

คุณภาพการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ในภาคตะวันออก*

Quality of nurse practitioner care service as perceived by client in the eastern region

ตระกุลวงศ์ ภาษา** พย.ม.
สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ*** ส.ด.
สมสมัย รัตนกรีกากุล**** ส.ด.

Trakulwong Luecha, M.N.S
Suwana Junprasert, Dr.P.H.
Somsamai Rattanagreethakul, Dr.P.H.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาคุณภาพการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการในภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติ ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 400 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ คุณลักษณะส่วนบุคคล และคุณภาพการให้บริการ 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น ระดับสูงทั้ง 3 ด้าน ($r = .90, .95, .93$ ตามลำดับ) พรรณนาข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างคุณภาพ การให้บริการด้วยสถิติ แมนน์-วิตนีย์ ยู และครัสคาล-วอลลิส วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพการให้บริการโดยรวม อยู่ในระดับดี ($M = 4.42, SD = 0.5$ จากคะแนน 5) จำแนกด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้าน

ผลลัพธ์ มีคะแนนเฉลี่ย ในระดับดี ทุกด้าน ($M = 4.35, 4.44$ และ $4.45, SD = 0.54, 0.55$ และ 0.55) ความแตกต่างของการรับรู้คุณภาพการให้บริการพบว่า อายุ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยลำดับคุณภาพการให้บริการทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เพศ และอาชีพที่ต่างกัน มีค่าเฉลี่ยลำดับคุณภาพการให้บริการ ด้านกระบวนการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และประสบการณ์การมาใช้บริการที่ต่างกันมีค่าเฉลี่ยลำดับคุณภาพการให้บริการ ด้านผลลัพธ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และพบว่าคุณภาพการให้บริการด้านโครงสร้าง มีความสัมพันธ์ในทางบวก ระดับสูง กับคุณภาพการให้บริการด้านกระบวนการ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ $< .05$ ($r_s = .771, p < .01$) และคุณภาพการให้บริการด้านกระบวนการ มีความสัมพันธ์ ในทางบวกระดับสูง กับคุณภาพการให้บริการด้านผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $< .05$ ($r_s = .748, p < .01$)

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการระดับดี ในทุกด้าน

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** รองศาสตราจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ดังนั้นการพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติ จึงเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมสำหรับหน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ คำสำคัญ: การรับรู้ คุณภาพการให้บริการ การพยาบาล เวชปฏิบัติ คุณภาพการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ

Abstract

The purpose of this research was to explore the quality of nurse practitioner care services as perceived by clients in the eastern region. The 400 samples, who was received care services from nurse practitioner at the primary care center, were derived by multistage random sampling. The data was collected using interviews questionnaire including two parts: personal characteristics and three categories of quality of service in structure, process, and output. The questionnaire internal consistency coefficient was high with the Cronbach's alpha of three domain of .90, .95 and .93, respectively. Data was analyzed using frequency, mean, standard deviation, Mann-Whitney U test, Spearman's Rank Correlation Coefficient, and Kruskal-Wallis test.

The results showed that clients' perception of quality of nurse practitioner care services overall level was at the high level ($M = 4.42$, $SD = 0.50$). The quality of service for the structure, process, and output average score were also at the high level ($M = 4.35$, 4.44 and 4.45 ; $SD = 0.54$, 0.55 and 0.55). In addition, clients with different age and education level had statistical difference with quality of nurse practitioner care services in every domain at the significant level of .05. Clients with different

occupations had statistical difference with the structure of quality of nurse practitioner care services at the significant level of .05. Clients with different experiences in receiving services had statistical difference with the output of quality of nurse practitioner care services at the significant level of .05. Correlation analysis showed that the structure quality of services had a high positively correlated with the process of quality of services, and the process quality of services had a high positively correlated with output of quality of services at the significant level $< .05$ ($r_s = .748$, $p < .01$; $r_s = .771$, $p < .01$ respectively).

The results of this study show that clients were satisfied with the quality level of services in all aspects. The development of nurse practitioner position should therefore be the ideal strategy for primary health care services.

Key words: Perception, Quality of care service, Nurse practitioner, Quality of nurse practitioner care service

ความเป็นมาความสำคัญของปัญหา

การปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการบริการสุขภาพจากที่เน้นการรักษาโรค มาเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2553) และเกิดหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เน้นบริการเชิงรุก (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ประชาธิป กะทา, 2550) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ ที่เป็นบริการแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” รับผิดชอบดูแลสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพของประชาชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

อย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม บนพื้นฐานของการดูแล ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2553; สมจิต หนูเจริญกุล, 2553)

ในประเทศไทย พยาบาลเวชปฏิบัติ หมายถึง ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่ง ที่ผ่านอบรมในหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติ ทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ที่สภาการพยาบาล รับรอง หรือจบการศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป กับสภาการพยาบาล โดยที่กฎหมายของวิชาชีพการ พยาบาลและการผดุงครรภ์ อนุญาตให้พยาบาลเวช ปฏิบัติ สามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้นที่พบบ่อย และการจัดการกับภาวะฉุกเฉินตามข้อกำหนดของ สภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2551) สำหรับการ ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สภาการพยาบาล ได้กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลและการ ผดุงครรภ์ ในระดับปฐมภูมิ ในมาตรฐานที่ 2 การ บริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ข้อย่อยที่ 2.1.1 และ ข้อย่อย ที่ 2.1.2 ให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ดูแล ประชากรไม่เกิน 2,000 คน ครอบครัว ไม่เกิน 250 ครอบครัว และ ข้อย่อยที่ 2.1.3 มีพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่สภาการพยาบาล กำหนด หรือผู้มีวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลชุมชน หรือผู้มีวุฒิปริญญาตรีพยาบาลผู้ปฏิบัติขั้นสูงสาขาวิชาการ พยาบาลชุมชนอย่างน้อย 1 คน ในทุกหน่วยบริการ สุขภาพในระดับปฐมภูมิ (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ใน ระดับปฐมภูมิ, 2548) พยาบาลเวชปฏิบัติถือเป็น บุคลากรที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลสุขภาพผู้ใช้ บริการระดับปฐมภูมิ เนื่องจากมีทักษะในการให้บริการ มีการติดต่อสื่อสารที่ดี ค่าใช้จ่ายในการผลิตต่ำ รวม

ถึงการปฏิบัติงานเกิดผลดีทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก และ การลดค่าใช้จ่าย (Hanucharunkul, 2007; Ingersoll & Mahn-Dinicola, 2009) สอดคล้องกับการศึกษา บทบาทของพยาบาล เวชปฏิบัติต่อการรักษาโรค เบื้องต้นในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิของ ทัศนาศ บัญทอง สุปราณี อัทธเสรี และนัทธมน ศิริกุล (2550) ที่พบว่า ผู้ใช้บริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติ ร้อยละ 57 หายจากโรคที่เป็น และร้อยละ 43 อาการ ของโรคที่เป็นดีขึ้น ผู้ให้บริการที่มาให้บริการพยาบาล เวชปฏิบัติ เกือบทั้งหมด ร้อยละ 97.30 มาใช้บริการ อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากพยาบาลเวชปฏิบัติ มีเวลาใน การให้บริการทำให้ผู้ใช้บริการกล้าพูด กล้าซักถาม และ ไม่ต้องเดินทางไกล

การที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้นั้น คุณภาพการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติตามการ รับรู้ของผู้ใช้บริการ ถือเป็นข้อมูลที่สำคัญ ที่สะท้อน ถึงความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการ บริการอย่างแท้จริง โคนาบีเดียน (Donabedian, 1980, 1988) ได้เสนอแนวทางการประเมินคุณภาพ การให้ บริการพยาบาลไว้ 3 ด้านคือ 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ และ 3) ด้านผลลัพธ์ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, ยุพิน อังสุโรจน์, จารุวรรณ ธาดาเดช, และศรานุช โดมรศักดิ์, 2543; สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, 2544; Wubker, 2007) องค์ประกอบทั้ง 3 มีความสัมพันธ์ต่อกันคือ โครงสร้างการให้บริการที่ดี จะส่งผลให้กระบวนการ ให้บริการมีคุณภาพ และเมื่อกระบวนการให้บริการ มีคุณภาพจะส่งผลให้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีคุณภาพ ด้วย (มาริสสา ไกรฤกษ์, 2544; Donabedian, 1980, 1988; Hander, Isse & Turnock, 2001) มิทเชล เฟอริกทิช เจนนิ่งส์ และสถาบันการศึกษาความเป็น เลิศด้านบริการสุขภาพ ของหน่วยบริการสุขภาพแห่ง สหรัฐอเมริกา (Mitchell, Ferketich, Jennings, &

American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Center, 1998) ได้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพทั้ง 3 ด้าน ว่าจำเป็นต้องเป็นการประเมินในมุมมองของผู้ใช้บริการ หรือตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาคุณภาพการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ครอบคลุมองค์ประกอบ คุณภาพการให้บริการ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพการให้บริการตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการ ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพบริการทั้ง 3 ด้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้คุณภาพการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการที่มี เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การมาใช้บริการที่ต่างกัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพการให้บริการ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์

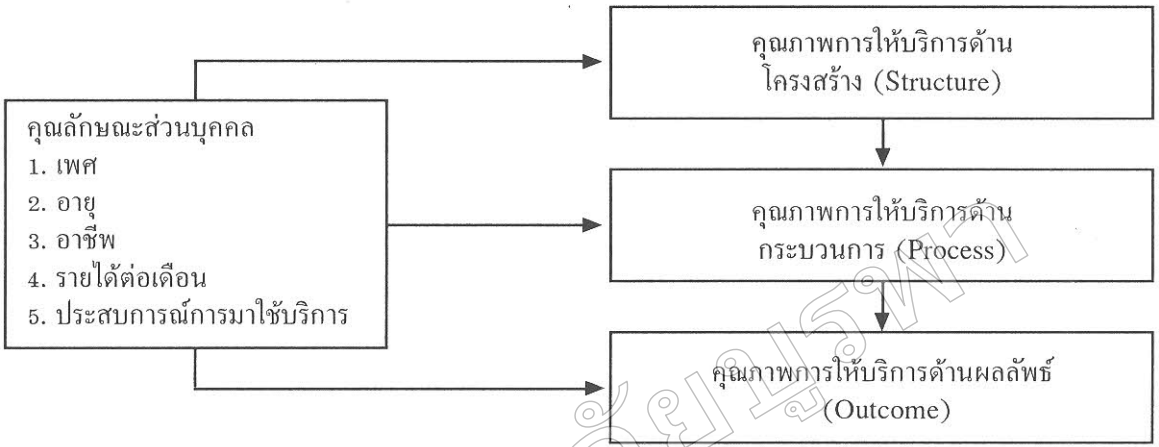
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาคุณภาพการให้บริการ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ ของพยาบาลเวชปฏิบัติตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ใช้บริการ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการ ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขต ภาคตะวันออกเฉียงใต้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2554-30 มิถุนายน 2554

ทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดของ โดนาเบดีเยน มาเป็นกรอบในการประเมิน (Donabedian, 1980, 1988) คือ ด้านโครงสร้าง (Structure) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลลัพธ์ (Outcome) (จิรัฐม ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543; สุวรรณจันทร์ประเสริฐ, 2544; Donabedian, 1980, 1988; Hander et al., 2001; Wubker, 2007) รวมถึงแนวคิดของ มิทเชล และคณะ ที่เพิ่มปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้ใช้บริการซึ่งเป็นผู้ประเมินคุณภาพบริการ (Mitchelbet et al., 1998) โดยในส่วนของผู้ประเมินย่อยของการคุณภาพบริการแต่ละด้านจะเชื่อมโยงแนวคิดของ พาราสุโลมาน ไชทาม และเบอร์รี่ 5 มิติ (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985, 1988, 1990) เป็นกรอบในการประเมินคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ จากแนวคิดดังกล่าว คุณภาพบริการประกอบด้วย 1) คุณภาพด้านโครงสร้าง (Structure) เป็นลักษณะที่บอกรถึงคุณลักษณะของปัจจัยด้านผู้ให้บริการ 2) คุณภาพด้านกระบวนการ (Process) เป็นลักษณะที่บอกรถึง กิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่ให้แก่ผู้ใช้บริการ 3) คุณภาพด้านผลลัพธ์ (Outcome) เป็นลักษณะที่บอกรถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการอันเป็นผลมาจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาล โดยคุณภาพการให้บริการวัดจากระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่ความสอดคล้องของความคาดหวังในบริการของผู้ใช้บริการ หรือคุณลักษณะบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการคุณภาพบริการทั้ง 3 ด้าน จะมีความสัมพันธ์กัน (มาริสตา ไกรฤกษ์, 2544, หน้า 25; Donabedian, 1980, 1988; Hander, Issl & Turnock, 2001) โดยคุณภาพด้านโครงสร้างการให้บริการที่ดี จะส่งผลต่อกระบวนการให้บริการมีคุณภาพ และเมื่อกระบวนการให้บริการมีคุณภาพจะส่งผลให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีคุณภาพ โดยผู้ใช้บริการที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคล

ต่างกัน จะมีการรับรู้คุณภาพบริการต่างกัน ตามกรอบแนวคิดการวิจัยในภาพ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประชากร คือ ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการ ด้านการรักษาพยาบาลที่พยาบาลเวชปฏิบัติ ที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวนทั้งสิ้น 3,987,210 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวนโดยใช้สูตรยามาเน่ (Yamane, 1973 อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต, 2552) จำนวน 400 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนโดยเริ่มจากสุ่มตัวแทนจากจังหวัด ได้มา 4 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สุ่มตัวแทนอำเภอจากทั้ง 4 จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอได้มา 4 อำเภอ สุ่มตัวแทนตำบลจากทั้ง 4 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล ได้ 8 ตำบล และสุ่มกลุ่มตัวอย่างหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในแต่ละตำบล ทำการศึกษาผู้มาใช้บริการในวันที่เก็บข้อมูลทุกคน ตามจำนวนที่ได้คำนวณสัดส่วนไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบ

สัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การมาใช้บริการ เป็นคำถามชนิดปลายปิดและปลายเปิด ส่วนที่ 2 คุณภาพการให้บริการ เป็นการประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ 3 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ เครื่องมือที่ให้บริการ สิ่งแวดล้อมในการให้บริการ ความเต็มใจในการให้บริการหรือให้การช่วยเหลือ 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ การตรวจประเมินสภาพ และการวินิจฉัยแยกโรค การปฏิบัติกรพยาบาล การให้ยาเพื่อบรรเทาอาการหรือรักษาโรค การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ ปฏิสัมพันธ์ต่อผู้ใช้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ และ 3) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านคลินิก การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ความมั่นใจในการใช้บริการ ลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และ

น้อยที่สุด (1)

การแปลผลคุณภาพการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยค่าเฉลี่ยแต่ละด้าน และโดยรวมเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ($M = 4.50 - 5.00$) ดี ($M = 3.50 - 4.49$) ปานกลาง ($M = 2.50 - 3.49$) น้อย ($M = 1.50 - 2.49$) และน้อยมาก ($M = 1.00 - 1.49$)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่สร้างขึ้นมีการตรวจสอบความตรงเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้างโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์คุณภาพบริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ ภาพรวมเท่ากับ .88 นำไปทดลองใช้กับผู้ให้บริการ 30 คน เพื่อตรวจสอบ ความเป็นปรนัย (objectivity) ความเหมาะสมของการใช้ (usefulness) และความสอดคล้องภายในของเนื้อหา (internal consistency) ด้วยการทดสอบค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์อยู่ในระดับสูงทุกด้าน ($\alpha = .90, .95, .93$ ตามลำดับ)

การรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย จำนวน 4 คน ซึ่งเป็นนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้รับการอบรมเป็นเวลา 1 วัน เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และรายละเอียดทุกข้อคำถามเป็นอย่างดี เก็บรวบรวมข้อมูล ณ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในวันจันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. จากผู้ที่มาใช้บริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติทุกคนในวันที่เก็บข้อมูล ทำการสัมภาษณ์ข้อมูลที่ละคน จนครบจำนวนที่ได้กำหนดไว้ในแต่ละหน่วยบริการ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับความเห็นชอบในการ

ดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ก่อนการเก็บข้อมูลทุกคนผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในห้อง หรือบริเวณที่เป็นสัดส่วน ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษานี้เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ พรรณนาข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พรรณนาข้อมูลระดับคุณภาพการให้บริการด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากลักษณะของข้อมูลคุณภาพบริการมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ จึงทำการทดสอบความสัมพันธ์ และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติอนพารามตริก โดยทดสอบความแตกต่างของคุณภาพบริการระหว่างผู้ให้บริการ ที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลต่างกันด้วยสถิติ แมนน์ วิทนี ยู (Mann-Whitney U test) และ ครัสคาลวอลลิส (Kruskal-Wallis Test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคุณภาพบริการในแต่ละด้านด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76 มีอายุเฉลี่ย 52 ปี ($SD = 15.98$ ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97 มีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 61 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31 รองลงมาคือประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 30 มีรายได้เฉลี่ย 6,054.56 บาทต่อเดือน ($SD = 6,600.65$ บาท) จำนวนครั้งที่มาใช้บริการเฉลี่ย 5.46

ครั้งต่อปี ($SD = 4.26$ ครั้งต่อปี)

2. คุณภาพการให้บริการ พบว่าคุณภาพการให้บริการโดยรวม อยู่ในระดับดี ($M = 4.42$, $SD = 0.50$)
รายด้านพบว่าคุณภาพด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ

และด้านผลลัพธ์ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม ระดับดีทุกด้าน ($M = 4.35$, 4.44 และ 4.45 , $SD = 0.54$, 0.55 และ 0.55) รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคุณภาพการให้บริการจำแนกรายด้าน และโดยรวม จากคะแนน 1-5 ($n = 400$)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
คุณภาพการให้บริการด้านโครงสร้าง	4.35	0.54	ดี
คุณภาพการให้บริการด้านกระบวนการ	4.44	0.55	ดี
คุณภาพการให้บริการด้านผลลัพธ์	4.45	0.55	ดี
คุณภาพการให้บริการโดยรวม	4.42	0.50	ดี

3 ความแตกต่างของการรับรู้คุณภาพการให้บริการ

3.1 คุณภาพการให้บริการด้านโครงสร้าง พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีอายุ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพด้านโครงสร้างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งเมื่อทดสอบรายคู่ ด้วยวิธีแมนน์-วิตนีย์ ยู พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี มีค่าเฉลี่ยลำดับ คุณภาพบริการ (Mean Rank) สูงกว่ากลุ่มอายุ 20-29 ปี กลุ่มอายุ 30-39 ปี และกลุ่มอายุ 40-49 ปี กลุ่มไม่ได้รับการศึกษา มีค่าเฉลี่ยลำดับคุณภาพบริการ สูงกว่ากลุ่มประถมศึกษา และกลุ่มมัธยมศึกษา/ปวช ส่วนกลุ่มอื่นๆ ไม่ต่างกัน

3.2 คุณภาพการให้บริการด้านกระบวนการ พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีอายุ อาชีพ และระดับการศึกษา ที่แตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพคุณภาพด้านกระบวนการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ .05 ซึ่งเมื่อทดสอบรายคู่ ด้วยวิธีแมนน์-วิตนีย์ ยู พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี มีค่าเฉลี่ยลำดับคุณภาพบริการ สูงกว่ากลุ่มอายุ 20-29 ปี กลุ่มอายุ 30-39 ปี และกลุ่มอายุ 40-49 ปี กลุ่ม

อาชีพเกษตรกรรม มีค่าเฉลี่ยลำดับคุณภาพบริการ สูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ และกลุ่มไม่ได้รับการศึกษา มีค่าเฉลี่ยลำดับคุณภาพบริการ สูงกว่ากลุ่มประถมศึกษา และกลุ่มมัธยมศึกษา/ปวช ส่วนกลุ่มอื่นๆ ไม่ต่างกัน

3.3 คุณภาพการให้บริการด้านผลลัพธ์ พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การมาใช้บริการ ที่แตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพคุณภาพด้านผลลัพธ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ .05 ซึ่งเมื่อทดสอบรายคู่ ด้วยวิธีแมนน์-วิตนีย์ ยู พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี มีค่าเฉลี่ยลำดับ คุณภาพบริการ สูงกว่ากลุ่มอายุ 20-29 ปี กลุ่มอายุ 30-39 ปี และกลุ่มอายุ 40-49 ปี กลุ่มไม่ได้รับการศึกษา มีค่าเฉลี่ยลำดับคุณภาพบริการ สูงกว่ากลุ่มประถมศึกษา และกลุ่มมัธยมศึกษา/ปวช และกลุ่มที่มาใช้บริการ 4-6 ครั้งต่อปี จะมีค่าเฉลี่ยลำดับคุณภาพบริการ สูงกว่ากลุ่มที่มาใช้บริการ 1-3 ครั้งต่อปี ส่วนกลุ่มอื่นๆ ไม่ต่างกัน

โดยพบว่า เพศและรายได้ต่อเดือน ไม่มี ความแตกต่างกันในการรับรู้ของคุณภาพบริการทุกด้าน รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยลำดับคุณภาพการให้บริการระหว่างผู้ที่มี อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษาประสบการณ์การมาใช้บริการที่แตกต่างกัน ด้วยวิธี ครัสคาลวอลลิส (Kruskal-Wallis Test) (n = 400)

ตัวแปร	n	M	SD	Mean Rank	χ^2	p
ด้านโครงสร้าง						
1. อายุ					25.20	<.01
1.1 20-29 ปี	50	4.14	0.45	144.08		
1.2 30-39 ปี	39	4.17	0.61	163.90		
1.3 40-49 ปี	81	4.35	0.52	196.25		
1.4 50-59 ปี	88	4.38	0.53	205.70		
1.5 เท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี	142	0.47	0.53	229.62		
(คู่ที่ต่างกัน : กลุ่ม 1.5 แตกต่างกับกลุ่ม 1.1, 1.2 และ 1.3; กลุ่ม 1.3 และ 1.4 แตกต่างกับกลุ่ม 1.1)						
2. ระดับการศึกษา					20.13	<.01
2.1 ไม่ได้รับการศึกษา	51	4.49	0.52	232.95		
2.2 ประถมศึกษา	246	4.40	0.53	211.12		
2.3 มัธยมศึกษา/ปวช	85	4.15	0.55	155.45		
2.4 อนุปริญญา/ปวส	8	4.38	0.38	191.81		
2.5ปริญญาตรีและสูงกว่า	10	4.21	0.51	163.60		
(คู่ที่ต่างกัน : กลุ่ม 2.3 กับกลุ่ม 2.1 และ 2.2)						
ด้านกระบวนการ						
3. อายุ					28.18	<.01
3.1 20-29 ปี	50	4.15	0.57	137.02		
3.2 30-39 ปี	39	4.27	0.63	166.97		
3.3 40-49 ปี	81	4.46	0.51	200.35		
3.4 50-59 ปี	88	4.44	0.58	203.30		
3.5 เท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี	142	4.57	0.49	230.41		
(คู่ที่ต่างกันคือ กลุ่ม 3.5 ต่างกับกลุ่ม 3.1, 3.2 และ 3.3; กับกลุ่ม 3.3, 3.4, ต่างกับกลุ่ม 3.1)						
4. อาชีพ					11.29	.04
4.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ	124	4.33	0.60	201.55		
4.2 รับจ้าง	81	4.34	0.55	197.17		
4.3 เกษตรกรรม	119	4.45	0.45	217.59		
4.4 กู้ขาย/ธุรกิจส่วนตัว	46	4.33	0.48	190.68		
4.5 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	4.31	0.34	174.00		
4.6 พนักงานบริษัท/โรงงาน	19	4.03	0.63	139.87		
(คู่ที่ต่างกันคือ กลุ่ม 4.6 กับทุกกลุ่ม)						
5. ระดับการศึกษา					19.25	<.01
5.1 ไม่ได้รับการศึกษา	51	4.59	.50	232.82		
5.2 ประถมศึกษาปีที่ 4 และ 6	246	4.48	.55	210.29		
5.3 มัธยมศึกษา/ปวช	85	4.24	.54	155.01		
5.4 อนุปริญญา/ปวส	8	4.43	.56	192.38		
5.5ปริญญาตรีและสูงกว่า	10	4.38	.58	187.85		
(คู่ที่ต่างกันคือ กลุ่ม 5.3 กับกลุ่ม 5.1, 5.2)						
ด้านผลลัพธ์						
6. อายุ					30.86	<.01
6.1 20-29 ปี	50	4.22	0.54	144.14		
6.2 30-39 ปี	39	4.28	0.65	166.94		
6.3 40-49 ปี	81	4.43	0.53	190.59		
6.4 50-59 ปี	88	4.41	0.60	197.10		
6.5 เท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี	142	4.62	0.46	237.32		
(คู่ที่ต่างกันคือ กลุ่ม 6.5 ต่างกับกลุ่ม 6.1, 6.2 และ 6.3; กลุ่ม 6.1 ต่างกับกลุ่ม 6.3 และ 6.4)						

ตารางที่ 2 ต่อ

ตัวแปร	n	M	SD	Mean Rank	χ^2	p
7. ระดับการศึกษา					15.60	<.01
7.1 ไม่ได้รับการศึกษา	51	4.53	0.60	228.84		
7.2 ประถมศึกษาปีที่ 4 และ 6	246	4.50	0.53	208.87		
7.3 มัธยมศึกษา/ปวช	85	4.29	0.56	160.30		
7.4 อนุปริญญา/ปวส	8	4.53	0.55	219.94		
7.5 ปริญญาตรีและสูงกว่า (คู่ที่ต่างกันคือ กลุ่ม 7.3 กับกลุ่ม 7.1, 7.2)	10	4.31	0.66	176.30		
8. ประสบการณ์การมาใช้บริการ					12.77	.01
8.1 1-3 ครั้งต่อปี	118	4.35	0.54	172.42		
8.2 4-6 ครั้งต่อปี	193	4.53	0.54	219.29		
8.3 7-9 ครั้งต่อปี	41	4.46	0.60	204.98		
8.4 10-12 ครั้งต่อปี	41	4.44	0.51	191.07		
8.5 13 ครั้งขึ้นไป ต่อปี (คู่ที่ต่างกันคือ กลุ่ม 8.1 กับกลุ่ม 8.2)	7	4.23	0.91	184.64		

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคุณภาพการให้บริการ พบว่า คุณภาพการให้บริการด้านโครงสร้าง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง กับด้านกระบวนการ ($r = .771, p <.01$) และคุณภาพการให้บริการด้านกระบวนการ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง กับด้านผลลัพธ์ ($r = .748, p <.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของคุณภาพการให้บริการ ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ตัวแปร	ด้านโครงสร้าง	ด้านกระบวนการ	ด้านผลลัพธ์
ด้านโครงสร้าง	-	.771**	.647**
ด้านกระบวนการ		-	.748**
ด้านผลลัพธ์			-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$

อภิปรายผล

1. คุณภาพการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โดยรวม อยู่ในระดับดี เนื่องจากการจัดอบรมการพยาบาลเฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ที่ประกอบไปด้วยการเรียนรู้ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ พัฒนาให้พยาบาลมีความรู้ ทั้งทางด้าน การซักประวัติ การตรวจร่างกาย พยาธิสภาพของโรค สามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้น ตามขอบเขตที่สภาการพยาบาลกำหนด รวมไปถึงการตัดสินใจเพื่อการส่งต่อเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้พยาบาลเวชปฏิบัติ

มีทักษะในการให้บริการ รวมถึงการปฏิบัติงานเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี (Hanucharurnkul, 2007; Ingersoll & Mahn-Dinicola, 2009) การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ และการให้บริการที่ไม่เน้นเพียงแค่การให้ยารักษาโรคเพียงอย่างเดียว แต่จะควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ควบคู่ไปกับการสอน และแก้ไขปัญหาให้กับผู้ให้บริการอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของ จริยา ลิมานันท์ (2550) ที่พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติมีการแสดงออกอย่างอบอุ่นในการสร้าง

สัมพันธ์ภาพกับผู้ให้บริการในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณภา จันทรประเสริฐ (2554) ที่พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติใช้ความรู้และความสามารถในการให้คำแนะนำ รวมไปถึงการใช้เครื่องมือในการตรวจร่างกายอย่างมั่นใจ และให้บริการอย่างเป็นระบบ รับฟังปัญหาของผู้ใช้บริการ

2. กลุ่มอายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีการรับรู้คุณภาพบริการทุกด้าน สูงกว่ากลุ่มอายุ 20-29 ปี 30-39 ปี และ 40-49 ปี เนื่องจากในวัยสูงอายุเริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น ทำให้ต้องเข้ามาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง (โสภิตา ชันแก้ว, 2546) ต้องการการดูแลด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่นๆ ในขณะที่กลุ่มอายุ 20-29 ปี 30-39 ปี และ 40-49 ปี อยู่ในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ มีภาวะสุขภาพที่แข็งแรง สามารถดูแลตนเองได้ การต้องการพึ่งพาศักดิ์สิทธิ์อื่นน้อย ทำให้กลุ่มอายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี เป็นกลุ่มที่มาใช้บริการมากที่สุด เมื่อได้รับบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพจึงทำให้มีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลของผู้รับบริการคลินิกปฐมภูมิในโรงพยาบาลเมืองจะเชิงเทรา ของจันทรวงศ์ ศิริวัน (2545) ที่พบว่าอายุที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการแตกต่างกันโดยกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 51 ปี ขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุ 15-40 ปี และโสภิตา ชันแก้ว (2546) เรื่องคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน ภาคเหนือตอนบน พบว่าผู้ให้บริการที่มีอายุ 40-59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก สูงกว่าผู้ให้บริการที่มีอายุน้อยกว่า

3. กลุ่มไม่ได้รับการศึกษามีการรับรู้คุณภาพบริการทุกด้าน สูงกว่า กลุ่มที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช เนื่องจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาเป็นกลุ่มผู้ใช้บริการที่ส่วนใหญ่คือกลุ่มผู้สูงอายุ และมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขึ้นทะเบียนไว้กับ

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แตกต่างกับกลุ่มมัธยมศึกษา/ปวช ที่จะประกอบอาชีพ และใช้สิทธิประกันสังคมกับสถานบริการที่มีความพร้อมกว่า โดยสถานบริการเหล่านั้นมีบุคลากรที่พร้อม รวมไปถึงเครื่องมือที่ทันสมัย เมื่อมาใช้บริการ ที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงทำให้มีความพึงพอใจน้อยกว่ากลุ่ม ไม่ได้รับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือตอนบน ของโสภิตา ชันแก้ว (2546) ที่พบว่า ผู้ให้บริการที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก สูงกว่าผู้ให้บริการที่มีระดับการศึกษาสูง และปณิตดา ถักชัยมีเศรษฐ (2546) ที่ศึกษาความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการที่มีต่อศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองศรีราชาจังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้ให้บริการที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา มีความพึงพอใจในคุณภาพบริการมากกว่า ผู้ให้บริการที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา

4. อาชีพเกษตรกรมีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่า พนักงานบริษัท/โรงงาน เนื่องจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตชุมชน เน้นการส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรคที่ไม่ซับซ้อน เครื่องมือในการตรวจรักษาที่ไม่ซับซ้อนให้การดูแลครอบคลุมครบครัน และชุมชน ประชากรในพื้นที่ที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีความสะดวกในการมาใช้บริการมากกว่า และไม่มีย่อจำกัดด้านเวลาการทำงาน ต่างกับกลุ่มพนักงานบริษัท/โรงงาน มีมุมมองทางด้านธุรกิจ การเสียโอกาส การขาดรายได้หากต้องหยุดงานเพื่อมาใช้บริการ จึงมีความคาดหวังต่อบริการมากกว่ากลุ่มอาชีพเกษตรกร ทำให้อาชีพเกษตรกร มีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่า กลุ่มพนักงานบริษัท/โรงงาน สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ที่พบว่า ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรมีความพึงพอใจสูงกว่าอาชีพอื่นๆ (อนงค์ เอื้อวัฒนา, 2542)

5. กลุ่มที่มาใช้บริการ 4-6 ครั้งต่อปี มีการรับรู้คุณภาพบริการ สูงกว่ากลุ่มที่มาใช้บริการ 1-3 ครั้งต่อปี เนื่องจากการมาใช้บริการในระยะแรกจะมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบริการมาก (Bond & Thomas, 1992; Parasuraman et al., 1985) ต่างกับกลุ่มที่มาใช้บริการหลายครั้ง ที่จะทราบถึงวิธีการรักษา ค้นเคยกับรูปแบบบริการ เจ้าหน้าที่ที่ทราบขั้นตอนต่างๆ เป็นอย่างดี จึงทำให้ทราบว่าตนจะต้องได้รับบริการอะไร (กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2552; อัจฉรา คำประกอบ, 2549) เมื่อทราบลักษณะบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการตนเอง จึงมาใช้บริการหลายครั้ง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ก็พบว่ากลุ่มที่มาใช้บริการ 4-6 ครั้งต่อปี มีการรับรู้คุณภาพบริการ สูงกว่ากลุ่มที่มาใช้บริการ 1-3 ครั้งต่อปี สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจต่อบริการของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ของบุญประสพ เกตุขาว (2546) ที่พบว่าจำนวนครั้งที่มาใช้บริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อบริการ

6. ความสัมพันธ์ของคุณภาพการให้บริการพบว่าคุณภาพการให้บริการด้านโครงสร้าง มีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับสูง กับด้านกระบวนการ และคุณภาพการให้บริการด้านกระบวนการ มีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับสูง กับด้านผลลัพธ์ เนื่องจากการที่มีโครงสร้างการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ ได้แก่ ความรู้ความสามารถ เครื่องมือที่ใช้ตรวจที่มีคุณภาพ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ใช้บริการมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านโครงสร้างในระดับสูง ได้รับกระบวนการบริการที่มีคุณภาพสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของตนเอง จึงส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการด้านผลลัพธ์ เช่นกัน (มาริสสา ไกรฤกษ์, 2544, หน้า 25; Donabedian, 1980, 1988; Mitchell et al., 1998; Hander, Isse & Turnock, 2001) สอดคล้องกับผลการศึกษา กิจกรรมและผลลัพธ์การดำเนินงานเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาล

เวชปฏิบัติชุมชน ของเวหา เกษมสุข นพวรรณ เป็ยชื่อ และสุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ (2554) ที่พบว่า กิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ใช้บริการโดยที่ ผู้ใช้บริการร้อยละ 73 หายหรือมีอาการปกติ ร้อยละ 99.5 จะกลับมาใช้บริการอีก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการที่ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการระดับดีในทุกด้าน ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐาน และสอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูปสุขภาพ ที่มุ่งให้เกิดการบริการในลักษณะ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” แสดงให้เห็นว่าพยาบาลเวชปฏิบัติมีความสำคัญ ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้นการพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติ จึงเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมสำหรับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการจากบุคคลกรที่มีความรู้ความสามารถ และมีศักยภาพในการรักษาโรคเบื้องต้น

2. จากผลการศึกษาที่พบว่า อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ที่แตกต่างกันจะมีผลต่อความพึงพอใจในคุณภาพบริการ ดังนั้นการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ ควรคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ใช้บริการ และควรเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันไม่เลือกปฏิบัติ ควรจัดบริการให้มีความเหมาะสมในแต่ละกลุ่ม เช่น การพัฒนารูปแบบการให้บริการที่รวดเร็ว สะดวก สำหรับกลุ่มอาชีพที่รับจ้าง พนักงานโรงงาน ที่มีระยะเวลาที่มาใช้บริการน้อย ปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสม เช่น มีทางลาดเอียงสำหรับรถเข็นของผู้พิการ ผู้สูงอายุ มีมุมสำหรับเด็ก และวัยรุ่น เป็นต้น

3. จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มาใช้บริการเมื่อประสบกรณีการมาใช้บริการมาก จะมีการรับรู้คุณภาพบริการมากกว่าผู้ที่มาใช้บริการน้อยครั้ง ดังนั้นในการมาใช้บริการในครั้งแรกๆ ควรจะมีการให้คำแนะนำ การประชาสัมพันธ์ รูปแบบการให้บริการ ขั้นตอนบริการ วิธีการต่างๆ ในการมาใช้บริการ สิทธิประโยชน์ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการมาใช้บริการ

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อรูปแบบการให้บริการ และเกิดความประทับใจต่อการมาใช้บริการในครั้งแรก

4. จากผลการศึกษาที่พบว่า คุณภาพการให้บริการด้านทั้ง 3 ด้าน สัมพันธ์กัน ซึ่งให้เห็นว่า ในการที่จะพัฒนาคุณภาพบริการของพยาบาลเวชปฏิบัติจะต้อง พัฒนาคุณภาพทั้งสามด้านพร้อมกันก็คือ การพัฒนาด้านโครงสร้างของพยาบาลเวชปฏิบัติ พัฒนาด้านกระบวนการดำเนินงาน เพื่อที่จะนำไปสู่คุณภาพบริการด้านผลลัพธ์คือการเปลี่ยนแปลงทางด้านคลินิก การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ความมั่นใจในการใช้บริการของผู้ใช้บริการ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษา งานบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ คณะอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ครอบครัว และเพื่อน ที่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ผู้วิจัยเสมอ

เอกสารอ้างอิง

กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. (2552). *จิตวิทยาทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพฯ: คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา. (2550). *สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ จากปรัชญาสู่ปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

จริยา ลิมานันท์. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เขต 9. วิทยานิพนธ์พยาบาล*

ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

จริยาวัตร คมพัยค์ม์. (2553). การพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบสุขภาพ. ใน จริยาวัตร คมพัยค์ม์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอนามัยชุมชน แนวคิด หลักการ และการปฏิบัติการพยาบาล*. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

จันทร์งาม ศิริวัน. (2545). *ความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลของผู้รับบริการคลินิกปฐมภูมิในโรงพยาบาลเมืองชะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

จิตรม ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โพธิ์สัดย์, ยุพิน อังสุโรจน์, จารวรรณ ธาตาดเดช และ ศรานุช โดมรศักดิ์. (2543). *เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล Hospital quality indicators* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

ทัศนาศ บุญทอง, สุปราณี อัครเสรี และนัทธมนศิริกุล. (2550). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการรักษาโรคเบื้องต้นในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(4), 24-37.

บุญประสพ เกตุขาว. (2546). *ความพึงพอใจต่อบริการของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์ เพื่อการพัฒนา, ศูนย์วิทยบริการและบัณฑิตศึกษา, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.

ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง มาตรฐานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับปฐมภูมิ. (2548, 4 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 63-70.

ปนัดดา ลักขมีเศรษฐ. (2546). *ความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการที่มีต่อศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองศรีราชาจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการ

พยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

มาริสา ไกรฤกษ์. (2544). แนวคิดการวิจัย ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ตอนที่ 1. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 24(1), 24-30.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เวหา เกษมสุข, นพวรรณ เปี้ยชื่อ และสุนิศา จารุพัฒน์ มารูโอ. (2554). กิจกรรมและผลลัพธ์การดำเนินงานเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(2), 70-85

สภาการพยาบาล. (2551). *ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2553). การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. ใน *อภิชาติ จิตต์เจริญ (บรรณาธิการ), เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ "ได้รับพระบรมมหาราชวัติ เพื่อสุขภาพของปวงประชา"* เล่ม 2.

สมจิต หนูเจริญกุล, พิกุล นันทชัยพันธ์, นงลักษณ์ สุวิไลฐ์, นัยนา หนูนิล, อรสา คงตาล และแสงอรุณ อิศระมาลัย. (2545). *บทเรียนจากกรณีศึกษาเส้นทางสู่ความสำเร็จของพยาบาลเวชปฏิบัติ*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2544). ประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของสถานดูแลคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(3), 29-47.

_____. (2554). *รายงานการวิจัยคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป: ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ภายใต้โครงการวิจัย ประเมินผลหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น). ชลบุรี: กลุ่มวิชาพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *รายงานจำนวนประชากรรายจังหวัด ประจำปีเดือนพฤศจิกายน 2553*. วันที่ค้นข้อมูล 3 มกราคม 2554, เข้าถึงได้จาก <http://report.nhso.go.th/workxeon/NumberProvinceR.jsp>

อัจฉรา คำประกอบ. (2549). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลกองบิน 4 อำเภอตวักลี จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการทั่วไป, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.

โสภิตา ชันแก้ว (2546). *คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือตอนบน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อนงค์ เอื้อวัฒนา. (2542). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาบริหารโรงพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bond, S., & Thomas, L. H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1), 52-63.

Donabedian, A. (1980). *The Definition of quality and approaches to its assessment* (Vol.1). Michigan: The University of Michigan.

_____. (1988). The quality of care. How can it be assessed?. *JAMA*, 260(12), 1743-1748.

Hanucharurnkul, S. (2007). Nurses in primary care and the nurse practitioner role in Thailand. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 26(1), 83-93.

Handler, A., Issel, M., & Turnock, B. (2001). A conceptual framework to measure performance of the public health system. *American Journal of Public Health, 91*(8), 1235-1239.

Ingersoll G. L., & Mahn-DiNicola V. A. (2009). Outcome evaluation and performance improvement, In J. A. S. C. M. H. A. B. Hamric (Ed.), *Advanced Practice Nursing: An integrative approach* (4 th ed.). Philadelphia: W.B.Saunders.

Mitchell, P. H., Ferketich, S., Jennings, B. M., & American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Center. (1998). Quality health outcomes model. *Journal of Nursing Scholarship, 30*(1), 43-46.

Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing, 49*, 41-50.

_____. (1988). SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing, 64*(1), 12-40.

_____. (1990). Five imperatives for improving service quality. *Sloan Management Review, 31*(4 Summer), 29-38.

Wubker, A. (2007). Measuring the quality of healthcare: the connection between structure, process, and outcomes of care, using the example of myocardial infarction treatment in Germany. *Disease Management & Health Outcomes, 15*(4), 225-238.