บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ซึ่งมีหน้าที่ให้หลักประกันแก่สังคมว่าจะให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ(Quality) ประสิทธิภาพ(Efficiency) และมีความเท่าเทียมกัน (Equity) บทบาทหน้าที่ดังกล่าวเป็นความคาดหวังของสังคม เป็นสิ่งที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เป็นสิ่งที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และเป็นสิ่งที่ทั่วโลกยอมรับและพยายามขับเคลื่อนการปฏิรูปไปสู่การทำหน้าที่ดังกล่าวได้อย่างสมบูรณ์[1)]

โรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีความพร้อมในด้านกำลังคน เครื่องมือ เทคโนโลยี ขณะเดียวกันความซ้ำซ้อนและวัฒนธรรมองค์กร ก็ก่อให้เกิดปัญหาไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคมได้[(1)] นับแต่อดีตถึงปัจจุบันหากมีการเอ่ยถึงระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน คงไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นที่พึงพอใจของคนไทย เพราะมีข่าวที่ปรากฏทางหนังสือพิมพ์รายวันเป็นระยะๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา หากพิจารณาจากข่าวหน้าหนึ่งในหนังสือพิมพ์หลายๆฉบับและทางสื่ออื่นๆ จะพบว่ามีประเด็นที่สำคัญและเป็นปัญหาของผู้รับบริการ คือ **คุณภาพของบริการ**[(2)]

คุณภาพ(Quality) หมายถึง ระดับความเป็นเลิศ หรืออีกนัยหนึ่งคือ ความสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย[(3)] โดยความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นผลมาจากลักษณะทางสังคมประชากร ความรู้ ทัศนคติ ประสบการณ์ในอดีต และการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้รับบริการสามารถกำหนดสภาวะเจ็บป่วยของตนเอง เมื่อไปใช้บริการแล้วจะมีการประเมินคุณภาพบริการ โดยผู้รับบริการจะเปรียบเทียบบริการที่คาดหวังไว้ล่วงหน้า (Expected service) กับบริการที่ได้รับจริง (Perceived service) ซึ่งเกิดจากการให้บริการและการสื่อสารของผู้ให้บริการไปยังผู้รับบริการ ถ้าบริการที่ได้รับนั้นตรงกับความคาดหวังไว้ก็จะถือว่าบริการนั้นมีคุณภาพ หากไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ก็ถือว่าบริการนั้นด้อยคุณภาพ[(4)] และเป็นสาเหตุให้เกิดความไม่พึงพอใจ

จากการสำรวจความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพใน 10 ประเทศ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจต่อบริการสาธารณสุขในประเทศของตนไม่ถึงร้อยละ 40 อาทิเช่น

ประเทศฝรั่งเศส เยอรมัน ออสเตรเลีย สวีเดน และเนเธอร์แลนด์ ส่วนประเทศญี่ปุ่น อังกฤษ และอิตาลี มีความพึงพอใจไม่ถึงร้อยละ 30 จะมีเพียงแต่แคนาดาประเทศเดียวที่มีความพึงพอใจสูงถึงร้อยละ 50 และที่แย่ที่สุดได้แก่ สหรัฐอเมริกาที่มีความพึงพอใจของประชาชนเพียงแค่ร้อยละ 10 ทั้งที่การลงทุนและค่าใช้จ่ายสูงกว่าทุกประเทศ แต่ประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการกลับไม่เป็นที่น่าพอใจ[5] ซึ่งประเด็นปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ ระยะเวลาที่รอนาน แพทย์ให้เวลาในการตรวจหรือซักถามน้อย การได้รับคำอธิบายไม่ชัดเจน[6] และจากการศึกษาอย่างกว้างขวางในประเทศที่พัฒนา พบว่าผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัย โดยพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในอัตราร้อยละ 4-17 นำมาซึ่งความทุพพลภาพระยะสั้นและถาวรจากการผิดพลาดในการดูแล ทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมหาศาล ในการดูแลรักษา ทั้งนี้ยังมีความสูญเสียทางจิตใจและสังคมของผู้รับบริการ ซึ่งไม่อาจประเมินค่าได้[7]

สำหรับประเทศไทย ปัญหาที่มีการวิพากษ์วิจารณ์กันมากคือ ปัญหาการเก็บค่ารักษาแพงในสถานพยาบาลเอกชน จนถึงกับมีการกล่าวว่า " การบริการที่ดีต้องมีเงิน" ปัญหาการรอคิว และความรู้สึกเชิงลบต่อบริการในสถานพยาบาลของรัฐ[8] สภาพการแออัดยัดเยียดของสถานบริการ การสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างบุคลากรของสถานพยาบาลกับผู้รับบริการ การปฏิบัติต่อผู้รับบริการโดยขาดการคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เลือกปฏิบัติ ไม่มีมาตรฐานในการให้บริการ ไม่มีความปลอดภัยในการรับบริการ จนถึงกับเรียกว่า "โรงพยาบาลฆ่าสัตว์" เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้หลายครั้งเป็นสิ่งชินตา กลายเป็นสภาพปกติ ที่ผู้รับบริการต้องยอมจำทน ขณะที่บางปัญหาลุกลามเป็นคดีความซึ่งนับวันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น[9] จะเห็นได้จากจำนวนข้อร้องเรียนของผู้รับบริการและญาติที่เข้าไปยังแพทยสภา ระหว่างปี พ.ศ. 2539 –2543 พบว่า จำนวนข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับการดูแลรักษามีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็วทุกปี ดังตาราง ที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องการดูแลรักษาระหว่างปี 2539-2543 [10]

ข้อร้องเรียน/ปี	2539	2540	2541	2542	2543
ละทิ้งผู้ป่วย	3	2	4	2	4
ไม่คำนึงถึงความปลอดภัย	15	9	25	34	39
รักษาต่ำกว่ามาตรฐาน	42	64	67	114	138
รวม (ราย)	60	75	96	150	181

เมื่อพิจารณาความรุนแรงและความซ้ำซ้อนของปัญหาดังกล่าว ในมุมมองของผู้รับบริการจะพบว่า ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันสร้างปัญหาให้กับผู้รับบริการไว้ไม่น้อย ซึ่งปัญหา

คุณภาพบริการของสถานพยาบาล ยังคงเป็นปัญหาในทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลาง โรงพยาบาลขนาดเล็ก หรือโรงพยาบาลเอกชน และสถานีอนามัย แต่มีความรุนแรงและลักษณะของปัญหาแตกต่างกัน เพราะลักษณะโครงสร้าง องค์ประกอบ บทบาทหน้าที่ และลักษณะของผู้รับบริการที่แตกต่างกัน ภาพปัญหาการฟ้องร้อง และความไม่พึงพอใจจากการไม่ได้รับบริการตามความคาดหวังเหล่านี้ สร้างความไม่ไว้ใจ กังวลใจ และมีผลต่อปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งไม่ได้รับการแก้ไขโดยแท้จริง

จากปัญหาดังกล่าว ได้มีกระแสเรียกร้องสิทธิของผู้รับบริการด้านต่างๆที่มีขึ้นในสังคมให้เกิดความเท่าเทียมกัน และมีการบริการที่มีคุณภาพหรือเป็นไปตามมาตรฐาน องค์กรวิชาชีพทางสุขภาพต่างๆ ได้ร่วมกันจัดทำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ เพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพถือปฏิบัติ นอกจากนั้น ยังได้เกิดภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น ด้วยความร่วมมือจากหลายองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อดำเนินการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง ทางด้านการรับรองคุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่ให้กับผู้รับบริการ จนได้มีสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเกิดขึ้นในปัจจุบัน

ในต่างประเทศได้มีการเคลื่อนไหว ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ และมีการรับประกันคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่เป็นรูปธรรมและเห็นได้ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกา ยุโรป ออสเตรเลีย ได้มีการดำเนินการมากว่า 20 ปี [11] หรือแม้ในเอเชีย เช่น มาเลเซีย สิงคโปร์ ญี่ปุ่น หรือเกาหลี ก็มีการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพเช่นเดียวกัน สำหรับประเทศไทย การพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพมิอาจปฏิเสธได้ เมื่อรัฐบาลมีนโยบายที่จะให้ มีการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจังมากขึ้น โดยในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) มีเป้าประสงค์ที่จะพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนทุกแห่งที่เป็นคู่สัญญาหลักของระบบประกันสังคมได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ในปี 2547 และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนทุกแห่งได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ภายในปี 2549[12] โดยมุ่งเน้นให้มีแนวคิดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของการดำเนินงาน และให้ผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่ง ซึ่งมีส่วนร่วมในการประเมินคุณภาพระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล

การประเมินคุณภาพของระบบบริการสุขภาพนั้น พบว่าเป็นสิ่งที่ได้มีการศึกษาพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบวิธีประเมินคุณภาพของการบริการมาโดยตลอดว่า จะมีวิธีการใดที่ดีที่สุดที่

จะมั่นใจได้ว่าสถานบริการนั้นๆมีคุณภาพโดยแท้จริง เนื่องจากแนวคิดเรื่องคุณภาพนั้นมีหลายมิติ เช่น จากแนวคิดของDonabedian นั้น พบว่าการประเมินคุณภาพนั้น แบ่งเป็นมิติของโครงสร้าง มิติกระบวนการ และมิติเชิงผลลัพธ์[13] จากข้อเท็จจริงพบว่าผู้รับบริการเป็นผู้ที่ได้รับบริการโดยตรงและเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ และผลลัพธ์ทางภาวะสุขภาพก็เป็นเครื่องชี้วัด ดังนั้นการให้ผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมิน ให้ข้อมูลย้อนกลับ หรือศึกษาถึงคุณภาพการบริการสุขภาพในมุมมองของผู้รับบริการ นั้นนับว่ามีความสำคัญและมีคุณค่าในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง[4,15,16]

แต่ทว่า แม้ได้มีความพยายามทำการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพของโรงพยาบาลในรูปแบบต่างๆ มาตลอด โดยยึดหลักผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง หรือการพยายามเร่งรัดผลักดันให้ทุกโรงพยาบาลเข้าสู่การรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) ดังกล่าวข้างต้น โดยในบางโรงพยาบาลได้มีการดำเนินการไปแล้ว ยังพบว่าผู้รับบริการได้คุณภาพบริการสุขภาพต่ำกว่าที่คาดหวัง และยังมีคดีฟ้องร้องหรือปัญหาต่างๆเพิ่มขึ้น เรื่อย ๆ แม้ว่าจำนวนข้อร้องเรียนอาจจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ให้บริการที่เพิ่มขึ้น แต่ก็สะท้อนได้ว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังที่สูงขึ้นมากเช่นกัน จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีผู้ใดรวบรวมปัญหาและความคาดหวังของผู้รับบริการในเชิงปริมาณได้ครอบคลุมกว้างขวางเท่าที่ควร ทำให้แปลและสรุปผลไปใช้ในเชิงนโยบายและวางแผนได้ยากและมีความจำกัดยิ่ง *ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับโอกาสในการพัฒนาเกี่ยวกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการ ด้วยเหตุที่ว่าโอกาสในการพัฒนาคือ ปัญหา และความคาดหวังที่ผู้รับบริการต้องการให้มีการแก้ไขปรับปรุง โดยคาดว่าประโยชน์ที่ได้รับคือ สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นพื้นฐานในการวางแผนนโยบายพัฒนาปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม เพื่อบรรลุเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน*

คำถามการวิจัย (Research Questions)

คำถามหลัก (Primary question)

โอกาสในการพัฒนา เกี่ยวกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ในมุมมองของผู้รับบริการ เป็นอย่างไร

คำถามรอง (Secondary questions)

1. ระดับความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ระดับการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ตามความคาดหวังของผู้รับบริการ เป็นอย่างไร

3. ปัจจัยใด ที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้รับบริการ เกี่ยวกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล

4. ปัจจัยใด ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ เกี่ยวกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

5. ปัญหา หรือ ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ควรได้รับการพัฒนาในมุมมองของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General objective)

เพื่อศึกษาถึงโอกาสในการพัฒนาเกี่ยวกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Special objectives)

1. เพื่อศึกษาถึงระดับความคาดหวัง ของผู้รับบริการต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ ในโรงพยาบาล

2. เพื่อศึกษาถึงระดับการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพ ของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

3. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวัง ของผู้รับบริการต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ ในโรงพยาบาล

4. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ เกี่ยวกับคุณภาพระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

5. เพื่อศึกษาถึงปัญหา หรือประเด็นสำคัญ เกี่ยวกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ที่ควรได้รับการพัฒนา ในมุมมองของผู้รับบริการ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัย ดังนี้

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงโอกาสในการพัฒนาเกี่ยวกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ซึ่งโอกาสในการพัฒนาหมายถึง ปัญหา และความคาดหวังของผู้มารับบริการในโรงพยาบาล โดยศึกษาในผู้มารับบริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และในแผนกผู้ป่วย

ใน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล เช่น แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม และแผนกกุมารเวชกรรม เป็นต้น ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขใน 12 เขตราชการส่วนภูมิภาค และโรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ใน 12 เขตดังกล่าว รวมทั้งในส่วนของกรุงเทพมหานคร จำนวน 39 โรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพตามแนวคิดของ Donabedian โดยแบ่งเป็น มิติโครงสร้าง มิติกระบวนการ และมิติผลลัพธ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ(Expected Benefit and Application)

1. นำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการวางนโยบายจัดบริการ หรือพัฒนาปรับปรุงคุณภาพระบบบริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังที่แท้จริงของผู้รับบริการ

2. เป็นแนวทางให้มีการศึกษาวิจัยในด้านต่างๆ เกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพอย่างกว้างขวางต่อไปในอนาคต

ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง (Variables)

1. **ตัวแปรอิสระ** (Independent variables)

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายจ่ายของครอบครัว สิทธิในการรักษา และเหตุผลของการมารับบริการ

ปัจจัยด้านสถานะทางสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

แผนกและประเภทของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาล รัฐ/เอกชน รพศ./รพท./รพช. แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน

2. **ตัวแปรตาม** (Dependent variables)

ตัวแปรตามที่ 1 ได้แก่ ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นมิติของ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

ตัวแปรตามที่ 2 ได้แก่ คุณภาพบริการสุขภาพที่ได้รับจริงตามการรับรู้ของผู้รับบริการในโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นมิติของ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

ตัวแปรตามที่ 3 ได้แก่ ปัญหา เกี่ยวกับคุณภาพระบบบริการสุขภาพ ในโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นมิติของ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการ ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ประชากรตัวอย่าง ผู้วิจัยถือว่าเป็นความจริงที่เชื่อถือได้ และทำการสัมภาษณ์ผู้รับบริการหลังจากได้รับยาเรียบร้อยแล้ว ซึ่งถือว่าผ่านขั้นตอนการได้รับบริการครบถ้วน

ข้อจำกัดของการวิจัย(Limitation)

1. **ข้อจำกัดของวิธีการเลือกตัวอย่าง** ซึ่งมีข้อจำกัดมากทั้งในการเลือกโรงพยาบาลและผู้มารับบริการ ทำให้ไม่สามารถสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนต่อขนาด (Proportional to size) ของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลได้ จึงเลือกตัวอย่างมาแต่ละแห่งเท่าๆกัน และการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบได้ทุกแห่ง เนื่องจากการยินยอมในการให้สัมภาษณ์เป็นสิทธิของผู้ให้ข้อมูล จึงทำการสัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่ยินยอมให้สัมภาษณ์เท่านั้น ทำให้ลักษณะตัวอย่างที่ได้มีลักษณะค่อนข้างเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งอาจไม่สะท้อนภาพของคนทุกกลุ่ม อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีผู้ที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูลอยู่น้อยมาก คือไม่เกินร้อยละ 5 ของผู้ที่เข้าทาบทามขอสัมภาษณ์ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความลำเอียง(bias) ในจุดนี้มีน้อย และการเก็บตัวอย่างจากผู้รับบริการจำนวนมากก็อาจลดอคติตรงจุดนี้ได้

2. **ข้อจำกัดด้านเวลาในการสัมภาษณ์** เนื่องจากเป็นการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีเวลาจำกัด และทั้งนี้ผู้วิจัยต้องการให้ผู้รับบริการผ่านขั้นตอนการใช้บริการครบถ้วนก่อนจึงทำการสัมภาษณ์ เมื่อผู้รับบริการรับยาแล้วก็อยากจะกลับบ้าน ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะสัมภาษณ์ในขณะที่ผู้รับบริการรอรับยา ซึ่งนับเป็นช่วงเวลาที่นานพอจะสัมภาษณ์ข้อมูลได้ค่อนข้างครบถ้วน และจะรอจนผู้รับบริการได้รับยาเรียบร้อยแล้ว จึงสอบถามเพิ่มเติมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรอรับยา รวมทั้งการประเมินการ

ใช้บริการในโรงพยาบาลในครั้งนี้ ซึ่งนับว่าได้ผ่านขั้นตอนต่างๆครบถ้วนแล้วจึงจบการสัมภาษณ์

3. **ข้อจำกัดในด้านสถานที่** การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถใช้วิธีสำรวจครัวเรือน (household survey) คือไม่ได้สุ่มตัวอย่างจากประชาชนทั่วไป (non-population based data) แต่ใช้วิธีเก็บข้อมูลจากผู้ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยตรง เนื่องจากระยะเวลาและงบประมาณที่มีจำกัด และการสุ่มเลือกผู้ที่มีประวัติไปใช้บริการในโรงพยาบาล อาจทำให้สิ้นเปลืองเวลาและงบประมาณ รวมทั้งการเกิด recall bias ได้ ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลในผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล แต่ก็อาจมีปัญหาจากการที่ผู้รับบริการนั้นเกิดความรู้สึกเกรงใจบุคลากรของโรงพยาบาลนั้นๆ และอาจไม่กล้าแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยในที่ต้องนอนรักษาตัวต่อไป ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากบุคลากรของสถานที่นั้นให้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์อย่างเป็นส่วนตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ผู้รับบริการเข้าใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย(Operational Definitions)

โอกาสในการพัฒนา (Opportunity for Improvement) หมายถึง ปัญหาในการบริการเนื่องจากผู้รับบริการได้รับบริการไม่เป็นไปตามความต้องการหรือการคาดหวัง ในมิติของโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ หรือสิ่งที่ผู้รับบริการเห็นว่าโรงพยาบาลควรพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้น

ความคาดหวังของผู้รับบริการ หมายถึงความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้รับบริการตามสิทธิที่พึงมี ต่อบริการของโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ว่าควรจะมี หรือควรจะเกิดขึ้น เฉพาะในส่วนที่ผู้รับบริการแสดงออก (explicit need) โดยวัดในมิติของโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ตามแนวคิดของ Donabedian

การรับรู้คุณภาพบริการที่ได้รับจริง หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ภายหลังเข้าใช้บริการในโรงพยาบาล ตามความจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งสามารถวัดในมิติของโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

คุณภาพการบริการสุขภาพ (Quality of Health Care) หมายถึง คุณลักษณะอันเป็นความสามารถของบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการ ตามข้อกำหนดมาตรฐานและเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยใช้เกณฑ์ประเมินใน เรื่องมิติโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

มิติโครงสร้าง(Structure) หมายถึง การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ความสามารถของบุคลากร(Competence) และความสะอาดของเครื่องมือและสถานที่ (Medical equipment and place)

มิติกระบวนการ(Process) หมายถึง การรักษาและดูแลที่เหมาะสม (Appropriateness of care) การติดต่อสื่อสาร (Communication) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ตลอดจนการมีส่วนร่วมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการรักษา (Participation)

มิติผลลัพธ์(Outcome) หมายถึง ผลการรักษา การทุเลาหรือหายจากโรค ปราศจากภาวะแทรกซ้อน (Effectiveness) ความปลอดภัย ไม่มีความผิดพลาดจากกระบวนการรักษาและดูแล (Safety) และความรู้สึกพึงพอใจ (Satisfaction)

สิทธิในการรักษา (Type of consumers pay) หมายถึง ประเภทผู้รับบริการแยกตามสิทธิในการรักษาแบ่งเป็น สิทธิข้าราชการเบิกได้ ประกันสังคม ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสุขภาพเอกชน หรือชำระเงินเต็ม

เหตุผลในการมารับบริการ (Reason of visiting) หมายถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุจูงใจให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้

จำนวนประสบการณ์ในการใช้บริการ (Experience and volume of visit) หมายถึง จำนวนครั้งที่เคยไปรับบริการ ภายในรอบปีที่ผ่านมา

ลักษณะการเจ็บป่วย(Characteristics of illness) หมายถึง ลักษณะของอาการเจ็บป่วยที่ผู้รับบริการหรือ ผู้ป่วย เข้ามารับการรักษาพยาบาล ซึ่งวินิจฉัยโรคโดยแพทย์แบ่งเป็น

- **เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน** หมายถึง การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ โดยนับแต่เริ่มมีอาการไปจนหาย อาจมีอาการรุนแรง หรือไม่ก็ได้ เช่น ไข้หวัด ท้องร่วง ปวดประจำเดือน
- **เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง** หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการเป็นติดต่อกันนานเกิน 3 เดือนขึ้นไป ได้แก่ วัณโรค หลอดลมอักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไซนัสอักเสบ เบาหวาน เป็นต้น รวมทั้งโรคบางโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มแม้อาการจะไม่ถึง 3เดือน ได้แก่ โรคหอบหืด
- **อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ** หมายถึงโรค หรือความบาดเจ็บที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดฝัน
- **การตั้งครรภ์และการคลอด** หมายถึงการมารับบริการฝากครรภ์ หรือคลอด

ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Severity of illness) หมายถึง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้รับบริการ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- **รุนแรงน้อย** หมายถึงสามารถทำงานและประกอบกิจกรรมได้ทุกอย่าง

- **รุนแรงปานกลาง** หมายถึง พอทำงานได้ แต่ต้องจำกัดปริมาณและชนิดของกิจกรรม
- **รุนแรงมาก** หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรม หรือ ทำงานได้เลย

โรงพยาบาลรัฐ (Government hospital) หมายถึง โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค ซึ่งอยู่ใต้การกำกับของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่(>500เตียง) ได้แก่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลขนาดกลาง(150-500เตียง) ได้แก่โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลขนาดเล็ก (น้อยกว่า150เตียง) ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกรุงเทพฯ

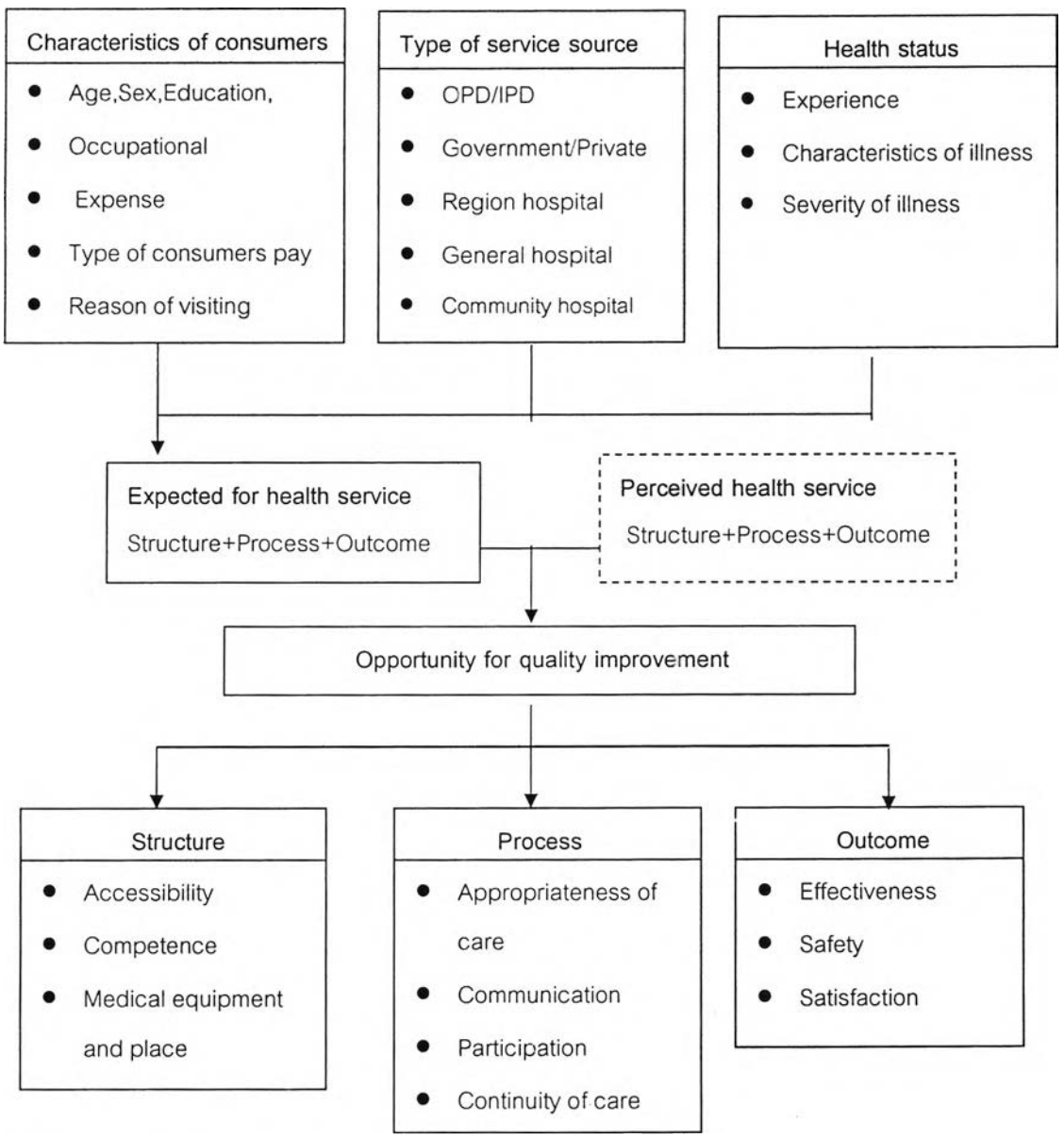
โรงพยาบาลของเอกชน (Private hospital) หมายถึง โรงพยาบาลที่บริหารงานโดยเอกชนหรือมูลนิธิ ที่กระจายอยู่ในประเทศไทย

ผู้รับบริการ (Consumers) หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงหรือญาติ (ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า18ปีและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดทางสายเลือด) ซึ่งแบ่งเป็น

- **ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก** (OPD) หมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชายที่มารับบริการด้วย เรื่องของการตรวจรักษาโรค การควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพโดยที่แพทย์ไม่ได้รับไว้ค้างคืน
- **ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยใน** (IPD) หมายถึง ผู้รับบริการเพศหญิง และเพศชาย ในแผนกสามัญและพิเศษ ที่มารับบริการด้วยโรคทาง อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม แล้วแพทย์ มีความเห็นให้นอนรับการรักษาตัว ที่โรงพยาบาลในแผนกต่างๆ และเป็นผู้ที่รู้สึกตัวดี และให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Oberst มาเป็นต้นแบบ ตามแนวคิดที่ว่า การประเมินคุณภาพบริการของผู้รับบริการ ขึ้นอยู่กับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการที่ได้รับ โดยความคาดหวังเป็นผลสืบเนื่องจากลักษณะทางประชากรและประสบการณ์ในการรับการรักษา และใช้มิติในการพิจารณาคุณภาพ ตามแนวคิดของ Donabedian



ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิจัย

1. จัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอคณะกรรมการหลักสูตรพิจารณาโครงร่างเสร็จแล้วจึง จึงนำเสนอความเห็นชอบจากคณะกรรมการบัณฑิตศึกษา

2. นิสิตติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเป็นระยะ เพื่อรายงานความก้าวหน้าในการทำวิทยานิพนธ์ และปรึกษาหารือ เพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ

3. เสนอรายชื่อคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ให้กับภาควิชา เพื่อเสนอให้กับคณบดีบัณฑิตวิทยาลัยแต่งตั้ง

4. เมื่อจัดทำวิทยานิพนธ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว เขียนคำร้องขอนัดสอบวิทยานิพนธ์ตามแบบ บ 12 ก โดยความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา

5. นำแบบ บ 12 ก พร้อมต้นฉบับวิทยานิพนธ์ 1 เล่ม ยื่นต่อหน่วยมาตรฐานวิทยานิพนธ์และเผยแพร่สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

6. ประสานงานกับบัณฑิตคณะแพทยศาสตร์ เพื่อขอรับหนังสือเชิญกรรมการสอบแล้วนำไปให้คณะกรรมการสอบด้วยตนเอง

7. ดำเนินการสอบวิทยานิพนธ์ตามกำหนดที่ร้องขอ

8. แก้ไขวิทยานิพนธ์ตามมติคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ แล้วเสนอให้คณะกรรมการทุกท่านลงนาม นำส่งหน่วยมาตรฐานวิทยานิพนธ์ และเผยแพร่สำนักงานบัณฑิต