

## บทที่ 2

### ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมได้จากการศึกษา หนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่ง  
จะได้นำเสนอ 3 ลักษณะ คือ

1. สถานีอนามัย
2. ความพึงพอใจ
3. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ซึ่งรายละเอียดของแต่ละลักษณะมีดังนี้

#### สถานีอนามัย

##### 1. ประวัติและความเป็นมาของสถานีอนามัย

แนวคิดของการจัดตั้งสถานีอนามัย ถือกำเนิดขึ้นในประเทศอังกฤษเมื่อปี พ.ศ. 2463  
ในชื่อของ "Primary Health Centre" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ผสมผสาน งานบริการทาง  
การแพทย์ (Medical Care) เข้ากับงานป้องกันโรค (Preventive Services)

ในปี พ.ศ. 2474 มีการประชุมกันในยุโรป เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของประชาชนในชนบท  
ที่ประชุมสนับสนุน ให้จัดตั้งสถานีอนามัยชนบท (Rural Health Centre) เพื่อเป็นสถานที่ให้  
บริการส่งเสริมสุขภาพ และบำรุงสุขภาพประชาชนในเขตรับผิดชอบ ซึ่งแนวคิดเหล่านี้ได้ขยายไปสู่  
ประเทศต่าง ๆ ในยุโรปอย่างกว้างขวาง และขยายไปทั่วโลกหลังสงครามโลกครั้งที่ 2

สถานีอนามัยในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แต่  
สถานีอนามัยในประเทศกำลังพัฒนามักดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับผู้ช่วย (Auxilia-  
ry Health Personnel) ส่วนใหญ่ทำหน้าที่คล้ายๆ กัน ได้แก่ การบริการ การแพทย์ในระดับ  
ต้น งานอนามัยแม่และเด็ก งานอนามัยโรงเรียน งานวางแผนครอบครัว งานควบคุมโรคติดต่อ  
งานพัฒนาสุขภาพิบาล งานสุขศึกษา และงานสถิติชีพ โดยเน้นการทำงานในลักษณะผสมผสาน  
(Integrated Approach) เป็นสำคัญ ในช่วงหลังปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา ได้มีการปรับแนว

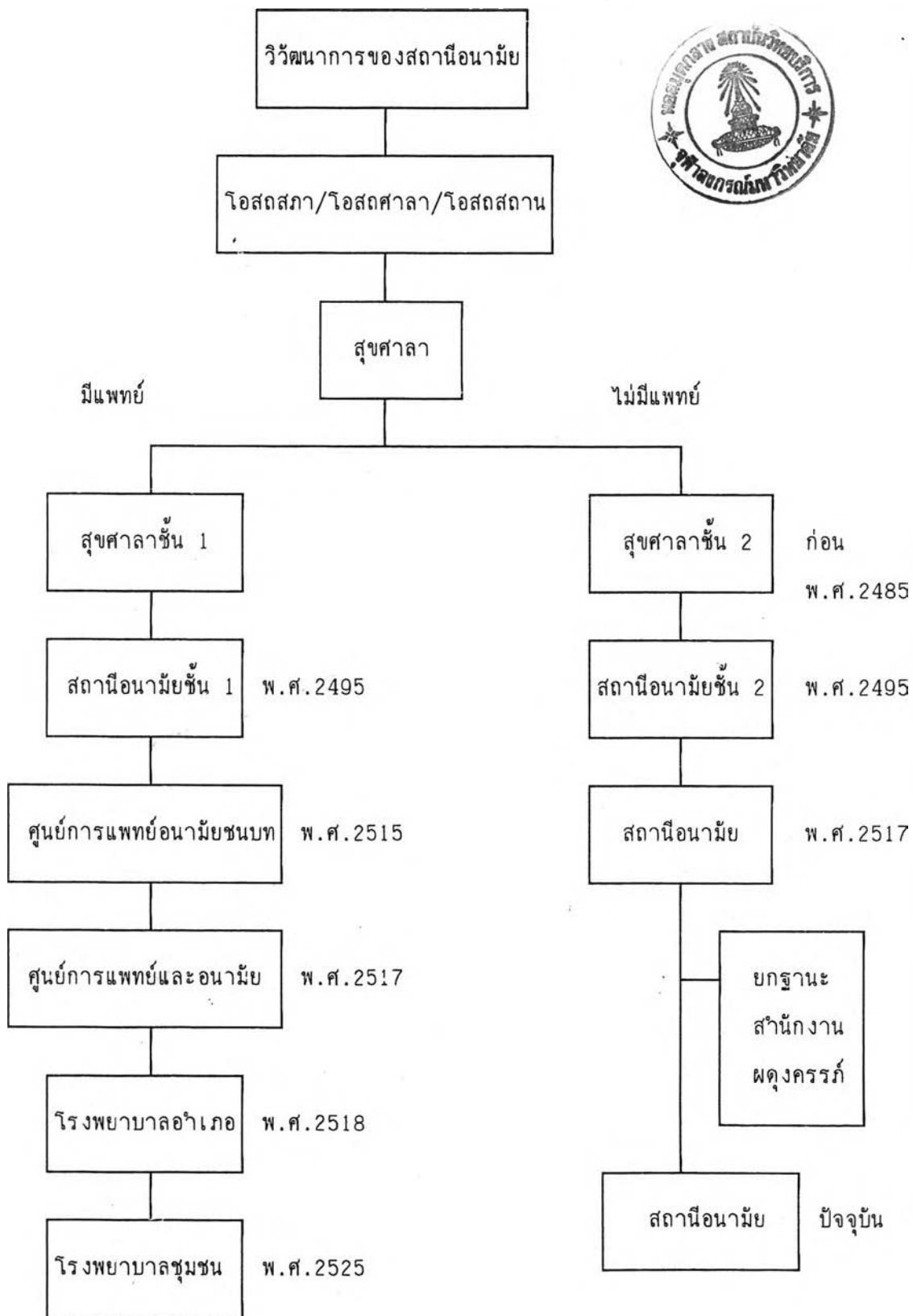
ทางการทำงานโดยเน้นชุมชน (Community - Oriented) มากยิ่งขึ้น

ในประเทศไทย ก่อนปี พ.ศ.2495 ยังไม่มีสถานบริการที่เรียกว่าสถานอนามัย แต่มี "โอสถสภา หรือ โอสถศาลา หรือ โอสถสถาน" ในบางจังหวัด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2456 ทำหน้าที่ทั้งการบำบัดโรคและเป็นสำนักงาน ของแพทย์สาธารณสุข (ป้องกันโรค) ด้วย ต่อมาปี พ.ศ.2475 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น "สุขศาลา"

สุขศาลาที่มีแพทย์ประจำเรียกชื่อว่า "สุขศาลาชั้นหนึ่ง" ที่ไม่มีแพทย์ประจำเรียกชื่อว่า "สุขศาลาชั้นสอง" สุขศาลาชั้นหนึ่งพัฒนามาเป็นสถานอนามัยชั้นหนึ่งเมื่อปี พ.ศ.2495 ซึ่งต่อมา กลายเป็น "ศูนย์การแพทย์อนามัยชนบท" (พ.ศ.2515) เป็น "ศูนย์การแพทย์และอนามัย"(พ.ศ. 2517) เป็น "โรงพยาบาลอำเภอ" (พ.ศ.2518) และเป็น "โรงพยาบาลชุมชน"(พ.ศ.2525) จนถึงปัจจุบัน

ส่วนสุขศาลาชั้นสอง ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น "สถานอนามัยชั้นสอง" (พ.ศ.2495) และ เป็น "สถานอนามัย" (พ.ศ.2517) จนถึงปัจจุบัน อนึ่งในช่วงปี พ.ศ.2497 ยังมีสถานอนามัย ทั้งชั้นหนึ่งและชั้นสองไม่มากนัก ได้มีการจัดตั้งสำนักงานผดุงครรภ์ขึ้นในระดับหมู่บ้าน เพื่อให้การ สงเคราะห์แก่มารดาและทารก ซึ่งต่อมาได้ยกฐานะ สำนักงานผดุงครรภ์ทั่วประเทศ ประมาณ 1,400 แห่ง ขึ้นเป็นสถานอนามัยทั้งหมด เมื่อปี พ.ศ.2525 ซึ่งสรุปได้ดังแผนภูมิที่ 2 (อำพล จินดาวัณณะ, 2536)

แผนภูมิที่ 2 แสดงวิวัฒนาการของสถานื่อนามัยจากอดีตจนถึงปัจจุบัน



## 2. ลักษณะของสถานือนามัย

สถานือนามัย ของกระทรวงสาธารณสุข ได้วิวัฒนาการทั้งด้านโครงสร้าง และการบริการประชาชนตั้งแต่ปี 2456 เป็นต้นมา เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ฉะนั้น สถานือนามัยในช่วงทศวรรษนี้ ( 2535 - 2544 ) จึงได้จัดแบ่งเป็น 2 ลักษณะตามโครงสร้าง และระดับขีดความสามารถในการบริการประชาชน

2.1 สถานือนามัยทั่วไป หมายถึง สถานือนามัยส่วนใหญ่ของประเทศที่มีบทบาทและความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้รวมทั้งสิ้น 4 งาน อันได้แก่ การบริการสาธารณสุขผสมผสาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน การบริหารงานวิชาการ งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ มีกรอบอัตรากำลังและอาคารบ้านพัก ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด

2.2 สถานือนามัยขนาดใหญ่หมายถึง สถานือนามัยที่พัฒนาขึ้นมาจากสถานือนามัยทั่วไป มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามที่กำหนด มีขีดความสามารถและมาตรฐานการปฏิบัติงานบางอย่าง สูงกว่าสถานือนามัยทั่วไป อาทิ เช่น งานบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้ ยังต้องทำหน้าที่เป็นสถานือนามัยพี่เลี้ยง สนับสนุนสถานือนามัยทั่วไป ทั้งในด้านการบริการรับส่งต่อผู้ป่วย การบริหาร และวิชาการ มีกรอบอัตรากำลัง อาคารสิ่งก่อสร้าง ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนดและมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ คือ

ก. เป็นสถานือนามัยที่อยู่ในชุมชน ที่เป็นศูนย์กลางของตำบลนั้นและตำบลข้างเคียงทั้งด้านภูมิศาสตร์และการคมนาคม เหมาะสมที่จะเป็นแม่ข่าย ของสถานือนามัยลูกข่ายใกล้เคียงและมีปริมาณงานสูง/หรือ

ข. สถานือนามัย ที่อยู่ในพื้นที่ ทุรกันดาร ห่างไกลยากต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งมีความจำเป็นต้องมี สถานือนามัยขนาดใหญ่ โดยมีเงื่อนไขที่ตั้ง และปริมาณงานเช่นเดียวกับ (ก) หรือน้อยกว่า แต่มีสำนักงานสาธารณสุขชุมชน ในความรับผิดชอบตั้งแต่ 2 แห่งขึ้นไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2535)

## 3. การก่อสร้างสถานือนามัยขนาดใหญ่

ในปัจจุบันมีสถานือนามัยเดิมที่เข้าหลักเกณฑ์ สถานือนามัยขนาดใหญ่ ประมาณ 1,576 แห่ง หรือประมาณร้อยละ 20 ของสถานือนามัยทั้งหมด ซึ่งตามหลักเกณฑ์แล้วควรได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพิ่มมากกว่าสถานือนามัยทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การขยายพื้นที่ใช้สอยให้

เพียงพอกับงานบริการที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามอาจมีบางตำบล ที่จำเป็นต้องก่อสร้างสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ เนื่องจากเป็นศูนย์กลางของตำบลข้างเคียงและมีการก่อสร้างสถานีนอนามัยใหม่แห่งที่ 2 ในตำบลเดียวกัน เนื่องจากเป็นตำบลที่มีประชากรมากโดยมีรายการก่อสร้างดังนี้

3.1 อาคารสถานีนอนามัย ขนาดพื้นที่ใช้สอย 220 ตารางเมตร สำหรับทดแทนสถานีนอนามัยเดิม ที่มีอายุการใช้งาน เกินกว่า 15 ปี ซึ่งมักจะเป็น อาคารไม้แบบเก่า (พื้นที่ใช้สอยของสถานีนอนามัยแบบเก่าหรือสถานีนอนามัยทั่วไป มีพื้นที่ใช้สอย 70 ตารางเมตร) หรือ

3.2 อาคารต่อเติม ขนาดพื้นที่ใช้สอย 150 ตารางเมตร สำหรับสถานีนอนามัยที่มีอายุใช้งานไม่เกิน 15 ปี เมื่อรวมกับพื้นที่ใช้สอยเดิม 70 ตารางเมตร จะมีพื้นที่ใช้สอยรวม 220 ตารางเมตร

3.3 บ้านพักข้าราชการระดับ 3-4 จำนวน 1 หลัง บ้านพักข้าราชการ ระดับ 1-2 จำนวน 2 หลัง

3.4 รั้วตาข่าย ประตู ป้ายชื่อ ถนน และระบบประปาขนาดเล็ก

#### การก่อสร้างสถานีนอนามัยทดแทน และปรับปรุงสถานีนอนามัยเดิม

เป็นการขยายพื้นที่ใช้สอย ของสถานีนอนามัยทั่วไปทุกแห่งให้มีขนาด 150 ตารางเมตร เพื่อความเหมาะสมกับการให้บริการ และอัตรากำลังของสถานีนอนามัยทั่วไป ซึ่งเดิมพื้นที่ใช้สอยเพียง 70 ตารางเมตร

#### รายการก่อสร้าง

ก. อาคารสถานีนอนามัยทดแทน พื้นที่ใช้สอย 150 ตารางเมตรสำหรับสถานีนอนามัยที่มีอายุใช้งานเกิน 15 ปี หรือ

ข. อาคารต่อเติมสถานีนอนามัยขนาดพื้นที่ใช้สอย 70 ตารางเมตร โดยต่อเติมชั้นล่างอาคารเดิม

ค. บ้านพักเจ้าหน้าที่เพิ่มเติม จำนวน 1 หลัง

ง. รั้ว ถนน และ ระบบประปา

**หมายเหตุ :** เมื่อก่อสร้างตามเป้าหมายในปี 2544 แล้วจะมีสถานีนอนามัย จำนวน 9,429 แห่ง ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. สถานีนอนามัยทั่วไปขนาดพื้นที่ใช้สอย 150 ตารางเมตรจำนวน 7,853 แห่ง

2. สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ขนาดพื้นที่ใช้สอย 220 ตารางเมตร จำนวน 1,576

แห่ง

#### 4. บทบาทของสถานื่อนามัย

บทบาทของสถานื่อนามัย ก่อนปี พ.ศ.2520 มีลักษณะคล้ายคลึง กับสถานื่อนามัย ในประเทศอื่น ๆ คือ รับผิดชอบการดำเนินงาน 10 เรื่อง ดังนี้

- (1) งานควบคุมป้องกันโรค
- (2) งานอนามัยแม่และเด็ก
- (3) งานอนามัยโรงเรียน
- (4) งานโภชนาการ
- (5) งานรักษาพยาบาล
- (6) งานสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด
- (7) งานสุขศึกษา
- (8) งานเจ้าหน้าที่ยาดำรากลวง
- (9) งานชั้นสูตรโรค
- (10) งานสถิติชีพ

โดยการดำเนินงานเป็นไปในลักษณะของ การบริการแบบผสมผสาน บทบาทของสถานื่อนามัยได้รับการพัฒนาและปรับปรุงเรื่อยมาตามปัญหาสาธารณสุขนโยบาย และความจำเป็นจนถึงปี พ.ศ.2531 สถานื่อนามัยต้องรับผิดชอบงาน 35 งาน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

- ก. การจัดบริการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ
- ข. การสนับสนุนประชาชน และชุมชนในการพัฒนาสาธารณสุข ตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน
- ค. การฝึกอบรมประชาชน อาสาสมัคร และนักศึกษาด้านสาธารณสุขรวมทั้งการพัฒนางานวิชาการ
- ง. การสนับสนุนการพัฒนาชนบทแนวใหม่ การประสานงาน และดำเนินงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

#### 5. หน้าที่และความรับผิดชอบของสถานื่อนามัย

สถานื่อนามัยมีหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

- 5.1 งานบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 5 สาขา ดังนี้คือ

1.) ด้านส่งเสริมสุขภาพให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมาย และเน้นการพัฒนาวิถีชีวิตเชิงรุกที่เหมาะสม ได้แก่

1.1) การบริการอนามัยแม่และเด็ก ให้การดูแลแม่ ตั้งแต่เริ่มมีครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด ตลอดจนดูแลเด็ก 0-5 ปีในด้านการเจริญเติบโต การพัฒนาการของเด็ก ตลอดจนดูแลด้านโภชนาการ ทั้งค้นหา ฝ้าระวัง และติดตามทางโภชนาการแก่หญิงมีครรภ์ เด็ก 0-5 ปี และเด็กวัยเรียน

1.2) การบริการวางแผนครอบครัว ให้บริการ วางแผนครอบครัว ในสถานบริการตลอดจนค้นหาติดตามและรณรงค์วางแผนครอบครัวให้ครอบคลุมเป้าหมาย

1.3) การดูแลเด็กวัยเรียน และเยาวชน ให้บริการอนามัยเด็กวัยเรียน วางแผนและให้บริการอนามัยในโรงเรียนที่รับผิดชอบ และดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการรักษาพยาบาล ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการ เด็กในวัยเรียน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพแก่เยาวชนนอกระบบโรงเรียน

1.4) การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป ให้บริการส่งเสริมการออกกำลังกายแก่บุคคลทั่วไป ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ตลอดจน การให้บริการไอโอดีนในพื้นที่ที่มีปัญหาการขาดสารไอโอดีน

1.5) การบริการทันตสาธารณสุข จัดบริการทันตสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนทั่วไปในเขตรับผิดชอบ ให้การสนับสนุนประชาชน, ชุมชนในการพัฒนางานทันตสาธารณสุขตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการพัฒนาวิชาการและฝึกอบรมอาสาสมัคร

1.6) การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้ประชาชน มีความรู้ ทราบข่าวสารที่ถูกต้อง สามารถเลือกบริโภคอาหาร ที่ปลอดภัย มีคุณภาพได้มาตรฐาน ฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย และไม่ได้มาตรฐาน ตลอดจนสนับสนุน การดำเนินงานของกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค

2.) ด้านรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ ให้บริการได้ ตามสภาพปัญหาของชุมชนในเขตรับผิดชอบ ได้แก่ เขตทุรกันดาร เขตชนบท เขตชนบทกึ่งเมือง เขตเกษตรกรรม โดยสามารถปฏิบัติภารกิจได้ตามเกณฑ์การปฏิบัติงานทั้งใน และนอกสถานบริการ มีขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ตลอดจนรักษาพยาบาลโรคต่าง ๆ ได้ตามเกณฑ์ทั้งโรคทั่วไป และโรคประจำถิ่น ดังต่อไปนี้ คือ

2.1) เกณฑ์การปฏิบัติงาน สามารถพัฒนาการรักษาพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาสุขภาพอนามัย ของแต่ละท้องถิ่นทั้งโรคทั่วไปและโรคประจำถิ่น โดยสามารถ ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และคัดกรองผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง, ผู้ป่วยอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ นอกจากนั้นแล้วสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยจัดระบบส่งต่อได้เหมาะสม

2.2) ชี้ความสามารถ ในการปฏิบัติงาน ในการปฐมพยาบาล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแล และรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังต่อจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยัลยกรรมด้านสูติกรรม ด้านทันตกรรม

2.3) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ จำนวน 207 โรคทั้งการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ

### 3.) ด้านควบคุมและป้องกันโรค

เผ่าระวังทางระบาดวิทยา ดำเนินการป้องกันการเกิดโรคทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อไม่ให้เกิดการกระจายของโรค

3.1) การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม เพื่อลดอัตราความชุกชุมและความรุนแรงของโรค โดยการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค ให้ภูมิคุ้มกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ให้สุขศึกษาและฝึกอบรมประชาชน ครู นักเรียนในการรณรงค์ทำลายแหล่งนำโรคตามลักษณะของกลุ่มโรคติดต่อ ดังนี้

ก) กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป ได้แก่ โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคหนองพยาธิ โรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็ก และโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

ข) กลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยแมลง หรือยุงเป็นพาหะ ได้แก่ ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ และโรคเท้าช้าง

ค) กลุ่มโรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัส ได้แก่ โรคเรื้อน วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

ง) กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คอตีบ ไอกรน โปสลิโอ บาดทะยัก

3.2) การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ เน้น การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค หรือลดปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการให้สุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนคัดกรองผู้ป่วยในประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ได้แก่ โรคไม่ติดต่อทั่วไปและโรคไม่ติดต่อเฉพาะ เช่น โรคเกิดจากพฤติกรรม อุบัติเหตุ พันธุกรรม และอื่น ๆ

3.3) การอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้บริการเพื่อการควบคุมป้องกันโรค ซึ่งมาจากน้ำ อาหารและอากาศ พัฒนามาตรการการให้บริการตามสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ โดยให้



เทคโนโลยีที่เหมาะสม ได้แก่

ก) จัดหาน้ำสะอาด โดยส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ได้บริโภค น้ำที่สะอาดปราศจากเชื้อ ปลอดภัยในการบริโภค

ข) สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยส่งเสริมและให้บริการประชาชน ในการ ปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่รับผิดชอบ โดยสนับสนุนให้มีและใช้ส้วมที่ถูกหลัก สุขาภิบาล การป้องกันกำจัดแมลงพาหะนำโรค การกำจัดน้ำเสียจากบ้านเรือน การรักษาความ สะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อย ของบ้านเรือนทุกหลังคาเรือน ตลอดจนการปรับปรุง สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและสถานประกอบการ

ค) งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม โดยตรวจสอบและเฝ้าระวัง สภาพแวดล้อม ได้แก่ การปนเปื้อนสารเคมี และเชื้อโรคในแหล่งน้ำส่วนใหญ่ ตลอดจนมลพิษใน อากาศ

ง) งานสุขาภิบาลอาหาร ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความ เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย เปลี่ยนแปลงนิสัยการ บริโภคให้ถูกต้อง สามารถพิทักษ์ผลประโยชน์ และดูแลตนเองได้ รวมทั้งส่งเสริมให้สถานที่ปรุง ประกอบและจำหน่ายอาหาร ทั้งในชุมชนและโรงเรียน มีการปรับปรุงให้ได้มาตรฐาน หรือข้อ กำหนดทางสุขาภิบาลอาหาร

3.4) ด้านอาชีวอนามัย ส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้ประกอบการอาชีพทุกประเภท ตามความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ ตลอดจนป้องกันและควบคุมโรค และอุบัติเหตุ อันเนื่องมาจาก การประกอบอาชีพ

4.) ด้านฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ ให้การรักษาพยาบาล และดูแลผู้ป่วย เรื้อรัง โดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติ หรือป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ และช่วยเหลือดูแลผู้พิการในชุมชนรับผิดชอบอย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

5.) ด้านสนับสนุนบริการอื่น ๆ ในการให้สุขศึกษาถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุข เรื่องการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพโดย วิธีการทางสุขศึกษา ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการสาธารณสุขใน และนอกสถานบริการ รวมทั้งสถานศึกษา

## 5.2 งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน

5.2.1 ด้านสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน พัฒนาศักยภาพของประชาชน ให้ สามารถ ดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน โดยการสนับสนุนและดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน ให้

ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบและสนับสนุนองค์กรชุมชนด้านทรัพยากร การนิเทศงาน ตลอดจนให้ความรู้ในการแก้ไขปัญหา

5.2.2 ด้านพัฒนาชุมชน โดยวินิจฉัยปัญหาชุมชนและประสานงาน กับหน่วยงาน 6 กระทรวงหลักดำเนินการตามแผนและควบคุมกำกับงาน และประเมินผลความสำเร็จของงาน

### 5.3 งานบริหาร

5.3.1 ด้านบริหารงานทั่วไป การจัดระบบงานสาธารณสุข การเงิน การบัญชี การพัสดุและยานพาหนะ การซ่อมบำรุงอาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

5.3.2 ด้านวางแผนและประเมินผล ได้แก่ การวางแผนปฏิบัติการ จัดทำรายงาน ประสานข้อมูลข่าวสารและระบาควิทยา

5.3.3 ด้านประสานงานและประชาสัมพันธ์ ประสานงานกับ 6 กระทรวงหลัก องค์กรท้องถิ่นตลอดจนองค์กรเอกชน และเผยแพร่กิจกรรมของหน่วยงานให้เป็นที่แพร่หลายในทุกระดับ

### 5.4 งานวิชาการ

ด้านการวิจัยเบื้องต้น ให้สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหา ของสถานบริการและสภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ตลอดจนร่วมโครงการวิจัยต่างๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ

### ความพึงพอใจและการใช้บริการทางด้านสุขภาพอนามัย

ความพึงพอใจ ตามคำจำกัดความของพจนานุกรมทางด้านจิตวิทยา กล่าวว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย หรือเป็นความรู้สึกขั้นสุดท้าย (end-state in feeling) ที่ได้รับผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ (Wallestein, 1971)

ความพึงพอใจ ตามพจนานุกรมทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ กล่าวว่า เป็นสภาพความรู้สึกของบุคคลที่มีความสุข ความอึดเอมใจ เมื่อความต้องการหรือแรงจูงใจของตนได้รับการสนองตอบ (Wolman, 1973)

วรูม (Vroom, 1964) กล่าวว่า ทศนคติ และความพึงพอใจในสิ่งหนึ่งที่สามารถใช้แทนกันได้ เพราะทั้งสองคำนี้จะหมายถึง ผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น และ

ทัศนคติด้านบวกจะแสดงให้เห็นถึงสภาพความพอใจในสิ่งนั้น และทัศนคติด้านลบจะแสดงให้เห็นภาพความไม่พอใจนั่นเอง

ทิฟฟินและแมคคอร์มิค (Tiffin and McCormic, 1965) กล่าวว่าความพึงพอใจเป็นแรงจูงใจของมนุษย์ที่ที่ตั้งอยู่บนความต้องการพื้นฐาน (Basic Needs) มีความเกี่ยวข้องกับอย่างใกล้ชิดกับผลสัมฤทธิ์ และสิ่งจูงใจ (Incentive) และพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ต้องการ

กู๊ด (Good, 1973) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง คุณภาพ สภาพ หรือระดับของความชอบ ความพอใจ ซึ่งเป็นผลจากความสนใจต่าง ๆ และทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งนั้น

วิลลิสทรี ทรียงกูร (2526) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจ เป็นการให้ค่าความรู้สึกของคนเรา ที่สัมพันธ์กับโลกทัศน์ ที่เกี่ยวกับความหมายของสภาพแวดล้อม ค่าความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสภาพแวดล้อมจะแตกต่างกัน เช่น ความรู้สึก ดี-เลว พอใจ-ไม่พอใจ สนใจ-ไม่สนใจ เป็นต้น

หลุย จำปาเทศ (2533) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความต้องการ (Need) ได้บรรลุเป้าหมาย พฤติกรรมที่แสดงออกมากีจะมีความสุข สัมผัสได้จากสายตา คำพูด และการแสดงออก

จากความหมายของความพึงพอใจที่รวบรวมมานี้ ส่วนใหญ่จะมีความคิดเห็นคล้ายคลึงกัน พอจะสรุปได้ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนอง หรือบรรลุ ตามจุดมุ่งหมายในระดับหนึ่ง ความรู้สึกดังกล่าว จะลดลง หรือไม่เกิดขึ้นหากความต้องการหรือ จุดหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง.

ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ จึงเป็นความรู้สึกของผู้ที่มารับบริการต่อสถานบริการตามประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าไปติดต่อขอรับบริการในสถานบริการนั้น ๆ

#### ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

จากการศึกษาแนวความคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวกับความพึงพอใจ ที่มีผู้กล่าวไว้ในอดีตพอจะรวบรวมได้ดังนี้

ฮิลการ์ดและคณะ ( Hilgard and Others, 1971 ) กล่าวว่า สิ่งจูงใจ ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจเป็นสิ่งจูงใจทางบวก(Positive Incentive) ได้แก่กิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นสภาพแวดล้อมทางวัตถุ ที่จะสร้างความรู้สึกรับพึงพอใจตามเงื่อนไขของความต้องการ เช่น น้ำ เป็นสิ่งจูงใจที่สร้างความพึงพอใจต่อแรงขับเกี่ยวกับความกระหาย อย่างไรก็ตามบางครั้งสิ่งจูงใจทางบวก ก็ไม่ได้สร้างความพอใจต่อความต้องการทางกายภาพ แต่อาจเกิดจากเหตุผลเฉพาะตัวของบุคคล เช่น รสหวาน อาจเป็นความพอใจของแต่ละบุคคล แม้ว่าจะไม่ได้ให้คุณค่าทางอาหาร

เชลเลย์ (Shelly, 1975) ได้ศึกษาแนวความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ สรุปได้ว่าความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกสองแบบของมนุษย์ คือ ความรู้สึกในทางบวกและความรู้สึกในทางลบ ความรู้สึกทางบวก เป็นความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความสุข ความสุขนี้เป็นความรู้สึกที่แตกต่างจากรู้สึกในทางบวกอื่น ๆ กล่าวคือ เป็นความรู้สึกที่มีระบบย้อนกลับสามารถทำให้เกิดความสุข หรือ ความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นได้อีก ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความรู้สึกทางบวก ความรู้สึกทางลบ และความสุขมีความสัมพันธ์กันอย่างสลับซับซ้อน และระบบความสัมพันธ์ ของความรู้สึกทั้งสามนี้ เรียกว่าระบบความพึงพอใจ โดยความพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อระบบความพึงพอใจมีความรู้สึกทางบวก มากกว่าทางลบ

ได้มีการจัดกลุ่ม แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในรูปแบบของแรงจูงใจต่าง ๆ ได้แก่ ทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์(Maslow's General Theory of Human Motivation) (Abraham M.Maslow, 1970) ซึ่งกล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์( Human Basic Needs) แบ่งออกเป็น 5 ชั้น และความต้องการขั้นแรก จะต้องได้รับการตอบสนองก่อน จึงจะสามารถตอบสนองความต้องการขั้นต่อไปได้ โดยแบ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ออกเป็น 5 ชั้น ดังนี้

1. ความต้องการทางร่างกาย (Physical needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการอยู่รอดของชีวิต ได้แก่ ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การขับถ่าย การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวด การเคลื่อนไหว และความต้องการทางเพศ

2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety and security needs) ได้แก่ ความต้องการความมั่นใจ ความเท่าเทียมกัน ความสม่ำเสมอ ความไว้วางใจ ตลอดจนความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมที่อันตราย

3. ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ(Love and belonging needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความใกล้ชิด ความอบอุ่น เห็นอกเห็นใจ ในสัมพันธภาพระหว่างกัน

4. ความต้องการการยอมรับนับถือ (Esteem needs) ได้แก่ การตระหนักในคุณค่า และความสามารถของตนเอง ต้องการได้รับการยอมรับจากอื่น การได้รับความเป็นอิสระ

5. ความต้องการที่จะบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต (self-actualization) ได้แก่ ความต้องการที่อยากจะสำเร็จ ตามความนึกคิด หรือ ความคาดหวัง ทะเยอทะยานใฝ่ฝัน ภายหลังจากที่มนุษย์ ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 4 ชั้นอย่างครบถ้วนแล้ว ความต้องการในขั้นนี้จะเกิดขึ้นและมักเป็นความต้องการที่เป็นอิสระ เฉพาะแต่ละคน ซึ่งต่างก็มีความนึกคิดใฝ่ฝันที่อยากได้รับผลสำเร็จในสิ่งอันสูงส่ง ในทัศนะของตน

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับสิ่งที่ต้องการก็จะมีคามพึงพอใจ แต่ถ้าไม่ได้รับในสิ่งที่ต้องการก็จะเกิดความไม่พอใจ



### แนวคิดเกี่ยวกับการใช้บริการทางด้านสุขภาพอนามัย

ในการบำบัดรักษาความเจ็บป่วย จะประกอบด้วย 2 ฝ่าย คือ ผู้เจ็บป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการรับบริการรักษาพยาบาล กับผู้ทำหน้าที่บำบัดรักษาซึ่งเป็นผู้ให้บริการ การที่บุคคลจะเลือกใช้บริการจากแหล่งใดนั้นมีปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจ มากมาย ซึ่งอาจสรุปได้ ดังนี้

ผู้ป่วย	ผู้ให้บริการ	ปัจจัยแทรกซ้อน
ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล	ปัจจัยที่มีผลให้ผู้บริการเลือกให้บริการในลักษณะใดแก่ผู้มารับบริการ	ความพอใจในการต้อนรับและเอาใจใส่ ของสถานพยาบาล ความพึงพอใจ ในการรักษาพยาบาล
— อาการเจ็บป่วย	— ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจและประชากรของผู้ป่วย	ระบบการส่ง ต่อผู้ป่วย
— ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมประชากร	— ความสามารถในการซื้อ	— โดยบุคลากร ทางการแพทย์
— ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ	— บริการของผู้ป่วย	— โดยเพื่อนฝูงญาติพี่น้อง ฯลฯ
	— ระบบและระเบียบในสถานบริการรักษาพยาบาล	
	— ความรู้ความชำนาญของผู้ให้บริการ	

จาก A Model of demand for medical Careในหนังสือ Health Services Research I, The Milbank Memorial Fund Quarterly Vol. XLIV No.3, 1966, P. 139

(อ้างถึงใน เบนจ่า ยอดคำเนิน , จรรยา เศรษฐบุตร และกฤตยา อาชวนิจกุล, 2523)

เพนซานสกี และโทมัส (1981 อ้างถึงใน วิภา คุณรงค์พิศิษฐ์กุล, 2525) ได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ได้จำแนกเป็น 5 ประเภทด้วยกัน คือ

1. ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความเพียงพอระหว่างการบริการที่มีอยู่ กับความต้องการของผู้รับบริการ

2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้ง ของสถานบริการ ระยะทาง เวลาที่ใช้ในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้รับบริการ

3. ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) คือ การที่ผู้ให้บริการดำเนินการจัดทรัพยากรต่างๆเพื่อที่จะรองรับและอำนวยความสะดวก แก่ผู้รับบริการ ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ปวยยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก

4. ความสามารถในการที่จะเสีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ(Affordability) หรือมีการประกันสุขภาพ

5. การยอมรับคุณภาพบริการ(Acceptability)ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532)ได้รวบรวมพฤติกรรมกาใช้บริการสุขภาพ โดยกล่าวว่า นักพฤติกรรมศาสตร์ได้สรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพออกเป็น 7 ประการใหญ่ๆ คือ

1. ลักษณะทางประชากร(Demographic factors) พบว่าลักษณะทางประชากรมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุข ลักษณะของประชากรรวมถึง อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว และสถานภาพสมรส

2. โครงสร้างทางสังคม(Social Structural Factors)โครงสร้างทางสังคมประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น

3. ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม(Social Psychology factors)ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ที่เกี่ยวกับการใช้บริการทางสุขภาพ ส่วนใหญ่จะพิจารณากับ ค่านิยมทางสุขภาพ(Health value) และบรรทัดฐานทางสังคม (Social norm) เกี่ยวกับสุขภาพ ทศนคติและความเชื่อของประชาชน ที่มีต่อเรื่องสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล (Life styles) และแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคล

4. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจฐานะ หรือทรัพยากรครอบครัว (Family Resources) ปัจจัย ทางเศรษฐกิจฐานะของครอบครัว จะเป็นสิ่งที่ช่วยใ้บุคคลหรือครอบครัวนั้น ๆ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้หรือไม่ ปัจจัยดังกล่าวนี้รวมถึง รายได้ของครอบครัวโดยส่วนรวม หรือของหัวหน้าครอบครัว

5. ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ปัจจัยนี้จะมุ่งพิจารณา และให้ความสำคัญ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือการบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ในการนี้รวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการ สภาพภูมิศาสตร์ของสถานบริการ และที่อยู่อาศัย ของหมู่บ้าน ว่าห่างไกลกันมากน้อยเพียงใด ตลอดจนการคมนาคมสะดวกสบายหรือไม่

6. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการกาให้บริการสุขภาพ(Organization factors) ปัจจัยนี้ รวมถึงการจัดรูปแบบ กระบวนการให้บริการสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก รวมทั้ง

พฤติกรรม การให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย

7. ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ (Health Systems) ปัจจัยนี้จะพิจารณาและให้ความสนใจระบบสาธารณสุขทั้งหมด ของแต่ละแห่ง ซึ่งนับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (Input) อันได้แก่นโยบายสังคม และงบประมาณหรือทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมา เพื่อใช้ในการดำเนินการสุขภาพของประชาชน

#### แนวคิดด้านการตลาดในการบริการด้านสุขภาพอนามัย

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจสังคม การเมืองและเทคโนโลยีด้านต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ทำให้ภาวะการตลาดมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย กล่าวคือ องค์กรทุกแห่งต่างก็มุ่งความสนใจที่จะตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคหรือผู้รับบริการ โดยผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการมุ่งผลิตสินค้า หรือการบริการให้แก่ผู้บริโภคหรือผู้รับบริการ ำให้เกิดความพอใจสูงสุดสินค้าหรือบริการที่มีคุณภาพด้วยราคายุติธรรม ซึ่งจะส่งผลโดยตรงให้องค์กรกำไรบรรลุผลกำไร และสามารถดำเนินธุรกิจอยู่ในขั้นก้าวหน้า และอยู่รอดต่อไปได้ ดังนั้น องค์กรหรือหน่วยงานทั่วโลกจึงให้ความสำคัญการตลาดและใช้เทคนิคทางการตลาดเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน รวมทั้งองค์กรสุขภาพก็จำเป็นต้องให้ความสนใจต่อความต้องการของผู้รับบริการ โดยพัฒนาบริการต่าง ๆ ให้ทันกับความต้องการของผู้รับบริการเสมอ เช่นเดียวกับที่องค์กรธุรกิจมุ่งผลิตสินค้าตอบสนองตามที่ต้องการ

สมาคมการตลาดของสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความหมายของ การตลาด (marketing) หมายถึง กิจกรรมด้านธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสินค้าหรือบริการ ซึ่งดำเนินการโดยผู้ผลิตไปสู่ผู้บริโภค (Young & Hayne, 1988) ส่วนคอตทบทน์ เสนอว่าการตลาด เป็นกระบวนการจัดการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะทำให้การบริการตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่าง 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ คือ พยาบาล แพทย์ และทีมสุขภาพอื่น ๆ ส่วนผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยและญาติ (Kotatcb, 1991)

ทฤษฎีที่จะนำมาใช้เป็นพื้นฐานทางการตลาดคือทฤษฎีการจูงใจของมาสโลว์ (Maslow) ซึ่งได้กล่าวแล้วข้างต้น และจากหลักการของทฤษฎีนี้เอง ทำให้ผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ จำเป็นที่จะต้องค้นหาความต้องการของผู้บริโภคหรือผู้รับบริการก่อน หลังจากนั้นจะต้องสร้างให้เกิดความต้องการบริการ และการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ำให้เกิดความพึงพอใจในบริการ นอกจากผลิตภัณฑ์หรือบริการแล้วยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ ที่นี้การตลาดใช้สนองความต้องการของผู้ใช้บริการ องค์ประกอบเหล่านี้ เรียกรวมกันว่า ส่วนผสมทางการตลาด (Marketing mix)



ซึ่งประกอบด้วย 4 P's ได้แก่

1. ผลิตภัณฑ์หรือบริการ (Product/service) หมายถึง สิ่งที่เสนอแก่ผู้บริโภค เพื่อตอบสนองความจำเป็นหรือความต้องการ ผลิตภัณฑ์จะรวมถึงสินค้า บริการ และกิจกรรมต่างๆ
2. สถานที่ (Place) หมายถึง สถานที่จัดจำหน่าย หรือให้บริการ ทักษะความสามารถในการเข้าถึง หรือความสะดวกในการรับบริการที่เสนอให้ ซึ่งจะเกี่ยวกับช่องทางการจำหน่าย หรือให้บริการและความครอบคลุมพื้นที่ ทำเลที่ตั้งและการเคลื่อนย้าย
3. ราคา (Price) หมายถึง การที่ผู้บริโภคจ่ายค่าผลิตภัณฑ์หรือค่าบริการ แก่ผู้ผลิต หรือผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการจะเป็นผู้กำหนดราคา และคิดค่าบริการในราคายุติธรรมซึ่งความหมายของราคามีใช่เป็นเพียงตัวเงินเท่านั้น แต่จะรวมถึง แรงงาน และผลประโยชน์ต่าง ๆ ด้วย
4. การส่งเสริมการจำหน่ายหรือการให้บริการ (Promotion) หมายถึง การแจ้ง หรือการบอกกล่าวให้ผู้รับบริการ ได้ทราบถึงลักษณะของสินค้าหรือการบริการ คุณค่าและประโยชน์ของสินค้าหรือ บริการนั้น ๆ โดยการใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อชักชวนให้เกิดความต้องการในการบริโภค หรือความต้องการในการใช้บริการตามมา การส่งเสริมการจำหน่ายสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การโฆษณาประชาสัมพันธ์ การใช้สื่อ เอกสาร แผ่นพับ เพื่อแจ้งข้อมูล เป็นต้น

สิ่งสำคัญของการตลาด คือ ผลิตภัณฑ์หรือ บริการที่จัดขึ้น รวมทั้งต้องพิจารณาส่วนผสมทางการตลาดตัวอื่น ๆ ด้วย และจำเป็นต้องเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการตลาดที่ใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผนด้านการตลาด เพื่อดำเนินการอย่างครอบคลุม ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์สภาวะการณ์ทางการตลาด หมายถึง การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนด้านการตลาดที่ดีขึ้นซึ่งจะต้องวิเคราะห์ส่วนผสมทางการตลาดทั้ง 4 P's โดยการสำรวจหรือสอบถามผู้รับบริการ
  - 1.1 ด้านผลิตภัณฑ์หรือบริการ ต้องวิเคราะห์ว่าบริการที่มีอยู่เดิมเป็นที่ต้องการของตลาดหรือไม่ ถ้าจะจัดบริการในรูปแบบใหม่ขึ้นมา ผู้รับบริการมีความต้องการหรือไม่
  - 1.2 ด้านการจัดสถานที่ ต้องวิเคราะห์ว่า ผู้รับบริการมีความต้องการได้รับความสะดวกสบาย ปลอดภัย รวดเร็วในการใช้บริการหรือต้องการให้มีศูนย์บริการเครือข่าย
  - 1.3 ด้านราคา ต้องวิเคราะห์ถึงความต้องการของผู้รับบริการ และวิเคราะห์ความราคาคืนทุน
  - 1.4 ด้านส่งเสริมการให้บริการ ต้องวิเคราะห์ถึงความสามารถในการรับฟังข่าวสารของผู้รับบริการ ผู้รับบริการต้องการให้สื่อข่าวสารทางใดจึงจะพอใจและรู้สึกอยากมาใช้บริการ

2. การวางแผนการตลาด หมายถึง การกำหนดแผนงานเพื่อมุ่งหวังที่จะให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ทางการตลาดที่ได้วางไว้ ซึ่งการวางแผนการตลาดนี้จะต้องมีการวางแผนในส่วนผสมทางการตลาดทั้ง 4 P's คือ

2.1 การวางแผนผลิตภัณฑ์หรือบริการ เพื่อให้เป็นที่ดึงดูดใจ ผู้รับบริการมากที่สุด และเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับผลตอบแทนที่คุ้มค่าที่สุด ซึ่งการวางแผนบริการ ต้องกำหนดเป้าหมายรูปแบบของบริการ เงินทุนงบประมาณ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน กำหนดบุคลากรที่ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อที่จะทำให้บริการนั้นมีคุณภาพดีที่สุด

2.2 การวางแผนด้านสถานที่ ต้องเลือกสถานบริการที่อำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการโดยคำนึงถึงการประหยัดเวลา และความสะดวกในการเดินทาง ตลอดจนรูปแบบการติดต่อสื่อสารที่ง่ายต่อการติดต่อขอรับบริการ

2.3 การวางแผนด้านราคา ต้องกำหนดราคาและคิดราคาให้เหมาะสมกับต้นทุน ซึ่งเป็นราคาที่ยุติธรรม และสามารถสู้กับหน่วยงานอื่นได้

2.4 การวางแผนส่งเสริมการให้บริการ ต้องกำหนดวิธีการเสนอบริการให้ผู้รับบริการได้รับทราบมากที่สุด โดยการใช้สื่อต่าง ๆ

3. การปฏิบัติและควบคุมให้เป็นไปตามแผน หมายถึง การนำแผนงานที่ได้วางไว้ดังกล่าวข้างต้นไปปฏิบัติและติดตามควบคุมดูผลว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่

4. การประเมินผลด้านการตลาดมีหลายวิธี เช่น การวิจัยการตลาดให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทางการตลาด เพื่อพัฒนางานบริการให้มีประสิทธิภาพ และตรงกับความต้องการของผู้รับบริการต่อไป (อัจฉิมา เศรษฐบุตร และ สายสวรรค์ วัฒนพานิช, 2535)

โดยสรุป สิ่งที่สำคัญ ต่อความสำเร็จขององค์กร ก็คือ ผู้บริหารขององค์กรจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และประยุกต์ใช้ส่วนผสมทางการตลาด(4P's) โดยเน้น การจัดการบริการให้มีคุณภาพ ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ การจัดสถานที่ให้เหมาะสม มีการส่งเสริมการให้บริการอย่างดี และคิดราคาอย่างเหมาะสม

กุลธนา ธนาพงศธร (2528) ได้สรุปถึงหลักการในการให้บริการ ซึ่งจำแนกเป็น 5 ข้อ ดังนี้

1. หลักความสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือ ประโยชน์และบริการที่องค์กรจัดให้ นั้น จะต้องตอบสนองความต้องการของบุคคลส่วนใหญ่ หรือทั้งหมด มิใช่เป็นการจัดให้แก่บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ

2. หลักความสม่ำเสมอ กล่าวคือ บริการนั้น ๆ จะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ มีี้ทำ ๆ หยุด ๆ ตามความพอใจของผู้ให้บริการ

3. หลักความเสมอภาค บริการที่จัดให้ นั้น จะต้องให้แก่ผู้มาใช้บริการทุกคน อย่างเสมอหน้าเท่าเทียมกัน ไม่มีการใช้สิทธิพิเศษแก่บุคคลใด หรือกลุ่มใดในลักษณะแตกต่างจากคนกลุ่มอื่นอย่างเห็นได้ชัด

4. หลักความประหยัด ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ไปในการให้บริการจะต้องไม่มากเกินไปกว่าผลที่จะได้รับ

5. หลักความสะดวก บริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะที่ปฏิบัติได้ง่ายสะดวกสบาย สิ้นเปลืองทรัพยากรไม่มากนัก ทั้งยังไม่เป็นการสร้างภาวะยุ่งยากใจให้แก่ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการมากเกินไป

ปรัชญา เวสารัชช (2521) จำแนกองค์ประกอบ หรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม ระหว่างการติดต่อของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือองค์ประกอบที่เกิดจาก ตัวเจ้าหน้าที่องค์การเอง องค์ประกอบด้านผู้รับบริการ และองค์ประกอบที่เกิดจากสภาพการติดต่อ ซึ่งองค์ประกอบที่เกิดจากสภาพการติดต่อที่ออกมา ย่อมมีผลสะท้อนในรูปของความพึงพอใจ หรือการกระทำซึ่งจะส่งผลย้อนไปหาเจ้าหน้าที่องค์การและองค์การเอง

#### 1. องค์ประกอบที่เกิดจากตัวเจ้าหน้าที่

การที่เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบางอย่างในการปฏิบัติต่อผู้รับบริการนั้น ขึ้นกับหลายประการ ดังต่อไปนี้

- ลักษณะทางจิตวิทยา การศึกษาในแง่นี้มองอารมณ์ บุคลิกภาพ สภาพจิตใจของเจ้าหน้าที่เป็นเกณฑ์ เจ้าหน้าที่ที่มีนิสัยร่าเริงแจ่มใส อุดมทุน มักจะทำให้ผู้รับบริการพอใจได้ง่ายกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีสภาพจิตใจไม่ปกติ เช่น กำลังอารมณ์เสีย เป็นต้น

- บทบาทที่เกี่ยวกับตำแหน่งหน้าที่ พฤติกรรมของบุคคล จะมีลักษณะอย่างไร ขึ้นอยู่กับว่า บุคคลนั้นสวมบทบาทอยู่ในตำแหน่งอะไร บทบาทนี้เป็นแนวทางปฏิบัติและเป็นสิ่งที่คนทั่วไปคาดหวังว่าผู้สวมบทบาทจะปฏิบัติด้วย เช่น เราคาดหวังว่าครูจะต้องมีเมตตา เป็นต้น

- ทักษะติดต่อผู้รับบริการ การที่เจ้าหน้าที่องค์การ จะปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างไรนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับทักษะติดต่อผู้รับบริการ เช่น เจ้าหน้าที่เห็นว่าผู้รับบริการมีลักษณะคำด้อยกว่าตนก็จะปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างไม่เหมาะสม หรืออย่างน้อยก็ทำตามหน้าที่อย่างไม่เต็มใจ

- ทักษะติดต่อการติดต่อกับผู้รับบริการ มีลักษณะทำนองเดียวกับ ทักษะติดต่อผู้รับ

บริการ เพียงแต่เปลี่ยนเป้าหมายของทัศนคติไปอยู่ที่การติดต่อ เช่น พนักงานฝ่ายประชาสัมพันธ์ของ  
โรงแรมเบื่อกับที่ต้องคอยตอบคำถามต่าง ๆ ให้แก่ผู้ที่มาพักในโรงแรมเป็นต้น ทัศนคติดังกล่าวจะมีผล  
ต่อพฤติกรรมที่แสดงต่อผู้รับบริการ คือ เจ้าหน้าที่ที่มีทัศนคติในทางลบ โอกาสที่เจ้าหน้าที่จะทำความ  
พอใจแก่ผู้รับบริการก็จะลดน้อยลง ในทางตรงกันข้ามหากเจ้าหน้าที่มีทัศนคติในทางดี ขึ้นชมกับการ  
ติดต่อให้บริการ งานด้านบริการก็จะเป็นไปในทางที่ดี

- ทัศนคติต่อองค์กรและอาชีพ โดยทั่ว ๆ ไป ความมั่นคงในอาชีพ เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญ ต่อเจ้าหน้าที่องค์การอย่างมาก เพราะองค์การเป็นตัวกำหนดความมั่นคงในอาชีพ และอนาคตของเจ้าหน้าที่เอง หากเจ้าหน้าที่มีความรู้สึกไม่มั่นคงในอาชีพ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ขององค์กรธุรกิจเอกชน การยอมรับหรือการร้องเรียนของผู้รับบริการจะส่งผลสะท้อนต่ออาชีพของตน เจ้าหน้าที่จะมีแนวโน้มในการเอาอกเอาใจผู้รับบริการมากกว่าในกรณีที่เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้สึกมั่นคงในอาชีพ และการยอมรับหรือการร้องเรียนของผู้รับบริการไม่มีผลต่องานของตน

- พื้นฐานการศึกษาและฝึกอบรม เป็นการพิจารณาว่า ระดับการศึกษาของเจ้าหน้าที่ มีผลต่อการปฏิบัติต่อผู้รับบริการประการใดบ้าง อาจเป็นไปได้ที่ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง แสวงประโยชน์จากผู้รับบริการ มากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย หรือ อาจวางตัวเหนือกว่าผู้รับบริการ หรือ อาจมีวิธีการปฏิบัติที่นุ่มนวลกว่า

## 2. องค์ประกอบที่เกิดจากสภาพการติดต่อ

ปัจจัยที่เกิดจาก สภาพการติดต่อ ระหว่างผู้รับบริการกับองค์การ มีอยู่หลายประการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่องค์การ ได้แก่

สภาพการทำงาน พิจารณาถึง ลักษณะสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกันเอง และระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้บังคับบัญชาหรือผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งจะพบว่าในบรรยากาศซึ่งเจ้าหน้าที่มีความสนิทสนมกลมเกลียวกันดี เจ้าหน้าที่จะมีความมั่นใจในการติดต่อกับผู้รับบริการ

- ระยะเวลา พิจารณาถึงช่วงเวลาเวลาที่พบกับผู้บริการและจำนวนครั้งที่ติดต่อกัน โดยหากเป็นช่วงเวลาติดต่อระยะสั้น หรือพบกันเพียงครั้งเดียว การติดต่อก็เป็นแบบฉาบฉวย แต่หากผู้รับบริการติดต่อกับเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง หรือครั้งละนาน ๆ ย่อมก่อให้เกิดความสนิทสนมคุ้นเคย การให้บริการจึงเป็นไปอย่างสะดวกรวดเร็ว และน่าพอใจ

- สถานที่ สถานที่ที่เจ้าหน้าที่ติดต่อกับผู้บริการ เป็นบรรยากาศที่มีผลในการติดต่อด้วย

- เรื่องที่ติดต่อ ลักษณะการติดต่อก็จะเป็นอย่างไร ย่อมขึ้นกับวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวกับการติดต่อนั้น

- วิธีการติดต่อ เป็นการพิจารณาว่าการติดต่อนั้น เป็นไปในรูปแบบใด เช่น

การติดต่อส่วนตัว หรือการติดต่อเพื่อชี้แจงในที่ประชุม เป็นต้น อันเป็นสิ่งที่คาดหวังว่า จะก่อให้เกิดผลต่อพฤติกรรมในการติดต่อที่แตกต่างกันด้วย

### 3. องค์ประกอบที่เกิดจากตัวผู้รับบริการ

องค์ประกอบด้านผู้รับบริการ มีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรม ระหว่างการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ที่สำคัญขององค์ประกอบหนึ่ง ซึ่งอาจแยกพิจารณาได้ดังนี้

- ลักษณะทางจิตวิทยา เป็นเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ และจิตใจในตนเองเดียวกับลักษณะทางจิตวิทยาของเจ้าหน้าที่ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น

- ทักษะต่อการติดต่อ ต่อองค์การ และต่อเจ้าหน้าที่ เป็นความคิดเห็นที่ผู้รับบริการมีต่อการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ เช่น เห็นว่าการติดต่อกับราชการเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ถ้าไม่จำเป็นจะไม่ไปติดต่ออย่างเด็ดขาด หรือเห็นว่าพนักงานพูดจาไม่สุภาพ ซึ่งทัศนคติที่มีอยู่ก่อนการติดต่อมีส่วนก่อให้เกิดคดีหรือความรู้สึกบางอย่าง ก่อนที่ผู้รับบริการจะไปเผชิญหน้ากับเจ้าหน้าที่ขององค์การ และอาจมีผลต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการด้วย

- สถานะทางสังคม ความแตกต่างในด้านฐานะทางสังคมหรือที่เรียกว่า ระยะห่างทางสังคม(Social Distance) ระหว่างเจ้าหน้าที่ขององค์การกับผู้รับบริการ นับได้ว่ามีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างทั้งสองฝ่าย ซึ่งอาจไปขัดขวางความสัมพันธ์ที่ถาวร ระหว่างผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ แต่หากทั้งสองฝ่ายไม่เห็นเป็นเรื่องสำคัญ ระยะห่างทางสังคมก็จะไม่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายแต่อย่างใด

- สัมพันธภาพส่วนตัวกับเจ้าหน้าที่ หากผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กันเป็นการส่วนตัว ย่อมมีผลทำให้เจ้าหน้าที่ให้บริการ ที่สะดวกรวดเร็วกว่าการให้บริการแก่ผู้รับบริการซึ่งตนไม่รู้จัก

- ความรู้ความเข้าใจระบบการทำงานขององค์การ โดยปกติผู้รับบริการจะไม่ค่อยเข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับขอบเขตอำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ตลอดจนระเบียบหรือวิธีการต่าง ๆ ขององค์การมากนัก เป็นผลให้ผู้รับบริการได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม

### แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้บริการด้านสุขภาพอนามัย

สำหรับความพึงพอใจในการใช้บริการทางด้านสุขภาพอนามัยนั้น ได้มีแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้ คือ

อเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1975) ได้ชี้พื้นฐาน 6 ประเภทที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการกับการรักษาพยาบาลและความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ว่า ใ้มีการเข้าถึงประชาชน ความพึงพอใจ 6 ประเภทนั้น คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ซึ่งแยกออกเป็น
  - ก. การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)
  - ข. การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability of care when needed)
  - ค. ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care)
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (Co-ordination) ซึ่งแยกออกเป็น
  - ก. การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย (Getting all needs met at one place)
  - ข. ผู้ให้บริการให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย อันได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of doctors for overall health)
  - ค. ได้มีการติดตามผลการรักษา (Follow-up care)
3. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical Information) แยกออกเป็นข้อมูล 2 ประเภทคือ
  - ก. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)
  - ข. ข้อมูลเกี่ยวกับให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about treatment) เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้ยา เป็นต้น
4. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจ ท่วงใยต่อผู้รับบริการ
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วย ได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของสถานบริการ
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out-of-pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย.

อัลเบเรทท์และแซมเก้ ( Albrecht and Zamke, 1985 อ้างใน วราพร ชาญคณะเศรษฐ, 2533 ) ได้กล่าวถึงขั้นตอนแรกของการปฏิบัติในการตรวจสอบบริการ (Service Audit) ว่าเป็นการสำรวจความพึงพอใจของผู้บริโภค (Consumer Satisfaction) หรือผู้ใช้บริการ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วย ญาติ และผู้เกี่ยวข้องที่มารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจต่อบริการจะบอกให้ทราบถึงความคาดหวังของผู้บริโภค และให้ความกระจ่างถึง ความคิดเห็น (Opinions) เกี่ยวกับระดับของบริการที่ให้ไป นับเป็นข้อมูลที่สำคัญและมีความหมายต่อการบริหารจัดการเกี่ยวกับการบริการ (Service Management) เป็นอย่างมากเพราะจะเป็นปัจจัยพื้นฐานของกระบวนการปฏิบัติ เพื่อดำรงรักษาบริการให้มีคุณภาพ เป็นที่พอใจของผู้บริโภคในฐานะผู้ซื้อสินค้า หรือผู้ซื้อบริการอยู่เสมอ

คาร์เตอร์และโมวัต (Carter and mowad, 1988 อ้างใน กมลศรี เตชะจำเริญสุข, 2536 ) ได้ให้แนวความคิดเรื่องบริโภคนิยม (Consumerism) ว่าเป็นการให้แรงสนับสนุน แก่กลุ่มผลประโยชน์ (Interests) ที่เป็นกลุ่มผู้บริโภค (Consumer) ซึ่งก็คือ ผู้ที่ได้รับประโยชน์ทางเศรษฐกิจจากสินค้าหรือบริการที่เขาต้องจ่ายเงินซื้อหรือในอีกลักษณะหนึ่งคือการเพิ่มขึ้นของการบริโภคสินค้าที่ทำให้ค่าตอบแทนทางเศรษฐกิจอย่างพึงพอใจในปัจจุบันแนวความคิดนี้ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญ ต่ออุตสาหกรรมบริการสุขภาพ (Health Care Industry) โดยเฉพาะในด้านบริการภายในโรงพยาบาล ในทางปฏิบัติให้เป็นไปตามแนวคิดนี้ มีทางหนึ่งที่สามารถทำได้ คือ การค้นหาว่าผู้รับบริการไม่พอใจในบริการใดบ้าง การเพิ่มความร่วมมือและการควบคุมในการให้บริการจะทำได้อย่างไรรวมทั้งการค้นหาความสามารถในการตอบสนองตามความจำเป็น (Needs) และความต้องการ (Wants) ของผู้ป่วย

ซัสแมนและคณะ ( Zusman and Colleagues, 1982 อ้างใน กมลศรี เตชะจำเริญสุข, 2536) ได้กล่าวถึงแนวโน้มของงานบริการสุขภาพว่า ผู้บริโภคมีส่วนอย่างมากในการประเมินผลบริการด้านสุขภาพ และสิ่งที่สำคัญคือความเข้าใจถึงภาพที่ผู้รับบริการมองเห็นในเรื่องการบริการที่เขาได้รับนั่นเอง

แนวคิดที่ได้กล่าวมานี้มีประโยชน์มาก ในการวางนโยบายการให้บริการทางการด้านสุขภาพอนามัย สามารถนำไปใช้ศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและวิเคราะห์ความแตกต่างได้ จากการศึกษาดังกล่าว การวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยจึงสามารถใช้เป็นการประเมินบริการของสถานบริการสาธารณสุขได้



### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชื่นชม เจริญยุทธ (2522) ศึกษาปัจจัยที่กำหนด การเลือกไปใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ของประชาชนในชนบท จังหวัดชัยภูมิ พบว่าระยะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการกล่าวคือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ใกล้สถานบริการ จะมีการใช้บริการมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ไกลออกไป

อรทัย รวยอาจิม (2526) ศึกษาปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า ประชาชนเลือกใช้บริการสถานอนามัยซึ่งมีเจ้าหน้าที่ ที่มีความสามารถมีความรู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ และอึดยาศักดิ์กับประชาชน นอกจากนี้ยังพบว่ามีกลุ่มที่ไม่ค่อยนิยมไปใช้บริการที่อนามัย ตลอดจนกลุ่มที่ไม่เคยไปใช้บริการที่สถานอนามัยเลย เหตุผลก็คือ คุณภาพของการรักษาไม่ดี ส่วนด้านความสะดวกในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายพบว่าไม่ใช่เรื่องสำคัญ

สายสัมพันธ์ รับขวัญ (2529) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามขั้นตอนการให้บริการที่สถานอนามัยในโครงการบัตรสุขภาพที่จังหวัดราชบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญแรกคือ การรับรู้ความสามารถในการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย อายุของผู้ใช้บริการ รายได้ของครอบครัวของผู้ใช้บริการ ระยะทางจากบ้านถึงสถานอนามัย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และอันดับสุดท้าย ได้แก่ ความคิดเห็นต่อการกำหนดขั้นตอนการให้สถานบริการในระบบส่งต่อ

อรทัย รวยอาจิม และบุญช่วย จันทรเี่ยม (2525) ศึกษาวิจัยเรื่องสังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง พบปัจจัยต่างๆ สรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านกายภาพ เกี่ยวกับที่ตั้งของสถานอนามัย พบว่าประชาชนนิยมไปใช้สถานอนามัยที่มีการคมนาคมสะดวก

2. ปัจจัยด้านเวลา พบว่า ประชาชนต้องเสียเวลาไปรอรับบริการ และรับคำแนะนำปรึกษาในช่วงเวลาที่เขาจะต้องทำงานประกอบอาชีพ ซึ่งตรงข้ามกับการไปซื้อยา จากร้านขายยา หรือ หมอกลางบ้านซึ่งใช้เวลาน้อยกว่า

3. ปัจจัยทางสังคม พบว่า สถานภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นข้าราชการทำให้เกิดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ต่างจากหมอกลางบ้านซึ่งเป็นประชาชนด้วยกัน หากเจ้าหน้าที่เอาใจใส่ และรับผิดชอบต่อผู้รับบริการดี ประชาชนก็จะมาใช้บริการมาก



4. ปัจจัยด้านราคาค่าบริการ ประชาชนส่วนใหญ่คิดว่า ค่าบริการที่สถานอนามัยมีอัตราค่อนข้างสูง

นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนที่ใช้บริการสาธารณสุขในท้องถิ่นให้เหตุผลที่ใช้เพราะว่าเดินทางไปมาสะดวก เจ้าหน้าที่สามารถรักษาให้หายได้ ส่วนเหตุผลที่ไม่ไปใช้ เพราะเดินทางไม่สะดวก เคยไปแล้วเจ้าหน้าที่ไม่อยู่ เจ้าหน้าที่ไม่มีความสามารถ ป่วยเพียงเล็กน้อยจึงซื้อยากินเอง

แสงทอง แหยมงาม (2533) ได้ทำการศึกษาถึง ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านรักษาพยาบาลที่สถานอนามัยของประชาชนในชนบท จังหวัดลำปาง พบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดคือ ปัจจัยด้านความพึงพอใจของประชาชน ผู้ใช้บริการที่มีต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย และประชาชนในชนบทมีการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล จากสถานบริการของรัฐมากเป็นอันดับหนึ่ง เหตุผลที่สำคัญที่สุดของการเลือกใช้แหล่งบริการ คือ ใกล้บ้านและเดินทางสะดวก ส่วนปัจจัยสนับสนุนในด้านการมีบัตรสุขภาพ หรือบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยไม่มีความสัมพันธ์กับการไปใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัย

สมหญิง มะหะสิทธิ์ (2529) ศึกษาปัจจัยและการใช้บริการด้านอนามัยแม่ ของผู้ที่เป็นสมาชิก และไม่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพ เพื่อการอนามัยแม่และเด็ก และภูมิคุ้มกันโรค ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าความพึงพอใจต่อสถานอนามัยตำบล ของผู้ที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพและไม่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพไม่แตกต่างกัน โดย 3 ใน 4 ของมารดาทั้ง 2 กลุ่ม มีความพึงพอใจค่อนข้างสูง

#### งานวิจัยในต่างประเทศ

โทมัสและเพนเช็งสกี (Thomas and Panchansky, 1984) ได้ทำการศึกษารวบรวมความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการอนามัยและความพึงพอใจ พบว่าพฤติกรรมการใช้บริการอนามัยสัมพันธ์กับลักษณะปัจจัยทางประชากรศาสตร์และสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับความเชื่อถือ และการยอมรับของผู้ป่วย ในแต่ละแนวทางของการเข้าถึงบริการ พบว่า ความพร้อมในการให้บริการ ความสามารถในการใช้จ่าย ความสามารถในการอำนวยความสะดวก การยอมรับคุณภาพบริการ ยกเว้น ความสามารถในการเข้าถึงสถานบริการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใช้บริการทางการแพทย์ อาทิ เช่น

- ในกลุ่มที่มีความสามารถในการใช้จ่ายสูง เช่น มีรายได้สูง มีการประกันสุขภาพ หรือในสถานที่ที่มีการคิดค่าบริการสูงในกลุ่มนี้ จะมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทางการแพทย์ต่างๆ ที่สูงขึ้น

- มีกลุ่มประชาชนบางกลุ่ม ยอมเดินทางไกลขึ้นเพื่อที่จะไปรับบริการ จากสถานพยาบาลที่เป็นที่ยอมรับของพวกเขา

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเข้าถึงสถานบริการกับการใช้บริการทางการแพทย์นั้น ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด

ชิปกิน และคณะ (Zipkin, et al. 1984) ศึกษาความพึงพอใจ ในการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทที่ประเทศอิสราเอล (Israel) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดา เด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี จำนวน 110 คน ในหมู่บ้านเกษตรกรรม 2 แห่ง ผลการศึกษาพบ มารดามีความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข ถ้าแพทย์ใช้เวลาในการตรวจรักษาและพูดคุยกับผู้ป่วยนาน ๆ

เกรกอรี แอล วีส์ (Gregory L. weiss 1988) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ปัจจัยทางสังคมและประชากร ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา และรายได้ และปัจจัยทางด้าน จิตวิทยาของผู้ป่วย ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (Satisfied with life in general) ความไว้วางใจในการรักษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ค่านิยมต่อแหล่งรักษาพยาบาล และความรู้สึกต่อสถานะสุขภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูล จากการสำรวจความคิดเห็น ของหัวหน้าครอบครัว จำนวน 400 คน ในรัฐเวอร์จิเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อ ค.ศ. 1980 ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทางด้านจิตวิทยา เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ดีกว่าปัจจัยด้านสังคมและประชากร