไม่มีเงินจ่าย
- อาจเสียค่ายา แต่ค่าบริการการตรวจ หรือบริการให้คำปรึกษาไม่ควรมี

Opare (1996)<sup>(83)</sup> จากการศึกษาพบว่า ประชาชนใน Tororo มีความตั้งใจที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉพาะในสถานพยาบาลที่มีการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการบริการแล้ว ซึ่งนับเป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากว่า ถ้าหากที่ใด ไม่สร้างความรู้สึกประทับใจในการไปใช้บริการ หรือได้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการ เป็นเหตุให้ประชาชนบางส่วนไม่ได้รับบริการที่เพียงพอ

#### 6.2.5 การได้รับความสะดวกสบาย (Amenities)

##### 1)อาคาร สถานที่(Infrastructure)

ผู้รับบริการหลายคนให้ความสำคัญ ในเรื่องคุณภาพของ

- อาคารสิ่งก่อสร้างที่ดี ไม่ชำรุด
- น้ำไหลสะดวก ไฟฟ้าเข้าถึง

- สะอาด ระบบสุขาภิบาลดี เช่น ในห้องตรวจโรค ห้องน้ำ
- มีความเป็นส่วนตัว สะดวกสบาย เช่น ที่นั่งรอเพียงพอ จำนวนเตียง หรือ พื้นที่กว้างขวางไม่แออัด เป็นต้น

## 2) อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ (Equipment/Supplies)

- มียาเพียงพอ (Availability of Drugs)

จากการศึกษาของ Kim<sup>(77)</sup> ก็พบว่าผู้รับบริการมีความเชื่อว่า ยาเป็นตัวรักษาโรค และเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องได้ ดังนั้นหากมารับบริการแล้วไม่ได้ยากลับไป เขาจะรู้สึกเสียเวลาไม่คุ้มค่ากับการมารับบริการ ผู้รับบริการจึงมักไปคลินิกเอกชน เพราะทำให้เขาได้รับยาทุกครั้ง

- การมีอุปกรณ์ที่เหมาะสม (Proper equipment available)

จากการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการมีความเชื่อว่า การจะให้บริการที่มีคุณภาพได้นั้นต้องมีเครื่องมือทันสมัย เพียงพอ เป็นต้นว่า เครื่องช่วยในการตรวจวินิจฉัย อุปกรณ์สำหรับห้องปฏิบัติการ เครื่องมือตรวจเลือด และอุปกรณ์ในการผ่าตัด การช่วยชีวิต รถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน กระจกมือ การขาดแคลนเครื่องมือและอุปกรณ์เป็นปัญหาที่สำคัญใน Tanzania เช่น ขาดแคลนแม้กระทั่งเก้าอี้นั่ง หรือเตียงตรวจโรค ทำให้ผู้รับบริการได้รับความลำบากหรือเจ็บปวดเพิ่มขึ้นอีก

### 6.3 งานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศอื่นๆ นอกจากนี้ เช่น ปัจจัยกำหนดคุณภาพการบริการ ความคาดหวัง การรับรู้คุณภาพการบริการของผู้รับบริการในสถานพยาบาลต่างๆ หรือ การศึกษาถึงความพึงพอใจ เหล่านี้ เป็นประเด็นสำคัญสำหรับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล

#### 6.3.1 ปัจจัยที่กำหนดการรับรู้คุณภาพ (Determinant of Quality of Care)

Hall, J. and Doran, M. (1990).<sup>(84)</sup> ได้ศึกษาถึงลักษณะทางประชากรสังคมที่เป็นตัวทำนายความพึงพอใจในบริการทางการแพทย์ พบว่า ตัวแปรที่กำหนดความพึงพอใจ ได้แก่ อายุ การศึกษา เพศ สถานภาพการสมรส โดยผู้รับบริการที่มีอายุมาก เพศชาย ได้รับการศึกษาสูงและสถานภาพสมรสคู่ มักจะมีความพึงพอใจสูงกว่า

Jackson, J., Chamberlin, J., and Kroenke, K. (2001).<sup>(85)</sup> ได้ศึกษาถึงปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่มารับบริการในโรงพยาบาล โดยศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการโดยแจกแบบสอบถามทันทีที่มารับ และหลังจากกลับบ้านไปแล้ว 2 สัปดาห์ และ 3 เดือน พบว่า ผู้รับบริการที่ตอบแบบสอบถามทันที นั้น ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจมากกว่า ปัจจัยด้านอาการสำคัญที่มาพบแพทย์ แต่ผู้ที่ได้รับแบบสอบถามในระยะหลังพบว่า อายุ และหน้าที่การงานมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ

#### 6.3.2 การศึกษาถึงความคาดหวังและการรับรู้ในการประเมินคุณภาพการบริการ

Anderson (1995).<sup>(86)</sup> ได้ศึกษาการวัดคุณภาพบริการที่คลินิกทางด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัย โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL ซึ่งมีเกณฑ์ 5 ประการ ดังนี้ คือ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ 2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 5) ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ พบว่า คุณภาพบริการนั้นแปรตามความแตกต่างระหว่างความคาดหวัง กับการรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

สรุป

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อคุณภาพการบริการตามความคาดหวัง ซึ่งในส่วนที่ feed back ของผู้รับบริการครั้งนี้ ถือเป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ โดยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และเป็นส่วนที่สำคัญ ในการแก้ไขปัญหา การเข้าใจ และการสร้างความพอใจให้ผู้รับบริการ โดยเป็นส่วนที่สำคัญในการจัดคุณภาพนั้นให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งประเด็นเนื้อหาในการศึกษาใช้แนวทางที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย โดยศึกษาตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่ ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล สถานะทางสุขภาพ ประเภทและแผนกของโรงพยาบาล

