

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของหน่วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี” ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดหลักการ ทฤษฎีต่างๆ รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหารวมทั้งข้อค้นพบแล้วนำมาเป็นแนวทางในการวิจัยซึ่งมีประเด็นสำคัญดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการบริการ
4. แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพ และประสิทธิผล
5. บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอท่ามะกา
6. การดำเนินงานด้านบริการสุขภาพตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

มีผู้กล่าวไว้ว่า “A sound mind is in a sound body” หรือ “จิตที่สดใสย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์” การที่ได้มีคำกล่าวเช่นนี้เนื่องจากร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดจนเกือบจะแยกกันไม่ได้และต้องพึ่งพาอาศัยกันตลอดเวลา ถ้าเมื่อใดที่ร่างกายสุขสมบูรณ์ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือมีสุขภาพดี จิตใจก็สุขสบายปราศจากความเศร้าหมองและมีความสดชื่นรื่นเริงในทางตรงกันข้ามหากร่างกายได้รับแต่ความทุกข์ร้อน และจิตใจประสบแต่ความผิดหวังและเศร้าโศกเสียใจอยู่เสมอก็พลอยทำให้ร่างกายทรุดโทรมชุ่มฉอม กินไม่ได้นอนไม่หลับและมีโรคภัยมาเบียดเบียน

1. ความหมายของสุขภาพ

กรอบความคิดเรื่องสุขภาพในปัจจุบันวางอยู่บนฐานที่ว่าด้วยเรื่อง สุขภาวะ (well-being) ทั้งมิติทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางปัญญา (จิตวิญญาณ) และทั้งมิติของคน ครอบครัว

ชุมชน และสังคม ดังนั้นสุขภาพจึงมีผลกระทบมาจากหลายปัจจัย และปัจจุบันต้องให้ความสำคัญกับองค์ความรู้ ทั้งเรื่องของการดำเนินงานทางสาธารณสุข การจัดบริการสาธารณสุข และเรื่องต่างๆ ที่ปรากฏในสังคม เพราะสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรง และทางอ้อม ทั้งด้านบวกและด้านลบ องค์ความรู้เพื่อการพัฒนาสุขภาพและระบบสุขภาพจึงไม่ใช่เรื่องของระบบการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องความร่วมมือกันของสังคมที่จะมาร่วมสร้างค่านิยมที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และเอื้อต่อการมีสุขภาพดี ร่วมสร้างวัฒนธรรมของการดำเนินชีวิตที่ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น และร่วมกันสร้างสังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างมีสันติสุข นักวิชาการนิยามความหมายของสุขภาพไว้ ดังนี้

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ตามปรากฏในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก. หน้า 23 ระบุว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในฐานะเป็นองค์กรหลักที่ดูแลด้านสุขภาพอนามัยได้ให้ความหมายของสุขภาพ (health) ไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ (จิตวิญญาณ) รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และสุขภาพมิได้หมายความเฉพาะเพียงแต่ความปราศจากโรคหรือความพิการทุพพลภาพเท่านั้น [Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." (WHO, 1946)] ต่อมาในที่ประชุมองค์การสุขภาพโลกเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2541 ได้เพิ่ม สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) เข้าไปอีกหัวข้อหนึ่ง จึงรวมเป็นความหมายของสุขภาพ โดยมีรายละเอียดของแต่ละด้าน ดังนี้

(1) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุปัทวันตรายมีสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมให้ชีวิตมีความสุข

(2) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัดมีความเมตตาสัมผัสกับความงามตามสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่บุคคลยังมีความเห็นแก่ตัว จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

(3) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันได้ดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

(4) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) หมายถึงสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงสุด เช่นการเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือเข้าถึงพระเจ้าเป็นเจ้า เป็นต้น

ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขซึ่งไม่ขึ้นอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาลายมีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันปราณีตและล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นทิพย์ มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิตใจและทางสังคมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่งต่อความเจริญงอกงามและพัฒนาการทุก ๆ ด้านในตัวบุคคล สุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต โดยเริ่มมาตั้งแต่มีการปฏิสนธิในครรภ์มารดาวัยทารก วัยผู้ใหญ่จนถึงวัยชรา สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ตรัสไว้เป็นพระพุทธรูปสุภาษิตว่า “อโรคยา ปรมาลกา” ซึ่งแปลว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” พระพุทธรูปสุภาษิตข้อนี้ แม้แต่ชาวอารยประเทศทางตะวันตกก็ยังยอมรับนับถือกัน และเห็นพ้องต้องกันว่า “สุขภาพคือพรอันประเสริฐสุด (Health is the greatest blessing of all)” นอกจากนี้ยังมีสุภาษิตของชาวอาหรับโบราณกล่าวไว้ว่า “คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่มีความหวัง และคนที่มีความหวังคือคนที่มีทุกสิ่งทุกอย่าง (He who has health has hope and he who has hope has everything)” ซึ่งนั่นหมายความว่า สุขภาพจะเป็นเสมือนหนึ่งวิถีทางหรือหนทางซึ่งจะนำบุคคลไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่างๆ นานาได้

สรุปได้ว่าสุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดีไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น

2. ความสำคัญของการมีสุขภาพดี

ชีวิตเป็นสิ่งมีค่ายิ่งกว่าทรัพย์สินใด ๆ ทุกคนย่อมรักษาและหวงแหนชีวิตของตนเองปรารถนาให้ตนเองมีชีวิตที่อยู่เย็นเป็นสุข จึงจำเป็นต้องรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ การมีสุขภาพดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่าง ๆ มีกล้ามเนื้อที่ทำงานได้ดี สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่างกายสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี ไม่มีความวิตกกังวล ไม่ถูกความเครียดมารบกวน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ย่อมเป็นสิ่งที่ปรารถนาของมนุษย์ทุกคน สุขภาพจึงเปรียบเสมือนวิถีแห่งชีวิต ที่จะนำไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่างๆ ในชีวิตได้ ประสิทธิภาพในการทำงานของประชาชนในทุกสาขาอาชีพจะต้องอาศัยสุขภาพที่ดี แข็งแรงสมบูรณ์เป็นปัจจัยสำคัญ การพัฒนาประเทศจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสุขภาพที่ดีของคนในชาติเป็นสำคัญ ประเทศที่ประชาชนมีสุขภาพดี มีสติปัญญา มีคุณธรรมและ

จริยธรรม มีความสามารถในการประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ ไม่เบียดเบียน และทำร้ายซึ่งกันและกัน ย่อมเกิดความสุข และเมื่อบุคคลในชาติมีสุขภาพกายและจิตดี มี มั่นสมองที่มีศักยภาพ ย่อมเป็นผู้ที่มีความสามารถเรียนรู้ และสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ได้ดี ซึ่งจะส่งผล ต่อการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวม

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชทรงมีพระราชดำรัสเกี่ยวกับความสำคัญ ของการมีสุขภาพดีไว้ดังนี้ “การรักษาความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย เป็นปัจจัยของเศรษฐกิจที่ดี และสังคมที่มั่นคง เพราะร่างกายที่แข็งแรงนั้น โดยปกติจะอำนวยผลให้สุขภาพจิตใจสมบูรณ์ และ เมื่อสุขภาพสมบูรณ์ดีพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจแล้วย่อมมีกำลังทำประโยชน์สร้างสรรค์ เศรษฐกิจ และสังคมของบ้านเมืองได้เต็มที่ ทั้งไม่เป็นภาระแก่สังคมด้วย คือเป็นผู้แต่งสร้าง มิใช่ผู้ถ่วงความ เจริญ” (ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรของมหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2522) หน่วยบริการด้าน การแพทย์และสาธารณสุข เป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพการสร้างความพึงพอใจ ให้กับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากในยามเจ็บป่วยผู้ป่วยทุกคนต้องการความมั่นใจจากแพทย์ ผู้รักษาและต้องการการดูแลรักษาพยาบาลที่ดีผู้ป่วยต้องการหายจากโรคและมีความปลอดภัยใน ชีวิตบริการทางการแพทย์จึงต้องสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึง พอใจประทับใจรู้สึกสุขสบายสุขภาพจิตดีขึ้นมีความปลอดภัยในชีวิตซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ ให้ความหมายของความพึงพอใจและการบริการ

สรุปได้ว่า การมีสุขภาพดีมีความสำคัญต่อมนุษย์ทุกคน เพราะผู้ที่มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์เจริญเติบโตสมกับวัยไม่พินิจปราศจากโรคภัยไข้เจ็บมีจิตใจเป็นปกติอารมณ์มั่นคงสามารถ ปรับตัวเองให้อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขสุขภาพจิตเป็นเสมือนเข็มทิศชีวิตที่จะทำให้คุณภาพชีวิต ของเราพัฒนาไปได้อย่างมีทิศทางมีหลักเกณฑ์ในการปรับตัวเองให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และทำให้ผู้อื่นเป็นสุขด้วย

3. วิธีการเสริมสร้างสุขภาพอนามัย

ในปี พ.ศ. 2520 องค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีการประชุมเพื่อสนับสนุนเป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้า (health for all) ขึ้น และต่อมามีการประชุมนานาชาติเรื่อง “ การสาธารณสุขมูล ฐาน” (primary health care) จัดโดยกองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (The United Nations Children’s Fund) ร่วมกับองค์การอนามัยโลก (WHO: World Health Organization) ในปี พ.ศ. 2521 จากการประชุมในครั้งนี้ งานส่งเสริมสุขภาพหรืออีกนัยหนึ่ง “การสาธารณสุขยุคใหม่ “ (new public health) ได้เริ่มต้นพร้อมกับคำประกาศเจตนารมณ์จากการประชุมที่ตระหนักว่าสุขภาพดีเป็น

เป้าหมายพื้นฐานทางสังคม และได้กำหนดนโยบายสุขภาพใหม่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ความร่วมมือระหว่างภาคต่าง ๆ ของสังคม โดยมีการสาธารณสุขมูลฐานเป็นพื้นฐาน ต่อมาเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2529 ได้มีการประชุมนานาชาติเรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพ” (health promotion) ขึ้นเป็นครั้งแรก ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ในการประชุมครั้งนี้ ได้มีการประกาศ “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” (Ottawa Charter for Health Promotion) ว่าด้วยยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ (พิสมัย จันทรวิมล, 2541, หน้า 3) ดังนี้

(1) การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (build healthy public) นโยบายส่งเสริมสุขภาพมีวิธีการที่หลากหลาย แต่สอดคล้องสนับสนุนกัน โดยผู้กำหนดนโยบายจะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพเป็นสำคัญ

(2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create supportive environment) ส่งเสริมให้คนและสิ่งแวดล้อมอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลและสมดุลคือว่า การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลกเป็นภารกิจร่วมกันของประชากรโลก เปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตการทำงาน การพักผ่อน ให้มีสุขภาพที่ดีและปลอดภัยโดยไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม

(3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (strengthen community action) เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ มีการระดมทรัพยากร และวัตถุภายในชุมชน ทั้งนี้ชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสการเรียนรู้และแหล่งทุนสนับสนุน

(4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skills) การส่งเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการเสริมทักษะชีวิตในการจัดการที่ดีเพื่อป้องกันและควบคุมสุขภาพของตน

(5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (reorient health services) การจัดระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล ซึ่งจะต้องทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน ในการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องให้ความสำคัญในด้านการวิจัยทางสาธารณสุข หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติโดยมองปัญหาของปัจเจกบุคคลไปสู่การมองปัญหาในองค์รวม

ค.ศ. 1977 องค์การอนามัยโลก ได้เป็นแกนนำระดับนานาชาติในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก โดยประเทศที่เข้าร่วมได้กำหนดเป้าหมายหลักการของสาธารณสุข คือให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 หรือ “Health for All by the Year 2000” และจากการประชุมใหญ่ที่

เมืองอัลมาตา ประเทศรัสเซีย ใน ค.ศ.1978 ได้ข้อตกลงร่วมกันในการใช้กลวิธีหลัก คือ การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) เพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ต่อมาปี ค.ศ.1986 องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมหาแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพอีกครั้งโดยจัดประชุมที่ประเทศแคนาดาได้มีข้อตกลงใช้นโยบายหลักของการพัฒนาสาธารณสุขแนวใหม่ คือ เน้นการส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีการเรียกนโยบายนี้ว่า กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ประเทศต่าง ๆ ระดับนานาชาติได้นำไปประยุกต์ใช้แตกต่างกัน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้ระบุถึงสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน ดังนี้

มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้

มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม

มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

มาตรา 52 เด็กและเยาวชนมีสิทธิในการอยู่รอดและได้รับการพัฒนาด้านร่างกายจิตใจและสติปัญญาตามศักยภาพในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญ เด็กเยาวชนสตรีและบุคคลในครอบครัวมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากรัฐให้ปราศจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรมทั้งมีสิทธิได้รับการบำบัดฟื้นฟูในกรณีที่มีเหตุดังกล่าว การแทรกแซงและการจำกัดสิทธิของเด็กเยาวชนและบุคคลในครอบครัวจะกระทำมิได้เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายเฉพาะเพื่อสงวนและรักษาไว้ซึ่ง

สถานะของครอบครัวหรือประโยชน์สูงสุดของบุคคลนั้น เด็กและเยาวชนซึ่งไม่มีผู้ดูแลมีสิทธิได้รับการเลี้ยงดูและการศึกษาอบรมที่เหมาะสมจากรัฐ สิทธิในข้อมูลข่าวสารและการร้องเรียน

มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคมการสาธารณสุขการศึกษาและวัฒนธรรมดังต่อไปนี้

(2) ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชนรวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุขโดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

ส่วนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิตตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติเพื่อให้มีสุขภาพดีสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข เป็นความต้องการจำเป็นพื้นฐานของชีวิตและเป็นสิ่งที่คนเราทุกคนสามารถแสวงหาได้ การที่เราจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น เราจะต้องแสวงหามาด้วยตัวเอง ไม่มีผู้ใดจะปฏิบัติแทนเราได้ ดังนั้นสุขบัญญัติคือ ข้อกำหนดที่ประชาชนทุกคนควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม

สุขบัญญัติ 10 ประการ มีดังนี้

- (1) ดูแลรักษาและบอกรักษาให้สะอาด
- (2) รักษาฟันให้แข็งแรง และแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
- (3) ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย
- (4) กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด
- (5) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
- (6) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
- (7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
- (8) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี
- (9) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
- (10) มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากเราได้ฝึกฝนและปฏิบัติตามสุขบัญญัติ 10 ประการอย่างต่อเนื่องจนเป็นสุขนิสัยแล้วจะช่วยนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีตามที่พึงปรารถนา สุขบัญญัติเป็น

ข้อกำหนดพื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งพัฒนามาจาก “กติกานามัย” ที่เริ่มใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๙๕ และมีการปรับปรุงเนื้อหาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และปัญหาสาธารณสุข เพื่อการมีสุขภาพดี และลดความเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บหรืออันตรายต่อสุขภาพ จึงต้องใส่ใจและปฏิบัติสุขบัญญัติ 10 ประการ (กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา, 2552, หน้า 7-10)

สรุปได้ว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพอนามัยดี ต้องมีการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยทั้งระดับประเทศ ระดับชุมชน และระดับบุคคล แต่ที่สำคัญที่สุดก็คือ การปฏิบัติในระดับบุคคลซึ่งประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะทำให้บุคคลผู้นั้นเป็นคนที่สามารถทำประโยชน์หรือเป็นคนที่มีความค่าต่อสังคม หรือประเทศชาติ

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

1. ความหมายของความพึงพอใจ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (พ.ศ. 2546, หน้า 793) ได้ให้ความหมายของคำว่า “พึง” หมายความว่าถึงสิ่งที่ควรจะเป็นการยอมรับตามความจำเป็นคำว่า พอใจ หมายความว่าถึงควรแก่ความต้องการเต็มที่เท่าที่จำเป็นพอใจ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2549, หน้า 45 - 48) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหลังการซื้อหรือรับบริการของบุคคลซึ่งเป็นผลมาจากการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการหรือประสิทธิภาพของสินค้ากับการให้บริการที่เขาคาดหวังโดยถ้าผลที่ได้รับจากสินค้าหรือบริการต่ำกว่าที่คาดหวังของลูกค้าทำให้ลูกค้าเกิดความไม่พึงพอใจแต่ถ้าระดับของผลที่ได้รับจากสินค้าหรือบริการตรงกับความคาดหวังของลูกค้าที่ตั้งไว้ก็จะทำให้ลูกค้าเกิดความประทับใจ

กชกร เบ้าสุวรรณ และคณะ (2550, หน้า 13) อธิบายว่าความพึงพอใจ หมายถึงสิ่งที่ควรจะเป็นไปตามความต้องการความพึงพอใจเป็นผลของการแสดงออกของทัศนคติของบุคคลอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งเป็นความรู้สึกเอนเอียงของจิตใจที่มีประสบการณ์ที่มนุษย์เราได้รับอาจจะมากหรือน้อยก็ได้และเป็นความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งเป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ เมื่อใดที่สิ่งนั้นสามารถตอบสนองความต้องการหรือทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายได้ก็จะเกิดความรู้สึกบวกเป็นความรู้สึกที่พึงพอใจแต่ในทางตรงกันข้ามถ้าสิ่งนั้นสร้างความรู้สึกผิดหวังก็จะทำให้เกิดความรู้สึกทางลบเป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจ

สรชัย พิศาลบุตร (2550, หน้า 135) กล่าวว่า ความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ หมายถึงการที่ลูกค้าหรือผู้ใช้บริการได้รับสิ่งที่ต้องการแต่ต้องอยู่ในขอบเขตที่ผู้ให้บริการสามารถ จัดหาบริการให้ได้โดยไม่ขัดต่อกฎหมายและศีลธรรมอันดีงาม

เบนจามิน บี โวลแมน (Wolman,1973, p. 384 อ้างถึงใน เบญจมาศ ประยูรหงส์, 2549, หน้า 7) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกมีความสุขเมื่อเราได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (goal) ความต้องการ (wants) หรือแรงจูงใจ (motivation)

แมคคอกมิก และแดเนียล (McCormick and Daniel,1980, p. 306 อ้างถึงใน สุชาติ ลมูลมี, 2550, หน้า 10) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นแรงจูงใจของมนุษย์ที่ตั้งอยู่บนความต้องการ พื้นฐาน (basic need) มีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิดกับผลสัมฤทธิ์และสิ่งจูงใจ (incentive) และพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ต้องการ

คอตเลอร์ (Kotler,2003, p. 40 อ้างถึงใน เปรมจิต กิจนวลิน, 2553, หน้า 17) ได้ให้ความหมายความพึงพอใจของลูกค้าว่าเป็นระดับความรู้สึกของบุคคลที่เป็นผลมาจากการ เปรียบเทียบระหว่างผลที่ได้รับหรือประสิทธิภาพการทำงานของผลิตภัณฑ์หรือบริการตามที่เห็น หรือเข้าใจกับความคาดหวังของบุคคลกล่าวคือระดับความพึงพอใจของลูกค้าจะเกิดความแตกต่าง ระหว่างผลประโยชน์จากผลิตภัณฑ์และความคาดหวังของบุคคลโดยความคาดหวังเกิดจาก ประสบการณ์และความรู้ในอดีตของผู้ซื้อส่วนผลประโยชน์จากคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์หรือการ ทำงานเกิดจากนักการตลาดและฝ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้องจะต้องสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้าโดย พยายามสร้างมูลค่าเพิ่มทั้งจากการผลิตหรือบริการจากการตลาด

อดัยและแอนเดอร์สัน (Aday and Anderson, 1971, p. 52-80 อ้างถึงใน เปรมจิต กิจนวลิน, 2553, หน้า 19) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจว่าประกอบด้วยพื้นฐาน 6 ประการ โดยความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาลและความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริการเป็น สิ่งที่จะประเมินระบบบริการทางการแพทย์ความพึงพอใจต่อบริการ (consumer satisfaction) คือ ความพึงพอใจของผู้ป่วยประกอบด้วย

(1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (convenience) แยกออกเป็น

(1.1) การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (office waiting time)

(1.2) การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (availability of care when need)

(2) ความพึงพอใจต่อการประสานของงานบริการ (base of getting to care)

(2.1) การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง ๆ คือผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย (getting all needs met at once place)

(2.2) แพทย์ให้ความสนใจในสุขภาพของผู้ป่วย (concern of doctors for overall health) ได้แก่ด้านร่างกายและจิตใจ

(2.3) แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา (follow up care)

(3) ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายและความสนใจของผู้ให้บริการ (courtesy) ได้แก่การแสดงความสนใจท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

(4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้บริการ (medical information) คือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (information about treatment) ได้แก่การปฏิบัติตนในขณะที่เจ็บป่วยการให้ยา

(5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (quality of care) ได้แก่คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับตามทักษะของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาล

(6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (out of pocket costs) ได้แก่ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

จากการศึกษาเอกสารข้างต้นสรุปได้ว่าความพึงพอใจหมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือทัศนคติที่ดีของบุคคลซึ่งมักเกิดจากการได้รับการตอบสนองตามที่ตนต้องการก็จะเกิดความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น ตรงกันข้ามหากความต้องการของตนไม่ได้รับการตอบสนองความไม่พึงพอใจก็จะเกิดขึ้น

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ

ในที่นี้ผู้วิจัยเลือกนำเสนอทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ 2 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Abraham H. Maslow) และทฤษฎีความต้องการ E R G ของอัลเดอร์เฟอร์ (Craton Alderfer) โดยทั้งสองทฤษฎีได้ระบุไว้ตรงกันว่า ผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้รับบริการ หรือผู้ใดก็ตาม หากได้รับในสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการของตนก็จะเกิดความพึงพอใจโดยมีรายละเอียดของแต่ละทฤษฎี ดังต่อไปนี้

(1) ทฤษฎีลำดับขั้นตามความต้องการของมาสโลว์

มาสโลว์ ได้แบ่งขั้นความต้องการของมนุษย์ (hierarchy of needs theory) ตั้งแต่ระดับต่ำสุดถึงระดับสูงสุดเป็น 5 ขั้น โดยมาสโลว์ได้จำแนกความต้องการทั้ง 5 ขั้นของมนุษย์เป็น 2 ระดับใหญ่ๆ คือระดับต่ำ (lower-order-need) ได้แก่ ความต้องการทางกายภาพและความต้องการ

ความมั่นคง สำหรับความต้องการในระดับสูง (higher-order needs) ได้แก่ ความต้องการทางสังคม ความต้องการได้รับการยกย่อง และความต้องการความสำเร็จในชีวิต ซึ่งความแตกต่างของความ ต้องการทั้ง 2 ระดับ คือ ความต้องการในระดับสูงเป็นความพึงพอใจที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ขณะที่ความต้องการในระดับต่ำเป็นความพึงพอใจที่เกิดจากภายนอก เช่น ค่าตอบแทน เป็นต้น (Robbins, 2001, p. 157) ความต้องการทั้ง 5 ระดับ มีดังนี้

(1.1) ความต้องการระดับกายภาพ (physiological needs) เป็นความต้องการทางร่างกายขั้นพื้นฐานของมนุษย์และเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุด สำหรับการดำรงชีวิตความต้องการเหล่านี้ ได้แก่ อากาศ น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัย ความต้องการทางเพศ เป็นต้น มนุษย์จะมีความต้องการในลำดับถัดไปเมื่อความต้องการระดับกายภาพได้รับการตอบสนองแล้ว

(1.2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (safety or security needs) เมื่อความต้องการด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้วความต้องการความมั่นคงปลอดภัยก็จะเข้ามา มีบทบาทในพฤติกรรมของมนุษย์ ความปลอดภัยดังกล่าวมี 2 รูปแบบ คือความต้องการความปลอดภัยทางด้านร่างกาย และความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งความต้องการความปลอดภัยทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีความปลอดภัยในชีวิต การมีสุขภาพดี เป็นต้น

(1.3) ความต้องการทางสังคม (social needs) เมื่อความต้องการทั้ง 2 ประการ ได้รับการตอบสนองแล้วความต้องการในระดับที่สูงกว่าจะเข้ามา มีบทบาทต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ความต้องการทางสังคม ได้แก่ ความต้องการการยอมรับในผลงาน ความเอื้ออาทร ความเป็นมิตรที่ดี ความมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และความรักจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน

(1.4) ความต้องการได้รับการยกย่องสรรเสริญในสังคม (esteem needs) หมายถึง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความสำเร็จ ความรู้ ความสามารถ การนับถือตนเอง ความเป็นอิสระ และเสรีภาพในการทำงาน ตลอดจนความต้องการมีฐานะเด่น และเป็นที่ยอมรับนับถือของคนทั้งหลาย การมีตำแหน่งสูงในองค์กร หรือการที่สามารถใกล้ชิดบุคคลสำคัญ ๆ

(1.5) ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (self-actualization needs) เมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองทั้ง 4 ระดับแล้ว มนุษย์จะทำงานเพื่องาน คืออยากรู้ว่า ตนมีศักยภาพแค่ไหนและพยายามพัฒนาศักยภาพของตนไปสู่จุดสูงสุด การทำงานเกิดจากความสนใจและรักในงานที่ทำและทำเพราะได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนให้ถึงจุดสูงสุด

(2) ทฤษฎีความต้องการ อี อาร์ จี (E R G theory)

ในช่วงปี ค.ศ.1969 เคลตัน อัลเดอร์เฟอร์ (Creton Alderfer อ้างถึงใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2535, หน้า 195-197) ได้เสนอแนวความคิดที่สอดคล้องกับ มาสโลว์ ซึ่งได้แบ่งระดับความต้องการของมนุษย์เป็น 3 ชั้นตอนคือ

(1) ความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ (existence needs : E) ประกอบด้วย ความต้องการที่จำเป็นในการอยู่รอดของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม

(2) ความต้องการสัมพันธ์กับผู้อื่น (relatedness needs : R) เช่น ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และผู้บังคับบัญชา

(3) ความต้องการเจริญเติบโต (growth needs : G) เป็นความต้องการที่จะพัฒนาตนเอง และใช้ศักยภาพในตนเองที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งเป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีของอัลเดอร์เฟอร์มีความคล้ายคลึงกับทฤษฎีลำดับความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ แต่แตกต่างกันที่อัลเดอร์เฟอร์เห็นว่า ความต้องการของมนุษย์อาจกลับไปกลับมาได้ เช่น กระบวนการความพึงพอใจ ความก้าวหน้า (satisfaction–progression process) อาจทำให้อึดอัดใจในความพยายาม เพราะต้องเพิ่มความรับผิดชอบจึงกลับมาสนใจความต้องการทางสังคม หรือความต้องการความเป็นอยู่อย่างสุขสบายแทน อัลเดอร์เฟอร์เห็นว่า ความสำคัญของความแตกต่างในความต้องการของบุคคลมีต่างกัน ทั้งความแตกต่างของบุคคลในระดับการพัฒนา และความแตกต่างของบุคคลในฐานะ สมาชิกของกลุ่ม เขานำทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์มาประยุกต์ใช้ในแง่ที่ว่า แม้ผู้บริหารจะพยายามตอบสนองความต้องการระดับต่าง ๆ ของพนักงาน โดยการดำเนินการด้วยวิธีต่าง ๆ แต่บางครั้งการตอบสนองเหล่านั้นอาจติดขัดหรือสิ่งที่จะพึงมอบให้อาจยังไม่มี การตอบสนองนั้น ๆ ก็จะไม่ได้ผลดีตามต้องการ ผู้บริหารจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการจูงใจหรือหันกลับให้ถูกทาง มิฉะนั้นการจูงใจอาจไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร

จากการทบทวนทฤษฎีและแนวคิด สรุปความพึงพอใจเป็นเรื่องของความรู้สึกที่มีความลึกของบุคคลที่มีต่อการบริการและความพึงพอใจจะส่งผลต่อองค์การ อย่างไรก็ตามความรู้สึกพึงพอใจของแต่ละบุคคลไม่มีวันสิ้นสุดเปลี่ยนแปลงได้เสมอตามกาลเวลาและสภาพแวดล้อมบุคคลจึงมีโอกาสที่จะไม่พึงพอใจในสิ่งที่เคยพึงพอใจมาแล้ว ฉะนั้นผู้บริหารจำเป็นต้องสำรวจตรวจสอบความพึงพอใจในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการตลอดไป ทั้งนี้เพื่อให้งานสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายขององค์การหรือหน่วยงานที่ตั้งไว้

แนวคิดเกี่ยวกับการบริการ

1. ความหมายของการบริการ

การให้บริการอาจกล่าวได้ว่า เป็นหน้าที่หลักที่สำคัญในการบริหารงานภาครัฐ โดยเฉพาะในลักษณะงานที่ต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับประชาชนโดยตรงโดยหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีหน้าที่ในการส่งต่อการบริการ (deliver service) ให้แก่ผู้รับบริการ มีนักวิชาการได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับ “การให้บริการ” ไว้ดังที่จะนำมากล่าวต่อไปนี้

สุมนา อยู่โพธิ์ (2544, หน้า 6) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการ หมายถึง กิจกรรมที่สร้างคุณประโยชน์หรือความพึงพอใจ ซึ่งได้เสนอเพื่อขายหรือกิจกรรมที่จัดขึ้นร่วมกับการขายสินค้า

วัชรภรณ์ สุริยาภิวัฒน์ (2546, หน้า 15) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการ หมายถึง กิจกรรมที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดขึ้นให้แก่สมาชิกตามความสามารถและหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน โดยอาศัยความต้องการของสมาชิกที่ได้รับบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวทางในการดำเนินโครงการในระยะต่อไป พร้อมทั้งให้เกิดความพอใจแก่สมาชิก

วีระรัตน์ กิจเลิศไพโรจน์ (2548, หน้า 14) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการ หมายถึง การกระทำ พฤติกรรม หรือการปฏิบัติที่ฝ่ายหนึ่งเสนอให้อีกฝ่ายหนึ่งโดยกระบวนการที่เกิดขึ้น

ชัยสมพล ชาวประเสริฐ (2547, หน้า 18) ได้ให้ความหมายของการบริการไว้ว่า กิจกรรมของกระบวนการที่ส่งมอบสินค้าที่ไม่มีตัวตน (intangible good) ของธุรกิจให้กับผู้รับบริการ โดยสินค้าที่ไม่มีตัวตนนั้น จะต้องตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการจนนำไปสู่ความพึงพอใจได้

คอตเลอร์ (Kotler, 1997, p. 611) ได้จำกัดความของการบริการไว้ว่าการบริการเป็นการแสดงหรือสมรรถนะที่หน่วยงานหนึ่งๆ สามารถเสนอให้กับอีกหน่วยงานอันเป็นสิ่งที่ไม่มีรูปลักษณะอย่างเป็นแก่นสาร และไม่มีผลลัพธ์ในสภาพความเป็นเจ้าของในสิ่งใด โดยที่การผลิตอาจจะไม่ถูกผูกมัดกับผลิตภัณฑ์กายภาพ

สรุปได้ว่า การบริการ คือ การกระทำที่เปี่ยมไปด้วยความช่วยเหลือ หรือการดำเนินการที่สร้างคุณประโยชน์ความพึงพอใจแก่ผู้อื่นในสิ่งที่ไม่มียุทธลักษณะเป็นแก่นสาร เช่น ปฏิบัติรับใช้การให้ข้อมูล การให้ความสะดวกต่างๆ แก่ผู้ใช้บริการของหน่วยบริการหน่วยใดหน่วยหนึ่ง เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ หรือความประทับใจ

2. หลักการของการบริการ

กุลชน ธนาพงศธร (2528, หน้า 30 อ้างถึงใน สุรศักดิ์ รอนใหม่, 2548, หน้า 13) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับหลักการของการให้บริการไว้ดังนี้

(1) หลักความสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลส่วนใหญ่ กล่าวคือประโยชน์และการบริการที่องค์การจัดให้ นั้นจะต้องตอบสนองความต้องการของบุคลากรส่วนใหญ่หรือทั้งหมด มิใช่เป็นการจัดให้แก่บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ

(2) หลักความสม่ำเสมอ กล่าวคือ การให้บริการนั้นจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมิใช่ทำๆ หยุดๆ ตามความพอใจของผู้รับบริการหรือผู้ปฏิบัติ

(3) หลักความเสมอภาคบริการที่จัดให้ นั้นจะต้องให้แก่ผู้มาใช้บริการทุกคนหรือทุกองค์กรอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ไม่มีการให้สิทธิพิเศษแก่บุคคลหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในลักษณะแตกต่างจากกลุ่มคนอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด

(4) หลักความประหยัดค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการให้บริการจะต้องไม่มากจนเกินกว่าผลที่จะได้รับ

(5) หลักความสะดวกบริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะที่ปฏิบัติได้ง่ายสะดวกสบายสิ้นเปลืองทรัพยากรไม่มากนักทั้งยังไม่เป็นการสร้างภาระยุ่งยากใจให้แก่ผู้ให้บริการหรือผู้ให้บริการมากเกินไป

เพนชานสกีร์ และโทมัส (Penchansky and Thomas, 1981, pp. 127-140 อ้างถึงใน สมใจ ขวัญเลิศ, 2549, หน้า 8) ได้ให้แนวคิดทั่วไปถึงลักษณะการเข้าถึงหรือการใช้บริการในระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมระหว่างผู้ป่วยและระบบของการบริการสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 5 ลักษณะคือ

(1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย

(2) การเข้าถึงแหล่งบริการคือ ความสามารถที่จะใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวกโดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งของแหล่งบริการและการเดินทางของผู้ใช้บริการ

(3) ความเหมาะสมและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ

(4) ความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ

(5) การยอมรับคุณภาพของการบริการซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการด้วย โดยสรุปว่าแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการเป็นสิ่งสำคัญสำหรับนโยบายทางด้านสุขภาพเพราะเป็นสิ่งที่บอกถึงการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วยการบริการเป็นกระบวนการของการปฏิบัติตนเพื่อผู้อื่น ผู้ที่จะให้การบริการจึงควรมีคุณสมบัติที่สามารถอำนวยความสะดวกและทำคุณเพื่อผู้อื่นอย่างมีความรับผิดชอบ

สรุปได้ว่า หลักการเกี่ยวกับการบริการเป็นกระบวนการของการปฏิบัติตนเพื่อผู้อื่น ผู้ที่จะให้การบริการจึงควรมีคุณสมบัติที่สามารถอำนวยความสะดวก และทำคุณเพื่อผู้อื่นอย่างมีความรับผิดชอบเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการบริการด้านสุขภาพ เพราะเป็นสิ่งที่บอกถึงประสิทธิภาพของการบริการ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

3. การบริการที่มีคุณภาพ

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นดัชนีวัดหนึ่งในการรับรองมาตรฐานของการบริการ และยังถือได้ว่าเป็นเกณฑ์อย่างหนึ่งที่ใช้สำหรับวัดคุณภาพของการให้บริการ

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2542, หน้า 13) กล่าวว่า คุณภาพบริการ หมายถึง การที่ผู้ให้บริการทำให้ผู้ใช้บริการได้รับความพึงพอใจ เป็นบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ ตลอดจนถึงขั้นตอนของบริการนั้น และภายหลังการบริการด้วย ทั้งนี้ต้องตอบสนองต่อความต้องการเบื้องต้นและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจในการบริการ

วีระพงษ์ เกลิมจิระรัตน์ (2543, หน้า 27) กล่าวว่า คุณภาพบริการ หมายถึง ความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ หรือระดับความสามารถของบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ หรือระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจะเกิดขึ้นหลังจากที่ได้รับบริการแล้ว

พาราเซอร์รามัน และคณะ (Parasuraman et. al., 1985 อ้างถึงใน สุชาติณี ภาษา ประเทศ, 2554, หน้า 17) อธิบายว่า คุณภาพบริการ หมายถึง ปริมาณความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้บริการของผู้ใช้บริการ เป็นการเปรียบเทียบระหว่างบริการที่ผู้รับบริการได้รับจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ ถ้าพบบริการที่ได้รับจริงน้อยกว่าบริการที่คาดหวัง ผู้ใช้บริการจะไม่พึงพอใจและไม่กลับมาใช้บริการอีก ในทางตรงกันข้ามถ้าบริการที่ได้รับเท่ากับหรือมากกว่าบริการที่คาดหวังไว้ ผู้ใช้บริการย่อมเกิดความพึงพอใจประทับใจและกลับมาใช้บริการ

ธนวรรธน์ บริพันธ์ และประสิทธิ์ ต้อยตั้ง, 2553, หน้า 20-21) กล่าวว่า โดยทั่วไปเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของการบริการ ต้องคำนึงถึงคุณลักษณะที่ผู้รับบริการคาดหวัง หากองค์กรใดตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพของการบริการ เพื่อใช้เป็นแรงจูงใจให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจและตั้งใจที่จะใช้บริการ และคำนึงถึงคุณลักษณะ 10 ประการดังต่อไปนี้

- 1) ลักษณะของการบริการ หมายถึง สภาพที่ปรากฏให้เห็นหรือจับต้องได้ในการให้บริการ เช่น การใช้เครื่องมืออุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกต่างๆ
- 2) ความไว้วางใจ หมายถึง ความสามารถในการนำเสนอผลิตภัณฑ์บริการ ตามคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้อย่างตรงไปตรงมาและถูกต้อง
- 3) ความกระตือรือร้น หมายถึง การแสดงความเต็มใจที่จะช่วยเหลือและพร้อมที่จะให้บริการทันทีทันใด
- 4) ความเชี่ยวชาญ หมายถึง ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานบริการที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) ความมีอัธยาศัยนอบน้อม หมายถึง ความมีไมตรีจิตที่สุภาพอ่อนน้อมเป็นกันเอง รู้จักให้เกียรติผู้อื่น จริงใจ มีน้ำใจ และเป็นมิตรของผู้ปฏิบัติงานบริการ โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานที่จะต้องปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ
- 6) ความน่าเชื่อถือ หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นด้วยความซื่อตรงและซื่อสัตย์สุจริตของผู้ปฏิบัติงานบริการ
- 7) ความปลอดภัย หมายถึง สภาพที่ปราศจากอันตราย ความเสี่ยงภัยและปัญหาต่างๆ
- 8) การเข้าถึงบริการ หมายถึง การติดต่อเข้ารับบริการด้วยความสะดวกไม่ยุ่งยาก
- 9) การติดต่อสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์และสื่อความหมายได้ชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและรับฟังผู้ใช้บริการ
- 10) ความเข้าใจลูกค้า หมายถึง ความพยายามในการค้นหาและทำความเข้าใจกับความต้องการของลูกค้า รวมทั้งการให้ความสนใจตอบสนองความต้องการดังกล่าว

แวร์, เดวิส และสจิวต (Ware, Davis and Stewart, 1978 อ้างถึงใน ถนนอมศรี จันทร์เจริญและคณะ, 2546, หน้า 13) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยไว้ว่า เป็นแนวคิดที่มีหลายด้าน โดยให้นิยามด้านต่าง ๆ ไว้ดังนี้

- (1) ศิลปะของการดูแล คือ ปริมาณของการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย

(2) เทคนิคคุณภาพของการดูแล คือ ความมีสมรรถภาพในการทำงานของผู้ให้บริการ อันบ่งบอกถึงควมมีมาตรฐานสูงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา

(3) ความสะดวกสบาย คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเตรียมเพื่อให้ได้รับการดูแลจากแพทย์

(4) การเงิน คือ ความสามารถที่จะจ่ายเพื่อค่าบริการ หรือการเตรียมสำหรับการจ่าย

(5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของสถานที่ที่ให้การดูแล

(6) ความพร้อม คือ ความพร้อมของบริการสุขภาพ บริการทางการแพทย์และความพร้อมของผู้ให้บริการ

(7) ความต่อเนื่องของการดูแล คือ ความต่อเนื่องในการดูแลหรือความสม่ำเสมอของแหล่งที่ให้การดูแล

(8) ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการดูแล คือ ความมีประโยชน์ ความช่วยเหลือของผู้ให้บริการทางการแพทย์และระเบียบที่ใช้ในการรักษาเพื่อจะทำให้สภาวะทางสุขภาพดีขึ้นหรือคงสภาพเดิมไว้ได้

กลุ่มงานกิจการนักศึกษา มหาวิทยาลัยศรีปทุม (2554, หน้า 3-4) นำเสนอไว้ว่า การพัฒนาคุณภาพการให้บริการเป็นการมุ่งไปสู่การยกระดับคุณภาพการให้บริการ ตามแนวคิดการบริหารคุณภาพโดยรวม (TQM) มีหลักการดังนี้

1) ผู้รับบริการสำคัญที่สุด (customer focus) เพราะผู้รับบริการ เป็นเป้าหมายที่สำคัญของงานบริการ ซึ่งคุณภาพงานบริการอยู่ที่ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

2) มีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (common vision) เป็นการรวมพลังเพื่อการสร้างสรรค์ให้ผู้รับบริการและผู้บริการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนไปสู่เป้าหมายดังกล่าว

3) ทีมงานสัมพันธ์ (teamwork & empowerment) ทุกคนต้องทำงานเป็นทีมผู้ปฏิบัติงานจะต้องได้รับการเสริมพลังด้วยการฝึกอบรม ข้อมูลและโอกาส เพื่อให้ นำศักยภาพของตนมาใช้อย่างเต็มที่

4) มุ่งมั่นกระบวนการ (process focus) เป็นการปรับปรุง กระบวนการทำงานให้กระชับง่ายในการปฏิบัติ เป็นการสร้างระบบเพื่อปกป้องคุ้มครองให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ดีที่สุด

5) มีกระบวนการแก้ปัญหา (problem solving process) เป็นการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มาใช้ปรับปรุงกระบวนการ เริ่มด้วยการวิเคราะห์สภาพปัญหา การทดสอบทางเลือก และนำมาปฏิบัติเป็นมาตรฐาน

6) ผู้นำให้การสนับสนุน (leadership support) ผู้นำ มีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้นำทุกระดับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ควบคุมและสั่งการเป็นโค้ช

7) พัฒนาไม่หยุดยั้ง (continuous improvement) มองหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร (2555, หน้า 2) นำเสนอไว้ว่า การพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการบริการให้มีมาตรฐานเดียวกันจะนำมาซึ่งคุณภาพการให้บริการที่ดี ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเป็นการยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงาน เมื่อสามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ควรถ่ายทอดวิธีการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพไปยังหน่วยงานที่มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาได้สิ่งที่ดีที่สุด และปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลทั้งผู้รับบริการได้รับการตอบสนองความต้องการเกิดความพึงพอใจสูงสุด ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์ และตอบสนองความต้องการของประชาชน

สรุปได้ว่า ลักษณะบริการที่มีคุณภาพเป็นบริการที่ผู้ได้รับบริการพึงพอใจ เนื่องจากเป็นบริการที่มีประโยชน์สอดคล้องกับความต้องการของคนส่วนใหญ่หรือทั้งหมดมิใช่เป็นการจัดให้แก่บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะจะต้องจัดให้แก่ผู้ใช้บริการทุกคนหรือทุกองค์กรอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกันสะดวกประหยัดปลอดภัย และสม่ำเสมอ

แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพ

1. ความหมายของประสิทธิภาพ

นักวิชาการและนักบริหารหลายท่านได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับความหมายของคำว่าประสิทธิภาพไว้แตกต่างกันดังนี้

สำนักงานข้าราชการพลเรือน ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับความหมายของ “ประสิทธิภาพ” ไว้ในเอกสารประกอบเสนอคณะรัฐมนตรีของสำนักงานข้าราชการพลเรือน (2538, หน้า 2 อ้างถึงใน ภูวนัย เกษมบุญชู, 2550, หน้า 7) ว่าประสิทธิภาพการทำงานโดยทั่วไปหมายถึง การทำงานที่ประหยัดได้ผลงานที่รวดเร็วมีคุณภาพ คู่มากับการใช้ทรัพยากรด้านการเงิน คน อุปกรณ์ และเวลา ดังนั้นประสิทธิภาพ (efficiency) จึงหมายถึง อัตราความแตกต่างระหว่างปัจจัยนำเข้า

(input) และผลผลิตที่ออกมา (output) และเห็นว่า “ประสิทธิภาพ” สามารถมองได้ในแง่มุมต่างๆ ดังนี้คือ

(1) แง่มุมของค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนการผลิต (input) เช่น การใช้ทรัพยากรทั้งเงินคน วัสดุเทคโนโลยีที่มีอยู่อย่างประหยัดคุ้มค่าและเกิดการสูญเสียน้อยที่สุด

(2) แง่มุมของกระบวนการบริหาร (process) เช่นการทำงานที่ถูกต้องได้มาตรฐาน รวดเร็วและใช้เทคโนโลยีที่สะดวกสบายกว่าเดิม

(3) แง่มุมของผลลัพธ์เช่นการทำงานที่มีคุณภาพเกิดประโยชน์ต่อสังคม เกิดผลกำไร ทันทเวลา ผู้ปฏิบัติงานมีจิตสำนึกที่ดีต่อการทำงานและบริการจนเป็นที่พอใจของลูกค้า

ทิพาวดี เหมสุวรรณค์ (2538, หน้า 2 อ้างถึงในภวนัย เกษบุญชู, 2550, หน้า 7) กล่าวถึง ประสิทธิภาพว่า เป็นสิ่งที่วัดได้หลายมิติตามแต่วัตถุประสงค์ที่ต้องการพิจารณา คือ

1) ประสิทธิภาพในมิติของค่าใช้จ่าย หรือต้นทุนผลิต (input) ได้แก่ การใช้ทรัพยากร ด้านเงิน คน วัสดุ เทคโนโลยีที่มีอยู่อย่างประหยัด คุ้มค่า และเกิดการสูญเสียน้อยที่สุด

2) ประสิทธิภาพในมิติของกระบวนการบริหาร (process) ได้แก่ การทำงานที่ถูกต้อง ได้มาตรฐาน รวดเร็ว และใช้เทคนิคที่สะดวกขึ้นกว่าเดิม

3) ประสิทธิภาพในมิติของผลผลิต และผลลัพธ์ (output) ได้แก่ การทำงานที่มีคุณภาพ เกิดประโยชน์ต่อสังคม เกิดผลกำไร ทันทเวลา ผู้ปฏิบัติงานมีจิตสำนึกที่ดีต่อการทำงาน และการบริการเป็นที่พอใจของลูกค้าหรือผู้มารับบริการ

ราชบัณฑิตยสถาน (2546, หน้า 667) ได้ให้ความหมายของคำว่าประสิทธิภาพว่า หมายถึง ความสามารถที่ทำให้เกิดผลในการทำงาน

นฤมล สุนสวัสดิ์ (2549, หน้า 110) อธิบายว่า ประสิทธิภาพ (efficiency) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผลผลิตของผลิตภัณฑ์หรือบริการกับปัจจัยนำเข้าของทรัพยากรอันจำเป็น ในการผลิตนั้นความรับผิดชอบของฝ่ายจัดการคือ การใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรเงินอย่างมีประสิทธิภาพ

นิรมล กิติกุล (2551, หน้า 17) กล่าวว่า ประสิทธิภาพ (efficiency) หมายถึง การทำงานที่มีการกำหนดเป้าหมายไว้แล้ว ดำเนินงานให้ได้ผลงานมากที่สุดจะต้องไม่สิ้นเปลืองเวลาทรัพยากรต่างๆ ประสิทธิภาพจะเปรียบเทียบกันระหว่างผลงานที่ได้กับค่าใช้จ่ายหรือการสูญเสียที่ต้องใช้ไปในการทำงานนั้นๆ

จอห์น ดี. มิลเล็ท (Millet 1954, p.4 อ้างถึงใน สุชาติ ลมุลมี, 2550, หน้า 10) ให้นิยามว่า ประสิทธิภาพหมายถึง ผลการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและได้รับผลกำไรจากการปฏิบัติงาน ซึ่งความพึงพอใจหมายถึง ความพึงพอใจในการบริการให้กับประชาชนโดยพิจารณาจาก

- (1) การให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน (equitable service)
- (2) การให้บริการอย่างรวดเร็วทันเวลา (timely service)
- (3) การให้บริการอย่างเพียงพอ (ample service)
- (4) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (continuous service)
- (5) การให้บริการอย่างก้าวหน้า (progression service)

ไรอัน และสมิท (Ryan and Smith, 1954, p. 276 อ้างถึงใน ภูวนัย เกษบุญชู, 2550, หน้า 7) ได้กล่าวถึง ประสิทธิภาพของบุคคล (human efficiency) ว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่าง ผลลัพธ์ในแง่บวกกับสิ่งที่ทุ่มเทและลงทุนให้กับงานซึ่งประสิทธิภาพในการทำงานนั้นจะพิจารณา ได้จากการทำงานของแต่ละบุคคล โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับสิ่งที่ให้กับงานเช่น ความพยายาม กำลังงานกับผลลัพธ์ที่ได้จากงานนั้นๆ

ไซมอน (Simon, 1960, pp. 180-181 อ้างถึงใน ภูวนัย เกษบุญชู, 2550, หน้า 7-8) ได้ให้ความหมายของคำว่าประสิทธิภาพในเชิงธุรกิจเกี่ยวกับการทำงานของเครื่องจักรโดยพิจารณาว่า งานใดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดนั้นดูได้จากความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า (input) กับผลผลิต (output) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพเท่ากับผลผลิตลบด้วยปัจจัยนำเข้าแต่หากเป็นระบบ การทำงานของภาครัฐต้องนำความพึงพอใจของประชาชนผู้มาขอรับบริการรวมอยู่ด้วยซึ่งอาจเขียน เป็นสมการได้ดังนี้

$$E = (O - I) + S$$

- E คือ ประสิทธิภาพของงาน (efficiency)
O คือ ผลผลิตหรือผลงานที่ได้รับ (output)
I คือ ปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากรทางการบริหารที่ใช้ไป (input)
S คือ ความพึงพอใจในผลงานที่ออกมา (satisfaction)

ดิน ปรัชญพฤทธิ (2555, หน้า 130) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ประสิทธิภาพ (efficiency) หมายถึง การสนับสนุนให้มีวิธีการบริหารที่จะได้รับผลมากที่สุด โดยสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด

นั่นก็คือ การลดค่าใช้จ่ายด้านวัสดุ และบุคลากรลงในขณะที่พยายามเพิ่มความมั่นคง ความเร็ว และความราบเรียบของการบริหารให้มากขึ้น

จากแนวคิดของนักวิชาการดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพ (efficiency) หมายถึง ความสามารถในการผลิตผลลัพธ์ (output) ที่อาจเป็น วัสดุสิ่งของ หรือบริการที่เป็นความต้องการได้ทันตามกำหนดเวลา และสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ ด้วยการใช้ปัจจัยนำเข้า (input) ซึ่งได้แก่ พลังงาน เวลา วัสดุ หรือปัจจัยอื่นๆ ที่ต่ำที่สุด

2. ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

สมใจ ลักษณะ (2549, หน้า 6) ให้ความหมายของประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานไว้ว่า หมายถึง บุคคลที่ตั้งใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ ใช้กลวิธีหรือเทคนิคการทำงานที่จะสร้างผลงาน ได้บุคคลที่มีความสุขและพอใจในการทำงาน เป็นบุคคลที่มีความพอใจจะเพิ่มพูนคุณภาพและปริมาณของผลงานและคิดค้นดัดแปลงวิธีการทำงานให้ได้ผลยิ่งขึ้นอยู่เสมอ

พจน์ พจนพานิชย์กุล (ออนไลน์, 2556) นำเสนอไว้ว่า การพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคลนั้น ทุกคนสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาตนเองได้ดังนี้

- (1) วิเคราะห์ตนเอง เพื่อเป็นการพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพเพิ่มมากขึ้นในอนาคต
- (2) มุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลง ต้องมีความเชื่อว่าศักยภาพของตนเองนั้นสามารถพัฒนาขึ้นได้
- (3) มองโลกในแง่ดี (คิดบวก) การคิดบวกจะช่วยในการเสริมกำลังใจและสามารถช่วยลดปัญหาในเรื่องของความขัดแย้งได้เป็นอย่างดี
- (4) ใฝ่หาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ การหาความรู้เพิ่มเติมจะช่วยให้สมองได้รับการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา
- (5) ตั้งเป้าหมายในการทำงาน การกำหนดเป้าหมายในการทำงานนั้น ถือเป็นหัวใจสำคัญในการทำงาน
- (6) วางแผนก่อนลงมือทำ การวางแผนช่วยให้งานบรรลุผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนคือองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- (7) มีการสื่อสารที่ดี การสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญในการแสดงความต้องการระหว่างบุคคล เพื่อชักจูงหรือโน้มน้าวใจ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อให้เกิดการยอมรับและได้รับความร่วมมือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง

(8) มีบุคลิกภาพดี บุคลิกและการแต่งกายเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งที่จะช่วยเสริมความสำเร็จในการทำงาน

(9) สมาธิเพิ่มพลังในการคิด สมาธิ คือ การที่มีใจตั้งมั่นในอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งอย่างแน่วแน่ เมื่อมีความนิ่งเป็นสมาธิดีแล้วย่อมมีพลังแรงกว่าใจที่ไม่มีสมาธิ

(10) สุขภาพดี สุขภาพร่างกายมีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติงาน ผู้มีสุขภาพดีย่อมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรดูแลสุขภาพให้ดี และออกกำลังกายสม่ำเสมอ

สรุปได้ว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน หมายถึง ผลปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้เกี่ยวข้อง เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ในแง่บวกกับสิ่งที่ทุ่มเทและลงทุนให้กับงานซึ่งประสิทธิภาพในการทำงานนั้นจะพิจารณาจากผลลัพธ์ที่ได้จากการทำงานของแต่ละบุคคลเปรียบเทียบกับสิ่งที่ให้กับงานเช่น ความพยายาม กำลัง งาน ทรัพยากร เวลา ที่ใช้ในการทำงานนั้น ๆ

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

ดิน ปรัชญพฤทธิ และ ไกรยุทธ ชีรตยาสินันท์ (2537, หน้า 25 อ้างถึงใน ภูวนัย เกษบุญชู, 2550, หน้า 10) กล่าวว่า ในภาพรวมนั้นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอาจครอบคลุมถึงสภาพแวดล้อม วัฒนธรรมองค์การ โครงสร้าง กระบวนการ/เทคโนโลยี และพฤติกรรมของหน่วยราชการและข้าราชการ

เนตร์พัฒนา ยาวีราช (2547, หน้า 294-295) ได้กล่าวถึงเกี่ยวกับแนวคิดปัจจัย 7 ประการของแมคคินซี (McKinsey's 7 Framework) ว่า แนวคิดนี้ได้รับการเผยแพร่เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 โดยโรเบิร์ต วอร์เตอร์แมน ทอม พิเตอร์ และจูเลียน ฟิลลิปส์ (Robert Waterman, Tom Peters and Julien Phillips) ซึ่งแนวคิดนี้ต้องการนำเสนอว่า ประสิทธิภาพขององค์กรธุรกิจเกิดจากความสัมพันธ์ของปัจจัย 7 ประการที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในองค์กรคือ

(1) กลยุทธ์ (strategy) หมายถึงการวางแผนเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมการพิจารณาจุดแข็งจุดอ่อนของกิจการ

(2) โครงสร้าง (structures) โครงสร้างขององค์กรแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบรวมถึงขนาดของการควบคุมการรวมอำนาจและกระจายอำนาจของผู้บริหารการแบ่งโครงสร้างองค์กรอาจแบ่งตามหน้าที่ตามผลิตภัณฑ์ตามลูกค้าตามภูมิภาคได้อย่างเหมาะสม

(3) ระบบ (system) หมายถึง กระบวนการและลำดับขั้นการปฏิบัติงานทุกอย่างที่เป็นระบบที่ต่อเนื่องสอดคล้องกันทุกระดับ

(4) แบบ (styles) หมายถึง การจัดการที่มีรูปแบบวิธีการที่เหมาะสมกับลักษณะขององค์กรเช่น การสั่งการ การควบคุม การจูงใจ ฯลฯ ซึ่งสะท้อนถึงวัฒนธรรมในองค์กร

(5) การจัดบุคคลเข้าทำงาน (staff) หมายถึง การคัดเลือกบุคลากรที่มีความสามารถเข้าทำงาน และการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

(6) ทักษะ (skill) หมายถึง ความโดดเด่นหรือความเชี่ยวชาญในการผลิตการขาย การให้บริการ ฯลฯ ของบุคลากร

(7) ค่านิยม (shared values) หมายถึง ค่านิยมร่วมกันระหว่างคนในองค์กร ความเป็นอันหนึ่งอันเดียว

เฮอรัลด์เบอร์ก (Herzberg, 1957, p. 103 อ้างถึงใน ภัทริย์ จันทร์ทองกุล, 2550, หน้า 38) กล่าวว่า บุคคลที่มีทัศนคติในทางบวกต่อการทำงาน หรือมีความพึงพอใจในการทำงาน ส่วนใหญ่จะมีแนวโน้มที่จะมีการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น

ซาลินิค (Zaleanick, 1958, p. 40 อ้างถึงใน ภูวนัย เกษมบุญชู, 2550, หน้า 10) ได้กล่าวว่า การปฏิบัติงานจะดีมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับผู้ปฏิบัติว่า จะได้รับการตอบสนองความต้องการ ทั้งภายนอก และภายใน (external and internal) มากน้อยเพียงใด ซึ่งถ้าหากว่าผู้ปฏิบัติงานได้รับการตอบสนองมาก การปฏิบัติงานก็ย่อมมีประสิทธิภาพมากด้วยเช่นกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความต้องการภายนอก ได้แก่

- (1) รายได้หรือค่าตอบแทน
- (2) ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน
- (3) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ
- (4) ตำแหน่งหน้าที่

ความต้องการภายใน ได้แก่

- (1) ความต้องการเข้าห่มุ่คณะ
- (2) ความต้องการแสดงความจงรักภักดี ความเป็นเพื่อนและความรักใคร่

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวกับองค์กรเช่น ลักษณะหรือโครงสร้างขององค์กร ลักษณะงาน ระเบียบข้อบังคับในการทำงานกลยุทธ์ ค่านิยมร่วม การจัดหาบุคคลเข้าทำงาน และปัจจัยภายใน หรือปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งนอกจากความรู้ความสามารถและทักษะของผู้ปฏิบัติแล้ว การที่จะปฏิบัติงานได้

อย่างมีประสิทธิภาพนั้นผู้ปฏิบัติจะต้องได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งภายนอกและภายใน หรือการมีความพึงพอใจในการทำงาน

4. ความหมายของประสิทธิผล

นักวิชาการและนักบริหารหลายท่านได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับความหมายของคำว่า ประสิทธิผล แตกต่างกันไป ดังนี้

ดันน์ (Dunn, 1994, p. 329 อ้างถึงใน สายสวาท โสขวิญญา, 2551, หน้า 66) กล่าวว่า ประสิทธิผลเป็นเกณฑ์สำหรับการประเมินนโยบายสาธารณะ นโยบายสาธารณะที่มีประสิทธิผลคือ นโยบายที่สามารถบรรลุผลลัพธ์ซึ่งเป็นเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระดับสูง ดังนั้นประสิทธิผล จึงหมายถึง ระดับการบรรลุผลลัพธ์ของนโยบายที่คาดหวังไว้

สมพงษ์ เกษมสิน (2521, หน้า 21 อ้างถึงใน พรเลิศ ยี่โถขาว, 2547, หน้า 8) ได้ให้ความหมายประสิทธิผลว่า หมายถึง การพิจารณาผลของการทำงานที่สำเร็จลุล่วงดังประสงค์ หรือที่คาดหวังไว้เป็นหลักและความสำเร็จของงานอย่างมีประสิทธิภาพนี้อาจเกิดจากการปฏิบัติงานที่ไม่ประหยัด หรือไม่มีประสิทธิภาพได้เพราะประสิทธิภาพเป็นเรื่องของการที่จะทำงานให้ได้ผลสูงสุด ส่วนประสิทธิผลเป็นเรื่องของการนำเอาผลงานที่สำเร็จดังที่คาดหวังไว้มาพิจารณา ซึ่งจากความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเน้นการเปรียบเทียบระหว่างผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงกับผลงานที่คาดหวังไว้นั้นเอง นัยสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การมีประสิทธิผลอาจไม่ได้หมายความว่า ต้องมีประสิทธิภาพด้วย

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2539, หน้า 8-9 อ้างถึงใน กนกพจน์ สิงห์เมฆากุล, 2550, หน้า 11) กล่าวว่า ประสิทธิผล คือ ความสามารถในการสร้างให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจจะไม่ได้คำนึงถึงปริมาณของทรัพยากรที่ใช้ในกระบวนการ แต่ประสิทธิภาพเป็นความสามารถในการบรรลุจุดมุ่งหมายโดยใช้ทรัพยากรต่ำสุด และใช้วิธีการให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรที่สิ้นเปลืองน้อยที่สุด โดยมีเป้าหมาย คือ ประสิทธิภาพหรือการบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้อย่างสูงสุด

วรินทร์ วิทยารุณี (อ้างถึงใน สุภารัตน์ อ่อนละเอียด, 2551, หน้า 26) อธิบายว่า ประสิทธิภาพ (effectiveness) หมายถึง การปฏิบัติการที่ทำให้เกิดปริมาณและคุณภาพสูงสุด ทั้งนี้เพราะแต่ละกิจกรรมหรือกิจการจะมีวัตถุประสงค์เป้าหมาย ซึ่งการปฏิบัติการที่บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ คือ การปฏิบัติการที่มีประสิทธิผล

ราชบัณฑิตยสถาน (2546, หน้า 667) ได้ให้ความหมายของประสิทธิผลว่า หมายถึงผลสำเร็จ ผลที่เกิดขึ้น

วิเชียร วิทญูตม (2547, หน้า18) ได้กล่าวถึงประสิทธิผลขององค์การว่าความมีประสิทธิภาพขององค์การประกอบด้วยความมีประสิทธิภาพของบุคคลและของกลุ่มรวมกัน มุมมองความมีประสิทธิภาพขององค์การโดยพิจารณาว่าความมีประสิทธิภาพขององค์การนั้นมีมากกว่าผลบวกของความมีประสิทธิภาพของบุคคลและของกลุ่มรวมกัน เมื่อมีประสิทธิภาพของบุคคลและของกลุ่มแล้ว องค์การก็จะมีผลการดำเนินงานที่ดี

พิภพ วังเงิน (2547, หน้า10) ได้อธิบายถึงการวัดหรือประเมินความมีประสิทธิภาพขององค์การว่า การวัดความมีประสิทธิภาพไม่ควรวัดเพียงเฉพาะปริมาณผลผลิตที่ได้ออกมาหรือผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจเท่านั้นแต่ต้องวัดขนาดความสำเร็จด้วยว่าบรรลุผลสำเร็จดีขนาดไหน โดยวัดอีก 2 ทาง คือ 1) วัดผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ หรือวัดผลผลิตที่ทำได้ออกมาตามที่ตั้งไว้หรือไม่ 2) วัดความสามารถขององค์การว่าช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของสมาชิกทุกตำแหน่งหน้าที่ทุกระดับชั้นให้ดีขึ้น และช่วยตอบสนองความต้องการ ได้เพียงใด

สรุปได้ว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลสำเร็จที่ได้จากการเปรียบเทียบค่าผลลัพธ์ของงานว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยวัดใน 2 ด้านคือ 1) ความสามารถทางเศรษฐกิจหรือผลผลิต และ2) วัดความสามารถขององค์การว่าช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของสมาชิกให้ดีขึ้น และช่วยตอบสนองความต้องการได้หรือไม่

5. ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพขององค์กร

ประสิทธิผลขององค์กรเป็นเป้าหมายของทุกองค์กร โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่มีการแข่งขันเพราะเป็นสิ่งที่ใช้ในการตัดสินใจหรือแสดงความสำเร็จขององค์กรนักวิชาการแทบทุกสาขาจึงให้ความสนใจศึกษา วิเคราะห์ และเสนอเป็นแนวความคิดทฤษฎี และตัวแบบของประสิทธิผลขององค์กรซึ่งแตกออกเป็นหลายแนวทางแตกต่างกันตามแนวความคิดของแต่ละลักษณะสาขา แต่ก็ยอมรับว่าประสิทธิผลองค์กรเป็นหลักของทฤษฎีองค์กรทั้งหลาย ซึ่งทำให้เห็นได้ถึงความสัมพันธ์โดยตรงกันที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ต่อไปว่าความมีประสิทธิภาพได้มีความสำคัญต่อองค์กรนั้นมากที่สุด แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลองค์กรได้รับการพัฒนาขยายความมาในหลายๆแนวคิดและทฤษฎี ซึ่งพอจะสรุปการให้ความสำคัญของประสิทธิผลองค์กรได้ดังนี้

สตีล (Steers 1980, p. 442 อ้างถึงในวงเดือน เจริญ, 2555, หน้า 18) กล่าวถึงผล การปฏิบัติงานขององค์กร (organizational performance) ว่าจะมีประสิทธิผล (effectiveness) หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 กลุ่มคือ

(1) ปัจจัยลักษณะองค์กร (organizational characteristics) ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้าง และเทคโนโลยี

(2) ปัจจัยด้านลักษณะสภาพแวดล้อม (environmental characteristics) ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมภายนอกและสภาพแวดล้อมภายในซึ่งหมายถึง บรรยากาศองค์กร

(3) ปัจจัยลักษณะของพนักงาน (employee characteristics) ประกอบด้วย การ ปฏิบัติงานและความผูกพันต่อองค์กร

(4) ปัจจัยด้านนโยบายและการปฏิบัติ (managerial policies and practices) ซึ่ง ประกอบด้วย การมีเป้าหมายที่ชัดเจน การจัดหาและการใช้ทรัพยากร การสร้างสภาพแวดล้อม การ ทำงาน กระบวนการสื่อสาร ภาวะผู้นำและการตัดสินใจ การปรับตัวขององค์กร และนวัตกรรม

เอ็ทซियोนิ (Etzioni, 1964, p. 8 อ้างถึงใน วงเดือน เจริญ, 2555, หน้า 19) กล่าวว่า ประสิทธิภาพขององค์กร (organization effectiveness) กำหนดจากระดับความมากน้อยในการบรรลุ เป้าหมายหรือการทำเป้าหมายให้เป็นจริงขององค์กร และยังได้กล่าวถึงการวิเคราะห์ประสิทธิภาพ ขององค์กรใน 2 รูปแบบคือ

(1) ตัวแบบเป้าหมาย (goal model) คือ การประเมินประสิทธิภาพขององค์กรโดยใช้ เป้าหมายขององค์กรเป็นเครื่องวัดผลการทำงาน

(2) ตัวแบบเชิงระบบ (system model) ซึ่งวัดประสิทธิภาพขององค์กรจากความสามารถ ในการจัดสรรทรัพยากรไปยังส่วนต่าง ๆ ขององค์กร เพื่อสนองตอบความต้องการให้เกิดประโยชน์ สูงสุด ทั้งนี้เอ็ทซियोนิได้ชี้ให้เห็นความแตกต่างของตัวแบบทั้งสองในการวัดประสิทธิภาพ ขององค์กรโดยตัวแบบเป้าหมายว่า สามารถปฏิบัติได้ง่ายกว่าแต่มีข้อบกพร่อง ได้แก่ การที่องค์กร โดยมากจะมีหลายเป้าหมายและหลายผู้กำหนด เช่น ผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง หรือเจ้าของ กิจการ อีกทั้งระยะเวลาและมิติของการบรรลุเป้าหมาย เช่น ระยะยาว หรือระยะสั้น และเป็น เป้าหมายด้านเทคนิคหรือด้านการบริการ ซึ่งเป็นการยากที่จะให้ความสำคัญกับเป้าหมายใดและอาจ ทำให้การวัดประสิทธิภาพคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง กล่าวโดยสรุปคือ เอ็ทซियोนิให้ ความสำคัญกับตัวแบบเชิงระบบ (system model) มากกว่า

องค์ประกอบที่นำมาใช้ในการวัดหรือประเมินความมีประสิทธิภาพขององค์กรมี 8 ประการคือ (พิภพ วังเงิน, 2547, หน้า 19-20)

- (1) ความสามารถในการหาทำไร
- (2) การเจริญเติบโต
- (3) การได้มาของทรัพยากร
- (4) ความสามารถในการปรับตัว
- (5) นวัตกรรม
- (6) ผลผลิต
- (7) ความพอใจผู้บริโภคร/ลูกค้า
- (8) ความพอใจของลูกจ้าง/ความไว้วางใจ

สรุปได้ว่า เราจะไม่สามารถพิจารณาตัดสินประสิทธิภาพตามองค์ประกอบทั้งหมดไปพร้อม ๆ กันได้ การได้มาซึ่งประสิทธิภาพตามส่วนประกอบเพียงหนึ่งอย่างอาจจะเป็นการยากหรือเป็นไปได้เลยที่จะแสดงว่ามีประสิทธิภาพเมื่อพิจารณาถึงส่วนประกอบได้เพียงหนึ่งอย่างหรือมากกว่า ดังนั้นการวัดประสิทธิภาพขององค์กรใด ๆ ที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจึงไม่สามารถกล่าวโดยอ้างถึงองค์ประกอบทั้งหมดที่เป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพ ซึ่งแท้จริงนั้นขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ประเมินวัด ระยะเวลาที่ใช้วัด และมาตรฐานที่ใช้ในการเปรียบเทียบ

บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

1. ความเป็นมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สืบเนื่องจากนโยบายรัฐบาลที่ต้องการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพของภาครัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐาน จึงมีการยกระดับสถานีอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ที่ควรให้ความสำคัญกับระบบบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) ตรงกับหลักการ “สร้างนำซ่อม” โดยการให้บริการเชิงรุกเน้นการป้องกันโรค เป็นการดูแลสุขภาพโดยองค์รวม จัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม มุ่งจัดการที่ต้นเหตุของปัญหาสุขภาพพื้นที่บริการระดับตำบลจึงเป็นด่านแรกและพื้นฐานที่สำคัญ โดยเฉพาะเป็นการให้บริการแก่คนยากจนและประชาชนทั่วไปซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

2. ขอบเขตการดำเนินงาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นดังนี้

(1) ดำเนินการเชิงรุก โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ เช่น การดูแลท่ากายภาพบำบัดที่บ้านผู้ป่วย เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ลดภาระของครอบครัว การเยี่ยมบ้านสำรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เพื่อการป้องกันโรคแทรกซ้อน การสำรวจหญิงมีครรภ์เพื่อให้มาฝากครรภ์ให้ครบก่อนคลอด เป็นการป้องกันทารกขาดธาตุเหล็กและสารไอโอดีน ร่วมกับ อบรมดูแลพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกอบต. (มีเด็กเล็กประมาณ 8 แสนคนทั่วประเทศ) ร่วมกับชุมชนรณรงค์ป้องกัน ไข้เลือดออก เป็นต้น

(2) มีความเชื่อมโยงระบบบริการ โดยที่สามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลพี่เลี้ยง หรือส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจมีบริการเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการโดยไม่รับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน และหากมีกรณีฉุกเฉิน สามารถประสานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการออกไปรับผู้ป่วยและให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ

(3) ชุมชนมีส่วนร่วม โดยมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถร่วมกันดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนอย่างยั่งยืน

3. การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการสนับสนุนการปฏิรูประบบการบริหารจัดการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรเอกชน โดยมีเป้าหมายร่วมให้เกิดระบบที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว มีความยั่งยืน มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพเป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ อีกทั้งเป็นการสอดคล้องกับนโยบายให้ค่าตอบแทนอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) เดือนละ 600 บาท ต่อคน ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการช่วยให้การดำเนินการตามภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสบความสำเร็จ แสดงให้เห็นว่ารัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบถ้วนหน้า และมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานได้โดยง่าย แต่

อย่างไรก็ดีปัญหาด้านการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานีนามัยที่ไม่เพียงพอและทั่วถึง ได้สะท้อนภาพความไม่เชื่อมั่น และไม่ไว้วางใจในบริการของสถานีนามัย และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่งผลให้เกิดการกระจุกตัว และความแออัดในการให้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอื่นๆ ที่ตั้งอยู่ในเขตเมือง

4. การสนับสนุนงบประมาณ

การสนับสนุนงบประมาณได้ทำการเสนอคำขอรับการสนับสนุนการลงทุนในนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากโครงการไทยเข้มแข็ง จำนวน 1,490 ล้านบาทและงบประมาณปกติ ประจำปี 2554 อีกจำนวน 6,000 ล้านบาท (ยังไม่รวมรพช. 829 คัน และรถกระบะอีก 63 คัน) ในการลงทุนเพื่อยกระดับสถานีนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งงบประมาณเหล่านี้เป็นเพียงงบเบื้องต้นในการปรับปรุงโครงสร้าง และจัดระบบเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่ยังไม่รวมถึงบุคลากรซึ่งจะต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอีกเป็นเวลานาน

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี โดยมีสถานีนามัย กระจายไปสู่ระดับตำบลทั่วประเทศและมีโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ ทั้งนี้ในระยะสิบปีที่ผ่านมา ความต้องการบริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนและ โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทว่าสถานีนามัยส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในด้านศักยภาพ ซึ่งทำให้ไม่สามารถให้บริการเชิงรุกเพื่อ “สร้างสุขภาพ” และบริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ประชาชนจำนวนมากยังคงเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลในเขตเมือง ทำให้เกิดการกระจุกตัว และความแออัด ในการให้บริการรักษาพยาบาล และเป็นภาระอย่างมากต่อประชาชน ทั้งค่าเดินทางและเวลาที่สูญเสียไปในการเดินทาง ทั้งที่ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ในระดับสถานีนามัย

ดังนั้นการดำเนินนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อประชาชนอย่างแท้จริงได้ในระยะยาว รวมไปถึงการตั้งเป้าหมายและสร้างการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน โดยใช้กลยุทธ์การสร้างศรัทธาและความไว้วางใจ ไม่ว่าจะเป็นการปรับปรุงภูมิสถาปัตย์ให้สวยงาม น่าใช้บริการ การเพิ่มศักยภาพของทีมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม ทันตภิบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน เมื่อมารับบริการแล้ว ได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพและเหมาะสม ไม่ขาดแคลน การเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงมากขึ้น ทำให้ไม่ต้องส่งตัวมาโรงพยาบาลศูนย์ หรือ

โรงพยาบาลชุมชน อันจะก่อให้เกิดความแออัดและอาจนำไปสู่การได้รับการรักษาอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรอย่างที่ได้อ้างมาข้างต้น (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552, หน้า 9-13)

5. การบริหารอัตรากำลังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5.1 หลักเกณฑ์ในการกำหนดขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขอให้มีการจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรเพื่อไปปฏิบัติงานให้เพียงพอกับภาระงาน (นับรวมข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ ลูกจ้างเงินบำรุง) เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยงานเร่งด่วน จึงอาจแบ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามภาระงานเป็น 3 ขนาด คือ ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก โดยคิดสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากร 1 : 1250 คน

ตารางที่ 2.1 หลักเกณฑ์ในการกำหนดขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ
ขนาดใหญ่	80,001 คนขึ้นไป
ขนาดกลาง	3,001- 8,000 คน
ขนาดเล็ก	น้อยกว่า 3,000 คน

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555, หน้า 15

5.2 การจัดสรรอัตรากำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การจัดสรรอัตรากำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละขนาด ประกอบด้วยอัตรากำลัง ดังนี้ (ทั้งนี้ในเบื้องต้นแต่ละตำแหน่งอาจมีจำนวนได้มากกว่าที่กำหนดแต่ไม่เกินจำนวนรวมที่ควรมี)

ตารางที่ 2.2 การจัดสรรอัตรากำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตำแหน่ง/สายงาน	ใหญ่(คน)	กลาง(คน)	เล็ก(คน)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1	1	1
เจ้าพนักงานธุรการ	1	-	-
พยาบาลเวชปฏิบัติ/พยาบาลวิชาชีพ	1	1	1
นักวิชาการสาธารณสุข	1	1	-
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1		-
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	1	1	1
นักวิชาการทันตสาธารณสุข		-	-
นักการแพทย์แผนไทย	1	1	-
รวม	7	5	3

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555, หน้า 2

6. แนวคิดและนโยบายการบริหารงาน

ระบบบริการที่พึงประสงค์ที่มีใน รพ.สต. การพัฒนา รพ.สต. ให้มีขีดความสามารถมากขึ้นในเรื่องบริการปฐมภูมิได้เพียงแต่ปรับบริการจากที่ทำอยู่เดิมให้ดีขึ้น แต่เป็นการปรับระบบบริการให้แตกต่างจากระบบปัจจุบันที่ผู้ป่วยจำนวนมากไปรับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งในอำเภอและจังหวัดอย่างแออัดจนไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากจะทำให้ค่าใช้จ่ายสูงโดยไม่จำเป็นและอาจต้องใช้เวลาในการรอรับบริการนาน ที่สำคัญคุณภาพบริการในหลายๆกรณียังเป็นปัญหาเช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถรับบริการที่ดีกว่าที่รพ.สต. ซึ่งหมายความรวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่เรียกว่า Home Health Care หรือ Home Ward ซึ่งมีกรณีตัวอย่างมากมายที่สามารถพิสูจน์ให้เห็นว่าทีมสหวิชาชีพที่ รพ.สต. สามารถดูแลผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่าการดูแลในระบบเดิมที่ซึ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีข้อจำกัดมากมายในการให้บริการที่สิ้นเกินศักยภาพของระบบที่มี รวมถึงการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก โดยเฉพาะการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นภาระโรค (disease burden) ลำดับต้นๆ ของประเทศและในระยะยาวจะยังเป็นปัญหามากยิ่งขึ้นหากไม่มีระบบบริการที่ครอบคลุมและมีคุณภาพมากพอ ก็จะทำให้เกิดความหายนะต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยได้

7. ความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับสถานีอนามัยเดิม

7.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กลุ่มเป้าหมายของบริการในรพ.สต.จะต้องถูกกำหนดให้มีความชัดเจนเช่นกลุ่มเด็กกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มสตรี (วางแผนครอบครัวและตั้งครรภ์) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มผู้พิการ เป็นต้น เพราะในแต่ละกลุ่มซึ่งจะต้องมีข้อมูลและวางแผนการให้บริการที่แตกต่างกัน ครอบคลุมทั้งในเชิงตัวเลขและคุณภาพบริการที่ต้องได้มาตรฐานทางเทคนิค ซึ่งกรมวิชาการต่างๆ กำหนดจะต้องมีการตรวจคัดกรอง โดยเฉพาะโรคที่สามารถทำการป้องกันระดับ secondary prevention (early diagnosis) เช่น คัดกรองเบาหวาน ความดัน มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ผลการคัดกรองประชาชนได้มีการแบ่งกลุ่มและจัดการแตกต่างกันออกไป กลุ่มปกติต้องให้สุขศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพให้ได้อยู่สม่ำเสมอ กลุ่มเสี่ยงซึ่งต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ลดความเสี่ยงจากปัจจัยคุกคามสุขภาพ กลุ่มที่ป่วยต้องดูแลรักษาให้เหมาะสม หากโรคที่เป็นไม่รุนแรงสามารถรักษาที่รพ.สต.ได้ โดยการให้คำปรึกษาผ่านระบบการให้คำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายกลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อนหรือพิการต้องวางแผนการรักษา ซึ่งอาจจะเป็นการรักษาระยะยาว ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ไปจนถึงการณรงค์ในโอกาสที่เหมาะสมต้องดำเนินการ โดยร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดพลังในการเปลี่ยนแปลง

7.2 ด้านการรักษาพยาบาล

แม้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะไม่ได้เน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก แต่การพัฒนาต้องครอบคลุมคุณภาพบริการด้านการรักษาด้วย จะทำให้เกิดศรัทธาจากประชาชน ในการพัฒนารพ.สต. ต้องอาศัยความร่วมมือจากโรงพยาบาลแม่ข่ายให้การสนับสนุนทั้งทางเทคนิค บุคลากรและระบบสนับสนุนต่างๆ มีตัวอย่างมากมายที่โรงพยาบาลแม่ข่ายให้การสนับสนุนรพ.สต. อย่างใกล้ชิด เช่น มีการวางแผนการรักษาดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกัน คนไข้เบาหวานจำนวนมาก ไม่ต้องไปเจาะเลือดรับยาที่โรงพยาบาลแต่ได้กลับมารับบริการที่รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่ายจะทำหน้าที่ช่วยตรวจสอบ (audit) คุณภาพการรักษาผู้ป่วยให้โดยแพทย์ใช้เวลาที่ว่างช่วยตรวจสอบรายที่มีปัญหา ซึ่งโดยทั่วไปมีจำนวนไม่มากนัก ทำให้แพทย์ไม่ต้องมาตรวจคนไข้ที่รพ.สต. และคนไข้ก็ไม่จำเป็นต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งอยู่ไกลเสียเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางโดยไม่จำเป็น การส่งต่อกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นไม่ว่าจะเป็นการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือส่งตรวจขั้นสูงตรงทางห้องปฏิบัติการ ต้องมีระบบที่จะทำให้เกิดขึ้นได้ง่าย

รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลมายัง รพ.สต.เพื่ออยู่ในความดูแลของทีมสหวิชาชีพของ รพ.สต. ต่อไปกระทรวงได้สนับสนุนรพพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้ประจำที่โรงพยาบาลแม่ข่ายแห่งละ 1 คันเพื่อไม่ให้เป็นการบารุงรักษารพพยาบาลแก่ รพ.สต. เมื่อ รพ.สต. ต้องดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้นกว่าแต่ก่อนภายใต้การสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่ายบัญชียาที่ รพ.สต. ก็ควรมีปรับปรุงให้มีรายการยามากขึ้นเพื่อรองรับระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากกว่าเดิม

7.3 การสาธารณสุขมูลฐานและความร่วมมือในชุมชน

การสาธารณสุขมูลฐานที่อาจถูกให้ความสำคัญลดลงไปมาก หลังจากการดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในขณะที่มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในระบบเกือบหนึ่งล้านคน รัฐบาลปัจจุบันได้มีงบประมาณค่าตอบแทนแก่อสม.เดือนละ 600 บาท รพ.สต. ต้องพัฒนาสุขภาพของประชาชนร่วมกับชุมชนโดยใช้การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) เป็นกลไกที่สำคัญ ซึ่งปัจจุบันมีทั้งหมด 14 elements โดยพัฒนาศักยภาพของอสม. และกลุ่มองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพต่างๆ ในชุมชนให้มีคุณภาพมากขึ้นจะทำให้ภารกิจที่สามารถมอบหมายให้อสม. ช่วยดำเนินการบรรลุผลตามเป้าหมายมากขึ้น

7.4 ระบบข้อมูลสุขภาพและแผนพัฒนาสุขภาพชุมชน

การแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนที่ รพ.สต. รับผิดชอบอยู่หากไม่มีระบบข้อมูลและตัวข้อมูลที่ดี (มีความแม่นยำครอบคลุมเพียงพอเหมาะสมและเป็นปัจจุบัน) แล้วการแก้ปัญหาที่ย่อมทำได้ไม่ถูกต้องข้อมูลชุมชนข้อมูลแฟ้มครอบครัว (family folder) ตลอดจนข้อมูลรายบุคคลที่มารับบริการที่ รพ.สต. ในระบบ 18 แฟ้มจะต้องได้รับการปรับปรุงพัฒนาให้ถูกต้องแม่นยำและที่สำคัญสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนได้จริง เพื่อจะได้วางแผนแก้ปัญหาที่มีลำดับความสำคัญได้อย่างถูกต้อง ผ่านกระบวนการทำแผนสุขภาพของชุมชนเช่น การทำกระบวนการ SRM การรายงานข้อมูลบริการต่างๆ ขึ้นมายังส่วนกลางเป็นวัตถุประสงค์รอง แต่การจัดการเพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. เป็นเรื่องหลักเช่น รพ.สต. แห่งหนึ่งรับผิดชอบประชากร 6,000 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นทะเบียนรักษาที่ รพ.สต. เพียง 50 กว่าคน โดยสถิติจากการสำรวจสุขภาพคนไทยพบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นเบาหวานร้อยละ 7 ดังนั้นในพื้นที่ดังกล่าวควรมีผู้ป่วยเบาหวาน $0.07 \times 4,000$ (สมมุติว่ามีประชากรอายุ >15 ปี 4,000 คน) จะเท่ากับ 280 คน แสดงว่าอีกกว่า 200 คนยังไม่ได้รับการคัดกรองและไม่ได้มารับการ

รักษาทีมสหวิชาชีพของรพ.สต. ก็ควรทำการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น หรือหากผู้ป่วยดังกล่าวไปรับการรักษาที่หน่วยบริการอื่นเจ้าหน้าที่ก็ควรมีข้อมูลแฟ้มครัวเรือนอยู่ก็ต้องทราบเพื่อจะได้ติดตามผลการรักษาเช่นเดียวกับการทำข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ

7.5 การบริหารอย่างมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อกำหนดที่สำคัญประการหนึ่งของการพัฒนารพ.สต. ท่ามกลางกระแสการกระจายอำนาจคือ การเปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการ พัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ คณะกรรมการบริหารรพ.สต. หรือชื่อที่กว้างขวางขึ้นคือ คณะกรรมการพัฒนารพ.สต. ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่รพ.สต. ทุกแห่งต้องจัดให้มีขึ้น โดยต้องมียกประกอบอย่างน้อย 3 ส่วนคือ ตัวแทนของรพ.สต. หรือกระทรวงสาธารณสุขฝ่ายหนึ่ง ตัวแทนองค์กรปกครองท้องถิ่นฝ่ายหนึ่งและตัวแทนภาคประชาสังคมอีกฝ่ายหนึ่ง จำนวนก็มีได้ตามความเหมาะสมและหากจะเพิ่มเติมผู้ที่มีส่วนได้เสียหรือเห็นว่ามีบทบาทต่อการพัฒนาไม่ว่าจะเป็นทางเทคนิคทางการสนับสนุนทรัพยากรกำลังคนหรืออื่นใดก็สามารถพิจารณาให้เข้าร่วมเป็นกรรมการได้ โดย ผอ.รพ.สต. ควรทำหน้าที่เป็นเลขาคณะกรรมการ โดยการออกคำสั่งแต่งตั้งกรรมการชุดนี้ดูตามความเหมาะสมหลายแห่ง ให้ชุมชนเลือกกันเข้ามา รวมถึงเลือกประธานกรรมการด้วย สิ่งสำคัญคือกรรมการที่มีขึ้นควรได้ปฏิบัติงานร่วมกันในการพัฒนารพ.สต.อย่างจริงจังไม่ใช่ตั้งขึ้นแต่เพียงในนามหากการพัฒนารพ.สต.ภายใต้การบริหารร่วมกันโดยคณะกรรมการพัฒนารพ.สต. เกิดผลดีแก่ระบบบริการโดยสามารถเป็นเจ้าของร่วมกันทำงานร่วมกันสนับสนุนให้เกิดบริการตามที่ชุมชนต้องการอย่างแท้จริง นี้อาจเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจโดยไม่ต้องถ่ายโอนสถานบริการไปอยู่กับท้องถิ่นอย่างที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจฉบับที่ 2 ก็ได้

7.6 ข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

ในอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี มีหน่วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งหมด 16 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 15 แห่ง และ 1 ศูนย์แพทย์ ดังนี้

- 1) รพ.สต.บ้านหนองพันท้าว ตำบลพงดึก
- 2) รพ.สต.บ้านดอนชะเอม ตำบลดอนชะเอม

- 3) รพ.สต.บ้านยางม่วง ตำบลยางม่วง
- 4) รพ.สต.บ้านอุโลกสีห์หมื่น ตำบลอุโลกสีห์หมื่น
- 5) รพ.สต.บ้านสำนักคร้อ ตำบลตะคร้อเอน
- 6) รพ.สต.บ้านเขาตะพั้น ตำบลโคกตะบอง
- 7) รพ.สต.บ้านโพธิ์เย็น ตำบลคอนขมิ้น
- 8) รพ.สต.บ้านกระต่ายเต็น ตำบลท่าไม้
- 9) รพ.สต.บ้านเขาช่อง ตำบลเขาสามสิบหาบ
- 10) รพ.สต.บ้านพระแท่น ตำบลพระแท่น
- 11) รพ.สต.บ้านห้วยเหนียว ตำบลห้วยเหนียว
- 12) รพ.สต.บ้านแสนตอ ตำบลแสนตอ
- 13) รพ.สต.บ้านสนามแย้ ตำบลสนามแย้
- 14) รพ.สต.บ้านท่าเสา ตำบลท่าเสา
- 15) รพ.สต.ตำบลหนองลาน
- 16) ศูนย์แพทย์เฉลิมพระเกียรติฯ เทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น

การดำเนินงานด้านบริการสุขภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ PCU

เนื่องจากสถานบริการที่เป็นจุดทำสัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (primary care) หรือ Contracting Unit for Primary Care (PCU) ซึ่งได้แก่ สถานีอนามัย (สอ.) ศูนย์แพทย์ชุมชน (ศพช.) ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล เป็นต้น ยังมีลักษณะการแสดงบทบาท PCU ที่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน ดังนั้น เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจจึงนำเสนอ มาตรฐาน PCU ออกเป็น 3 ลักษณะ หรือ 3 ลำดับ หรือ 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (สำเร็จ แหียงกระโทก, medinfo2.psu.ac.th/commed/activity/year2/a10pcu.pdf, เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2556)

1. มาตรฐานทางโครงสร้างหรือกายภาพ เป็นขั้นตอนของการเตรียม PCU ซึ่งต้องเป็นโครงสร้าง หรือสิ่งที่มองเห็นชัดเจน โดยจะต้องมีการเตรียมการให้พร้อมก่อนที่จะดำเนินการขั้น 1 และขั้น 2 ดังต่อไปนี้

(1) ด้านที่ตั้งและประชากร

- มีประชากรมารับผิดชอบไม่เกิน 1 หมื่นคนต่อ 1 PCU

- สถานที่ตั้งของ PCU จะต้องอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบประชากร ถ้าอยู่นอกพื้นที่รับผิดชอบประชากรจะต้องไม่ไกลเกินกว่าการเดินทาง 30 นาที โดยรถยนต์

(2) ด้านบุคลากร

สถาน PCU ที่มีประชากรรับผิดชอบ 1 หมื่นคน จะต้องมีบุคลากรให้บริการ 8 คน นั่นคือสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากรที่รับผิดชอบเท่ากับ 1,250 โดยบุคลากรทั้ง 8 คน ต้องประกอบไปด้วย

(2.1) แพทย์ 1 คน นั่นคือแพทย์ 1 คนรับผิดชอบประชากร 10,000 คน (ในอนาคตแพทย์ควรประจำทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ) แต่ในปัจจุบันนี้ยังไม่มีแพทย์ประจำทุก PCU ให้โรงพยาบาลเวชปฏิบัติหรือพยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถเหมาะสมทดแทนไปก่อน โดยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ที่เป็น PCU หรือ Main Contractor เพื่อให้คำปรึกษาหรือมีแพทย์เคลื่อนที่มาดูแลเป็นระยะ ๆ

(2.2) ทันตแพทย์ 1 คน รับผิดชอบประชากรได้ 20,000 คน นั่นคือ ทันตแพทย์ 1 คนดูแล 2 CPU ในขณะที่ยังไม่มีทันตแพทย์ให้ทันตภิบาลดูแล โดยอยู่ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ ถ้า PCU ไม่มีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลให้ใช้ทันตแพทย์จาก PCU หรือ Main Contractor เป็นผู้ดูแลโดยจัดหน่วยเคลื่อนที่มาเป็นระยะ

(2.3) พยาบาลวิชาชีพ ใน 1 PCU มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน (พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อประชากร 50,000) ซึ่งในอนาคตต่อไปควรพัฒนาให้มีพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร เท่ากับ 1 ต่อ 900

(2.4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆที่ให้บริการปฐมภูมิได้อย่างต่อเนื่องอีก 4 คน

(3) บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น เกสเซอร์ เจ้าหน้าที่ห้อง Lab เจ้าหน้าที่การเงิน/การบัญชี จะต้องเข้ามาช่วยเสริมและสนับสนุนเป็นครั้งคราว เช่น เกสเซอร์มาช่วยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง การเงินช่วยสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง

(3.1) เจ้าหน้าที่ 8 คนที่ปฏิบัติงานประจำ เป็นทีมเดิมไม่น้อยกว่า 75 % ของเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด

(3.2) ระยะเวลาปฏิบัติงานของบุคลากรในการบริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เช่น 10 ชั่วโมงต่อวันในวันธรรมดา 3 ชั่วโมงต่อวันในวันหยุด

(3.3) บุคลากรเหล่านี้ ควรจัดกระบวนการอบรมทั้งในเชิงความรู้ (knowledge) ทักษะการปฏิบัติงาน (skill) และทัศนคติ (attitude) ในเรื่องเกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัว (family

medicine) เพื่อจะสามารถปฏิบัติงานได้ตามหลักปรัชญาสถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ถ้ายังมีคนไม่ครบให้จัดอบรมให้บุคลากรที่มีอยู่ก่อน หรือจัดสาขาวิชาชีพอื่นทดแทนไปพลางก่อน การจัดอบรมควรจัดให้เป็นแบบ on the job training และให้อยู่ในสถานที่ปฏิบัติงานในชุมชน

(4) ด้านวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ

เมื่อมีสถานที่และเตรียมบุคลากรแล้วควรจัดวัสดุ/อุปกรณ์เพื่อจัดบริการประชาชนและดำเนินงานเวชศาสตร์ครอบครัวที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งเป็นด้านกายภาพที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน

(4.1) ครุภัณฑ์สำนักงาน เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ตู้ ฯลฯ ควรจัดหาให้ครบและจัดให้สะดวก สะอาด ปลอดภัย มีพื้นที่บริการเพียงพอ

(4.2) มีอุปกรณ์/วัสดุ/เครื่องมือ เพื่อการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม-ฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างครบถ้วนพอเพียง และมีระบบ Sterile System ที่ถูกต้องเช่น Stethoscope วัสดุตรวจการตั้งครรภ์ อุปกรณ์วัดสายตา - เวชภัณฑ์ที่มีโซดา อุปกรณ์การตรวจชั้นสุตรพื้นฐาน ฯลฯ

(4.3) ครุภัณฑ์/ยานพาหนะ และอุปกรณ์สื่อสาร เพื่อติดต่อและใช้ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการออกปฏิบัติงานในชุมชน เช่นรถยนต์ รถมอเตอร์ไซค์ วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ โทรสาร ฯลฯ อนึ่งรถยนต์เพื่อใช้ในการส่งต่อถ้ายังไม่สามารถจัดไว้ที่ PCU ได้ อาจมีรวมกันไว้ที่ PCU เมื่อ PCU ใดจะใช้ก็ประสานงานเข้ามา

2. การเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ในการดำเนินงาน

เนื่องจาก PCU ต้องใช้ระบบข้อมูลเพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เพื่อดูแลประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นการส่งเสริมระบบข้อมูลเพื่อการบริการและสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน จึงต้องแสดงให้เห็นทางกายภาพด้วย เช่น การเตรียมแบบสำรวจการเตรียมแบบประเมินสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน การเตรียม Family Folder ระบบข้อมูลบัญชี 1-8 เพื่อติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง การเตรียมคอมพิวเตอร์ การจัดอบรม และการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบในการให้ความร่วมมือเพื่อประสานงานการเก็บข้อมูล ฯลฯ

(2.1) มาตรฐานกระบวนการหรือการจัดการ การปฏิบัติกิจกรรม Process ดำเนินงานเมื่อมีมาตรฐานโครงสร้างแล้ว จะมีกระบวนการทำงานหรือปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวในการจัดบริการของ PCU ดังนี้

(2.1.1) การจัดให้มีการบริการผสมผสานครบทั้ง 4 เรื่องดังนี้

1) ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ใช้ตัวย่อ “ก” โดยให้บริการรักษาโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง โดยผสมผสานกับการให้ความรู้กับผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่จำเป็น

2) การให้บริการสร้างสุขภาพ ใช้ตัวย่อ “ส” PCU จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้เจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งจังหวัดนครราชสีมาได้มีตัวชี้วัดการสร้างสุขภาพไว้แล้วทั้งในสถานบริการและในชุมชน เพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน

3) การบริการเชิงรุก ใช้ตัวย่อ “จร” PCU จะต้องทำงานผสมผสานการทำงานสร้างสุขภาพและซ่อมสุขภาพในชุมชน เช่น ติดตามเยี่ยมบ้านครอบครัวในรายชื่อที่จำเป็น การฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสร้างสุขภาพในชุมชน

4) การบริการด้านทันตกรรม ใช้ตัวย่อ “ท” หน่วยบริการ PCU ต้องมีการบริการด้านการรักษาพื้นฐานและส่งเสริมป้องกันทางด้านทันตกรรมด้วย กรณี PCU ไม่มีบริการภายใน PCU ของตนเองจะต้องทำสัญญา (contract) กับ PCU อื่นเพื่อให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบของตนเองไปใช้บริการที่ PCU อื่นๆ

(2.1.2) การจัดบริการประชาชนที่มารับบริการที่ PCU ควรจัดบริการให้เกิดความสะดวกรวดเร็วอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม โดยประชาชนควรได้รับบริการภายใน 1 ชั่วโมงเมื่อมาถึงสถานบริการและมีระบบเชื่อมต่อในการรับการรับส่งต่อผู้รับบริการให้สะดวกเร็ว ทำให้ประชาชนอยากมาใช้บริการที่ PCU

(2.1.3) มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างสมบูรณ์แบบและนำข้อมูลมาใช้ในการทำงาน โดยการดูแลบุคคลและครอบครัว เช่น เจ้าหน้าที่ทุกคนควรจัดทำ family folder เพื่อเป็นข้อมูลในการให้บริการแบบองค์รวมและควรจัดระบบ OPD Card และการลงบันทึกเพื่อการดูแลผู้รับบริการต่อเนื่อง ระบบการลงบัญชี 1-8 เพื่อติดตามผู้รับบริการ รวมถึงข้อมูลอื่นๆที่จัดเก็บเพื่อการพัฒนาและแก้ปัญหาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ฯลฯ และข้อมูลดังกล่าวควรนำมาวิเคราะห์หาปัญหาในพื้นที่ของตนเองอย่างเป็นวิทยาศาสตร์เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง

(2.1.4) มีการจัดระบบส่งต่อทั้งการส่งและรับกลับเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในสถานอนามัยเพิ่มขึ้นและมีการติดตามแลกเปลี่ยน case ที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่อง

(2.1.5) มีการจัดระบบการนิเทศ-ควบคุม-กำกับ และฝึกอบรม เพื่อพัฒนางานวิชาการพื้นฐานเพื่อการจัดการบริการ โดยมีตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน เช่น

มาตรฐานการ ANC, Guideline การตรวจรักษาขั้นต้น มาตรฐานการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น และควรมีรางวัล หรือ incentive เพื่อเป็นเครื่องมือกระตุ้นและกำกับการทำงาน

(2.1.6) มีการแก้ไขปัญหา/อุปสรรคโดยการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันระหว่าง CUP และ PCU รวมทั้งระหว่าง PCU กับ PCU อย่างต่อเนื่อง

(2.2) มาตรฐานของผลลัพธ์หรือผลการดำเนินงาน เมื่อ PCU ได้มีการดำเนินงานตามข้อ 1 (โครงสร้าง) ข้อ 2 (กิจกรรม) จะเกิดผลลัพธ์ที่เป็น out-put out-come-impact ดังต่อไปนี้

(2.2.1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น หญิงตั้งครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ ได้รับบริการครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐาน หรือตัวชี้วัดที่ควรจะเป็น

(2.2.2) ประชาชนในความรับผิดชอบป่วยด้วยโรคติดต่อ ต้องมีการรายงานอย่างครบถ้วน ทันเวลา และโรคติดต่อเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนจะถูกค้นพบได้เร็วขึ้น

(2.2.3) ประชาชนและบุคลากรใน PCU จะมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

(2.2.4) ประชาชนเจ็บไข้ได้ป่วยแล้วน่าจะมาใช้บริการที่ PCU มากขึ้นเรื่อยๆ

(2.2.5) เมื่อเปิดโอกาสให้เลือกลงทะเบียน ประชาชนน่าจะเลือกลงทะเบียนที่ PCU ของตนเอง

(2.2.6) เมื่อสอบถามความพึงพอใจ น่าจะพึงพอใจใน PCU ของตนเองและประชาชนยอมรับบุคลากรให้เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพประจำครอบครัว

(2.2.7) ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพตนเองและมีความร่วมมือและประสานงานกับบุคลากรใน PCU อย่างดียิ่ง

(2.2.8) ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีขึ้น ไม่ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้

(2.2.9) ถ้าการดำเนินงาน PCU ของทุกจุดดำเนินการได้อย่างดี ประชาชนในเขตรับผิดชอบของ PCU ของรพศ. และรพช. ในปัจจุบันผู้เจ็บป่วยลดจำนวนน้อยลงหรืออาจจะไม่มีเลย คงมีเฉพาะผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจาก PCU หรือผู้ป่วยเฉพาะโรคที่ต้องการพบแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น ซึ่งระบบนี้เป็นระบบสากลในอุดมคติ

3. การจัดลำดับบริการปฐมภูมิ PCU

เมื่อกำหนดมาตรฐาน PCU เป็น 3 ขั้นตอนหรือ 3 ลำดับ ดังนั้นสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล ฯลฯ สามารถพัฒนาเพื่อปรับรูปแบบเป็น PCU โดยจัดอยู่ในลำดับขั้นของการพัฒนาเป็น 3 ลำดับตามมาตรฐานดังกล่าวแล้ว ตัวอย่าง เช่น ที่จังหวัดนครราชสีมา สถานบริการปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัยศูนย์

แพทย์ชุมชน ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล หน่วย PCU ของโรงพยาบาล ฯลฯ ในปี 2544 สามารถแบ่งประเภทลำดับของPCU เป็น 3 ลำดับคือ

ขั้น 1 ได้แก่ PCU ที่เพิ่มเริ่มพัฒนาข้อ 1 เรื่องโครงสร้างและมีการพัฒนาข้อ 2 เรื่องกระบวนการทำงานบางเรื่องมีประมาณ 258 แห่ง

ขั้น 2 ได้แก่ PCU ที่พัฒนาโครงสร้างในข้อ 1 และได้ดำเนินกิจกรรมตามการพัฒนาข้อ 2 แต่ผลลัพธ์ที่ออกมาในข้อ 3 มีบ้างเล็กน้อย PCU ขั้น 2 นี้มีสถานีนามัยประมาณ 98 แห่ง (30% ของสถานีนามัยทั้งหมด) ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล 2 แห่ง

ขั้น 3 ได้แก่ PCU ที่พัฒนาโครงสร้างในข้อ 1 มีการดำเนินกิจกรรมตามมาตรฐานในข้อ 2 และผลลัพธ์ออกมาตามข้อ 3 แล้วมี PCU ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน 26 แห่งสถานีนามัย 32 แห่งศูนย์แพทย์ชุมชน 14 แห่ง

4. ขั้นตอนการดำเนินงานของบริการปฐมภูมิ PCU

เมื่อผู้รับบริการต้องการพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิหรือ OPD (ค้อยพัฒนา) ที่มีอยู่เดิมให้วางขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

(4.1) ขั้นตอนมาตรฐานโครงสร้าง

(4.1.1) วางแผนกำหนดว่า 1 PCU จะดำเนินการที่ PCU โดยใช้อัตราส่วนประชากร 1 PCU ไม่เกิน 10,000 คนถ้าเป็นระดับสถานีนามัย ซึ่ง 1 ตำบลมี 1 สถานีนามัย ควรกำหนด 1 สถานีนามัยเป็น 1 PCU ยกเว้นถ้าประชากรน้อยเกินไปก็อาจรวม 2, 3, 4 สถานีนามัยเป็น 1 PCU ได้ ซึ่งแล้วแต่นโยบาย/สภาพพื้นที่/สภาพปัญหาของแต่ละ PCU ซึ่งสามารถเลือกได้ทั้ง 2 รูปแบบ

(4.1.2) วาดแผนที่ของเขต PCU ให้ชัดเจนและกำหนดสถานที่ตั้งของ PCU ซึ่งอาจอยู่ในหรือนอกเขต PCU ก็ได้ แต่ต้องเดินทางไม่เกิน 30 นาทีโดยรถยนต์ ถ้าเป็นรพศ./รพช. PCU อาจตั้งอยู่ในจุดใดจุดหนึ่งของโรงพยาบาลหรืออาจไปจัดตั้งในชุมชนก็ได้

(4.1.3) กำหนดทีมบุคลากรที่จะรับผิดชอบต่อประชากรใน PCU นั้นๆซึ่งบุคลากรที่รับผิดชอบควรมีประมาณ 8 คนดังกล่าวแล้ว และควรกำหนดให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ 1 คน: 1-3 หมู่บ้านหรือ 1 คน: ประชากร 1,000 – 1,500 คน เพื่อจะเป็นทีมเดียวที่ดูแลประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง ถ้าบุคลากรยังไม่ครบให้ใช้เงินจัดจ้างหรือส่งประชาชนใน PCU ไปเรียนเพื่อกลับมาทำงาน

(4.2) ขั้นมาตรฐานกระบวนการ

(4.2.1) ตำรวจประชากรในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดโดยใช้แบบสำรวจข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา แล้วนำข้อมูลมารวบรวมลงบันทึกเพื่อวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ตามบัญชี 1-8 และข้อมูลครอบครัวควรเก็บในแฟ้มข้อมูลประจำครอบครัว

(4.2.2) เมื่อได้ปัญหาและสิ่งที่จะต้องพัฒนาแล้วก็ให้จัดทำแผนดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง แผนนี้ควรประกอบด้วยงานดังกล่าวมาแล้ว รวมทั้งแผนพัฒนาอื่น ๆ เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาใน PCU ของตนเอง

(4.2.3) มีการปฏิบัติงานตามแผนและให้มีการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุง-พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(4.3) ขั้นมาตรฐานผลลัพธ์

ถ้าทำได้ทั้ง 2 มาตรฐานก็จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีเป็น PCU ที่สมบูรณ์แบบ จะต้องให้มีการตรวจสอบ ประเมินผล ปรับปรุง และพัฒนา ให้ดำรงอยู่และก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้นไป

5. คุณลักษณะการจั้ดบริการปฐมภูมิขั้น 3

การพัฒนา PCU ไปถึงขั้นมาตรฐานผลลัพธ์ขั้น 3 แล้ว PCU จะต้องมึคุณลักษณะโดยสรุปเป็นตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนและง่าย ๆ 9 ประการคือ มี ดี เข้าถึงจ่ายคุ้มให้ชุมชนมีส่วนร่วม เป็นองค์รวม และต่อเนื่อง พร้อมทั้งเรื่องอื่น ๆ ซึ่งตัวชี้วัด 9 ประการนี้ขยายความโดยละเอียดได้ดังนี้

(5.1) มี (availability) มีความหมาย 3 ประเด็นคือ

(5.1.1) มีสถานบริการอยู่ใกล้บ้านหรือใกล้ชุมชน ประชาชนสามารถเดินทางไปถึงได้ไม่ยากลำบาก สถานบริการโดยปกติควรมีแพทย์แต่ย้งไม่มีแพทย์ประจำ ฉะนั้นการแก้ปัญหาคือการให้สถานีอนามัยเป็นหน่วย OPD ของโรงพยาบาลชุมชนและมีการประสานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับชุมชนและสถานบริการเอกชน หรือสถานบริการควรมีพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวหรือพยาบาลวิชาชีพเป็นอย่่างน้อย

(5.1.2) มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์เพียงพอและพร้อมใช้ ที่จะให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้มารับบริการ

(5.1.3) มีบุคลากรที่จะให้บริการตามมาตรฐาน คือ แพทย์เวชปฏิบัติ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัวที่สามารถให้การรักษาเบื้องต้น มีเจ้าของครอบครัว เจ้าของคนไข้ มีทีมงาน

เป็นทีมเดียวกันทั้งเชิงรุกเชิงรับ มีบริการส่งเสริมป้องกันรักษาฟื้นฟูครบ โดยให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยในเชิงรุกให้มาก และมีการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถนำความรู้มาพัฒนางานให้มีคุณภาพ

(5.2) ดี (good care standard care) ระบบต่างๆที่มีอยู่จะต้องดี 3 ประเด็นคือ

(5.2.1) มาตรฐานระบบบริการ/การดูแล (standard of care) เป็นมาตรฐานเชิงวิชาการที่จะให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งศาสตร์และศิลป์ ให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง และระบบการให้บริการที่มีคุณภาพพร้อมที่จะให้สังคมสามารถตรวจสอบได้ถึงคุณภาพของการให้บริการ รวมทั้งมีระบบรับรองคุณภาพบริการ

(5.2.2) มาตรฐานของเครื่องมืออุปกรณ์ (Standard of Equipment) ได้แก่ มีอุปกรณ์ที่ถูกต้องเที่ยงตรงและโดยเฉพาะมีรถคอยส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

(5.2.3) ทักษะที่ดี (attitude) บุคลากรที่ให้บริการต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการและเข้าใจถึงแนวคิดการให้บริการเวชปฏิบัติรอบคอบอย่างถูกต้อง มุ่งเน้นการให้บริการที่ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้บริการที่ผู้ป่วยพึงพอใจ

(5.3) เข้าถึง (accessibility of care) คือ การที่ประชาชนไม่เลือกเพศ ชาติ ชั้น วรรณะ ต้องได้รับการบริการที่เท่าเทียมกันแบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ

(5.3.1) สภาพทางภูมิศาสตร์ (geographical accessibility) ได้แก่ ระยะทาง สถานบริการจะต้องอยู่ในตำบล และถ้ามีหมู่บ้านที่อยู่ในตำบลใหม่ หมู่บ้านต้องมีระยะห่างจากสถานบริการ 2 จุด ที่จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้เมื่อต้องการ อย่างน้อยเดินทางไม่เกิน 30 นาที

(5.3.2) หลักประกันด้านสุขภาพ (financial accessibility) ราคา/ค่าใช้จ่ายไม่ใช่เก็บค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง ผู้มารับบริการจะต้องไม่ถูกกีดกันในการรักษาพยาบาลโดยมีเงินเป็นตัวจำกัด ประชาชนทุกคนจะต้องมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าครบทุกคน คนที่มีเงินอาจจะช่วยจ่ายเพิ่มเติม (copayment) 30 บาทแล้วรักษาได้ทุกโรค โดยงบประมาณมาจากการประกันสุขภาพ

(5.3.3) มีบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน ผู้ให้บริการจะต้องมีพฤติกรรมบริการที่ดีและมีคุณภาพ ผู้ให้บริการจะต้องไม่กล่าวจาไม่สุภาพ คำด่า แสดงกิริยาใจร้าย ปิดสถานบริการก่อนกำหนด แสดงอาการไม่ต้อนรับและไม่เอื้ออำนวยต่อผู้มารับบริการ

(5.4) พึงใจ (Acceptability) ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ มี 3 ประเด็น คือ

(5.4.1) ผู้มารับบริการจะต้องมีความพึงพอใจ ไม่มารับบริการด้วยความทุกข์
เกรงใจ ผู้มารับบริการควรมีความรู้สึกรู้ว่า สถานบริการด้านแรกเป็นที่พึงทั้งทางกายและทางใจ เมื่อ
มาหาจะต้องได้รับความช่วยเหลือ ได้รับการบริการที่ได้มาตรฐาน

(5.4.2) ผู้มารับบริการได้รับบริการที่เข้าถึง เข้าใจ ประทับใจ โดยได้รับบริการที่
มีความเป็นกันเอง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะต้องมีทัศนคติที่ดี เข้าใจถึงความเจ็บป่วย มีความรู้
ทางด้านจิตวิทยา ปรัชญา จิตวิทยาสังคม ที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มารับบริการที่เจ็บป่วย ไม่ว่าจะ
เป็นการเจ็บป่วยทางกาย ทางจิต รวมทั้งการให้คำปรึกษา

(5.4.3) ประชาชนมีช่องทางที่จะสะท้อนหรือให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นแก่
สถานบริการเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขได้

(5.5) จ่ายค้ำ การลงทุนในสถานบริการมี 3 ประเด็น คือ

(5.5.1) บริการที่ใช้ต้นทุนต่ำและผลลัพธ์สูง หมายถึง การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่
จำกัดนั้นให้สูงที่สุด คือ ได้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า

(5.5.2) คุ้มค่าง่าย คือ การลงทุนทรัพยากรที่หมายรวมถึง แรงงาน คน เวลา
ทรัพย์สิน เครื่องมือ ที่ได้ประโยชน์สูงสุด

(5.5.3) ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร ระบบการจัดสรรทรัพยากรที่
มุ่งเน้นความสมดุลระหว่างผลผลิต และความต้องการ

(5.6) ชุมชนมีส่วนร่วม (หรือชุมชนมีพลังอำนาจความเข้มแข็งมากขึ้น) หมายถึง การมี
ส่วนร่วมใน 3 ประเด็น คือ

(5.6.1) ประชาชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว
ตลอดจนสุขลักษณะของสิ่งแวดล้อมในชุมชน ทั้งนี้โดยมีบุคลากรสาธารณสุขคอยเอื้ออำนวยความ
สะดวกในการเรียนรู้ต่าง ๆ

(5.6.2) ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เช่น บัตร
ประกันสุขภาพ การจ่ายค่าบริการบางส่วนเมื่อไปรับบริการ การตั้งกองทุนสวัสดิการเพื่อมาให้
สวัสดิการคำปรึกษาพยาบาลแก่สมาชิก การเรียไรจากชาวบ้านเมื่อจำเป็นต้องใช้เงิน เพื่อประโยชน์
ของชุมชน โดยการร่วมแรงในกรณีที่ต้องการแรงงานของชาวบ้านเพื่อพัฒนาหมู่บ้านหรือซ่อม-
สร้างสถานบริการสุขภาพของชุมชน โดยรัฐทำหน้าที่จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ ส่วนชาวบ้านร่วมแรง

(5.6.3) ประชาชนมีส่วนร่วมในข้อเสนอในด้านการบริหาร และร่วมบริหารและ
จัดการด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งสามารถทำได้ในรูปแบบการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน หรือจัดตั้งกลุ่มที่เป็นตัวแทนด้านสุขภาพ เช่น ประชาคมสุขภาพ รวมทั้งประเมินผลสะท้อนความเห็นผ่านทางเวทีประชาคม เป็นกิจกรรมที่ปรึกษาเพื่อจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

(5.7) เป็นองค์รวม (holistic care) มี 3 ประเด็น คือ

(5.7.1) ในแง่ของการดูแลองค์รวมจะต้องให้การดูแลที่ครบถ้วน ทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการเป็นแบบ empathic relationship การประสานงานพูดคุยแบบเท่าเทียมกัน และเห็นใจซึ่งกันและกันจะทำให้ทราบถึงองค์ประกอบปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ประวัติครอบครัว ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต และอื่น ๆ

(5.7.2) มีระบบข้อมูลเอื้อให้เกิดบริการแบบองค์รวม รู้ถึงบุคคล ครอบครัว ชุมชนและจิตวิญญาณ โดยการจัดทำ family folder ฯลฯ

(5.7.3) มีการเชื่อมโยงบูรณาการ (integration) ของระบบบริการ คือ ส่งเสริม-ป้องกัน-รักษา-ฟื้นฟู และให้บริการต่อเนื่อง ทั้งขณะป่วยและไม่ป่วย และเมื่อป่วยมีระบบส่งต่อที่เชื่อมโยง 10 20 30 Care ที่ถูกต้องสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

(5.8) ต่อเนื่อง (continuity of care) มีความต่อเนื่องใน 3 ประเด็น คือ

(5.8.1) มีการดูแลต่อเนื่องตลอดเหตุการณ์ตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยที่บ้าน จนกระทั่งการเจ็บป่วยในครั้งนั้น ๆ (Episode Care) ทั้งที่บ้าน สถานบริการ สถานประกอบการ ฯลฯ

(5.8.2) การดูแลต่อเนื่องเมื่อส่งไปรักษาต่อในแต่ละระดับ จะต้องมีการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยง 10 20 30 care โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็น care-coordinator

(5.8.3) การจัดบริการรักษาพยาบาลที่มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกันอย่างหลากหลายเช่น การรักษาแผนปัจจุบันควบคู่กับพื้นบ้านการรักษาสมุนไพร การรักษาโดยการดูแลตนเอง การใช้ยาที่ สสมช. ฯลฯ

(5.9) พร้อมทั้งเรื่องอื่น ๆ การพัฒนาความสมบูรณ์อาจมีข้อแตกต่างกันตามสภาพพื้นที่และเงื่อนไขเวลาต่างๆ ดังนั้นสถานบริการปฐมภูมิจึงพร้อมที่จะพัฒนาเรื่องอื่นๆ ตามสถานการณ์และสถานที่พร้อมกันด้วยตลอดเวลา ตลอดทั้งการสอบถามชาวบ้านผู้ใช้บริการว่า มีความต้องการสถานบริการปฐมภูมิให้มีลักษณะอย่างไร เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีความรู้ทุกเรื่องอยู่ในทีมเดียวกัน polyvalent team ขอบเขตรับผิดชอบจำนวนประชากรไม่มากเกินไป ไม่น้อยเกินไป

สรุปได้ว่า การบริการปฐมภูมิได้มีการดำเนินการมานานแล้ว เพียงแต่มีการแยก การจัดบริการที่ต่างกรรมต่างวาระกัน สังกมทั่วไป จึงขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้ เมื่อ รัฐบาลมีนโยบายให้ดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดบริการ ปฐมภูมิและจัดตั้งหน่วยงานบริการปฐมภูมิ PCU เพื่อรองรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขทุกจุดจึงควรเรียนรู้ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐาน PCU เพื่อนำไป ดำเนินการในเรื่องเหล่านี้ให้สมบูรณ์ ซึ่งไม่เป็นสิ่งที่ยากเกินไปที่จะนำไปปฏิบัติได้ เพราะสถานี อนามัยทุกแห่งไม่ได้เริ่มต้นจากศูนย์ เพียงแต่ให้มีการปรับความคิด และปรับวิธีการทำงาน และ พัฒนาวิชาการและเครื่องมือในการทำงาน เช่น ระบบข้อมูล เครื่องมือ เครื่องใช้ในการทำงานต่างๆ และฝึกอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ อย่างเสมอภาคและเท่าเทียม รวมทั้งควรเปิดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและ ตรวจสอบได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง “ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อ ประสิทธิภาพการดำเนินงานของหน่วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี” พงงานวิจัยน่าสนใจดังนี้

1. งานวิจัยในประเทศ

บุษบา บุญยพลากร (2548) ทำการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการ ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน” ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 93.0 และระดับปานกลางร้อยละ 7.0 ตามลำดับ สำหรับระดับความรู้เกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความรู้ดี เคยได้รับการ ฝึกอบรมมาแล้ว 1-2 ครั้ง และสามารถนำมาพัฒนางานให้ดีขึ้นเพียงเล็กน้อย ด้านความเข้าใจใน บทบาทหน้าที่ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า อยู่ในระดับที่ต่ำร้อยละ 76.1 และปานกลาง ร้อยละ 23.2 ตามลำดับ ส่วนทัศนคติของเจ้าหน้าที่ 3 ด้าน ได้แก่ การปรับเปลี่ยนระบบงาน การ นิเทศติดตาม และการสนับสนุนจากผู้บริหาร หรือนโยบายที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับที่ร้อยละ 47.2 ระดับปานกลางร้อยละ 40.8 และระดับต่ำร้อยละ 12.0 ตามลำดับ สำหรับปัจจัย ที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตามโครงการสร้าง

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านการประเมินตามเกณฑ์

อำพน ธรรมโชติ (2548) ทำการศึกษาเรื่อง “การพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน ของพนักงาน การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค จังหวัดเพชรบุรี” ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาประสิทธิภาพ การทำงานของพนักงาน การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค จังหวัดเพชรบุรี ด้านความรู้ความสามารถในงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยระดับความเป็นจริงมาก เกี่ยวกับการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมอยู่ ตลอดเวลา เพื่อก้าวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมา คือความสนใจศึกษานวัตกรรมต่างๆ เพื่อนำมาปรับปรุงระบบงานให้ดียิ่งขึ้น และการเข้ารับการ อบรมตรงตามสายงานที่ปฏิบัติและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างสัมฤทธิ์ผลตามลำดับ

ลือชา โพธิ์พัฒนพงศ์ (2550) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานพยาบาลเขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานคร” ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจด้านอุปกรณ์การแพทย์สูงกว่าด้านอื่น รองลงมา คือ ความพึงพอใจด้านบริการทั่วไป ด้านสถานที่ ด้านบุคลากร ด้านคุณภาพของบริการ และด้านความเสมอภาค ผู้ใช้บริการที่มีปัจจัย ส่วนบุคคลแตกต่างกันในด้านอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน มีความพึงพอใจในการใช้ บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เห็นว่า มีปัญหาไม่ได้ รับความใส่ใจในการรักษาเนื่องจากค่าบริการทางการแพทย์ต่ำ รองลงมาผู้ป่วยไม่ได้รับความ สะดวกในการใช้บริการ

ธราวุฒิ เคนคำภา (2550) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของโครงการและความ พึงพอใจของประชาชนต่อโครงการเทศบาลเล็กในเทศบาลใหญ่ : กรณีศึกษาชุมชนบะขาม ตำบล ในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น” ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิผลของโครงการเทศบาลเล็กใน เทศบาลใหญ่ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีมิติด้านการกระจายอำนาจมีระดับประสิทธิผล อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านงบประมาณ ด้านการบริหาร และด้านบุคลากร มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากทุกด้าน ส่วนมิติด้านการมีส่วนร่วม โดยภาพรวมอยู่ในระดับปาน กลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านวันสำคัญและจารีตประเพณี ด้านการศึกษา อยู่ในระดับ ปานกลาง ส่วนด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนารายได้ ด้านอื่น ๆ ด้านสวัสดิการสังคม และด้านการส่งเสริมอาชีพและพัฒนารายได้อยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ ในส่วนของความพึงพอใจของประชาชนต่อโครงการเทศบาลเล็กในเทศบาลใหญ่ โดย

ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านวันสำคัญและจารีตประเพณี ด้านสวัสดิการสังคม ด้านส่งเสริมการมีส่วนร่วมและ พัฒนารายได้ ด้านการศึกษา ด้านอื่นๆ และด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการส่งเสริมอาชีพและพัฒนารายได้ อยู่ในระดับปานกลาง

โชคชัย ศิลปเดช (2551) ทำการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิภาพการให้บริการของธนาคารนครหลวงไทย จำกัด (มหาชน) : กรณีศึกษาสำนักงานสาขาในสังกัดสำนักงานเขต 13” ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) ประสิทธิภาพการให้บริการธนาคารนครหลวงไทย จำกัด (มหาชน) ในสังกัดสำนักงานเขต 13 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสถานที่ ด้านอุปกรณ์ และด้านระบบการให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ด้านบุคลากรอยู่ในระดับมาก 2) ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการให้บริการจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีเพศ อายุ และอาชีพ แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการให้บริการโดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ให้บริการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการให้บริการโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

กฤษกร มุลาลินน์ (2553) ทำการวิจัยเรื่อง “ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิผลการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ” ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) บุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผู้ปกครองเด็กเล็กมีความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิผลการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาพรวมอยู่ในระดับมาก 2) ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นภายในกลุ่มบุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า บุคลากรที่มีเพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ รายได้ต่อเดือนที่ต่างกันมีความคิดเห็นในภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน แต่บุคลากรที่มีสถานที่ปฏิบัติงานต่างกันมีความคิดเห็นในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนในกลุ่มของผู้ปกครองเด็กเล็ก พบว่า ผู้ปกครองที่มี เพศ และอายุต่างกัน มีความคิดเห็นในภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ปกครองที่มีวุฒิการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีความคิดเห็นในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างไรก็ตาม ผู้ปกครองเด็กเล็กที่มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่รับดูแลบุตรหลานต่างกันมีความคิดเห็นในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 3) ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นของกลุ่มบุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและกลุ่มผู้ปกครองเด็กเล็ก พบว่า ในภาพรวม ทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความคิดเห็นด้านผลผลิตแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการดำเนินงาน และด้านผลลัพธ์ พบว่า ความคิดเห็นของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ไพบูลย์ ตั้งใจ (2554) ทำการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน ตามหลักอทธิบาท 4 กรณีศึกษา บริษัท แอมพาสอินดัสตรี จำกัด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ” ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานตามหลักอทธิบาท 4 โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตามหลักอทธิบาท 4 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ในด้านการเอาใจใส่ในการปฏิบัติงาน ส่วนด้านความพยายามในการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน ตามหลักอทธิบาท 4 จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ฝ่ายที่สังกัด และประสบการณ์การทำงาน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ได้แก่ รายได้ยังไม่เพียงพอ สภาพแวดล้อมยังไม่ค่อยสะอาด สวัสดิการยังไม่ครอบคลุม เทคโนโลยีในด้านงานเอกสารยังไม่ดีพอ สถานที่จอดรถน้อยและยังต้องเสียค่าที่จอดรถ ความล่าช้าด้านเอกสาร การให้คำปรึกษากับลูกค้ายังไม่ดีเท่าที่ควร และ เจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอ ดังนั้นแนวทางการนำหลักอทธิบาท 4 มาประยุกต์ใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน สามารถทำได้ทั้ง 4 ด้าน โดยการพัฒนาด้านฉันทะ วิริยะ จิตตะ และวิมังสา เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานให้ดียิ่งขึ้น

2. งานวิจัยต่างประเทศ

อเดย์ และแอนเดอร์เซิน (Aday and Andersen, 1978 อ้างถึงในเพชรราลย์ วิระเดชะ, 2550, หน้า 22-23) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เมื่อ ค.ศ. 1970 โดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนจำนวน 4,966 คน ที่มีต่อศูนย์บริการสุขภาพ พบว่า เรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุด คือ ความไม่สะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ การศึกษาดังกล่าว ได้สรุปถึงความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการรักษาพยาบาล 6 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการทางการแพทย์และความรู้สึของผู้ป่วยที่ได้รับจากบริการ ซึ่งช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ว่า ได้มีการเข้าถึงผู้ใช้บริการมากน้อยเพียงใด คือ

- (1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (convenience)

- (2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (coordination)
- (3) ความพึงพอใจต่ออริยาสัยและความสนใจของผู้บริการ (courtesy)
- (4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับการบริการ (medical information)
- (5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ (quality of care)
- (6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (out of pocket cost)

ลินช์ และชูลเลอร์ (Lynch and Schuler, 1990 อ้างถึงในสมหายประภา มลิวัลย์, 2551, หน้า 22) ได้ศึกษาถึงแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล โดยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างของผู้รับบริการ ผลการศึกษา พบว่าแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการมี 3 ประการ คือ 1) การได้รับบริการ 2) การเคยได้รับบริการ เช่น เคยมาตรวจที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก ห้องคลอด ห้องตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ห้องปฐมพยาบาลและฉุกเฉิน เป็นต้น และ 3) ความเชื่อของผู้ป่วย เช่น ความเชื่อในความสามารถและความชำนาญของพยาบาลผู้ให้การดูแล หรืออุปกรณ์การรักษาที่ทันสมัย สามารถช่วยชีวิตได้ เป็นต้น

ฮอลคอมบ์ อัดัมส์ พอนเดอร์ และรีทซ์ (Holcomb, Adams, Ponder and Reitz, 1989, อ้างถึงใน พิมพ์ชนก ศันสนีย์, 2540) ได้ศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้บริโภครักษาพยาบาลทางจิตเวช โดยทำการสำรวจในกลุ่มผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาพยาบาลทางจิตเวชจำนวน 366 คน จากสถานพยาบาลทางจิตเวชจำนวน 8 แห่ง ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจของผู้บริโภคมาจาก 3 ปัจจัยหลัก ๆ คือ 1) ความพึงพอใจต่อการบริการของสถานพยาบาลโดยภาพรวม 2) การให้ความนับถือและให้เกียรติแก่ผู้บริโภค และ 3) ความพึงพอใจที่มีต่อสภาพแวดล้อมโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

โฮวาท (Howat, 2002 อ้างถึงในฉันทิญา แดงประเสริฐ, 2553, หน้า 39) ได้ศึกษาพฤติกรรมความพึงพอใจของลูกค้าในการใช้บริการ ณ ออสเตรเลียอควาติกเซ็นเตอร์ (Australian Aquatic Centre) ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจขึ้นอยู่กับคุณภาพการบริการ เช่น สระน้ำที่สะอาด ความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ รวมถึงประสบการณ์และความรู้ของผู้ให้บริการ

คาร์โบวียาค (Karbowiak, 2003 อ้างถึงในฉันทิญา แดงประเสริฐ, 2553, หน้า 39) ได้ศึกษาระบบบริการด้านประปาของเมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย ผลการศึกษา พบว่า การบริการน้ำประปาเป็นการบริการสาธารณะโดยรัฐเป็นผู้ให้บริการซึ่งไม่มีคู่แข่ง เนื่องจากน้ำประปาจัดเป็นบริการพื้นฐานที่รัฐจะต้องจัดการให้แก่ประชาชน จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผล ได้แก่

ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการที่จะสามารถนำไปสู่การยอมรับและพึงพอใจของลูกค้าที่ใช้บริการ

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้วิจัยได้นำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์ในการใช้บริการ

ตัวแปรตาม ได้แก่ การให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน การให้บริการอย่างรวดเร็วและทันเวลา การให้บริการอย่างเพียงพอ การให้บริการอย่างต่อเนื่อง และ การให้บริการอย่างก้าวหน้า

มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี