การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี

ACCESS TO DENTAL SERVICES AMONG THE ELDERLY IN CHONBURI PROVINCE

ปิ่นทอง ประสงค์สุข

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
มกราคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ ปิ่นทอง ประสงค์สุข ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(อาจารย์ ดร.วนัสรา เชาวน์นิยม)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(อาจารย์ ดร.วัลลภ ใจดี)

คณะกรรมสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธาน

(อาจารย์ ดร.เมธี จันท์จารุภรณ์)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.วนัสรา เชาวน์นิยม)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.วัลลภ ใจดี)

.....กรรมการ

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

วันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2560

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.วนัสรา เชาวน์นิยม อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดร.วัลลภ ใจดี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทาง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน ให้กำลังใจ และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองข้างคอก พลูตาหลวง และปรกฟ้า ที่ช่วยประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบของพระคุณ คุณพ่อนิยม ประสงค์สุข คุณแม่วรรณา ใจแสน และพี่น้องทุกคน ที่ให้ความรักและกำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ศึกษามีความมานะพยายามในการทำงานวิทยานิพนธ์จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

ปิ่นทอง ประสงค์สุข

55910235: ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการ/ บริการทันตกรรม/ ผู้สูงอายุ

ปิ่นทอง ประสงค์สุข: การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี (ACCESS TO DENTAL SERVICES AMONG THE ELDERLY IN CHONBURI PROVINCE). คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วนัสรา เชาวน์นิยม, Ph.D.; วัลลภ ใจดี, Ph.D., 96 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

การวิจัยเชิงความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม และสร้างสมการทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุจำนวน 357 คน ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นผู้หญิง ร้อยละ 75.9 มีอายุเฉลี่ย 69.1 ปี การไปรับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนมากรับการรักษาอุดฟัน ร้อยละ 39.8 การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.2 ของคะแนนเต็ม) เมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการทันตกรรมใน 5 มิติ พบว่า มีเพียงด้านการยอมรับคุณภาพบริการเท่านั้นที่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 81.4 ของคะแนนเต็ม) ส่วนการเข้าถึงบริการทันตกรรมในด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ด้านความเพียงพอของบริการ ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวกของแหล่งบริการ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.4, 71.9, 71.8 และ 61.5 ของคะแนนเต็ม ตามลำดับ) โดยอาชีพเกษตร การมีหลานเป็นผู้ดูแล การเกษียณอายุ/ ไม่ได้ทำงาน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 6.7 ข้อเสนอแนะ ควรสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรับบริการสำหรับผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

55910235: M.P.H. (PUBLIC HEALH)
KEYWORDS: ACCESS/ DENTAL SERVICES/ ELDERLY
PINTONG PRASONGSUK: ACCESS TO DENTAL SERVICES AMONG THE ELDERLY IN CHONBURI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: WANASARA CHAONIYOM, Ph.D.; WANLOP JAIDEE, Ph.D., 96 P. 2017.

The relationship study was aimed to study the access to dental services and identify factors associated with access to dental services among the elderly in Chonburi. Data were collected from 357 elderly people with multi-stage random sampling method. Questionnaire was used to gather the data and analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed the most of the elderly (75.9%) was women with an average age at 69.1 years old. The mostly dental services were filling (39.8%) in the past year. Access to dental services among the elderly in Chonburi was at moderate level (72.2 % of the total score). In terms of five dimensions of access, only acceptability was evaluated at the high level (81.4% of the total score) and affordability, availability, accessibility and accommodation were evaluated at the moderate level (72.4%, 71.9%, 71.8 % and 61.5 % of the total score) Occupation (Farmers), caregiver (grandchildren), retirement / not working and number of family members jointly predicted 6.7 %. This study suggests that providers should support the cost of dental services and encourage caregivers on the importance of oral health of the elderly

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ซ

สารบัญภาพ ..... ฌ

บทที่

1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 3

สมมติฐานของการวิจัย 3

กรอบแนวคิดในการวิจัย 4

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย 4

ขอบเขตของการวิจัย 4

ข้อจำกัดของการวิจัย 5

นิยามศัพท์เฉพาะ 5

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 7

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ 8

แนวคิดและทฤษฎีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ 15

การประกันคุณภาพบริการ 19

แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ 23

การบริการทันตกรรม 25

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 37

3 วิธีดำเนินการวิจัย 41

รูปแบบการวิจัย 41

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 41

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 44

การเก็บรวบรวมข้อมูล 46

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
	การวิเคราะห์ข้อมูล	46
	การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง	47
4	ผลการวิจัย	49
	ข้อมูลส่วนบุคคล	49
	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบการเข้าถึงบริการทันตกรรม	52
	การเข้าถึงบริการทันกรรรม	56
	การวิเคราะห์ระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม	58
	ตัวแปรที่สัมพันธ์ และร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรม	61
5	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	70
	สรุปผลการวิจัย	71
	อภิปรายผล	73
	ข้อเสนอแนะ	77
บรรณานุกรม		78
ภาคผนวก		86
	ภาคผนวก ก	87
	ภาคผนวก ข	94
ประวัติย่อของผู้วิจัย		96

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1 สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับทางทันตกรรมของบัตรประเภทต่าง ๆ ตามระบบประกันสุขภาพ 30

2 การบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในหน่วยบริการระดับต่าง ๆ 32

3 จำนวนประชากรและตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอำเภอ 42

4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล 50

5 ค่า Eigenvalue ของการวิเคราะห์องค์ประกอบการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี 53

6 น้ำหนักและองค์ประกอบการเข้าถึงบริการทันตกรรม 55

7 ร้อยละ (จำนวน) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการเข้าถึงด้านความเพียงพอของบริการรายข้อ (n = 357) 56

8 ร้อยละ (จำนวน) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการเข้าถึงด้านการเข้าถึงแหล่งบริการรายข้อ (n = 357) 57

9 ร้อยละ (จำนวน) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการเข้าถึงด้านความสะดวกของแหล่งบริการรายข้อ (n = 357) 58

10 ร้อยละ (จำนวน) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการเข้าถึงด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการรายข้อรายข้อ (n = 357) 59

11 ร้อยละ (จำนวน) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการเข้าถึงด้านการยอมรับคุณภาพบริการรายข้อ (n = 357) 60

12 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุและค่าเฉลี่ย จำแนกตามระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม 61

13 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 66

14 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี 67

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
2	แผนภูมิแสดงขั้นตอนและวิธีการสุ่มตัวอย่าง	43
3	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม	63
4	การแจกแจงความถี่แบบฮิสโตแกรม (Histogram) ของตัวแปรตาม	64

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุนั้นโดยปกติระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยจะมาก หรือน้อย ขึ้นกับปัจจัยหลายด้าน เช่นสภาวะแวดล้อม พฤติกรรม โรคประจำตัว และพันธุกรรม อวัยวะในช่องปากก็เช่นเดียวกัน เมื่อผ่านการทำหน้าที่มา ตลอดระยะเวลากว่าครึ่งค่อนศตวรรษ ย่อมต้องเสื่อมโทรมลงตามกาลเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งฟันนั้น ซึ่งหน้าที่สำคัญที่สุดในการบดเคี้ยวอาหาร ถ้าฟันไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเนื่องจากเป็นโรค มีความเจ็บปวดเกิดขึ้นหรือถูกถอนหายไป ยอมทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ร่างกายได้รับสารอาหารที่เป็นประโยชน์ไม่พร้อม ส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางร่ายกาย และจิตใจโดยรวม และจากรายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2556) พบว่าปัญหาทันตสุขภาพในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2550 โดยพบว่า ปัญหาหลักของผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุเกือบทุกคน (ร้อยละ 95.5) มีการสูญเสียฟัน โดยเฉลี่ย 18.8 ซี่/ คน พบผู้สูงอายุร้อยละ 7.2 ที่สูญเสียฟันทั้งปาก ผู้มีฟันในช่องปากไม่น้อยกว่า 20 ซี่ มีเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 57.80 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าฟันที่เหลืออยู่เหล่านี้มีสภาวะโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 50.2 และโรคปริทันต์ ร้อยละ 32.1 ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษา ก็จะมีแนวโน้มที่จะสูญเสียฟันอีกในอนาคต

การใช้บริการทันตกรรมมีความสำคัญในการรักษาและฟื้นฟูเพื่อลดอัตราการสูญเสียฟันและการคงไว้การมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีผู้สูงอายุที่ไปใช้บริการทันตกรรมอย่างสม่ำเสมอจะมีสุขภาพช่องปากที่ดีกว่า มีปัญหาโรคในช่องปากน้อยกว่า และจะมีความพึงพอใจในสุขภาพช่องปากของตนเองมากกว่าผู้ที่มีไปใช้บริการทันตกรรมน้อย (Locker D., 2003) ซึ่งผู้สูงอายุควรไปรับบริการทันตกรรมเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากทั้งฟันแท้และฟันปลอมเป็นระยะ ทุก 6 เดือน หรืออย่างน้อยปีละครั้ง (บรรลุ ศิริพานิช, 2553) จะทำให้สามารถรักษาหรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่องปากได้อย่างทันท่วงที การไม่ไปรับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อการเกิดโรคในช่องปาก ทำให้มีความรุนแรงของโรคดำเนินไปมากขึ้น นำไปสู่ความเจ็บปวด และการสูญเสียฟันซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การที่ไม่มีฟันธรรมชาติมีผลทำให้การเคี้ยวอาหารลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการกินอาหาร ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ ดัชนีมวลกาย และ ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง มีปัญหาในการเข้าสังคม (รัตนา จันทร, 2559)

จากสถิติการใช้บริการทันตกรรม พ.ศ. 2554 (เพ็ญแข ลาภยิ่ง และ วีระศักดิ์ พุทธาศรี, 2556) พบว่า คนไทยยังใช้บริการทันตกรรมในระดับต่ำ ร้อยละ 9.28% และความถี่ 0.15 ครั้งต่อปี และยังพบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้บริการทันตกรรมที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยรวมทั้งประเทศ โดยพบว่า มีอัตรา ร้อยละ 7.63 และความถี่ 0.12 ครั้งต่อปี ทำให้สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุของไทยยังมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรม ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นหลักการที่สำคัญของระบบสุขภาพในทุกสังคม และเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานของระบบสุขภาพ (Michael, Ebener, Aguilar, Vidaurre & Morjani, 2004) เป็นสิ่งสะท้อนถึงนโยบายสุขภาพของรัฐในการให้บริการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนแบบปฐมภูมิ (World Health Organization [WHO], 2003) ระบบสุขภาพของประชาชนไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันจะถูกกำหนดโดยรัฐบาล เพราะถือว่าบริการสุขภาพจำเป็นสำหรับประชาชน และเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องจัดบริการ ควบคุมดูแลบริการสุขภาพให้เป็นไปตามแนวทางที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (พาณี สีตกะลิน, 2555) คุณภาพบริการเปรียบเสมือนการมองคุณภาพจากแง่มุมต่าง ๆ ที่หลากหลาย ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการได้ดีขึ้น การเข้าถึงบริการได้นำมาใช้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการวัดคุณภาพของบริการ การเข้าไม่ถึงหรือเข้าถึงไม่สะดวกสะท้อนความไม่มีคุณภาพของระบบบริการที่ได้รับ ซึ่งการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนนั้นสามารถพิจารณาจากมิติการเข้าถึงบริการสุขภาพห้าด้าน (Penchansky & Thomas, 1981) คือ ด้านความเพียงพอของบริการ, ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ, ด้านความสะดวกของแหล่งบริการ, ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และด้านการยอมรับคุณภาพบริการ

การศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมในประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการทันตกรรม ว่าผู้สูงอายุไปใช้บริการมากน้อยเพียงใด โดยพบว่า ผู้สูงอายุไปใช้บริการอยู่ในระดับต่ำ (ธิดา รัตนวิไลศักดิ์, 2554, เพ็ญแข ลาภยิ่ง และ วีระศักดิ์ พุทธาศรี, 2556) แม้ผู้สูงอายุจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ก็มาใช้บริการทันตกรรมไม่ถึงร้อยละ 50 (Saengtipbovorn, Taneepanichskul, Pongpanich & Boonyamanond, 2012) แต่การประเมินการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมมิติทั้ง 5 ด้าน ยังมีการศึกษาน้อย และการเข้าถึงบริการทันตกรรมนั้นมีเรื่องของบริบทพื้นที่เข้ามาเกี่ยวข้อง แต่การศึกษาส่วนใหญ่นั้นศึกษาในพื้นที่ภาคเหนือ (อรวรรณ พุ่มพวง, 2551, สุภาพร แสงอ่วม, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ภูดิท เตชาติวัฒน์, ชญานินท์ ประทุมสูตร, และกันยารัตน์ คอวนิช, 2558) ทำให้ขาดข้อมูลของบริบทพื้นที่ในภาคตะวันออก ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในมิติ 5 ด้าน ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี

จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดที่สำคัญของภาคตะวันออก มีเป้าหมายสำคัญคือการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนรวมทั้งผู้สูงอายุทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิได้ตามความจำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานบริการทันตกรรม ที่สมควรต้องจัดบริการสุขภาพให้ผู้สูงอายุเข้าถึงหรือได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญ ในระดับมากที่สุด ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มี 60 ปี ขึ้นไป เป็นคัดเลือกตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทันตกรรมที่จำเป็นเพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุต่อไป

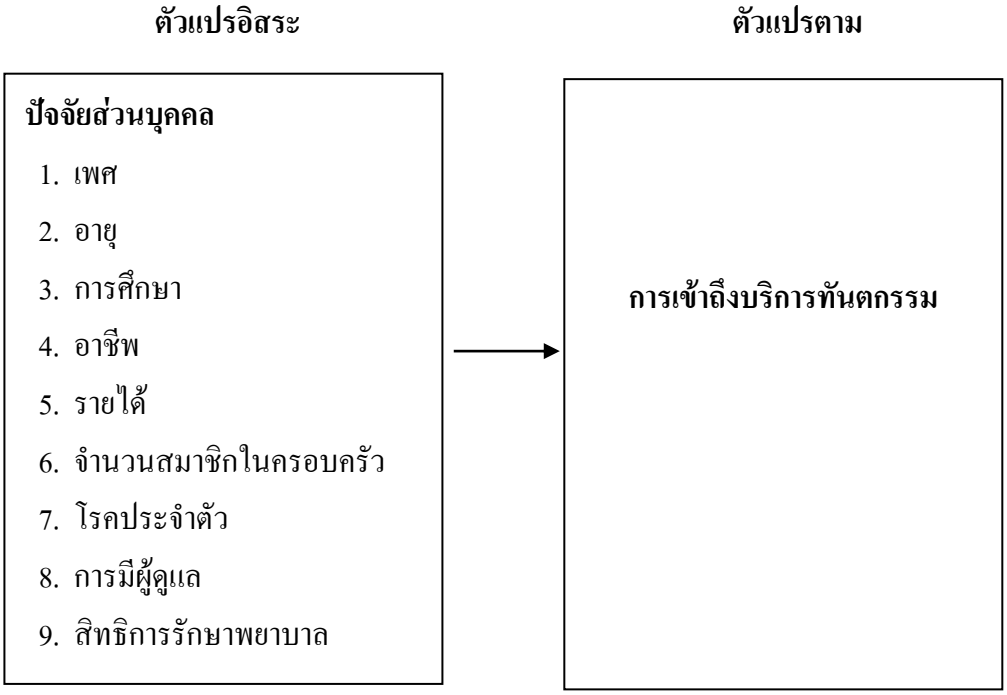
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การมีผู้ดูแล สิทธิการรักษาพยาบาล และการไปรับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความเพียงพอของบริการทันตกรรม การเข้าถึงแหล่งให้บริการทันตกรรม ความสะดวกของแหล่งบริการทันตกรรม ความสามารถในการจ่ายค่าบริการทันตกรรม และการยอมรับคุณภาพบริการทันตกรรม ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรี กับเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การมีผู้ดูแล และสิทธิการรักษาพยาบาล

สมมติฐานของการวิจัย

1. การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับเพศหญิง อายุ การศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีผู้ดูแล และสิทธิการรักษาพยาบาล
2. การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี มีความสัมพันธ์เชิงลบอาชีพเกษตรกร อาชีพรับจ้าง และมีโรคประจำตัว
3. เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การมีผู้ดูแล และสิทธิการรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำผลการวิจัย ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในหัวข้อการบริการทันตกรรมสำหรับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ

2. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดบริการทันตกรรมให้มีคุณภาพ และเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

ขอบเขตของการวิจัย

1. ศึกษาการเข้าถึงบริการตามแนวคิดของ Penchansky and Thomas (1981) ประกอบด้วยความพอเพียงของบริการทันตกรรม การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม ความสะดวกของแหล่งบริการทันตกรรม ความสามารถในการจ่ายค่าบริการทันตกรรม และการยอมรับคุณภาพบริการบริการทันตกรรม

2. ศึกษาตัวแปรอิสระตามปัจจัยส่วนบุคคล คือเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การมีผู้ดูแล และสิทธิการรักษาพยาบาล

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้สูงอายุที่รับบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดชลบุรี

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่ใช้บริการทันตกรรมในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา และใช้วิธีการสัมภาษณ์ การตอบคำถามเกี่ยวกับความทรงจำ ในระยะเวลาที่จำกัด อาจทำให้ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

บริการทันตกรรม หมายถึง กิจกรรมที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐจัดให้เพื่อตรวจป้องกัน การวินิจฉัย และ การรักษาโรค การบาดเจ็บ และความผิดปกติของฟัน ขากรรไกร และอวัยวะในช่องปาก รวมไปถึงการบูรณะ ทดแทนการสูญเสียฟันและอวัยวะที่เกี่ยวข้องให้กับผู้สูงอายุ เช่น การตรวจฟัน การขูดหินปูน การอุดฟัน การถอนฟัน การรักษารากฟัน การใส่ฟันปลอม

การเข้าถึงบริการ หมายถึง คุณภาพของบริการในมุมมองของผู้สูงอายุ จำแนกเป็น 5 มิติ ได้แก่ ด้านความเพียงพอของบริการ ด้านความเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวกของแหล่งบริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และ ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ

ความเพียงพอของบริการ (Availability) คือ ความเพียงพอการจัดบริการทันตกรรม โดยพิจารณาจากปริมาณและคุณภาพของทรัพยากรที่มีอยู่ ได้แก่ สถานบริการ เก้าอี้ทำฟัน เครื่องมืออุปกรณ์ ผู้ให้บริการ เช่น ทันตแพทย์ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ความเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่ผู้สูงอายุจะเดินทางไปถึงสถานบริการทันตกรรมได้สะดวก ได้แก่ ความสามารถในการเดินทางไปเอง ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ความสะดวกขณะเดินทาง และความใกล้ไกลของสถานบริการ

ความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) คือ ความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าไปใช้ทรัพยากรที่มีสถานบริการจัดให้ ได้แก่ ลำดับการเข้ารับบริการ ขั้นตอนการรับบริการ การนัดหมาย การจัดบริการทันตกรรมเคลื่อนที่

ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) คือ ความสามารถของผู้สูงอายุในการจ่ายค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการไปรับบริการทันตกรรม การรับรู้ในค่าใช้จ่ายทั้งหมด ได้แก่ ค่าบริการทันตกรรม ค่าใช้จ่ายอื่นที่เกิดขึ้นในการมารับบริการ ความครอบคลุมของสิทธิการรักษา ค่าบริการส่วนเกินจากสิทธิการรักษา ค่าบริการนอกเวลา และรายได้ที่เสียไปเมื่อมารับบริการ

การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) คือ ทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีต่อลักษณะส่วนบุคคลและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ คุณภาพบริการทันตกรรมที่จัดให้

อาชีพ หมายถึง ประเภทหรือชนิดของงานที่ผู้สูงอายุทำแล้วเกิดรายได้ ผู้สูงอายุส่วนมากมักมีอาชีพเพียงอาชีพเดียว สำหรับผู้ที่มีอาชีพมากกว่า 1 อาชีพ ให้นับอาชีพที่มีชั่วโมงการทำงานมากที่สุด ถ้าชั่วโมงการทำงานเท่ากันให้นับอาชีพที่มีรายได้มากกว่า ถ้าชั่วโมงการทำงานและรายได้ที่ได้รับเท่ากัน ให้นับอาชีพที่ผู้ตอบสัมภาษณ์พอใจมากที่สุด

โรคประจำตัว หมายถึง โรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยอยู่แล้ว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ฯลฯ

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

สิทธิการรักษาพยาบาล หมายถึง สิทธิในการได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้ ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ สิทธิอื่น ๆ เช่น สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ

จำนวนสมาชิกในครอบครัว หมายถึง จำนวนสมาชิกที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุ

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับจากการประกอบอาชีพ บำเหน็จบำนาญ และเงินสวัสดิการที่รัฐได้จัดให้

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้ได้นำแนวความคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากหนังสือ ตำรา วารสาร ข้อเขียนของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งส่วนมากได้จากห้องสมุดและอินเตอร์เน็ต มาอ่านทบทวน วิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อสนับสนุนและเป็นแนวทางในการทำวิจัยครั้งนี้ ผลการทบทวนได้นำเสนอเนื้อหาเรียงตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ
   - 1.1 ความหมายของคุณภาพบริการ
   - 1.2 องค์ประกอบของคุณภาพ
   - 1.3 การประเมินคุณภาพบริการ
   - 1.4 เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ
   - 1.5 การรับรู้คุณภาพบริการ
2. แนวคิดและทฤษฎีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ
   - 2.1 ความหมายของความคาดหวัง
   - 2.2 องค์ประกอบของความคาดหวัง
   - 2.3 ระดับของความคาดหวัง
   - 2.4 ทฤษฎีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ
3. การประกันคุณภาพบริการ
   - 3.1 ความหมายของการประกันคุณภาพบริการ
   - 3.2 วิวัฒนาการและความก้าวหน้าของกระบวนการประกันคุณภาพ
   - 3.3 มิติคุณภาพในการประกันคุณภาพในงานบริการสาธารณสุข
4. แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ
   - 4.1 ความหมายของการเข้าถึงบริการ
   - 4.2 ทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพ
   - 4.3 อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
5. การบริการทันตกรรม
   - 5.1 ความหมายของการบริการทันตกรรม
   - 5.2 การจัดบริการทันตกรรมในประเทศไทย
   - 5.3 บริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ

5.4 การจัดบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

1. ความหมายของคุณภาพบริการ คุณภาพการ หมายถึง การประเมินของผู้รับบริการ โดยทำการเปรียบเทียบระหว่างการบริการที่คาดหวัง (Expectation service) กับการบริการที่รับรู้จริง (Perception service) จากผู้ให้บริการ ซึ่งหากผู้ให้บริการสามารถให้บริการที่สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้รับบริการหรือสร้างการบริการที่มีระดับสูงกว่าที่ผู้รับบริการได้คาดหวัง จะส่งผลให้การบริการดังกล่าวเกิดคุณภาพการให้บริการซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับเป็นอย่างมาก (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990; Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2004; Kotler & Anderson, 1987; Cronin & Taylor, 1992) นอกจากนี้พาราซุรามาน ซีแทมล์ และเบอร์รี่ (Parasuraman, Ziethaml, & Berry,1985) ได้ชี้ให้เห็นด้วยว่า คุณภาพบริการเป็นการให้บริการที่มากกว่าหรือตรงกับความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเรื่องของการประเมินหรือการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นเลิศของการบริการในลักษณะของภาพรวม ในมิติของการรับรู้ ผลการศึกษาวิจัยของนักวิชาการกลุ่มนี้ ช่วยให้เห็นว่า การประเมินคุณภาพการให้บริการตามการรับรู้ของผู้บริโภคเป็นไปในรูปแบบของการเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อบริการที่คาดหวังและการบริการตามที่รับรู้ว่ามีความสอดคล้องกันเพียงไร สรุปคือ คุณภาพบริการมายถึง การให้บริการที่สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการหรือผู้บริโภคอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ความพึงพอใจต่อการบริการ จึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการทำให้เป็นไปตามความคาดหวังหรือการไม่เป็นไปตามความคาดหวัง (Confirm or disconfirm expectation) ของผู้รับบริการนั่นเอง

2. องค์ประกอบของคุณภาพบริการ ในการจัดบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ให้มีคุณภาพนั้นต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2556)

2.1 การเข้าถึงบริการ หมายถึง การเข้าถึงด้านภูมิศาสตร์ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านภาษาและการจัดองค์กรที่ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย เช่น ระบบนัด เวลาจัดบริการ

2.2 ลักษณะทางกายภาพที่น่าพอใจ หมายถึง บริการที่ไม่เกี่ยวกับสัมฤทธิผลทางด้านคลินิก แต่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจยิ่งขึ้น และยินดีที่จะกลับมารับบริการครั้งต่อไป เมื่อมีความจำเป็น ลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในบริการที่ได้รับ และมีความเต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการ ลักษณะดังกล่าว ได้แก่ ความสวยงาม ความสะดวกสบาย ความสะอาด ความเป็นส่วนตัว ดนตรี การให้ความรู้และการหย่อนใจด้วยวิธีต่าง ๆ

2.3 คุณภาพด้านมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นและการที่ทั้งสองฝ่ายจะแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการให้บริการที่ตอบสนองต้องการของผู้ใช้บริการ และด้านคำแนะนำที่ผู้รับบริการจะได้ใช้ประโยชน์ ทั้งนี้ โดยอาศัยการให้ความเคารพ การรักษาความลับ ความสุภาพ การฟังและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตอบสนองอย่างเหมาะสมและการแสดงความเห็นอกเห็นใจ นอกจากนี้ คุณภาพด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนั้น ขึ้นอยู่กับพื้นฐานหลายอย่าง เช่น คุณภาพด้านสถานบริการ การสื่อสาร ความสามารถของแพทย์ที่จะดำรงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือ และความสามารถของแพทย์ที่จะรักษาผู้ป่วยด้วยความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ความซื่อสัตย์ รู้กาลเทศะ และไวต่อการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย แต่การที่จะได้รับการยอมรับและยืนยันว่าการบริการสุขภาพนั้นมีคุณภาพ จะต้องตอบสนองต่อความคาดหวังและค่านิยมของผู้บริโภคที่มาใช้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยแต่ละคน ความคิดเห็นของบุคคลกลุ่มนี้เกี่ยวกับการบริการจัดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อคุณภาพ โดยพื้นฐานแล้ว คุณภาพตามความคิดเห็นของผู้ป่วยและแพทย์นั้นไม่ได้แตกต่างกันมากนัก เช่น ด้านการปฏิสัมพันธ์ส่วนบุคคล บุคลากรด้านสุขภาพยอมรับว่าคุณภาพการดูแลที่อยู่ในระดับสูงนั้นเกิดจากการทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับหนึ่ง แต่บุคลากรด้านสุขภาพมักจะลืมนึกถึงความคิดเห็นของผู้ป่วย โดยมักคิดและเชื่อกันว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านความรู้ว่าอะไรคือส่วนประกอบของคุณภาพด้านเทคนิคอันเกิดจากความไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร ต้องรักษาอย่างไร ทำให้เกิดความคิดว่าการวัดคุณภาพตามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการนั้นจะวัดให้ถูกต้องน่าเชื่อถือได้อย่างไร

2.4 คุณภาพด้านเทคนิค หมายถึง การให้บริการทางคลินิกที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็วและปลอดภัย และการที่ผู้ป่วยจะสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองได้ถึงระดับหนึ่งคุณภาพด้านเทคนิคนั้นเชื่อกันว่ามี 2 มิติ คือ ความเหมาะสมของบริการที่จัด และความชำนาญที่กระทำการรักษาได้อย่างเหมาะสม คุณภาพด้านเทคนิคที่ดีต้องประกอบไปด้วย “Doing the Right Thing Right” (การทำสิ่งที่ถูกต้องด้วยวิธีการและในเวลาที่เหมาะสม) การที่แพทย์จะทำสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมได้นั้น แพทย์จะต้องมีการตัดสินใจที่ถูกต้องใน การรักษาผู้ป่วยแต่ละคน (มีคุณภาพในการตัดสินใจ) และการทำสิ่งที่ถูกต้องดังกล่าวขึ้นอยู่กับ ความชำนาญ การใช้วิจารณญาณและปฏิบัติได้เหมาะสมกับเวลา (มีคุณภาพในการปฏิบัติ)

3. การประเมินคุณภาพบริการ เนื่องจากคุณภาพเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนและมีองค์ประกอบหรือปัจจัยหลายอย่างที่เข้ามาเกี่ยวข้อง อันส่งผลให้การมองคุณภาพจำเป็นต้องทำการมองจากหลายด้าน การประเมินคุณภาพบริการจึงมีผู้เสนอแนวคิดการประเมิน ดังนี้

3.1 Parasuraman, Zeithamal and Berry (1985) เสนอให้มีการประเมินคุณภาพบริการเป็นมิติของคุณภาพบริการ (Dimensions of Service Quality) โดยการประเมินจากผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์ต่าง ๆ 10 ด้าน ดังนี้

3.1.1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangible) หมายถึง ลักษณะสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ อุปกรณ์เครื่องมือ บุคลากร และวัสดุในการติดต่อสื่อสาร

3.1.2 ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการตามที่ให้สัญญาไว้และมีความน่าเชื่อถือ

3.1.3 การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความยินดีที่จะช่วยเหลือ ผู้รับบริการ และพร้อมที่จะให้บริการได้ในทันที

3.1.4 สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence) หมายถึง การมีความรู้และความสามารถ ทักษะในการบริการที่ให้และสามารถแสดงออกมาให้ผู้รับบริการประจักษ์ได้

3.1.5 ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy) หมายถึง ความสุภาพอ่อนโยน ให้เกียรติ มีน้ำใจและเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ

3.1.6 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความน่าไว้วางใจ เชื่อถือได้ซึ่งเกิดจากความซื่อสัตย์ และความจริงใจของผู้ให้บริการ

3.1.7 ความมั่นคงปลอดภัย (Security) หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน ชื่อเสียง ปราศจากความรู้สึกเสี่ยงอันตราย และข้อสงสัยต่าง ๆ รวมทั้ง การรักษาความลับของผู้รับบริการ

3.1.8 การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการมารับบริการ

3.1.9 การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง การให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้รับบริการใช้สื่อสารด้วยภาษาที่ผู้รับบริการเข้าใจและรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ จากผู้รับบริการ

3.1.10 การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding the Customer) หมายถึง การทำความเข้าใจ และรู้จักผู้รับบริการ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการของตนเอง

3.2 Gronroos (1984) ได้เสนอการประเมินคุณภาพบริการว่าสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ตามหลัก 6 ประการ กล่าวคือ

3.2.1 การเป็นมืออาชีพและการมีทักษะของผู้ให้บริการ (Professionalism and skill) เป็นการพิจารณาว่า ผู้รับบริการสามารถรับรู้ได้จากการเข้ารับบริการจากผู้ให้บริการที่มีความรู้และทักษะในงานบริการ ซึ่งสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีระบบและแบบแผน

3.2.2 ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (Attitude and behavior) ผู้รับบริการจะเกิดความรู้สึกได้จากการที่ผู้ให้บริการสนใจที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน

3.2.3 การเข้าพบได้อย่างง่ายและมีความยืดหยุ่นในการให้บริการ (Accessibility and flexibility) ผู้รับบริการจะพิจารณาจากสถานที่ตั้งไว้ให้บริการ และเวลาที่ได้รับบริการจากผู้ให้บริการ รวมถึงระบบการบริการที่จัดเตรียมไว้ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการ

3.2.4 ความไว้วางใจและความเชื่อถือได้ (Reliability and trustworthiness) ผู้รับบริการจะทำการพิจารณาหลังจากที่ไดรับบริการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งการให้บริการของผู้ให้บริการจะต้องปฏิบัติตามที่ได้รับการตกลงกัน

3.2.5 การแก้ไขสถานการณ์ให้กับสู่ภาวะปกติ (Recovery) พิจารณาจากการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าเกิดขึ้นหรือเกิดเหตุการณ์ที่ผิดปกติ และผู้ให้บริการสามารถแก้ไขสถานการนั้น ๆ ได้ทันท่วงทีด้วยวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งทำให้สถานการณ์กลับสู่ภาวะปกติ

3.2.6 ชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือ (Reputation and credibility) ผู้รับบริการจะเชื่องถือในชื่อเสียงของผู้ให้บริการจากการที่ผู้ให้บริการดำเนินกิจการด้วยดีมาตลอด

3.3 Buzzle and Gale (1985) ได้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพการให้บริการไว้ดังนี้

3.3.1 คุณภาพการให้บริการ จะถูกกำหนดโดยลูกค้าหรือผู้รับบริการ ลูกค้าหรือผู้รับบริการจะเป็นผู้พิจารณาว่าอะไรที่เรียกว่าคุณภาพ โดยไม่ได้ใส่ใจว่ากระบวนการทำให้การบริการเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร อย่างไรก็ดี ลูกค้าหรือผู้รับบริการแต่ละคนย่อมมีมุมมองในเรื่องคุณภาพที่อาจแตกต่างกันไปบ้าง

3.3.2 คุณภาพการให้บริการ เป็นสิ่งที่องค์การจะต้องค้นหาอยู่ตลอดเวลาไม่มีจุดสิ้นสุด โดยที่เราไม่สามารถกำหนดคุณภาพการให้บริการให้เป็นไปโดยเฉพาะเจาะจง หรือเป็นสูตรสำเร็จตายตัวได้ การให้บริการที่ดีมีคุณภาพจึงต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งในช่วงเวลาที่กิจการดำเนินไปได้ด้วยดีหรือไม่ดีก็ตาม

3.3.3 คุณภาพการให้บริการ จะเกิดขึ้นได้ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นผู้ปฏิบัติงานในส่วนใด การควบคุมคุณภาพของการปฏิบัติงานของแต่ละคนเป็นเรื่องที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการให้บริการที่มีคุณภาพได้ สิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องได้รับคือการปลูกฝังจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อการให้บริการ และการนำเสนอบริการที่มีคุณภาพอยู่เสมอทั้งต่อเพื่อนร่วมงานและลูกค้าหรือผู้รับบริการ

3.3.4 คุณภาพการให้บริการ การบริหารการบริการ และการติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งที่ไม่อาจแยกออกจากกันได้ ในการนำเสนอการให้บริการที่มีคุณภาพนั้น ผู้ปฏิบัติงานให้บริการจะ

เป็นต้องมีความรู้และเข้าใจคำติชมผลงาน ซึ่งให้การนี้ ผู้บริการจะต้องเอาใจใส่ต่อการบริหารจัดการ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานบริการด้วยความจริงใจและสร้างสรรค์ ภายใต้ความมุ่งหวังที่จะให้บริการที่ออกมามีคุณภาพดี

3.3.5 คุณภาพการให้บริการ จะต้องอยู่บนพื้นฐานความเป็นธรรม

3.3.6 คุณภาพการให้บริการจะดีเพียงนั้นขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของการบริการภายในองค์การที่เน้นความเป็นธรรมและคุณค่าของคน โดยองค์การที่ให้บริการที่สามารถปฏิบัติต่อลูกค้า และบุคลากรขององค์การได้อย่างเท่าเทียมกัน ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการให้บริการอย่างแท้จริง

3.3.7 คุณภาพการให้บริการ ขึ้นอยู่กับความพร้อมในการให้บริการ แม้ว่าคุณภาพการให้บริการจะไม่สามารถหรือยากที่จะกำหนดตายตัวลงไป แต่การวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมของการบริการไว้ล่วงหน้า รวมทั้งการเรียนรู้ในสิ่งที่เป็นความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการ ย่อมก่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพที่ดี

3.3.8 คุณภาพการให้บริการ หมายถึงการรักษาคำมั่นสัญญาว่าองค์การจะให้บริการลูกค้าหรือผู้รับบริการได้อย่างที่เป็นไปตามความคาดหวัง และเป็นไปตามเงื่อนไขที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการ

3.4 Steve and Cook (1995) ได้กล่าวว่า การเลือกใช้บริการของผู้รับบริการโดยส่วนใหญ่นอกจากจะคำนึงถึงภาพลักษณ์ขององค์การและความต้องการส่วนบุคคลแล้ว คุณภาพการให้บริการของหน่วยงานหรือองค์การที่ให้บริการยังสามารถประเมินได้จากเกณฑ์ 9 ประการดังต่อไปนี้

3.4.1 การเข้าถึงบริการได้ทันทีตามความต้องการของผู้ให้บริการ

3.4.2 ความสะดวกของทำเลที่ตั้งในการเข้ารับบริการ

3.4.3 ความน่าเชื่อถือไว้วางใจของการให้บริการ

3.4.4 การให้ความสำคัญต่อผู้รับบริการแต่ละคน

3.4.5 ราคาค่าบริการที่เหมาะสมกับลักษณะของงานบริการ

3.4.6 คุณภาพการให้บริการทั้งในระหว่างเข้ารับบริการและภายหลังการเข้ารับบริการ

3.4.7 ชื่อเสียงของบริการที่ได้รับรวมถึงการยกย่องชมเชยในบริการ

3.4.8 ความปลอดภัยในการให้บริการจากผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ

3.4.9 ความรวดเร็วในการให้บริการ

4. เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ ตัวแบบที่ใช้วัดคุณภาพการให้บริการที่ได้รับความนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายนั้น คือ ผลงานของพาราซุรามาน ซีแทมล์ และเบอร์รี่ (Parasuraman, Ziethaml and Berry) ซึ่งได้พัฒนาตัวแบบเพื่อใช้สำหรับการประเมินคุณภาพการให้บริการโดยอาศัยการประเมินจากพื้นฐานการรับรู้ของผู้รับบริการหรือลูกค้า (Ziethaml, Parasuraman, & Berry, 1990) เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพการบริการที่เรียกว่า“SERVQUAL” (Service Quality) โดยกำหนดมิติที่จะใช้วัดคุณภาพในการให้บริการ (Dimension of service quality) ไว้ 10 ด้าน มีมาตรวัดความพึงพอใจของการบริการรวม 22 คำถามด้วยกัน ซึ่งได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในอุตสาหกรรมการบริการ

ต่อมาภายหลัง ตัวแบบและวิธีการประเมินคุณภาพการให้บริการหรือ SERVQUAL ได้รับการนำมาทดสอบซ้ำจากจากโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกลุ่มทั้งสิ้น 12 กลุ่ม คำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์จำนวน 97 คำตอบ ได้ทำการจับกลุ่มเหลือเพียง 10 กลุ่มที่แสดงถึงคุณภาพการให้บริการ โดยแบบวัด SERVQUAL นี้ได้ถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดถึงความคาดหวังในบริการจากองค์การหรือหน่วยงาน และส่วนที่ 2 เป็นการวัดการรับรู้ภายหลังจากได้รับบริการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ในการแปลคะแนนของแบบวัด SERVQUAL สามารถทำได้โดยการนำคะแนนการรับรู้ในบริการลบกันคะแนนความคาดหวังในบริการ และถ้าผลลัพธ์ของคะแนนอยู่ในช่วงคะแนนตั้งแต่ +6 ถึง -6 แสดงว่า องค์การหรือหน่วยงานดังกล่าวมีคุณภาพการให้บริการในระดับดี ทั้งนี้ นักวิชาการที่ทำการวิจัยดังกล่าว ได้นำหลักวิชาสถิติเพื่อพัฒนาเครื่องมือสำหรับการวัดการรับรู้คุณภาพในการบริการของผู้รับบริการ และได้ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) และความเที่ยงตรง (validity) พบว่า SERVQUAL สามารถแบ่งมิติได้เป็น 5 มิติหลักและยังคงมีความสัมพันธ์กับมิติของคุณภาพการให้บริการทั้ง 10 ประการ SERVQUAL ที่ทำการปรับปรุงใหม่จะเป็นการยุบรวมบางมิติจากเดิมให้รวมกันภายใต้ชื่อมิติใหม่ SERVQUAL ที่ปรับปรุงใหม่ประกอบด้วย 5 มิติหลัก (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1990) ประกอบด้วย

มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibility) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อันได้แก่ สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารและสัญลักษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับการดูแล ห่วงใย และความตั้งใจจากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้น ๆ ได้ชัดเจนขึ้น

มิติที่ 2 ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการให้ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งจะต้องมีความถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล

ออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของบริการ ความสม่ำเสมอนี้จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้

มิติที่ 3 การตอบสนองต่อลูกค้า (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว

มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะความรู้ ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพ นุ่มนวล มีกริยามารยาทที่ดี ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดีที่สุด

มิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจลูกค้า (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน

5. การรับรู้คุณภาพบริการ Antioned and Van Raaij (1988) กล่าวว่าการรับรู้คุณภาพเกิดจากความคาดหวังของลูกค้าสินค้าหรือบริการจะมีคุณภาพสูงก็ต่อเมื่อความต้องการของลูกค้าตรงกับความคาดหวังที่ตั้งไว้ การรับรู้คุณภาพที่สูงต่อสินค้าหรือการบริการลูกค้าจะทำการพิจารณาจากความเหมาะสมของการใช้งาน ความคงทน ความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความไว้วางใจ ความถี่ในการเสียต่ำ และบริการหรือสินค้าจะมีคุณภาพเมื่อลูกค้าได้ทำการเปรียบเทียบการรับรู้จริงกับความคาดหวังต่อสินค้าหรือบริการนั้น แต่ Smith and Huston (1983) กล่าวว่ามีผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ในการประเมินคุณภาพบริการของลูกค้าหลังจากที่มีการใช้บริการจากผู้ให้บริการ 4 ประการ คือ ต่ำกว่าคุณภาพ คุณภาพยอมรับได้ คุณภาพดี และคุณภาพที่เหนือกว่า ส่วน Gronroos (1990) กล่าวว่าการรับรู้คุณภาพบริการประกอบไปด้วย 2 ลักษณะ คือ ลักษณะทางด้านเทคนิคหรือผลที่ได้และลักษณะตามหน้าที่หรือความสัมพันธ์ของกระบวนการ โดยที่คุณภาพด้านเทคนิคเป็นการพิจารณาเกี่ยวกับ ผู้ให้บริการจะใช้เทคนิคอะไรที่จะทำให้ลูกค้าที่เข้ามาใช้บริการเกิดความพอใจตามความต้องการพื้นฐาน การรับรู้คุณภาพที่ดีเกิดขึ้นเมื่อความคาดหวังของลูกค้าตรงกับการรับรู้ที่ได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ถ้าความคาดหวังของลูกค้าต่อการบริการ หรือสินค้าหรือบริการนั้นสูง โดยที่ความคาดหวังต่อคุณภาพจะได้รับอิทธิพล การสื่อสารทางตลาด การสื่อสารแบบปากต่อปาก ภาพลักษณ์องค์กร และความต้องการของลูกค้าเอง ส่วนลักษณะตามหน้าที่จะเป็นการพิจารณาจากผู้ให้บริการจะทำอย่างไรให้การบริการดีเท่ากับการรับรู้จากประสบการณ์ของลูกค้าที่ผ่านมา

ดังนั้น ในเชิงทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม การรับรู้หมายถึง สามารถอธิบายได้อย่างสั้น ๆ คือ วิธีการที่บุคคลมองโลกที่อยู่รอบ ๆ ตังของบุคคล ฉะนั้นบุคคล 2 คนอาจมีความคิดต่อตัวกระตุ้น

อย่างเดียวกันภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน แต่บุคคลทั้ง 2 อาจมีวิธีการยอมรับถึงตัวกระตุ้น (Recognize) การเลือกสรร (Select) การประมวล (Organize) และการตีความ (Interpret) เกี่ยวกับตัวกระตุ้นดังกล่าวไม่เหมือนกัน อย่างไรก็ตาม ยังขึ้นกับพื้นฐานของกระบวนการของบุคคลแต่ละคนเกี่ยวกับความต้องการ ค่านิยม การคาดหวัง และปัจจัยอื่น ๆ ทั้งนี้ มิติของการรับรู้คุณภาพในการให้บริการ (The definition and dimensions of perceived service quality) ประกอบไปด้วย 1) เวลา หมายถึง เวลาของการตัดสินใจว่าจะใช้บริการเมื่อใดหรือในช่วงใด 2) เหตุผล ในการตัดสินใจใช้บริการนั้นเป็นการตัดสินใจที่ผู้ใช้บริการเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับต้นทุนที่ได้ลงไป 3) การบริการ เนื่องจากคุณภาพการให้บริการเป็นเรื่องของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จึงต้องมีการประเมินหรือการวัดคุณภาพการให้บริการจากผู้รับบริการหรือลูกค้า 4) เนื้อหา โดยคุณภาพการให้บริการครอบคลุมถึงความรู้ (Cognitive) ความรู้สึก (Affective) และแนวโน้มของพฤติกรรม (Behavioral) ของผู้รับบริการ 5) บริบท (Context) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากบริการหรือปัจจัยสถานการณ์ และ 6) การรวม (Aggregation) โดยที่พฤติกรรมการใช้บริการนั้น จะได้รับการพิจารณาว่าเป็นเรื่องของการทำธุรกิจ หรือความต้องการสร้างความสัมพันธ์ทางการค้าระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

แนวคิดและทฤษฎีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ

1. ความหมายของความคาดหวัง ได้มีผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านที่ได้ให้ความหมายของคำว่าความคาดหวังไว้ดังนี้ พจนานุกรมของเวบสเตอร์ (Webster, 1988) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่าหมายถึงการคาดการณ์อนาคตที่ดีโดยที่ความคาดหวังนั้น อาจเป็นการคาดการณ์ในอนาคตในสิ่งที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ และ Clay (1988) ได้กล่าวถึงความคาดหวังต่อการกระทำหรือสถานการณ์ว่าเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอนาคตที่ดี หรือเป็นความมุ่งหวังที่ดีงามเป็นระดับหรือ

ค่าความน่าจะเป็นของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มุ่งหวังไว้ และ พจนานุกรมของอ๊อกฟอร์ด (Oxford University, 1989) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่าเป็นสภาวะทางจิต ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือเป็นความคิดเห็นอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่าควรจะมี หรือควรจะเป็นหรือควรจะเกิดขึ้น ส่วน Vroom (1964) ได้มีคติฐานความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการตัดสินใจเลือกระหว่างทางเลือกต่าง ๆ โดยพฤติกรรมเหล่านั้นมีระบบ มีความสัมพันธ์กับ กระบวนการทางจิตใจได้แก่ การรับรู้ ความเชื่อ เจคติ โดยเกิดจากแรงจูงใจ

ดังนั้น ความคาดหวังจึงหมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่ตนคิดไว้ว่าเป็นสิ่งที่ควรจะมี หรือควรจะเป็นหรือควรจะเกิดขึ้น

2. องค์ประกอบของความคาดหวัง องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความคาดหวัง ซึ่งเกิดจากผู้รับบริการเองนั้น มี 3 องค์ประกอบ คือ คำบอกเล่าปากต่อปาก (Word of Mouth Communication) ความต้องการส่วนบุคคล (Personal Need) และประสบการณ์ในอดีต (Past Experience) และอีกองค์ประกอบหนึ่งเกิดจากผู้ให้บริการ ซึ่งเกิดจากการสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ไปสู่ผู้รับบริการ (External Communications to Customer) องค์ประกอบเหล่านี้มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับ (Zeithamal et al., 1990)

ส่วน Tenner and De Toro (1992) ได้กล่าวว่าผู้รับบริการมีความต้องการที่ให้ความคาดหวังของตนเองบรรลุผลอย่างครบถ้วนและมีแนวโน้มที่จะยอมรับบริการนั้นได้ โดยการเปรียบเทียบประสบการณ์จริงที่เคยได้รับกับบริการจริงก่อนที่จะชำระค่าบริการ การตัดสินใจว่าบริการใดไม่เป็นที่พึงพอใจก็คือ ความคาดหวังนั้นไม่ได้รับการตอบสนองนั่นเอง ผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจก็ต่อเมื่อได้รับการตอบสนองและมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ให้บริการสามารถตอบสนองความคาดหวังได้มากที่สุด ดังนั้น ในหน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จในการบริการจะต้องเป็นหน่วยงานที่สามารถทำนายลักษณะความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วนทุก ๆ ครั้ง โดยมีองค์ประกอบความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังนี้

2.1 ลักษณะบริการที่ผู้รับบริการต้องการ

2.2 ระดับของการปฏิบัติงานที่ผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจ

2.3 ความสัมพันธ์ของลักษณะงานบริการที่สำคัญ

2.4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อผลการปฏิบัติงานในปัจจุบัน

3. ระดับของความคาดหวัง มีหลายคนได้แบ่งระดับความคาดหวังไว้หลากหลาย ดังนี้

3.1 Berry and Parasuraman (1991) ได้แบ่งความคาดหวังของผู้รับบริการนี้ได้เป็น 2 ระดับ ซึ่งแตกต่างกัน ระหว่างระดับบริการที่ปรารถนา และระดับบริการที่เคยได้รับ ในระดับแรกเกิดจากผู้รับบริการหวังว่าควรได้รับหรือควรจะเป็น ส่วนระดับที่สอง ผู้รับบริการได้รับบริการเหมือนที่ผ่านมาในครั้งก่อน ๆ ก็จะยอมรับในบริการนี้ได้ ซึ่งในสถานบริการสุขภาพหรือในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังต่อบริการที่ได้รับ โดยแปรตามทัศนคติ ประสบการณ์ที่เคยรับบริการ การได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารจากผู้ให้บริการ และลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล แล้วนำมาคาดการณ์ว่าจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลตามความคาดหวังไว้ในเรื่องรักษาพยาบาล พฤติกรรมการให้บริการ และกระบวนการบริการ อาจคลาดเคลื่อนไปจากมาตรฐานของการรักษาพยาบาลที่กำหนดไว้ มีผลทำให้เกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ

3.2 Oliver (1993) ได้กล่าวไว้ว่าผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพบริการโดยการเปรียบเทียบบริการที่ได้รับจากประสบการณ์เดิมกับบริการที่คาดหวัง ถ้าเท่ากับหรือสูงกว่า

ความคาดหวังก็จะมีความรู้สึกในทางบวก ทำให้เกิดความพึงพอใจและประเมินว่าบริการนั้นมีคุณภาพ แต่ถ้าบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวังก็จะมีความรู้สึกในทางลบ ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจและก็จะประเมินว่าบริการนั้นไม่มีคุณภาพ แ

3.3 Rust and Oliver (1994) ได้กล่าวว่าผู้รับบริการประเมินคุณภาพบริการจากความพึงพอใจที่มีต่อการบริการ โดยประเมินจากความคาดหวังที่คาดการณ์ไว้กับบริการที่ได้รับ ถ้ามีความแตกต่างกันก็จะไม่พึงพอใจ และประเมินว่าบริการนั้นด้อยคุณภาพ ความคาดหวังของผู้รับบริการนั้นได้ผ่านการคิดอย่างมีวิจารณญาณแล้ว โดยการพิจารณาจากประสบการณ์การรับรู้ของตนเองในบริการที่ได้รับครั้งก่อน และการได้รับข่าวสาร เช่น จากหนังสือพิมพ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ถึงแม้ว่าบริการนั้นจะดีเพียงใด เมื่อได้รับข่าวสารที่ไม่ตรงกันบ่อยครั้งผู้รับบริการจะเกิดอคติต่อบริการนั้นได้

3.4 Stamatis (1996) ได้กล่าวว่าบริการที่จะทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจต้องตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการต้องทราบถึงระดับความคาดหวังที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจด้วย และระดับความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับ คุณภาพมี 3 ระดับ ดังนี้

3.4.1 ความคาดหวังระดับปกติธรรมดาที่เป็นไปตามข้อกำหนด หรือตามที่สันนิษฐานไว้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องได้รับเลือดต้องได้รับเลือดที่ถูกต้อง

3.4.2 ความคาดหวังที่มากกว่าระดับที่ 1 คือ บริการนั้นมากกว่าความต้องการ และลักษณะเฉพาะของบริการ มีผลทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ เช่น ผู้ป่วยคาดว่าหลังผ่าตัดต้องปวดแผล แต่ไม่ปวดและยังได้รับใบแจ้งค่ารักษาที่ถูกต้อง

3.4.3 เป็นความคาดหวังที่มากกว่า1 และ 2 ถ้าบริการนั้นทำให้เกิดความพึงพอใจมาก หรือ ประทับใจ แสดงว่าบริการนั้นดี และดึงดูดใจให้กลับไปใช้บริการนั้นอีก เช่น ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างดีจากทุกคนที่เกี่ยวข้องจนกลับบ้าน และต้องประหลาดใจที่ในวันต่อมาบุคคลเหล่านั้นไปเยี่ยมเขาถึงบ้าน

3.5 Brown (1991) ได้กล่าวไว้ว่าความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับว่าควรเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าซึ่งความคาดหวังนี้เกิดจากประสบการณ์การได้รับบริการที่ผ่านมา ประสบการณ์อื่น ๆ และการบริหารทางการตลาดของบริการนั้น ซึ่งในการตลาดของบริการต้องมีการสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบถึงบริการที่เป็นจริง ถ้าเกินความเป็นจริงจากบริการที่ได้รับผู้รับบริการก็จะรู้สึกผิดหวัง แต่ถ้าน้อยกว่าความเป็นจริงก็ยากที่จะดึงดูดใจให้มีผู้มารับบริการ ผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพของบริการตามความพึงพอใจที่มีต่อบริการที่ได้รับ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ: ด้อยคุณภาพ

ระดับที่ 2 ผู้รับบริการพึงพอใจ: มีคุณภาพ

ระดับที่ 3 ผู้รับบริการประทับใจ: คุณภาพสูง

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยรอแพทย์ตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกนานถึง 24 นาทีโดยที่คาดว่าจะรอเพียง 10 นาที เขาก็จะเกิดความไม่พึงพอใจ แต่ถ้ารอไม่ถึง 10 นาที เขาจะเกิดความประทับใจในบริการ

3.6 Tenner & De Toro (1992) ยังกล่าวว่าความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อผลิตภัณฑ์สินค้าหรือบริการมี 3 ระดับ คือ

3.6.1 ความคาดหวังขั้นพื้นฐานระดับต่ำสุด ที่แสดงถึงลักษณะของบริการที่ได้รับอยู่เสมอ และถ้าไม่ได้รับก็จะเกิดความไม่พอใจ

3.6.2 ความคาดหวังที่เหนือขึ้นมา ซึ่งแสดงถึงลักษณะเฉพาะและความต้องการของผู้รับบริการที่จะเลือกรับบริการได้

3.6.3 ความคาดหวังที่อยู่ในระดับสูงสุด ซึ่งมีค่ามากกว่าลักษณะเฉพาะและเป็นจุดเด่นของบริการที่ผู้รับบริการไม่ได้คาดหวัง ผู้รับบริการจะเกิดความประทับใจ

4. ทฤษฎีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับ “ความคาดหวัง (Expectancy theory)” เป็นแนวคิดที่ต้องการอธิบายถึงการตัดสินใจในการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยทฤษฎีความคาดหวังต่าง ๆ จะอยู่ในแนวคิดของนักจิตวิทยากลุ่มปัญญานิยม (Cognitivism) ที่ให้ความสำคัญต่อกระบวนการคิดเป็นสำคัญ ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นโดย Vroom (1970) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การที่คนงานจะมี แรงจูงใจที่จะทุ่มเทความพยายาม (Effort) เพื่อการปฏิบัติงาน (Performance) เพื่อให้ได้ผลงานตามที่ ต้องการหรือไม่นั้นจะพิจารณาจากองค์ประกอบ 3 ประการ ประกอบด้วย

4.1 ความคาดหวังเกี่ยวกับความพยายามกับการปฏิบัติงาน (EP: Effort Performance Expectancy) หมายถึง การที่บุคคลคาดหวังไว้ล่วงหน้าว่า ถ้าหากตนเองลงมือแสดงพฤติกรรมอย่างเต็มที่สุดความสามารถแล้ว จะมีโอกาสหรือความน่าจะเป็นสูงมากหรือน้อยเพียงใดที่จะกระทำสิ่งนั้นได้สำเร็จ กล่าวคือ เป็นการประเมินความเป็นไปได้ว่าจะปฏิบัติงานได้หรือไม่ ซึ่งมักจะประเมินถึงความสามารถ (Ability) ความเพียงพอของปัจจัยเชิงบริบทอื่น ๆ เช่น ทรัพยากรที่จะจัดหามาได้ เป็นต้น

4.2 ความคาดหวังเกี่ยวกับการปฏิบัติงานกับผลลัพธ์ (PO: Performance Outcome Expectancy) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ว่าเมื่อปฏิบัติงานสำเร็จแล้วจะได้รับรางวัลตอบแทนอะไร (รางวัลตอบแทนมีสองลักษณะ คือ รางวัลตอบแทนภายนอก (Extrinsic rewards) เป็นรางวัล

ที่คนอื่นให้ เช่น โบนัส การเลื่อนตำแหน่ง เป็นต้น และรางวัลตอบแทนภายใน (Intrinsic rewards) เป็นรางวัลที่เกิดขึ้นภายในตัวเอง เช่น เกิดความภูมิใจในความสำเร็จของงาน เป็นต้น) บางกรณีอาจพิจารณาถึงผลลัพธ์ในทางลบด้วย (เช่น การสูญเสียเวลาว่าง การสูญเสียเวลาให้กับครอบครัว เนื่องจากต้องทุ่มเทให้กับงานมากขึ้น เป็นต้น)

4.3 ความคาดหวังเกี่ยวกับคุณค่าของผลลัพธ์หรือรางวัลที่จะได้รับ (V: valence) ว่ามีความสำคัญมากน้อยแค่ไหน หากมีมากความคาดหวังก็จะสูงแต่ความคาดหวังนี้อาจถูกลบล้างด้วยคุณค่าของสิ่งที่จะได้รับในทางลบได้ เช่น การสูญเสียเวลาดังกล่าวข้างต้น

ดังนั้นทฤษฎีความคาดหวัง Vroom หรือ Expectation Theory บางทีเรียกว่า VET Theory และได้กำหนดเป็นสูตรไว้ดังนี้

การจูงใจ (หรือแรงจูงใจ) = คุณค่าของผลลัพธ์ x ความคาดหวัง x ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลลัพธ์

โดย คุณค่าของผลลัพธ์ แต่ละบุคคลจะขึ้นอยู่กับความปรารถนาหรือความต้องการ ถ้าต้องการมากจะมีค่าเป็นบวก แต่เฉย ๆ ไม่รู้สึกยินดียินร้าย จะมีค่าเป็นศูนย์ และถ้าไม่ชอบหรือไม่ต้องการจะมีค่าติดลบ

ความคาดหวัง คือความน่าจะเป็นที่การกระทำอย่างหนึ่งจะมีโอกาสที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ในระดับแรกมากน้อยเพียงใด ถ้าคนเชื่อแน่ว่า หากทำงานเต็มที่จะสามารถทำให้ได้ผลผลิตสูงอย่างแน่นอน ความคาดหวังจะเท่ากับหนึ่ง ในทางตรงกันข้าม ถ้าเชื่อว่าถึงแม้จะพยายามทำงานหนักสักเพียงใดก็ไม่สามารถทำผลงานออกมาในปริมาณสูงได้เลย ความคาดหวังก็จะเท่ากับศูนย์

ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลลัพธ์ อธิบายได้ว่า แรงจูงใจของแต่ละคนจะมากหรือน้อยย่อมขึ้นอยู่กับผลที่ได้รับ หรือที่คิดว่าสมควรจะได้รับเมื่อกระทำการนั้นสำเร็จตามเป้าหมายแล้ว ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ส่วนหนึ่งของแรงจูงใจที่บุคคลจะมีหรือไม่ หรือมีมากน้อยย่อมขึ้นกับความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลลัพธ์

การประกันคุณภาพบริการ

1. ความหมายของการประกันคุณภาพบริการ มีนักวิชาการด้านคุณภาพได้ให้ความหมายและเสนอมุมมองไว้หลากหลาย ดังนี้ Juran and Gryna (1993) กล่าวว่า การประกันคุณภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความมั่นใจว่า กิจกรรมในกระบวนผลิตทั้งหมดดำเนินไปอย่างมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันและมีประสิทธิภาพ Bounds (1994) กล่าวว่า การประกันคุณภาพ หมายถึง กระบวนการผลิตที่ยังคงเน้นการใช้สถิติ และการควบคุมการผลิตเช่นเดียวกับยุคการควบคุมคุณภาพ แต่ได้มีการนำเรื่องการออกแบบวิศวกรรม การวางแผนและการบริการ มาเป็น

องค์ประกอบของคุณภาพด้วย การประกันคุณภาพ ครอบคลุมใน 4 เรื่องคือ การกำหนดตัวเลขค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับคุณภาพ การควบคุมคุณภาพทั้งองค์รวม ความเชื่อถือได้ของการผลิต และความผิดพลาดเท่ากับศูนย์ และ Jackson and Ashton (1995) กล่าวว่า การประกันคุณภาพ หมายถึงกิจกรรมทุกอย่างที่ช่วยให้ผู้บริโภคได้รับสินค้า และบริการอย่างมีคุณภาพตามระดับที่กำหนด ในบางครั้งอาจรวมเรื่องการตรวจสอบคุณภาพ (Inspection) ไว้ในการประกันคุณภาพด้วย กล่าวอีกนัยหนึ่งการประกันคุณภาพเป็นกิจกรรมการบริหารจัดการ และกิจกรรมการควบคุมเพื่อให้ได้คุณภาพที่คงเส้นคงวา เน้นการแก้ปัญหาในระยะยาว ซึ่งในระบบคุณภาพ ISO 9000 เองก็กำหนดให้มีการประกันคุณภาพไว้เช่นกัน คือในข้อที่ว่าด้วยการป้องกัน (Prevention) และการตรวจสอบ (Correction)

ดังนั้น การประกันคุณภาพบริการ จึงหมายถึง กลวิธีในการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพหรือหน่วยงานที่ตระหนักต่อหน้าที่และความรับผิดชอบอันก่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และความเหมาะสมของการบริการตามมาตรฐานของงานที่ตั้งไว้ โดยมีระบบการตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการบันทึก การรายงาน การแก้ไขปัญหา และการพัฒนางาน

2. วิวัฒนาการและความก้าวหน้าของกระบวนการประกันคุณภาพ การประกันคุณภาพของบริการสุขภาพในประเทศไทยเริ่มพัฒนาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 เป็นต้นมา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานของระบบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ และหน่วยงานทางสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคของกระทรวงฯ ขึ้น เรียกว่า เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส.) มาตรฐานดังกล่าวครอบคลุมบริการในด้านต่าง ๆ เช่น งานพัฒนาคลินิกบริการ งานพัฒนาบริการพยาบาล งานพัฒนาบริการทันตกรรม งานพัฒนาบริการเวชกรรมชุมชน งานพัฒนาบริการห้องปฏิบัติการ และการพัฒนาอาคารและสถานที่ในส่วนภูมิภาค มาตรฐานนี้ได้รับการปรับปรุงในปีพ.ศ. 2533 และ 2540 และนำมาใช้กับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อประกันว่าสถานพยาบาลนั้นมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เพียงพอตามระดับของการบริการที่กำหนดไว้ในเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย

การพัฒนาสู่คุณภาพในระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทยได้ดำเนินมาเป็นระยะเวลายาวนาน อย่างไรก็ตามในระยะแรก ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพให้ความสำคัญกับแง่มุมด้านโครงสร้างของโรงพยาบาลและความเชี่ยวชาญของแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเป็นหลัก มีการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ Total Quality Management/ Continuous Quality Improvement (TQM/ CQI) มาทดลองปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งอย่างเป็นระบบในปี พ.ศ. 2535 และในปี พ.ศ. 2538 สำนักงานประกันสังคมได้เริ่มจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาล

คู่สัญญาเพื่อใช้ในระบบประกันสังคม ซึ่งในปีเดียวกันนั้นได้มีการจัดการสัมมนาเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นเป็นครั้งแรก และเริ่มนำมาปฏิบัติเพื่อทดลองประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อปี พ.ศ. 2540 ในลักษณะโครงการวิจัยและพัฒนามาเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อปีพ.ศ. 2542 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน, 2558)

ระบบคุณภาพระบบหนึ่งที่โรงพยาบาลตลอดจนสถานพยาบาลผู้ให้บริการด้านสุขภาพนำมาใช้มาก ได้แก่ ระบบประกันคุณภาพ ISO-9000 การรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน ISO-9000 เป็นกระบวนการประเมินคุณภาพโดยใช้มาตรฐานทั่วไปที่เป็นที่ยอมรับเป็นสากลสำหรับระบบคุณภาพที่ใช้กับอุตสาหกรรมการผลิตและอุตสาหกรรมการบริการ ข้อกำหนดมาตรฐานในระบบ ISO-9000 ให้ความสำคัญกับการธำรงรักษาระบบการจัดการคุณภาพสำหรับบริการ เพื่อให้บริการนั้นเป็นไปตามความคาดหวังที่มีการกำหนดไว้ก่อน ระบบจะให้ความสำคัญกับความสามารถ (Capability) มากกว่าผลลัพธ์ (Result) และไม่ได้มีการกำหนดอย่างชัดเจนว่าควรจะมีการวางมาตรฐานของบริการอย่างไรเพื่อให้มีการบริการที่มีคุณภาพสูง

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation, HA) โดยทั่วไปเป็นกระบวนการแบบสมัครใจที่ให้ผู้เยี่ยมสำรวจจากภายนอกที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว เข้าไปตรวจประเมินโรงพยาบาลว่ามีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดำเนินการขององค์กรหรือไม่ ซึ่งมาตรฐานเหล่านี้จะว่าไว้เพื่อให้โรงพยาบาลมีการดำเนินงานในระดับที่เหมาะสมมากกว่าจะเป็นมาตรฐานขั้นต่ำ

กระบวนการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทย เริ่มต้นในลักษณะที่เป็นโครงการวิจัยและพัฒนาในปี พ.ศ. 2540 โดยเน้นหลักการของการประเมินตนเองการประกันคุณภาพและการประกันคุณภาพอย่างต่อเนื่อง(Continuous Quality Improvement = CQI) โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง กระบวนการดังกล่าวมีความมุ่งหมายที่จะกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการปรับปรุงและตรวจสอบว่าสามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐานที่กำหนด มาตรฐานโรงพยาบาลในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มาตรฐาน HA และสถาบันรับรอง

ประเทศไทยได้ใช้ระบบการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองจาก ISQua (International Society for Quality in Healthcare) เทียบเท่ามาตรฐานสากลอื่น ๆ ISQua เป็นองค์กรเดียวที่หน่วยงานรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศทั่วโลกทุกประเทศเป็นสมาชิก และได้จัดทำ International Accreditation Program ขึ้นเพื่อสร้างความมั่นใจและ credibility ให้แก่องค์กรที่ทำหน้าที่ healthcare accreditation body ในประเทศต่าง ๆ ว่ามาตรฐานและการดำเนินงาน

ขององค์กรเป็นไปตามมาตรฐานสากลซึ่งเป็นที่ยอมรับและมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

3. มิติคุณภาพในการประกันคุณภาพในงานบริการสาธารณสุข "มิติคุณภาพ" เปรียบเสมือนการมองคุณภาพจากแง่มุมต่าง ๆ ที่หลากหลาย ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับผลงานได้ดีขึ้น เราสามารถใช้มิติคุณภาพในการกำหนดเป้าหมายกำหนดตัวชี้วัด ออกแบบระบบบริการ การประเมินผล รวมถึงการทบทวนคุณภาพการทำงานในชีวิตประจำวัน อาจจัดกลุ่มมิติของคุณภาพที่สำคัญ ให้เหมาะสมสำหรับ โรงพยาบาลในโครงการพัฒนา และ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในประเทศไทย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพคุณภาพโรงพยาบาล, 2556) ได้ดังนี้

การเข้าถึง (Accessibility): การเข้าถึงบริการเป็นมิติคุณภาพที่มีความสำคัญสำหรับการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือการได้รับการดูแลที่มีความจำเป็น การเข้าไม่ถึงหรือเข้าถึงไม่สะดวกสะท้อนความไม่มีคุณภาพของระบบ

การยอมรับ (Acceptability): การยอมรับเป็นมิติคุณภาพในเชิงผลลัพธ์โดยรวมจากคุณค่าในมุมมองของผู้รับผลงาน สะท้อนออกมาเห็นระดับความพึงพอใจด้านต่าง ๆ

ความเหมาะสม(Appropriateness): ความเหมาะสมเป็นมิติคุณภาพในเชิงกระบวนการอาจมองได้จากมุมมองขอวิชาชีพหรือสังคม, ความเหมาะสมจากมุมมองของวิชาชีพคือการพิจารณาว่ามีการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานทางวิชาการเพียงใด, ความเหมาะสมจากมุมมองของสังคมคือการพิจารณาว่าทีการตัดสินใจหรือการกระทำบนพื้นฐานที่วิญญูชนพึงกระทำหรือไม่

ความต่อเนื่อง (Continuity): ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องดีหรือไม่ในระหว่างเวรต่าง ๆ หรือเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปตามจุดบริการต่าง ๆ หรือเมื่อมีการส่งต่อ รวมทั้งความต่อเนื่องระหว่างการดูแลที่ รพ.และที่บ้าน

ความทันเวลา (Timeliness): เราได้ตอบสนองและให้การดูแลผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่

คนเป็นศูนย์กลาง (People-centered): เราได้ประเมินความต้องการของผู้ป่วยรายนี้อย่างรอบด้านแล้วหรือไม่มีความต้องการอะไรที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง เราได้ใช้หัวใจและมิติด้านจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยรายนี้เพียงใด

ประสิทธิภาพ (Efficiency): เราได้สั่งการตรวจรักษาอย่างรอบคอบโดยคิดถึงทางเลือกและความคุ้มค่าของทางเลือกต่าง ๆ แล้วหรือไม่ เราสามารถอธิบายเหตุผลในทุกคำสั่งการตรวจรักษาได้หรือไม่ เราได้ใช้ผลการตรวจ investigate ต่าง ๆ และทบทวน ความจำเป็นในการสั่งตรวจเหล่านั้นหรือไม่

สัมฤทธิผล (Effectiveness): ผลลัพธ์การดูแลเป็นไปตามเป้าหมายที่ควรจะเป็นหรือไม่ เราได้เรียนรู้อะไรจากผู้ป่วยรายนี้

แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ

1. ความหมายของการเข้าถึงบริการ การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นหลักการที่สำคัญของทุกสังคม และเป็นตัวชี้วัดของการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพ (Maeseneer, Willems, Sutter, Geuchte & Billings, 2007) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ได้ให้ความหมายว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง โอกาสหรือความสามารถของประชาชนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่ดี ความเหมาะสมกับความต้องการสามารถจ่ายค่าบริการได้ และไม่ถูกกีดกันด้วยปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ส่วน Guagliardo (2004) ได้ให้ความหมายว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพไว้ 2 ความหมาย คือ ศักยภาพ หรือความสามารถของผู้รับบริการในการเข้าใช้บริการสุขภาพ และอีกความหมายหนึ่ง คือ การใช้หรือได้รับบริการสุขภาพ และ Rosen, Florin and Dixon (2001) ให้ความหมายว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทางเข้าของบริการสุขภาพที่ประชาชนที่จะได้รับการระบบสุขภาพ

ดังนั้น การเข้าถึงบริการ จึงหมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถรับบริการตรงตามความต้องการหรือตามความคาดหวัง นั่นคือ การเข้าถึงบริการเป็นคุณภาพของบริการที่ผู้รับบริการประเมินจากการได้รับบริการว่าตรงตามความต้องการหรือความคาดหวังหรือไม่

2. ทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงการประเมินของผู้รับบริการที่เปรียบเทียบบริการที่ได้รับกับความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการ ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นโดย Penchansky and Thomas (1981) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การที่ผู้รับบริการจะเข้าถึงบริการหรือไม่ มากน้อยเพียงใดนั้นจะพิจารณาจากองค์ประกอบ 5 ประการ ดังนี้

2.1 ความเพียงพอของบริการ (Availability) คือ ความสัมพันธ์ของปริมาณและประเภทของบริการที่มีอยู่ (และทรัพยากร) กับความต้องการทั้งปริมาณและชนิดของผู้รับบริการ หมายถึงความพร้อมของความต้องการของผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ และผู้ให้บริการอื่น ๆ ; สิ่งอำนวยความสะดวก เช่นคลินิกและโรงพยาบาล และโปรแกรมและบริการเฉพาะทาง เช่น ด้านสุขภาพจิตและ การดูแลฉุกเฉิน

2.2 ความเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสัมพันธ์ของสถานที่ตั้งของแหล่งบริการกับความสามารถที่ผู้รับบริการจะไปถึงแหล่งบริการได้สะดวก โดยคำนึงถึง ประเภทของการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

2.3 ความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างการที่ผู้ให้บริการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อรองรับการใช้บริการ (ได้แก่ ระบบการนัดหมาย เวลาการปฏิบัติการ สิ่งอำนวยความสะดวกเมื่อเข้าไปถึงแหล่งบริการ การบริการโทรศัพท์) กับการที่ผู้ใช้บริการสามารถเข้าไปใช้ทรัพยากรดังกล่าวได้สะดวกและพึงพอใจในการจัดสรรทรัพยากรเหล่านั้น

2.4 ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) ความสัมพันธ์ระหว่างราคาค่าบริการ และความสามารถในการจ่ายค่าบริการและประกันสุขภาพที่มีอยู่ของผู้รับบริการ การรับรู้ในค่าใช้จ่ายทั้งหมด ได้แก่ ค่าใช้จ่ายทั้งหมด ค่าบริการ และราคาที่สามารถจ่ายได้

2.5 การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อลักษณะส่วนบุคคลและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ ชนิดของบริการที่จัดให้บริการของแหล่งบริการที่อยู่ใกล้เคียง

3. อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ อุปสรรคในการเข้าถึงบริการหรือสิ่งที่กีดขวางต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน เป็นสิ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทุกจุดของกระบวนการรับบริการ ตั้งแต่กระบวนการติดต่อ การเข้ารับบริการ การประสิทธิภาพของการใช้บริการ ความเหมาะสมและการยอมรับบริการ การบรรลุความต้องการใช้บริการ และความเหมาะสมของคุณค่าของผลลัพธ์ที่ได้จากบริการ มีนักวิชาการ 2 ท่านที่ได้อธิบายอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ดังนี้

3.1 Gulliford, Figueroa-Munoz, Morgan, Hughes, Gibson, Beech, and Hudson. (2002) ได้อธิบายอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้ 2 ด้านคือ

3.1.1 อุปสรรคด้านปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม (Individual and social barrier) ได้แก่พฤติกรรมแสวงหาบริการ ความวิตกกังวล ประสบการณ์เดิม ความเชื่อวัฒนธรรม ความรู้แหล่งการเงิน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลและสังคมของคนแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ทำให้การเข้าถึงบริการแต่ละไม่เท่ากัน อธิบายอุปสรรคนี้กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

3.1.2 อุปสรรค์ด้านองค์กรและการเงิน(Organizational and financial barriers) ได้แก่ การลงทะเบียน เวลาเปิดให้บริการ เวลาที่รอคอย ผู้ให้ข้อมูล ค่าใช้จ่ายในการดูแล อธิบายได้ว่า อุปสรรคด้านองค์กรมีความสำคัญในการกำหนดความทันเวลาและการยอมรับบริการ ปัจจัยทางการเงินอาจส่งเสริมหรือขัดขวางการใช้บริการ และอาจยังสนับสนุนหรือกีดกันการให้บริการด้วย ค่าใช้จ่ายทางอ้อมของการใช้การดูแลสุขภาพอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มที่มีข้อจำกัด และคนที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล

3.2 Jacobs, Ir, Bigdeli, Annear, and Damme (2012) ได้แบ่งอุปสรรคการเข้าถึงบริการไว้ 2 ด้าน คือ

3.2.1 ด้านอุปสงค์ (Demand side) คือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการใช้บริการด้านสุขภาพในระดับบุคคล ระดับครัวเรือน หรือระดับชุมชน ได้แก่ สถานที่ตั้งของแหล่งบริการ ความพร้อมของบุคลากร เวลาเปิดทำการ เวลาที่รอ การจูงใจของเจ้าหน้าที่ ยา การบริการสุขภาพแบบสหวิชาชีพ ขาดโอกาส (การยกเว้นจากการให้บริการ) ความล่าช้าหรือไม่มีการส่งต่อ ค่าใช้จ่ายและราคาของการบริการรวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ไม่เป็นทางการ การให้บริการทั้งรายบุคคลและส่วนรวม ความซับซ้อนของระบบเรียกเก็บเงินและการที่ผู้ป่วยไม่รู้ราคาล่วงหน้า ความเชื่อมั่นและไว้วางใจในผู้ให้บริการ

3.2.2 ด้านอุปทาน (Supply side) คือ ปัจจัยของระบบสุขภาพที่มีลักษณะเป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการของบุคคล ครัวเรือน หรือชุมชนได้แก่ ค่าใช้จ่ายทางอ้อม การขนส่งที่มีอยู่ การให้ข้อมูลด้านบริการ การให้ความรู้ แหล่งการเงินของครัวเรือนที่จะจ่ายค่าบริการ ค่าเสียโอกาส รายจ่ายเพื่อการเข้าสังคม ความคาดหวังของผู้รับบริการ การไม่เชื่อมั่นในตนเอง ค่านิยมของสังคมและวัฒนธรรม และการขาดความตระหนักสุขภาพ

การบริการทันตกรรม

1. ความหมายของการบริการทันตกรรม การบริการ (Kotler, Keller, Sutherland, & Sutherland, 2013) คือ การกระทำที่หน่วยงานแห่งหนึ่งหรือบุคคลคนหนึ่งนำเสนอต่อหน่วยงานอีกแห่งหนึ่งหรือบุคคลอีกคนหนึ่งซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถสัมผัสได้และไม่เป็นผลให้เกิดความเป็นเจ้าของในสิ่งใด ผลิตผลของการบริการอาจเกี่ยวข้องหรืออาจไม่เกี่ยวข้องกับการผลิตภัณฑ์เป็นกิจกรรม ผลประโยชน์ หรือความพึงพอใจที่สนองตอบต่อความต้องการลูกค้าทางกายภาพ แต่พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ให้ความหมายของการบริการว่าหมายถึง การปฏิบัติรับใช้ การให้ความสะดวกต่าง ๆ ส่วนคำว่า ทันตกรรม (Babbush, 2008) หมายถึง การป้องกัน การวินิจฉัย และ การรักษาโรค การบาดเจ็บ และความผิดปกติของฟัน ขากรรไกร และอวัยวะในช่องปาก รวมไปถึงการบูรณะทดแทนการสูญเสียฟันและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง และ ตามพระราชบัญญัติ วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 ทันตกรรม หมายถึง สิ่งที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด หรือการป้องกัน โรคฟัน โรคอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับฟัน โรคอวัยวะในช่องปาก โรคขากรรไกรและกระดูกใบหน้าที่เกี่ยวเนื่องกับขากรรไกร รวมทั้งการกระทำทางทันตกรรม และการกระทำใด ๆ ในการบำบัด บูรณะและฟื้นฟูสภาพของอวัยวะในช่องปาก กระดูกใบหน้าที่เกี่ยวเนื่องกับขากรรไกรและการทำฟันในช่องปาก

ดังนั้น บริการทันตกรรมจึงหมายถึง การตรวจ ป้องกัน การวินิจฉัย และ การรักษาโรค การบาดเจ็บ และความผิดปกติของฟัน ขากรรไกร และอวัยวะในช่องปาก รวมไปถึงการบูรณะทดแทนการสูญเสียฟันและอวัยวะที่เกี่ยวข้องให้กับบุคคลคนหนึ่ง

2. การจัดบริการทันตกรรมในประเทศไทย ในการรักษาพยาบาลทันตกรรม เวชกรรม และเภสัชกรรม ล้วนแล้วแต่เป็นการรักษาสุขภาพทั้งสิ้น แต่การรักษาทางทันตกรรมส่วนใหญ่มักจะเกี่ยวข้องกับโรคที่สามารถป้องกันได้ งานส่วนใหญ่คือการซ่อมหรือคงสภาพ งานบริการประมาณ 85% จะเป็นการอุดฟัน ถอนฟัน ตรวจและทำความสะอาดช่องปาก ความยุ่งยากของการจัดระบบประกันสุขภาพช่องปาก คือความเร่งด่วนของการรักษาทางทันตกรรมสามารถส่วนใหญ่สามารถรอได้ และการคาบเกี่ยวของการรักษากับความสวยงาม

ในประเด็นทางเศรษฐศาสตร์นั้น ค่าบริการทางทันตกรรมจะมีความยืดหยุ่นต่อราคาอยู่ประมาณ -0.5 ถึง -0.7 ซึ่งสูงกว่างานรักษาพยาบาลทั่วไป (Nash & Brown, 2012) หมายความว่าการเปลี่ยนแปลงในราคาจะมีผลต่อจำนวนการรับบริการทันตกรรมมากกว่าการรักษาทั่วไป โดยสินค้าหรือบริการที่คุณสมบัติที่ดูฟุ่มเฟือยมักจะมีความยืดหยุ่นสูง (Tuominen, 1994) ปริมาณการใช้สินค้าหรือบริการนั้น ๆ จะขึ้นกับราคาและรายได้ของผู้บริโภคมากกว่าสินค้าจำเป็น แต่อย่างไรก็ดีหากว่าจำนวนสินค้าหรือบริการนั้นไม่มีความยืดหยุ่นตาม เช่น บุคลากรทันตแพทย์มีจำกัดในขณะที่อุปสงค์เพิ่มขึ้นนั้น เป็นต้น จะส่งผลให้ ราคารักษาพยาบาลสูงขึ้น มีระบบคิวเพิ่มมากขึ้น ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรอพบแพทย์ นอกจากนี้ความต้องการของการรับบริการทันตกรรมดูเหมือนจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ไม่ว่าบุคคลนั้นจะเคยได้รับบริการสุขภาพช่องปากมาแล้วมากน้อยอย่างไร เขาก็ยังคงมีความต้องการอีกต่อไปในอนาคต

ในอดีตที่ผ่านมานั้นการวางแผนการระบบบริการสุขภาพนั้นจะยึดความจำเป็นเป็นหลัก ซึ่งความจำเป็นนั้นแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเชื่อว่าเป็นจำนวนการรับบริการที่เหมาะสม โดยขึ้นกับความรู้ทางการแพทย์ที่มีซึ่งจะส่งผลในการพิจารณาความเหมาะสมของจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนบุคลากรที่ใช้ด้วย ตามหลักนี้อาจทำให้การกระจายทรัพยากรไม่เหมาะสมได้หากประชาชนในพื้นที่มีอุปสงค์ในการรับบริการน้อยกว่าที่คาดไว้ก็จะทำให้ทรัพยากรและบุคลากรที่จัดให้สูญเวลาเปล่า ในทางตรงกันข้ามหากในชุมชนนั้นมีอุปสงค์มากก็จะเกิดระบบคิวและเสียเวลาคนไข้ที่ต้องรอเพื่อรับบริการ (Culyer, 2000)

ดังนั้นการวางแผนที่ดีต้องลดการสูญเปล่าของทรัพยากรและการเสียเวลาของผู้รับบริการและต้องเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่ออุปสงค์และการเข้ารับบริการ การพิจารณาด้านอุปสงค์ไม่ได้หมายความว่าจะละเลยเรื่องความจำเป็น หากว่าการพิจารณาอุปสงค์นั้นจะทำให้เรามองถึงความเป็นจริงของบริบทสังคมที่เป็นอยู่นั้นด้วย การวางแผนด้วยความจำเป็นอย่างเดียวนั้นจะไม่

ต้องการความเห็นของบุคคลอื่น ๆ ซึ่งความเห็นแต่ละบุคคลนั้นจะให้ความสำคัญของการที่จะมีความจำเป็นที่สมบูรณ์นั้นไม่เหมือนกัน ในการเลือกบริโภคจำนวนเท่าไรนั้นบุคคลจะตัดสินใจด้วยความยินดีที่จะจ่ายตามสิ่งที่ผู้เชี่ยวชาญชี้และสิ่งที่เขาคิดว่าเขาควรจะได้รับนั้นจำนวนเท่าไร หากยึดหลักของความจำเป็นแล้ว ปัจจัยความยินดีที่จะจ่ายของผู้มารับบริการก็จะไม่ได้นำมาพิจารณา (Feldstein, 1999)

กรุณา ทวีสุขเสถียร (2558) ได้ให้คำอธิบายว่าการรักษาตามความจำเป็น (Treatment need) จะเริ่มจากทันตแพทย์ตรวจวินิจฉัย และตัดสินใจในชนิดและจำนวนการรักษา บางครั้งการตัดสินใจรักษาอาจมีหลายทางเลือกตามข้อจำกัด เช่น การถอนฟันแทนการรักษาประสาทฟันในพื้นที่ที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญรักษารากฟัน เป็นต้น การพิจารณาปัญหาในการตัดสินบางครั้งอาจต้องดูว่าประชาชนเห็นว่าโรคหรืออาการนั้นส่งผลกระทบมากน้อยต่อการดำรงชีวิตอย่างไร ถึงแม้บางครั้งอาจต้องดูผลกระทบไปถึงระยะยาวเช่นฟันที่เริ่มผุแม้ยังไม่มีอาการใด ๆ ถัดมาก็เป็นแนวโน้มพฤติกรรมของผู้ป่วยที่จะส่งผลสำคัญอย่างยิ่งว่าการรักษานั้นจะได้ผลมากน้อยเพียงไร เช่นการขูดหินปูนให้กับกลุ่มที่ยังไม่เลิกเคี้ยวหมากหรือสูบบุหรี่เป็นต้น ในกลุ่มนี้ควรต้องเน้นการส่งเสริมสุขภาพร่วมด้วยจึงจะทำให้การรักษานั้นได้ผล

ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาอาจจะช่วยหาความจำเป็นนั้น แต่อาจจะไม่สอดคล้องกับความการให้ความสำคัญของสังคมนั้นก็ได้ (Cichon, 1999) ความต้องการรักษาสุขภาพช่องปากที่ผู้ป่วยตระหนักนั้นจะบ่งชี้ทำนายการรับบริการที่สำคัญ ซึ่งความจำเป็นซึ่งตระหนัก (Perceived need) นี้มีความสัมพันธ์น้อยมากกับความจำเป็นที่วัดโดยทันตแพทย์ ซึ่งความสำคัญของการหาความจำเป็นที่ตระหนักนี้ เพื่อจะอธิบายพฤติกรรมการรับบริการของคนไข้ โดยพบว่าคนไข้มักจะให้ความสำคัญกับอาการที่มีผลต่อการทำหน้าที่และผลกระทบทางสังคมมากกว่า การคาดการณ์ความจำเป็นที่ผู้ป่วยตระหนักนั้นมีความสำคัญมากต่อการทำนายจำนวนการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปาก การศึกษาความจำเป็นที่ผู้ป่วยตระหนักนี้มีหลายวิธี เช่น เช่นการถามความจำเป็นกับอาการ ความจำเป็นกับความต้องการในการเข้ารับบริการ เป็นต้น บางครั้งอาจพบว่าแม้สุขภาพช่องปากที่ตัดสินโดยการเกิดโรคว่าอยู่ในขั้นที่ไม่ดีก็อาจจะไม่มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยตระหนักก็ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางปริทันต์ที่มักจะพบความแตกต่างนี้มากกว่าการต้องการอุดฟัน ปัจจัยที่มีผลมากคืออาการนั้นคุกคามต่อการดำรงชีวิตหรือไม่ มีความเจ็บปวดหรือทรมานมากน้อยเพียงไร และอาการนั้นก่อให้เกิดความอับอายบ้างหรือไม่ด้วย (Gilbert et.al, 1994) การให้ความรู้จะทำให้บุคคลที่มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยตระหนักเข้าใจและเห็นความสำคัญของการเข้ารับการรักษาแม้ว่าระยะการเกิดของโรคนั้นจะยังไม่ปรากฏอาการก็ตาม

ในความเป็นจริงหากเปรียบเทียบทรัพยากรและทันตบุคลากรที่เรามีหากเทียบกับอุปสงค์ (Demand) ยังมีช่องว่างที่ห่างกันมาก และหากจะเปรียบเทียบกับความจำเป็น (Normative need)แล้วก็จะยิ่งพบความแตกต่างนี้มากขึ้นอีก สุปรีดา อดุลยานนท์ (2539) ได้จัดลำดับแนวคิดการจัดบริการทางทันตกรรมที่เหมาะสมกับความจำเป็นและความต้องการนั้นไว้ ดังนี้

2.1 Full treatment จัดการบริการเต็มรูปแบบ โดยใช้หลักของ Normative Treatment Need ในการวางแผนการจัดบริการ. แนวคิดนี้จะครอบคลุมปริมาณความผิดปกติหรือการเกิดโรคในช่องปากทั้งหมดและมักส่งผลการขาดแคลนทรัพยากรในการจัดบริการอย่างมาก

2.2 Selective treatment based on impact เลือกประเภทการบริการโดยยึดสิ่งที่เป็น Impact-Related Treatment Need จำนวนและขนาดการจัดบริการนั้นจะคำนึงถึงระดับผลกระทบความรู้สึกบุคคลต่อคุณภาพชีวิต (รัตนา จันทร, 2559) ได้อธิบายความสัมพันธ์ของสภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยพบว่าการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาในการรับประทานอาหารมากที่สุด ปัญหารองลงมาคือการยิ้ม หัวเราะโดยไม่อายใคร และการพูดออกเสียงให้ชัดเจน ตามลำดับ เนื่องจากปัจจัยทั้งสามด้าน เป็นปัจจัยพื้นฐานในการใช้ชีวิตประจำวัน ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตจึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าด้านอื่น ๆ ทำให้ภาครัฐได้จัดให้มีการทำฟันเทียมที่เป็นโครงการสวัสดิการของรัฐให้ฟรี

2.3 Selective treatment based on impact and level of behavioral propensity เป็นการพิจารณาประสิทธิผลของการจัดบริการด้วยซึ่งจะขึ้นกับพฤติกรรมของบุคคล (Effective Treatment Need). ลักษณะของกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มพฤติกรรมไม่เหมาะสมอาจจะได้รับการพิจารณาให้การรักษาในส่วนที่บรรเทาความเจ็บปวดหรือลดการลุกลามของโรค คำถามประเด็นนี้ เช่น ควรขูดหินปูนให้กลุ่มคนที่มีพฤติกรรมเคี้ยวหมากอยู่หรือไม่ เป็นต้น อย่างไรก็ดีประชากรกลุ่มนี้ควรต้องมีการส่งเสริมสุขภาพให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น แนวคิดนี้จะทำให้ผู้จัดบริการวางแผนที่จะใช้ทรัพยากรและบุคลากรที่มีจำกัดไปในทิศทางของการรักษาและงานส่งเสริมสุขภาพอย่างไร

2.4 Treatment based on impact and propensities เป็นลักษณะแนวคิดที่คำนึงถึงปัจจัยที่จะกระทบกับกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีผลในการเข้าถึงบริการ (Accessible Treatment Need) เช่น สถานะเศรษฐกิจสังคม ความสามารถในการจ่าย กลุ่มที่มีปัญหาความเสียเปรียบเช่นนี้ควรได้รับการดูแลเพื่อให้มีความเท่าเทียมกันในการรับบริการ

การพิจารณาเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำเป็นต้องพิจารณาถึงแหล่งเงินและการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานว่าควรจะประกอบด้วยอะไรบ้าง ครอบคลุมอย่างไร ลักษณะของผู้ให้บริการและการจ่ายเงินสู่ผู้ให้บริการจะเป็นอย่างไร การตัดสินใจเรื่องชุดสิทธิประโยชน์

ขั้นพื้นฐาน จึงต้องเกี่ยวข้องทั้งกับความเป็นไปได้ในการจัดบริการและความเหมาะสมในด้านการเงิน การพิจารณาเรื่องสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครอง มักเริ่มจากขั้นพื้นฐานก่อนแล้วจึงขยายให้ครอบคลุมจนถึงสิทธิประโยชน์แบบบูรณาการในที่สุด สิทธิขั้นพื้นฐานควรรวมถึงการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพด้วย

ชุดสิทธิประโยชน์หลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะประกอบด้วยบริการพื้นฐาน โดยอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว รวมทั้งบริการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรอง การใช้บริการนอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์หลักนี้ ประชาชนหรือ/และนายจ้าง จะต้องรับผิดชอบค่าใช่จ่ายที่เกิดขึ้นเอง ด้วยคำจำกัดความนี้ จึงตีความได้ว่าบริการที่ระบุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ จะเป็นบริการที่ประชาชนได้รับโดยร่วมจ่ายเอง (กรณีบัตรทอง) ครั้งละ 30 บาท หรือรัฐรับภาระร่วมจ่ายให้ (กรณีบัตร สปร.)

สำหรับชุดสิทธิประโยชน์หลักทางทันตกรรมในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่างจากบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ตรงที่มิได้อ้างอิงจากชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของโครงการประกันสังคม แต่ได้อ้างอิงจากสิทธิประโยชน์ตามบัตร สปร. ซึ่งกำหนดไว้ในปี 2540 ชุดสิทธิประโยชน์หลักนี้ได้เริ่มใช้สำหรับจังหวัด 6 จังหวัดที่อยู่ในโครงการนำร่อง ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน 2544 ต่อมาได้มีการปรับปรุงและประกาศเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 “กำหนดให้ครอบคลุมในเรื่องการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ และรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ และการเคลือบหลุมร่องฟัน”

ตารางที่ 1 สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับทางทันตกรรมของบัตรประเภทต่าง ๆ ตามระบบประกันสุขภาพ

ประเภทบัตร	ข้าราชการ	บัตรทอง	ประกันสังคม	หมายเหตุ
ถอนฟันกรณีปกติ	✓	✓	✓	
ศัลยศาสตร์ช่องปาก ผ่าฟันคุด	✓	✓	✓	ผ่าฟันคุดที่ไม่มีอาการหรือเพื่อการจัดฟันจะไม่ครอบคลุมในสิทธิประโยชน์บัตรทอง
อุดฟันทุกชนิด	✓	✓	✓	
ขูดหินปูน	✓	✓	✓	
เกลารากฟัน ,รักษาโรคเหงือก ศัลย์-ปริทันต์	✓	✓	✕	บัตรทองแล้วแต่ใบส่งตัวระบุ
รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม	✓	✓	✕	
รักษาโพรงประสาทฟันแท้	✓	✕	✕	
เคลือบฟลูออไรด์	✕	✓	✕	เฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง
เคลือบหลุมร่องฟัน	✕	✓	✕	เฉพาะอายุไม่เกิน 15 ปี
ฟันปลอมที่ใช้อะไครลิคเป็นฐาน	✓	✓	✓	
ฟันปลอมที่ใช้โครงโลหะเป็นฐาน	✓	✕	✕	
เดือยฟันและครอบฟันทุกชนิด	✓	✕	✕	
ตกแต่งเพื่อความสวยงาม เช่น ทำเขี้ยว ปิดช่องว่างระหว่างฟัน จัดฟัน	✕	✕	✕	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเภทบัตร	ข้าราชการ	บัตรทอง	ประกันสังคม	หมายเหตุ
การใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่	✓	✓	✗	
การตรวจวินิจฉัยสภาพของโรคในช่องปาก รวมทั้งการให้ยาก่อน/หลังการรักษา	✓	✓	✓	กรณีประกันสังคมต้องร่วมกับการรักษาอื่น ๆ
การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา	✓	✓	✓	กรณีประกันสังคมต้องร่วมกับการรักษาอื่น ๆ

✓ หมายถึง ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

✗ หมายถึง ไม่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง

* บัตรประกันสังคม เบิกได้ปีละ 2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 300 บาท รวมแล้วเบิกได้ไม่เกิน 600 บาทต่อปี

3. บริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ บริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุเป็นรูปแบบการบริการทันตกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาและสามารถคงสภาพทันตสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งนอกจากนี้ทันตแพทย์ผู้ให้บริการต้องสามารถให้คำแนะนำกับผู้ป่วย, ขอคำแนะนำจากบุคคลกรทางการแพทย์อื่น ๆ และสามารถส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาได้อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงปัจจัยของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลซึ่งได้แก่ ข้อจำกัดทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางเศรษฐกิจ ความปรารถนา และขอบเขตการยอมรับของผู้สูงอายุ โดยการแบ่งประเภทบริการทันกรรมสำหรับผู้สูงอายุ (สุธา เจียรมณีโชติชัย, สุปราณี ดาโลดม, วรางคนา เวชวิธี, และนนทลี วีรชัย, 2553) โดยพิจารณาตามศักยภาพของหน่วยบริการ ดังนี้

ตารางที่ 2 การบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในหน่วยบริการระดับต่าง ๆ

ประเภทบริการทันตกรรม	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคในช่องปาก	1. ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ 2. การใช้ฟลูออไรด์ที่เฉพาะป้องกันรากฟันผุ	1. ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ 2. การใช้ฟลูออไรด์ที่เฉพาะป้องกันรากฟันผุ	1. ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ 2. ให้ความรู้ร่วมกับกลุ่มเวชกรรมสังคม
การรักษาโรคในช่องปาก	1. ให้บริการรักษาขั้นพื้นฐาน คือถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย 2. ไม่มีการรักษาเฉพาะทาง	1. ให้บริการรักษาขั้นพื้นฐาน คือถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย 2. การรักษาเฉพาะทาง ได้แก่ ถอนฟันโดยวิธีผ่าตัด การรักษาคลองรากฟัน ศัลยกรรมช่องปาก ฯลฯ	1. ให้บริการรักษาขั้นพื้นฐาน คือถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย 2. การรักษาเฉพาะทาง ได้แก่ ถอนฟันโดยวิธีผ่าตัด การรักษาคลองรากฟันอย่างง่าย-ซับซ้อน ศัลยกรรมช่องปากอย่างง่าย-ซับซ้อน ฯลฯ
การฟื้นฟูโรคในช่องปาก	ไม่มีการให้บริการ	ให้บริการทำฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วนและทั้งปาก	ให้บริการทำฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วนและทั้งปาก การทำฟันเทียมชนิดติดแน่น

4. การจัดบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี

4.1 หน่วยบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ หน่วยบริการทันตกรรมที่ดำเนินการในจังหวัดชลบุรี มีทั้งที่อยู่ภายใต้สังกัดของหน่วยงานรัฐบาล (หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัดสาธารณสุข) และภาคเอกชน แต่ส่วนใหญ่ของหน่วยงานบริการปฐมภูมิ

เป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีที่เป็นของรัฐนั้น แบ่งเป็นสองส่วนคือ

4.1.1 หน่วยบริการทันตกรรมในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข อยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ซึ่งทำหน้าที่กำกับดูแลบริการทันตสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก ประสานองค์กรรัฐและท้องถิ่นให้ดำเนินการให้บริการทันตสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะการประสานท้องถิ่น ช่วยจัดอัตรากำลัง เพื่อเสริมสร้างบริการทั่วไป ทั้งลักษณะตั้งรับและเชิงรุก นอกจากนี้ยังมีหน้าที่รับแก้ไขปัญหา ข้อร้องเรียนจากการจัดบริการทันตกรรมรวมทั้งประสานเครือข่ายบริการอีกด้วย (กรมอนามัย และสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) โดยมีหน่วยบริการทันตกรรม อยู่ในหน่วยงานต่อไปนี้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2555)

โรงพยาบาลศูนย์ คือ โรงพยาบาลชลบุรี

โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งกระจายอยู่ทุกอำเภอในจังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งหมด 11 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเมืองชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม โรงพยาบาลพานทอง โรงพยาบาลพนัสนิคม โรงพยาบาลแหลมฉบัง โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 โรงพยาบาลหนองใหญ่ โรงพยาบาลบ่อทอง และโรงพยาบาลเกาะสีชัง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เดิมนั้นคือสถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นสถานพยาบาลประจำตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.1.2 หน่วยบริการทันตกรรมนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดชลบุรี ได้แก่

งานทันตกรรม ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยบูรพา ตั้งอยู่ที่ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง

กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลมะเร็ง ชลบุรี เป็นโรงพยาบาลในสังกัดของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ที่ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง

ภาควิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เป็นหน่วยงานในสังกัดสถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ที่ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง

แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลค่ายนวมินทราชินี เป็นโรงพยาบาลในสังกัดของกรมแพทย์ทหารบก กระทรวงกลาโหม ตั้งอยู่ที่ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เป็นโรงพยาบาลในสังกัดของสภากาชาดไทย ตั้งอยู่ที่ตำบลศรีราชา อำเภอศรีราชา

กองทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดของกรมแพทย์ทหารเรือ กระทรวงกลาโหม ตั้งอยู่ที่ ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ

แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดของกรมแพทย์ทหารเรือ กระทรวงกลาโหม ตั้งอยู่ที่ ตำบลสัตหีบ อำเภอสัตหีบ

4.2 ประเภทของผู้ให้บริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุนั้นแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

4.2.1 ทันตบุคลากรที่จัดบริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่

4.2.1.1 ทันตแพทย์ ได้แก่ทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ได้แก่ สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ ศัลยศาสตร์ช่องปาก การรักษาคลองรากฟัน การรักษาโรคปริทันต์ เวชศาสตร์ช่องปาก เป็นต้น เป็นผู้ให้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกัน บริการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน บริการรักษาที่ยากและซับซ้อนเฉพาะทาง รวมทั้งบริการฟื้นฟูสภาพช่องปาก เช่น การใส่ฟันเทียมแบบถอดได้ ซึ่งจังหวัดชลบุรี มีจำนวนทันตแพทย์ทั้งหมด 83 คน โดยเป็นทันตแพทย์ทั่วไป 53 คน ทันตแพทย์เฉพาะทาง 30 คน

4.2.1.2 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตาภิบาล) จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน รวมทั้งบริการรักษาพื้นฐาน ซึ่งจังหวัดชลบุรี มีจำนวนเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขทั้งหมด 71 คน

4.2.1.3 ผู้ช่วยทันตแพทย์ ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และช่วยทันตแพทย์ปฏิบัติงานข้างยูนิตทันตกรรมมีจำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์ทั้งหมด 83 คน

4.2.2 บุคลากรอื่น ๆ ที่ร่วมปฏิบัติงานหรือให้การสนับสนุน

4.2.2.1 นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน หรือโรงพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกอายุรกรรม งานเวชปฏิบัติครอบครัว และกลุ่มงานเวชกรรมสังคม มีบทบาทร่วมประสานการจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน และให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ

4.2.2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน แกนนำชมรมผู้สูงอายุในจังหวัด มีบทบาทสนับสนุนการจัดบริการทันตกรรม เช่น การประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ

4.2.2.3 เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในองค์กรปกครองท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณ และ/ หรือ อำนวยความสะดวกในการจัดบริการทันตกรรม หรือการดูแลเรื่องการเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการ

4.3 รูปแบบการจัดบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ การจัดบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีได้แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

4.3.1 การบริการทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ จากรายงานประกันสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี พบว่า มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 80.25 สิทธิประกันสังคมร้อยละ 2.91 สิทธิข้าราชการร้อยละ 15.36 สิทธิอื่น ๆ (ข้าราชการการเมือง, ทหารผ่านศึก, ครูเอกชน ฯลฯ) ร้อยละ1.34 และไม่มีสิทธิร้อยละ 0.13 (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555)

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุทุกสิทธินั้นจะได้รับบริการทันตกรรมประกอบด้วย การบริการที่ผสมผสานทั้ง การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูช่องปาก และการส่งต่อโดยทันตบุคลากรร่วมกับพยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพในลักษณะขององค์รวม ซึ่งระบบการจัดบริการดังกล่าว สามารถดำเนินการได้ ทั้งในหน่วยบริการของรัฐได้ทุกแห่ง แต่ชนิดหรือการรักษาทางทันตกรรมในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาลอาจจะได้รับบริการทันตกรรมที่อาจจะแตกต่างกันบ้าง โดยจำแนกเป็นชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมได้ 3 กลุ่ม (ทันตแพทยสภา, 2553) ดังนี้

4.3.1.1 ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว ที่เรียกว่า สิทธิ์บัตรทอง สามารถไปรักษาทางทันตกรรมได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ณ โรงพยาบาลของรัฐที่ระบุในบัตรทอง ดังต่อไปนี้ การอุดฟัน การรักษาโรคปริทันต์ การถอนฟัน การผ่าฟันคุด การผ่าตัดอื่น ๆ เกี่ยวกับช่องปากและขากรรไกร การใส่ฟันเทียมพลาสติกแบบถอดได้ ระยะเวลา 5 ปี/ ชิ้น

4.3.1.2 ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตาม พรบ.ประกันสังคม โดยกองทุนประกันสังคมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในลักษณะจ่ายคืนผู้ประกันตน สิทธิ์ประกันสังคมสามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากสำนักงานประกัน สังคม ได้ครั้งละ 300 บาท จำนวน 2 ครั้ง ต่อปี ตามรายการดังนี้ การอุดฟัน การขูดหินปูน การถอนฟัน และในกรณีใส่ฟันเทียมฐานอะคริลิกชนิดถอดได้บางส่วน 1-5 ซี่ เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงในวงเงินไม่เกิน 1,300 บาท มากกว่า 5 ซี่ เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงในวงเงินไม่เกิน 1,500 บาทในกรณีใส่ฟันเทียมฐานอะคริลิกชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์และค่าฟันเทียมเท่าที่จ่ายจริงในวงเงินไม่เกิน 2,400 บาท และสูงสุดไม่เกิน 4,400 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปี โดยนำใบเสร็จจากสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนก็ได้แนบกับใบรับรองการรักษาจากทันตแพทย์ (ที่มีเลขใบประกอบโรคศิลปะ) ไปเบิกคืนกับสำนักงานประกันสังคมภายใน 1 ปีนับจากวันที่ระบุในใบเสร็จ

4.3.1.3 ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามสิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ สิทธิ์เบิกได้ สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากทางราชการได้ตามอัตราไม่เกินกว่าที่

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังกำหนดไว้ ดังนี้ การอุดฟัน การถอนฟัน การผ่าฟันคุด, การผ่าตัดอื่น ๆ เกี่ยวกับช่องปากและขากรรไกร การรักษาโรคปริทันต์ การรักษารากฟัน การแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติ การเคลือบฟลูออไรด์ทั้งปาก การใส่เฝือกฟัน การฟอกสีฟันที่ตายแล้ว โดยนำใบเสร็จจากสถานพยาบาลของรัฐ ไปเบิกจากหน่วยงานต้นสังกัดของท่าน หรือ ท่านทำบัตรระบบจ่ายตรง (On line) ณ สถานพยาบาลของรัฐที่ท่านทำการรักษาอยู่ ภายใน 1 ปีนับจากวันที่ระบุในใบเสร็จ ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2551 เป็นต้นไป ข้าราชการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายการใส่ฟันเทียมพลาสติกถอดได้ และครอบฟัน แต่ไม่สามารถเบิกจ่ายตรง ต้องสำรองจ่ายเงินแล้วนำใบเสร็จไปเบิกคืนภายหลัง

4.3.2 การจัดบริการทันตกรรมพิเศษอื่น ๆ การจัดบริการทันตกรรมนอกจากจัดตามชุดสิทธิประโยชน์แล้ว จังหวัดชลบุรีได้ดำเนินงานจัดบริการทันตกรรมพิเศษอื่น ๆ อีก 3 รูปแบบ ดังนี้

4.3.2.1 โครงการฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เป็นส่วนหนึ่งของประเด็นยุทธศาสตร์กรมอนามัยด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โครงการฟันเทียมพระราชทานฯ ให้บริการแก่ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นการให้บริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือ 16 ซี่ขึ้นไป และไม่เคยใช้สิทธิ์ใส่ฟันเทียมฐานพลาสติกชนิดใด ๆ ในช่วงเวลา 5 ปี แก่ผู้สูงอายุทุกสิทธิ ซึ่งผู้มีสิทธิบัตรทองไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ผู้ที่มีเบิกได้ ให้ชำระเงินแล้วเบิกต้นสังกัดโดยไม่เกิน 4,400 บาท/ ราย (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2553)

4.3.2.2 หน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้เริ่มดำเนินกิจกรรม การเผยแพร่ความรู้ด้านทันตกรรม และสุขภาพช่องปาก การให้บริการทางทันตกรรมตามพระราชดำริมาตั้งแต่ พ.ศ. 2513 จนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ประชาชนรวมถึงผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน และด้อยโอกาสทางสังคมได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทย โดยงบประมาณในการดำเนินงานทั้งหมดได้มาจากเงินพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ซึ่งค่าใช้จ่ายจำนวนมากเป็นการจัดซื้อเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ และการดูแลบำรุงรักษา รวมทั้งการให้บริการรักษาทางทันตกรรม สำหรับจังหวัดชลบุรี ได้จัดให้บริการที่วัดญาณสังวราราม ในวันพระราชสมภพของสมเด็จพระสังฆราชฯ (วาสนา พัฒนพีระเดช, ชุติมณฑน์ ไชยทรัพย์, ศรีสุดา ฤทธิ์วัฒนพงศ์, วรวุฒิ กุลแก้ว, คเชนทร์ เขียวใบงาม, และพงษ์ธร เหมาอุปถัมภ์, 2554)

4.3.2.3 หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เพื่อประชาชนด้อยโอกาสในเขตท้องถิ่นทุรกันดาร ให้บริการทันตกรรมบำบัด ทันตกรรมป้องกัน และส่งเสริมทันตสุขภาพแก่ประชาชน รวมถึงผู้สูงอายุ ที่ด้อยโอกาสในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลทั่วทุกภาคของประเทศรวม 17 จังหวัด

ซึ่งจังหวัดชลบุรีเป็นหนึ่งในจังหวัดที่ได้รับโปรดเกล้าให้เป็นจังหวัด พอ.สว. โดยเป็นจังหวัด พอ.สว. ลำดับที่ 36 ซึ่งได้ให้บริการทันตกรรมตั้งแต่ปีพ.ศ. 2515 จนถึงปัจจุบัน (มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินราบรมราชชนนี, 2548)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุภาพร แสงอ่วม, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ภูดิท เตชาติวัฒน์, ชญานินท์ ประทุมสูตร, และกันยารัตน์ คอวนิช (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 700 คน ทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 75.0 มีฟันธรรมชาติ โดยเฉลี่ยจำนวน 13.8 ซี่ (+/ -11.8) ร้อยละ 58.3 ไม่ได้ใส่ฟันเทียม ร้อยละ 50.0 ไปพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการ ร้อยละ 25.9 ไม่เคยพบทันตแพทย์เลย ส่วนระดับการเข้าถึงบริการ พบว่า ด้านการยอมรับในบริการมีคะแนนสูงสุด ร้อยละ 73.43 และด้านการเข้าถึงสถานบริการ มีคะแนนต่ำสุด ร้อยละ 65.46 และพบว่ามีปัจจัย 5 ด้าน ที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ได้แก่ 1) การไม่ได้เรียนหนังสือ 2) อาชีพเกษตรกร 3) อาชีพรับจ้าง 4) การอยู่คนเดียว และ 5) การมีรายได้ของตนเอง ซึ่งปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์คะแนนรวมการเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ร้อยละ 7.7 มีปัจจัย 5 ด้าน ที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ได้แก่ 1) การไม่ได้เรียนหนังสือ 2) อาชีพเกษตรกร 3) อาชีพรับจ้าง 4) การอยู่คนเดียว และ 5) การมีรายได้ของตนเอง ซึ่งปัจจัยทั้งหมด สามารถร่วมกันพยากรณ์คะแนนรวมการเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ร้อยละ 7.7

Saengtipbovorn, Taneepanichskul, Pongpanich, and Boonyamanond (2012) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทางทันตกรรมของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข 54 กรุงเทพมหานคร ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุและคลินิกทั่วไป ศูนย์บริการสาธารณสุข 54 กรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 335 คน วิเคราะห์ข้อมูลหาปัจจัยที่มีความสำคัญกับการใช้บริการทันตกรรมด้วยวิธีการทดสอบ Chi-square ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 48.9 ใช้บริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 48.1 ใช้บริการทันตกรรมที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 54 ร้อยละ 48.8 ไปเพื่อรับบริการถอนฟัน ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ (88.5%) ใช้บริการทันตกรรมเมื่อมีอาการปวด บวม หรือเสียวฟัน และมีผู้ป่วยสูงอายุเพียงร้อยละ 9.0 ที่ตรวจสุขภาพฟันเป็นประจำ สาเหตุหลักที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่ไปใช้บริการทันตกรรมคือไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ รายได้เฉลี่ย

ต่อเดือน โรคประจำตัว การมีผู้ดูแลพามารับการรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 54 ค่ารักษาทันตกรรม ชนิดการรักษาที่ได้รับครั้งสุดท้าย การใช้บัตรประกันสุขภาพในการรักษาทันตกรรม สถานที่ที่ใช้บริการทันตกรรม การตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ ทัศนคติต่อการรักษาทันตกรรม และสภาวะสุขภาพช่องปาก

ธิดา รัตนวิไลศักดิ์ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ เกี่ยวกับการมีฟันเหลือในช่องปากและการใส่ฟันเทียม และปัจจัยนำเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและความเชื่อมั่นต่อตนเองในการไปใช้บริการทันตกรรม ปัจจัยสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการทันตกรรมได้แก่ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ การมีทันตแพทย์ที่รักษาและให้คำปรึกษาประจำและความสามารถไปใช้บริการทันตกรรมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรมตามการรับรู้ของผู้สูงอายุกับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ

วีระศักดิ์ พุทธาศรี, และ เพ็ญแข ลาภยิ่ง (2552) ได้ศึกษาการใช้บริการสุขภาพช่องปากในทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย ผลการวิจัยพบว่าพบปัจจัย เพศและภูมิลำเนา มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการสุขภาพช่องปากโดยพบว่า ประชาชนในเขตเมืองหรือเขตเทศบาล และเพศหญิง มีอัตราใช้บริการทันตกรรมมาก

ขวัญหทัย ไชยยาสุข, บุญยง เกี่ยวการค้า และ พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2551) ได้ศึกษาการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอเชียงดาวมีการใช้บริการทันตกรรมในปี 2550 ในระดับสูง (ร้อยละ 73.08) ผู้สูงอายุเลือกรับบริการจากโรงพยาบาลเชียงดาวและสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในอำเภอเชียงดาว โดยร้อยละ 35.64 ไปเพื่อรับบริการถอนฟัน ผู้สูงอายุที่มีความต้องการในการรักษาทันตกรรมแต่ไม่ไปใช้บริการ มีเหตุผลหลักคือความจำเป็นในการประกอบอาชีพ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุที่นัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ที่พักและผู้ร่วมอาศัยของผู้สูงอายุ การประกอบอาชีพปัจจุบัน ทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้บริการทางทันตกรรมและทันตบุคลากร และความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการทางทันตกรรม

Ozkan, Özcan, Kulak, Kazazoglu and Arikan (2011) ได้ศึกษาสุขภาพ ภาวะทันตสุขภาพและการรับรู้กับความต้องการรักษาทางทันตกรรมของประชากรผู้สูงอายุในอิสตันบูล พบว่าบรรดาผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่ให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพฟันในอันดับต้น ๆ และมักจะมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่ดี ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางการเงินที่ดีมักจะมีการเข้าถึง

บริการทันตกรรมที่ดี และคนที่มีระดับการศึกษาและรายได้สูงจะมีความต้องการในการรักษาทางทันตกรรมสูง

Somkotra (2013) ได้ศึกษาปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมของผู้สูงอายุมีผลต่อความไม่เท่าเทียมกันในการใช้บริการทันตกรรมภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของอัตราการใช้บริการของกลุ่มฐานะเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน แต่กลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจที่ดีนิยมไปใช้บริการ ณ สถานบริการที่มีประสิทธิภาพสูงมากกว่า ทั้งนี้เพราะมีความสามารถจะจ่ายค่าบริการให้ได้ ผู้มีรายได้สูงมีโอกาสในการแสวงหาบริการที่มีประสิทธิภาพที่ดีกว่าเพราะมีความสามารถในการจ่ายมากกว่า และกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจที่ไม่ดีจะนิยมไปใช้บริการสถานบริการของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานบริการปฐมภูมิ

Lupi-Pegurier, Clerc-Urmes, Abu-Zaineh, Paraponaris, and Ventelou (2011) ศึกษาความหนาแน่นของทันตบุคลากรและการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศฝรั่งเศส พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ และผู้สูงอายุที่ไม่มีการประกันสุขภาพที่สมบูรณ์ จะเข้าถึงบริการทันตสุขภาพที่น้อย และความหนาแน่นของจำนวนทันตบุคลากรมีผลโดยตรงกับการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

อรวรรณ พุ่มพวง (2551) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครชียงใหม่ผลการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง($X = 1.7$, $SD = 0.8$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ในระดับปานกลาง มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ ($X = 1.9$, $SD = 0.7$) ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ($X = 2.2$, $SD = 0.8$) และด้านความสามารถของผู้รับบริการในการเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ ($X = 2.0$, $SD = 0.7$) ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพอีก 2 ด้าน อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ ด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ($X = 1.6$, $SD = 0.6$) และด้านการยอมรับในคุณภาพของบริการ ($X = 1.5$, $SD = 0.6$)

ชื่นจิตร ไตรรัตน์เจริญเวช (2551) ศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก โดยประเมินการเข้าบริการที่ศักยภาพการเข้าถึง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีบัตรประกันสุขภาพ มารับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลนครนายก จำนวน 294 คน ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ และสามารถนำมาวิเคราะห์ ข้อมูลทั้งหมด 290 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.6 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากประเมินการเข้าถึงบริการทันตกรรมภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.07) ตัวอย่าง 2 ใน 3 (ร้อยละ 63.44) ประเมินว่า

สถานพยาบาลมีคุณภาพบริการทันตกรรมอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการทันตกรรมในระดับมาก (ร้อยละ 79.03) นอกจากนี้ พบว่าคุณภาพบริการทันตกรรมสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับบริการทันตกรรม ($R = 0.240$, $P < 0.05$)

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ในลักษณะการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ (Relationship Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่รับบริการทันตกรรมในสถานบริการของรัฐ ของจังหวัดชลบุรี จำนวน 10,785 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2558) โดยมี

1.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1.1.1 เป็นผู้มีอายุ 60 ขึ้นไป

1.1.2 เป็นผู้สูงอายุติดสังคม โดยมีคะแนน ADL ไม่น้อยกว่า 12

1.1.3 มีสัญชาติไทย และพักอาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี

1.1.4 ได้รับบริการทันตกรรมที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระหว่างเดือนมกราคม 2557-มกราคม 2558

1.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1.2.1 ไม่สามารถสื่อสารได้

1.2.3 ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนเสร็จสิ้นได้

2. กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างน้อยสุดด้วยสูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่มีความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ดังนี้

$$n = \frac{N\chi^2 p(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนสมาชิกประชากร คือ 10,785 คน

χ^2 แทน ค่าไคสแควร์จากตารางที่ ชั้นความเป็นอิสระ 1

และ $\alpha = 0.05$ ซึ่งมีค่า 3.841

p แทน ค่าสัดส่วนตัวแปรที่สนใจจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งจากงานวิจัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย (สุภาพร แสงอ่วม และคณะ, 2558) เท่ากับ 0.65

e แทน ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มร้อยละ 5 = 0.05

แทนค่าต่าง ๆ จากสูตรข้างต้นเพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ดังนี้

$$n = \frac{(10{,}785)(3.841)(0.65)(1-0.35)}{0.05^2(10{,}785-1)+(3.841)(0.65)(1-0.35)}$$

$$n = 338.59$$

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ผู้สูงอายุอย่างน้อย 339 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง แต่เนื่องจากแต่จากเป็นการส่งแบบสอบถามโดยให้ตอบกลับมา จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกเป็นร้อยละ 10 เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างที่เพียงพอ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงส่งแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุจำนวน 373 คน

3. การสุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นเป็นสัดส่วน (Proportional stratified random Sampling) โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรม เป็น 3 กลุ่มอำเภอ คือกลุ่มที่ 1 อำเภอโซนเมือง จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอบ้านบึง และอำเภอพานทอง กลุ่มที่ 2 อำเภอโซนทะเล จำนวน 4 อำเภอได้แก่ อำเภอศรีราชา อำเภอบางละมุง อำเภอสัตหีบ และอำเภอเกาะสีชัง กลุ่มที่ 3 อำเภอโซนภูเขา จำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพนัสนิคม อำเภอเกาะจันทร์ อำเภอบ่อทอง และอำเภอหนองใหญ่ และคำนวณจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มให้เป็นสัดส่วนกัน โดยการเทียบบัญญัติไตรยางศ์ ปรากฏว่าได้ขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่มดังตารางที่ 3

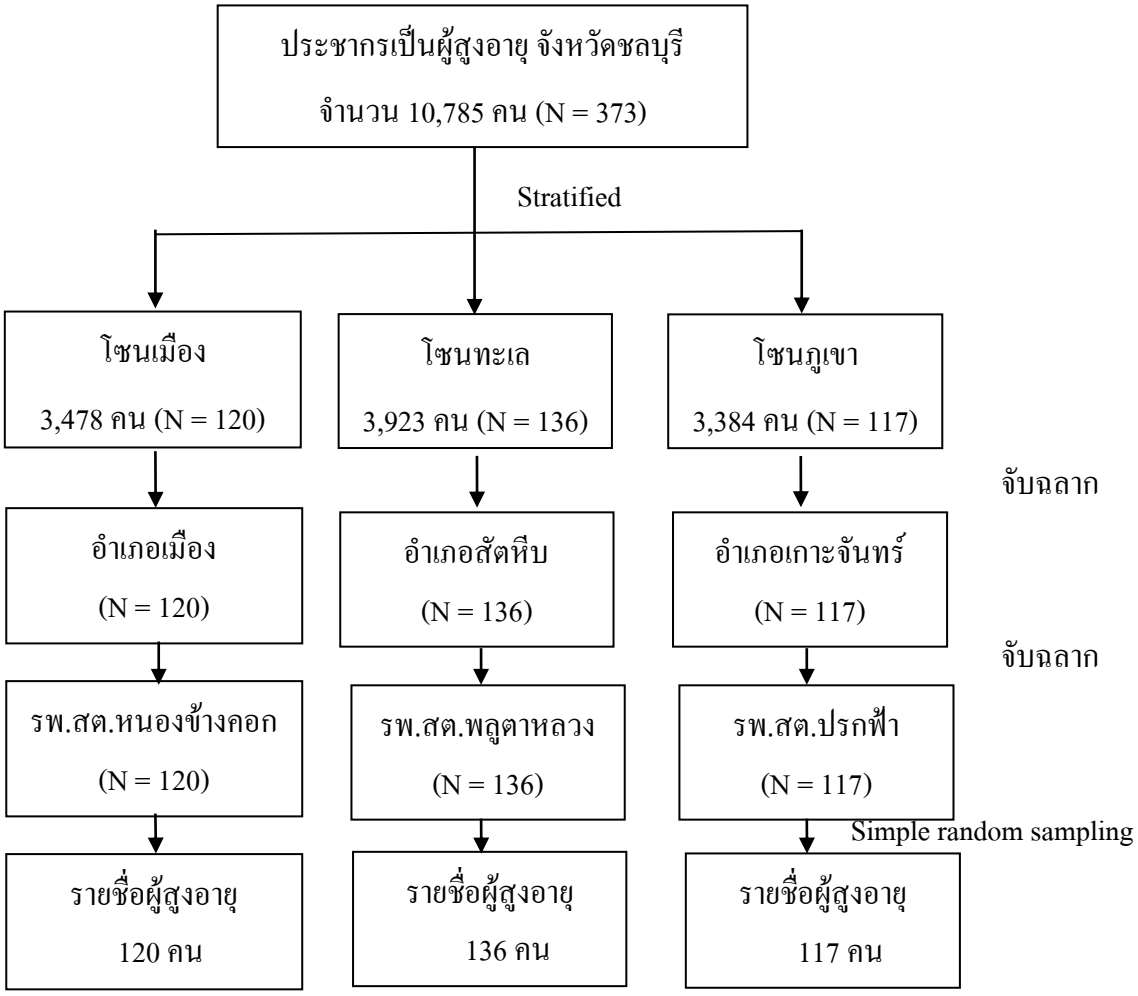
ตารางที่ 3 จำนวนประชากรและตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอำเภอ

กลุ่มอำเภอ	**ประชากร**	**ขนาดตัวอย่าง (คน)**
โซนเมือง	3,478	(3,478x373)/ 10,785 = 120.3 = 120
โซนทะเล	3,923	(3,923x373)/ 10,785 = 135.7 = 136
โซนภูเขา	3,384	(3,384x373)/ 10,785 = 117.0 = 117
รวม	10,785	373

และทำการสุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอำเภอ โดยจับสลากสุ่มอำเภอมากลุ่มละ 1 อำเภอ ได้อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอสัตหีบ และอำเภอเกาะจันทร์

ขั้นตอนที่ 2 แต่ละอำเภอ แบ่งพื้นที่ตามความรับผิดชอบของรพ.สต. โดย อำเภอเมืองชลบุรีมี 17 รพ.สต. อำเภอสัตหีบมี 6 รพ.สต. อำเภอ และเกาะจันทร์มี 4 รพ.สต. จับสลากสุ่ม รพ.สต. มากลุ่มละ 1 รพ.สต. ได้ รพ.สต. หนองข้างคอก รพ.สต. พลูตาหลวง และ รพ.สต.ปรกฟ้า

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยจับสลากแบบไม่คืน จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละรพ.สต.ตามจำนวนสัดส่วนที่คำนวณได้ในแต่ละ รพ.สต.โดยรพ.สต.หนองข้างคอกใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน รพ.สต. พลูตาหลวงใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 136 คน และรพ.สต.ปรกฟ้าใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 117 คน รวมจำนวน 373 คน ดังแผนภูมิแสดงดังนี้



ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงขั้นตอนและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชนิดและลักษณะของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีโรคประจำตัว การมีผู้ดูแล สิทธิการรักษา และการไปรับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา ลักษณะแบบสอบถามเปิดและปิดผสมกัน จำนวนคำถาม 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม โดยประเมินการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม 5 ด้าน คือ

1. ด้านความเพียงพอของบริการ ถามเกี่ยวกับ ความเพียงพอการจัดบริการทันตกรรม ทั้งปริมาณและคุณภาพของทรัพยากรที่มีอยู่ ได้แก่ สถานบริการ เก้าอี้ทำฟัน เครื่องมืออุปกรณ์ ผู้ให้บริการ เช่น ทันตแพทย์ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ ถามเกี่ยวกับ ความสามารถในการเดินทางไปเอง ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ความสะดวกขณะเดินทาง และความใกล้ไกลของสถานบริการ

3. ด้านความสะดวกของแหล่งบริการ ถามเกี่ยวกับ ลำดับการเข้ารับบริการ ขั้นตอนการรับบริการ การนัดหมาย การจัดบริการทันตกรรมเคลื่อนที่

4. ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ถามเกี่ยวกับ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการทันตกรรม ค่าใช้จ่ายอื่นที่เกิดขึ้นในการมารับบริการ ความครอบคลุมของสิทธิการรักษา ค่าบริการส่วนเกินจากสิทธิการรักษา ค่าบริการนอกเวลา และรายได้ที่เสียไปเมื่อมารับบริการ

5. ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ ถามเกี่ยวกับ ลักษณะส่วนบุคคลและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ คุณภาพบริการทันตกรรมที่จัดให้

โดยลักษณะคำถามเป็นการประเมินความคิดเห็นต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งแต่ละข้อเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ให้คะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ จำนวนรวม 25 ข้อ

2. การสร้างแบบสอบถาม แบบสอบถามฉบับนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามนิยามศัพท์ เนื้อหาที่ได้จากทฤษฎี แนวคิด และการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

3. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.สุนันทา โอศิริ คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา ทันตแพทย์วสันต์ สายเสวีกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี และ

ทันตแพทย์หญิง ดร.อรฉัตร คุรุรัตนะ กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี พิจารณาความตรงตามวัตถุประสงค์และนิยามศัพท์ โดยให้ผลการพิจารณา คือ สอดคล้อง ไม่แน่ใจ และไม่ความสอดคล้อง จากนั้นให้คะแนนผลการพิจารณา +1 0 และ -1 ตามลำดับ แล้วนำมาวิเคราะห์แต่ละข้อโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Item-Objective Congruence) ใช้สูตรดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553)

$$\text{IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence)

R หมายถึง คะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านให้

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิเคราะห์ ปรากฏว่าทุกข้อคำถาม มีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.33-1 ซึ่งเป็นข้อคำถามที่สามารถนำไปใช้ได้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) และมีการปรับแก้ภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

4. การทดลองใช้และตรวจสอบคุณภาพ นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองชลบุรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติและลักษณะเหมือนกับประชากรที่ศึกษา ในวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2557 แล้วนำแบบสอบถามส่วนการเข้าถึงบริการมาตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

4.1 หาอำนาจจำแนก (Discrimination power) ทดสอบโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected item-total correlation) ได้ค่าอยู่ในช่วง +0.25 ถึง +0.80 แบบสอบถามทุกข้อมีค่าอำนาจจำแนกเหมาะสม (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2554)

4.2 หาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช (Cronbach’s alpha coefficient) อ้างอิงจาก บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2553, หน้า 146)

$$r_{tt} = \left(\frac{k}{k-1}\right)\left(1-\frac{\sum S_i^2}{S_t^2}\right)$$

เมื่อ r_{tt} แทน ความเที่ยง

k แทน จำนวนข้อของแบบวัดชุดนั้น

$\sum S_i^2$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวม

จากการคำนวณค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนการเข้าถึงบริการ ด้านความเพียงพอของบริการ ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวกของแหล่งบริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และด้านการยอมรับคุณภาพบริการมีค่า 0.89 0.58 0.86 0.82 และ 0.90 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงของทั้งฉบับ มีค่า 0.944 ดังนั้นแบบสอบถามทุกฉบับนี้ จึงมีความเที่ยงเหมาะสม (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีส่งแบบสอบถามไปที่บ้านตามรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละรพ.สต. ที่สุ่มตัวอย่างได้ ประสานงานขอความร่วมมือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองข้างคอก พลูตาหลวง และ ปรกฟ้า โดยการส่งและรับกลับ ภายใน 2 อาทิตย์ และทำการติดตามผลโดยถ้ายังไม่มีการส่งกลับภายในเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยประสานงานผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่จะไม่มีการระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อติดตามผลให้ครบตามขนาดตัวอย่างที่ต้องการ จึงทำการยุติการเก็บข้อมูล และถ้ายังไม่มีการตอบกลับแสดงว่าผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลทั้งหมดแล้ว ได้ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ และความถูกต้องของการตอบแต่ละข้อในแบบสอบถามทุกชุด คัดเลือกเฉพาะที่ครบถ้วน ถูกต้องไปวิเคราะห์ จากนั้นกำหนดตัวแปร ข้อคำถาม และรหัสข้อคำตอบของทุกข้อเพื่อประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยบันทึกข้อมูลตามคู่มือที่กำหนด สั่งเครื่องคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ผลเพื่อประมวล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ตัวแปรเพศ ชนิดของบริการทันตกรรมที่ได้รับ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย การมีโรคประจำตัว การมีผู้ดูแล สิทธิการรักษา และ

การไปรับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา วิเคราะห์หาจำนวน และร้อยละ ส่วนตัวแปรอายุ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว วิเคราะห์หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) เนื่องจากแบบสอบถามฉบับนี้สร้างขึ้นโดยใช้บริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษา โดยวิเคราะห์องค์ประกอบของการเข้าถึงบริการทันตกรรม ด้วยเทคนิค Factor Analysis เพื่อดูการเกาะกลุ่มของตัวชี้วัดโดยเลือกสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle Components Extraction) ร่วมกับการหมุนแกนแบบตั้งฉาก (Orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวริแมกซ์ (Varimax rotation) โดยตั้งเกณฑ์การพิจารณาองค์ประกอบคือ องค์ประกอบนั้นต้องมีค่า Eigenvalue ตั้งแต่ 1.00 ขึ้นไป และตัวแปรแต่ละตัวในองค์ประกอบต้องมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ตั้งแต่ 0.45 ขึ้นไป

3. การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม วิเคราะห์รายข้อ หาจำนวนและร้อยละของแต่ละคำตอบ และแปลผลระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม ด้านการยอมรับคุณภาพ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ด้านความเพียงพอของบริการ ด้านความสะดวกของแหล่งบริการ ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ และภาพรวม ใช้เกณฑ์การตัดสินแบบอิงกลุ่มคะแนนเต็มแบ่งเป็น 3 ระดับ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553, หน้า 195) ดังนี้

ระดับการเข้าถึงบริการ	ช่วงคะแนน
มาก	ตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ปานกลาง	ระหว่าง ร้อยละ 60 – 79
น้อย	น้อยกว่า ร้อยละ 60

4. หาความสัมพันธ์ การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรี กับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การมีผู้ดูแล และสิทธิการรักษาพยาบาล โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรอิสระกับคะแนนการเข้าถึงบริการภาพรวม และหารูปแบบสมการทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2558 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็น

ตัวอย่างวิจัย มีวิธีอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัยไม่ว่าจะเป็นสิ่งมีชีวิต หรือไม่มีชีวิต ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะนำเสนอโดยภาพรวมไม่ปรากฏข้อมูลรายบุคคล

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ต้องการศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี และความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การมีผู้ดูแล และสิทธิการรักษาพยาบาล กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี จำนวน 357 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ.2558 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ผลการศึกษานำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง เรียงตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบการเข้าถึงบริการทันตกรรม
3. การเข้าถึงบริการทันกรรรม
4. การวิเคราะห์ระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม
5. ตัวแปรที่สัมพันธ์ และร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรม

ข้อมูลส่วนบุคคล

จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีที่ศึกษา 357 คน ส่วนมากเป็นผู้หญิง ร้อยละ 75.9 อายุเฉลี่ย 69.1 ปี ส่วนมากจบประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 85.04 ไม่ได้ทำงาน/เกษียณอายุ ร้อยละ 49.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,800 บาท (6,759.34 บาท) จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน (3.91 คน) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.6 มีผู้ดูแล ร้อยละ 95.2 ส่วนมากใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 82.4 การไปรับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนมากรับการรักษาอุดฟัน ร้อยละ 39.8

เมื่อพิจารณารายละเอียดแต่ละตัวแปรพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นผู้หญิง ร้อยละ 75.9 อายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 88 ปี จำนวนมากที่สุดมีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 30.3 รองลงมาเป็นช่วงอายุระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 28.3 วุฒิการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำว่าประถมศึกษา ร้อยละ 85.4 ส่วนมากเป็นผู้เกษียณหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 49.5 และประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.5 โดยจำนวนมากที่สุดคือ เกษตรกร ร้อยละ 39.4 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 31.7 ค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 28.9 รายได้ต่ำสุด 600 บาท/ เดือน รายได้สูงสุด 120,000 บาท/ เดือน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,800 บาท (6,759.34 บาท) จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยที่สุด 1 คน มากที่สุด

10 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน (3.91 คน) ส่วนมากมีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.6 โดยจำนวนมากที่สุดเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.9 รองลงมาคือเบาหวาน ร้อยละ 33.0 และโรคอื่น ๆ (โรคหัวใจ,โรคกระเพาะอาหาร, ปวดข้อ, ต้อกระจก, ข้อเสื่อม) ร้อยละ 18.1 ส่วนมากมีผู้ดูแล ร้อยละ 95.2 โดยจำนวนมากมีบุตรเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 55.9 รองลงมาคือ คู่สมรสเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 30.0 หลานเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 10.0 และญาติเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 4.1 สิทธิการรักษาส่วนมากเป็นบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 82.6 การไปรับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนมากรับการรักษาอุดฟัน ร้อยละ 39.8 รองลงมาคือถอนฟัน ร้อยละ 28.3 ขูดหินปูน ร้อยละ 18.5 ใส่ฟันปลอม ร้อยละ 11.8 ตรวจฟัน ร้อยละ 1.1 และรักษารากฟัน ร้อยละ 0.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ยอดรวม	357	100
เพศ		
หญิง	271	75.9
ชาย	86	24.1
อายุ (ปี)		
60-64	108	30.3
65-69	101	28.3
70-74	62	17.3
ตั้งแต่ 75 ขึ้นไป	86	24.1
Min = 60 Max = 88 $\bar{X}$ = 69.1 SD = 6.53		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	32	9.0
ประถมศึกษา	273	76.4
มัธยมศึกษา	29	8.1
ปวช./ ปวส.	7	2.0
ปริญญาตรี	12	3.4
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.1

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน/ เกษียณอายุ	177	49.5
ประกอบอาชีพ	180	50.5
เกษตรกร	71	39.4
รับจ้าง	57	31.7
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	52	28.9
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ตั้งแต่ 3,000 ลงมา	91	25.5
3,001-6,000	158	44.3
ตั้งแต่ 6,001 ขึ้นไป	108	30.3
Min = 600 Max = 120,000 $\bar{X}$ = 6,759.34 SD = 9,082.35		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
1-2	81	22.7
3-4	150	42.0
ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป	126	35.3
Min = 1 Max = 10 $\bar{X}$ = 3.91 SD = 1.71		
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	87	24.4
มีโรคประจำตัว	270	75.6
ความดันโลหิต	132	48.9
เบาหวาน	89	33.0
โรคอื่น ๆ (โรคหัวใจ,โรคกระเพาะอาหาร, ปวดข้อ, ต้อกระจก, ข้อเสื่อม)	49	18.1

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การมีผู้ดูแล		
ไม่มีผู้ดูแล	17	4.8
มีผู้ดูแล	340	95.2
คู่สมรสดูแล	102	30.0
บุตรดูแล	190	55.9
หลานดูแล	34	10.0
ญาติดูแล	14	4.1
สิทธิการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข	295	82.6
สิทธิอื่น ๆ	62	17.4
ข้าราชการ	32	51.6
ชำระเงินเอง	21	33.9
ประกันสังคม	8	12.9
ประกันชีวิต	1	1.6
การไปรับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา		
อุดฟัน	142	39.8
ถอนฟัน	101	28.3
ขูดหินปูน	66	18.5
ใส่ฟันปลอม	42	11.8
ตรวจฟัน	4	1.1
รักษารากฟัน	2	0.5

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของการเข้าถึงบริการทันตกรรม

การวิเคราะห์องค์ประกอบของการเข้าถึงบริการทันตกรรมจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสอบถามผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีจำนวน 357 คน ผลพบว่า แบบสอบถามส่วนการเข้าถึงบริการทันตกรรม ควรมีองค์ประกอบเพียง 5 องค์ประกอบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการของ Penchansky and Thomas (1981) เนื่องจากเฉพาะองค์ประกอบแรกเท่านั้นที่มีค่า

Eigenvalue มากกว่า 1 โดยองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด คือ องค์ประกอบที่ 1 เนื่องจากอธิบายหรือดึงความแปรปรวนของข้อมูลได้มากที่สุดได้ 33.8% ส่วนองค์ประกอบที่ 2 3 4 และ 5 จะสำคัญรองลงมาตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่า Eigenvalue ของการวิเคราะห์องค์ประกอบการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี

	Initial Eigenvalues			**Rotation Sums of Squared Loadings**		
Component	**Total**	**% of Variance**	**Cumulative %**	**Total**	**% of Variance**	**Cumulative %**
1	8.441	33.765	33.765	3.958	15.831	15.831
2	2.473	9.892	43.657	3.617	14.467	30.298
3	2.136	8.544	52.201	3.551	14.204	44.502
4	1.791	7.166	59.366	2.662	10.649	55.151
5	1.572	6.286	65.653	2.625	10.502	65.653
6	.988	3.951	69.604			
7	.785	3.138	72.742			
8	.718	2.872	75.614			
9	.639	2.556	78.170			
10	.563	2.251	80.421			
11	.514	2.058	82.479			
12	.501	2.004	84.484			
13	.463	1.853	86.337			
14	.403	1.611	87.949			
15	.396	1.586	89.534			
16	.371	1.486	91.020			
17	.346	1.384	92.403			
18	.334	1.338	93.741			
19	.316	1.262	95.003			
20	.289	1.155	96.158			

ตารางที่ 5 (ต่อ)

	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
Component	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
21	.240	.962	97.120			
22	.232	.926	98.046			
23	.183	.733	98.779			
24	.167	.670	99.449			
25	.138	.551	100.000			

หมายเหตุ ค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy = 0.887 และ Bartlett's Test of Sphericity มีนัยสำคัญที่ระดับ <0.001

เมื่อมีการหมุนแกนองค์ประกอบโดยวิธี Varimax พบว่า สามารถจัดกลุ่มตัวชี้วัดเข้าในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การยอมรับคุณภาพการบริการ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 5 ตัวชี้วัด คือ การแต่งกายเหมาะสมต่อการให้บริการ บริการอย่างสุภาพ มีความกระตือรือร้นต่อการให้บริการ ได้รับบริการตามที่ต้องการ และเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง 0.74-0.86 อธิบายค่าความแปรปรวนได้มากที่สุด ร้อยละ 15.8

องค์ประกอบที่ 2 ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 7 ตัวชี้วัด คือ สามารถจ่ายค่าเดินทางได้ สามารถจ่ายค่าอาหารในระหว่างมารับบริการได้ สามารถจ่ายค่าบริการส่วนเกินจากสิทธิการรักษา บริการที่ต้องการอยู่ในความครอบคลุมของสิทธิการรักษา สามารถจ่ายค่าสิ่งอำนวยความสะดวกได้ สามารถจ่ายค่าบริการนอกเวลาได้ และไม่เสียรายได้เมื่อมารับบริการ มีค่าน้ำหนักอยู่ในช่วง 0.45-0.77 อธิบายค่าความแปรปรวนได้มากที่สุดร้อยละ 14.5

องค์ประกอบที่ 3 ความเพียงพอของบริการ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 5 ตัวชี้วัด คือ จำนวนหน่วยบริการเพียงพอ มีความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ ทันตแพทย์มีความเชี่ยวชาญในบริการที่ต้องการ จำนวนเจ้าหน้าที่เพียงพอ และจำนวนสถานบริการเพียงพอ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง 0.73-0.84 อธิบายค่าความแปรปรวนได้มากที่สุด ร้อยละ 14.2

องค์ประกอบที่ 4 ความสะดวกของแหล่งบริการ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัด คือ การจัดลำดับรับบริการเหมาะสม มีบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ มีบริการนัดหมายทางโทรศัพท์ และ

สะดวกในการรับบริการที่เกี่ยวข้อง มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง 0.53-0.77 อธิบายค่าความแปรปรวนได้มากที่สุด ร้อยละ 10.6

องค์ประกอบที่ 5 การเข้าถึงแหล่งบริการ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัด คือ สามารถเดินทางไปรับบริการเองได้ ใช้ระยะเวลาเดินทางน้อย เดินทางสะดวก และสถานบริการตั้งอยู่ไม่ไกล มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง 0.72-0.76 อธิบายค่าความแปรปรวนได้มากที่สุด ร้อยละ 10.5 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 น้ำหนักและองค์ประกอบการเข้าถึงบริการทันตกรรม

คำถามข้อที่	ตัวบ่งชี้การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี	น้ำหนักองค์ประกอบ	องค์ประกอบที่
25	การแต่งกายเหมาะสมต่อการให้บริการ	.864	1
24	ได้รับบริการอย่างสุภาพ	.856	1
23	มีความกระตือรือร้นในการให้บริการ	.814	1
22	ได้รับบริการตามที่ต้องการ	.789	1
21	ความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการที่ได้รับ	.740	1
18	สามารถจ่ายค่าเดินทางได้	.773	2
19	สามารถจ่ายค่าอาหารในระหว่างมารับบริการได้	.754	2
17	สามารถจ่ายค่าบริการส่วนเกินจากสิทธิการรักษา	.713	2
16	บริการที่ต้องการอยู่ในความครอบคลุมสิทธิการรักษา	.623	2
14	สามารถจ่ายค่าสิ่งอำนวยความสะดวกได้	.546	2
11	สามารถจ่ายค่าบริการนอกเวลาได้	.478	2
20	ไม่เสียรายได้เมื่อมารับบริการ	.445	2
4	มีจำนวนหน่วยบริการเพียงพอ	.844	3
5	มีความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์	.802	3
3	ทันตแพทย์มีความเชี่ยวชาญในบริการที่ต้องการ	.772	3
2	มีจำนวนเจ้าหน้าที่เพียงพอ	.771	3
1	มีจำนวนสถานบริการเพียงพอ	.728	3
12	มีการจัดลำดับรับบริการเหมาะสม	.766	4
10	มีบริการทันตกรรมเคลื่อนที่	.750	4

ตารางที่ 6 (ต่อ)

คำถามข้อที่	ตัวบ่งชี้การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี	น้ำหนักองค์ประกอบ	องค์ประกอบที่
15	มีบริการนัดหมายทางโทรศัพท์	.748	4
13	สะดวกในรับบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รับยา ชำระเงิน	.534	4
7	สามารถเดินทางไปรับบริการเองได้	.759	5
8	ใช้ระยะเวลาเดินทางน้อย	.739	5
9	เดินทางสะดวก	.736	5
6	สถานบริการตั้งอยู่ไม่ไกล	.716	5

การเข้าถึงบริการทันตกรรรม

1. การเข้าถึงบริการทันตกรรมในแต่ละองค์ประกอบ

1.1 ความเพียงพอของบริการ องค์ประกอบความเพียงพอของบริการ มีผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากที่สุด และมาก จำนวนมากที่สุด เกี่ยวกับทันตแพทย์มีความเชี่ยวชาญในบริการที่ต้องการ ร้อยละ 76.3 รองลงมา คือ มีความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ มีจำนวนหน่วยบริการเพียงพอ มีจำนวนเจ้าหน้าที่เพียงพอ และมีจำนวนสถานบริการเพียงพอ คิดเป็น ร้อยละ 63.9 58.0 54.6 และร้อยละ 51.3 ตามลำดับ จำแนกรายข้อแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ร้อยละ (จำนวน) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการเข้าถึงด้านความเพียงพอของบริการรายข้อ (n = 357)

ข้อความ	มากที่สุด ร้อยละ (จำนวน)	มาก ร้อยละ (จำนวน)	ปานกลาง ร้อยละ (จำนวน)	น้อย ร้อยละ (จำนวน)	น้อยที่สุด ร้อยละ (จำนวน)
1. มีจำนวนหน่วยบริการเพียงพอ	11.5 (41)	46.5 (166)	27.5 (98)	12.0 (43)	2.5 (9)
2. มีความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์	15.4 (55)	48.5 (173)	25.5 (91)	8.9 (32)	1.7 (6)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อความ	มากที่สุด ร้อยละ (จำนวน)	มาก ร้อยละ (จำนวน)	ปานกลาง ร้อยละ (จำนวน)	น้อย ร้อยละ (จำนวน)	น้อยที่สุด ร้อยละ (จำนวน)
3. ทันตแพทย์มีความเชี่ยวชาญในบริการที่ต้องการ	14.8 (53)	62.0 (221)	19.3 (69)	2.8 (10)	1.1 (4)
4. มีจำนวนเจ้าหน้าที่เพียงพอ	10.6 (38)	44.0 (157)	33.1 (118)	10.1 (36)	2.2 (8)
5. มีจำนวนสถานบริการเพียงพอ	9.2 (33)	42.1 (150)	33.6 (120)	11.5 (41)	3.6 (13)

1.2 การเข้าถึงแหล่งบริการ องค์ประกอบการเข้าถึงแหล่งบริการ มีผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากที่สุด และมาก จำนวนมากที่สุด เกี่ยวกับสามารถเดินทางไปเองได้ ร้อยละ 66.1 รองลงมาคือ เดินทางสะดวก ใช้ระยะเวลาเดินทางน้อย และสถานบริการตั้งอยู่ไม่ไกล คิดเป็น ร้อยละ 65.5 55.5 และร้อยละ 51.8 ตามลำดับ จำแนกรายข้อแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ร้อยละ (จำนวน) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการเข้าถึงด้านการเข้าถึงแหล่งบริการรายข้อ (n = 357)

ข้อความ	มากที่สุด ร้อยละ (จำนวน)	มาก ร้อยละ (จำนวน)	ปานกลาง ร้อยละ (จำนวน)	น้อย ร้อยละ (จำนวน)	น้อยที่สุด ร้อยละ (จำนวน)
1. สามารถเดินทางไปรับบริการเองได้	21.0 (75)	45.1 (161)	23.0 (82)	7.0 (25)	3.9 (14)
2. ใช้ระยะเวลาเดินทางน้อย	10.9 (39)	44.6 (159)	30.5 (109)	10.4 (37)	3.6 (13)
3. เดินทางสะดวก	12.3 (44)	53.2 (190)	26.7 (95)	6.7 (24)	1.1 (4)

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อความ	มากที่สุด ร้อยละ (จำนวน)	มาก ร้อยละ (จำนวน)	ปานกลาง ร้อยละ (จำนวน)	น้อย ร้อยละ (จำนวน)	น้อยที่สุด ร้อยละ (จำนวน)
4. สถานบริการตั้งอยู่ไม่ไกล	12.3 (44)	39.5 (141)	34.8 (124)	8.1 (29)	5.3 (19)

1.3 ความสะดวกของแหล่งบริการ องค์ประกอบความสะดวกของแหล่งบริการมีผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากที่สุด และมาก จำนวนมากที่สุด เกี่ยวกับ สะดวกในรับบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รับยา ชำระเงิน ร้อยละ 53.8 รองลงมา คือ มีการจัดลำดับรับบริการเหมาะสม มีบริการนัดหมายทางโทรศัพท์ คิดเป็น ร้อยละ 48.2 และ 45.1 ตามลำดับ แต่มีเพียงการมีบริการทันตกรรมเคลื่อนที่เท่านั้นที่ผู้สูงอายุจำนวนมาก เข้าถึงบริการน้อยและน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.1 จำแนกรายข้อแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ร้อยละ (จำนวน) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการเข้าถึงด้านความสะดวกของแหล่งบริการรายข้อ (n = 357)

ข้อความ	มากที่สุด ร้อยละ (จำนวน)	มาก ร้อยละ (จำนวน)	ปานกลาง ร้อยละ (จำนวน)	น้อย ร้อยละ (จำนวน)	น้อยที่สุด ร้อยละ (จำนวน)
1. มีการจัดลำดับรับบริการเหมาะสม	8.7 (31)	39.5 (141)	26.3 (94)	12.1 (43)	13.4 (48)
2. มีบริการทันตกรรมเคลื่อนที่	6.2 (22)	29.7 (106)	21.0 (75)	16.2 (58)	26.9 (96)
3. มีบริการนัดหมายทางโทรศัพท์	7.8 (28)	37.3 (133)	20.7 (74)	11.2 (40)	23.0 (82)
4. สะดวกในรับบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รับยา ชำระเงิน	8.7 (31)	45.1 (161)	31.1 (111)	11.5 (41)	3.6 (13)

1.4 ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ องค์ประกอบความสามารถในการจ่ายค่าบริการมีผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากที่สุด และมาก จำนวนมากที่สุด เกี่ยวกับบริการที่ต้องการอยู่ในความครอบคลุมสิทธิการรักษา ร้อยละ 74.5 รองลงมา คือ สามารถในจ่ายค่าเดินทางได้ สามารถจ่ายค่าบริการนอกเวลาได้ สามารถจ่ายค่าสิ่งอำนวยความสะดวกได้ สามารถจ่ายค่าอาหารในการมารับบริการได้ สามารถจ่ายค่าบริการทันตกรรมในส่วนที่เกินจากสิทธิการรักษาได้ และไม่เสียรายได้เมื่อมารับบริการ คิดเป็น ร้อยละ 72.0 70.9 63.3 60.2 56.9 และ 47.9 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ร้อยละ (จำนวน) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการเข้าถึงด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการรายข้อรายข้อ (n = 357)

ข้อความ	มากที่สุด ร้อยละ (จำนวน)	มาก ร้อยละ (จำนวน)	ปานกลาง ร้อยละ (จำนวน)	น้อย ร้อยละ (จำนวน)	น้อยที่สุด ร้อยละ (จำนวน)
1. สามารถจ่ายค่าเดินทางได้	15.4 (55)	56.6 (202)	21.6 (77)	3.4 (12)	3.1 (11)
2. สามารถจ่ายค่าอาหารในระหว่างมารับบริการได้	11.8 (42)	48.5 (173)	32.8 (117)	3.4 (12)	3.6 (13)
3. สามารถจ่ายค่าบริการส่วนเกินจากสิทธิการรักษาได้	10.6 (38)	46.2 (165)	28.6 (102)	7.8 (28)	6.7 (24)
4. บริการที่ต้องการอยู่ในความครอบคลุมสิทธิการรักษา	17.9 (64)	56.6 (202)	18.2 (65)	3.4 (12)	3.9 (14)
5. สามารถจ่ายค่าสิ่งอำนวยความสะดวกได้	10.1 (36)	53.2 (190)	25.5 (91)	8.7 (31)	2.5 (9)
6. สามารถจ่ายค่าบริการนอกเวลาได้	18.2 (65)	52.7 (188)	21.8 (78)	5.3 (19)	2.0 (7)
7. ไม่เสียรายได้เมื่อมารับบริการ	11.8 (42)	36.1 (129)	30.8 (110)	10.6 (38)	10.6 (38)

1.5 การยอมรับคุณภาพการบริการ องค์ประกอบการยอมรับคุณภาพบริการ มีผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากที่สุด และมาก จำนวนมากที่สุด เกี่ยวกับการแต่งกายเหมาะสมต่อการให้บริการ ร้อยละ 85.2 รองลงมา คือ ได้รับบริการอย่างสุภาพ เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นในการให้บริการ ได้รับบริการตามที่ต้องการ และมีความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการที่ได้รับ คิดเป็น ร้อยละ 80.2 74.5 74.5 และร้อยละ 73.7 ตามลำดับ แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ร้อยละ (จำนวน) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการเข้าถึงด้านการยอมรับคุณภาพบริการรายข้อ (n = 357)

ตัวชี้วัด	มากที่สุด ร้อยละ (จำนวน)	มาก ร้อยละ (จำนวน)	ปานกลาง ร้อยละ (จำนวน)	น้อย ร้อยละ (จำนวน)	น้อยที่สุด ร้อยละ (จำนวน)
1. การแต่งกายเหมาะสมต่อการให้บริการ	42.1 (150)	43.1 (154)	13.7 (49)	1.1 (4)	0.0 (0)
2. ได้รับบริการอย่างสุภาพ	40.1 (143)	40.1 (143)	17.3 (62)	2.2 (8)	0.3 (1)
3. มีความกระตือรือร้นในการให้บริการ	32.2 (115)	42.3 (151)	20.5 (73)	3.6 (13)	1.4 (5)
4. ได้รับบริการตามที่ต้องการ	29.1 (104)	45.4 (162)	21.0 (75)	3.4 (12)	1.1 (4)
5. ความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการที่ได้รับ	22.7 (81)	51.0 (182)	21.6 (77)	3.9 (14)	0.8 (3)

2. ระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม จากการวิเคราะห์ระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม ได้แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับมาก ปานกลาง และน้อย พบว่า ภาพรวมของการเข้าถึงบริการทันตกรรมอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.2 ของคะแนนเต็ม) มีเพียงองค์ประกอบการยอมรับคุณภาพบริการเท่านั้นที่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 81.4 ของคะแนนเต็ม) สำหรับองค์ประกอบความสามารถในการจ่ายค่าบริการ องค์ประกอบความเพียงพอของบริการ องค์ประกอบการเข้าถึงแหล่งบริการ และ องค์ประกอบความสะดวกของแหล่งบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.4 71.9 71.8 และ 61.5 ของคะแนนเต็ม ตามลำดับ โดยมีการกระจายของผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการ

ทันตกรรมในระดับมาก ในองค์ประกอบการยอมรับคุณภาพบริการ มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 65.5 รองลงมาคือ องค์ประกอบการเข้าถึงแหล่งบริการ องค์ประกอบความเพียงพอของบริการ องค์ประกอบความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และองค์ประกอบความสะดวกของแหล่งบริการ คิดเป็น ร้อยละ 42.6 41.5 33.9 และ 29.1 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุและค่าเฉลี่ย จำแนกตามระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม

องค์ประกอบการเข้าถึงบริการทันตกรรม	**จำนวน และ ร้อยละ**						**เฉลี่ย**			
	มาก		**ปานกลาง**		**น้อย**		$\overline{X}$	**SD**	**%** $\overline{X}$	**ระดับ**
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**				
การยอมรับคุณภาพบริการ	234	65.5	109	30.5	14	3.9	20.32	3.59	81.4	มาก
ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	121	33.9	202	56.6	34	9.5	25.34	4.51	72.4	ปานกลาง
ความเพียงพอของบริการ	148	41.5	155	43.4	54	15.1	17.98	3.65	71.9	ปานกลาง
ความสะดวกของแหล่งบริการ	104	29.1	109	30.5	144	40.3	12.29	3.72	61.5	ปานกลาง
การเข้าถึงแหล่งบริการ	152	42.6	151	42.3	54	15.1	14.35	2.94	71.8	ปานกลาง
ภาพรวม	95	26.6	223	62.5	39	10.9	90.29	13.63	72.2	ปานกลาง

ตัวแปรที่สัมพันธ์ และร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการ เพื่อสะดวกในการทำความเข้าใจในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล จึงกำหนดสัญลักษณ์แทนตัวแปรโดยตัวแปรที่เป็นมีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal scale) ทำเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) ดังต่อไปนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนตัวแปร

Y แทน การเข้าถึงบริการทันตกรรม

X1 แทน เพศหญิง (ตัวแปรหุ่น คือ 1 = เพศหญิง 0 = เพศชาย)

X2 แทน อายุ (ตามตัวเลขที่ระบุเป็นปี)

X3 แทน จบการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
(ตัวแปรหุ่น คือ 1 = ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 0 = ไม่ใช่ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า)

X4 แทน ไม่ได้ทำงาน (ตัวแปรหุ่น คือ 1 = ไม่ได้ทำงาน 0 = ทำงาน)

X5 แทน อาชีพเกษตรกร (ตัวแปรหุ่น คือ 1 = เกษตรกร 0 = ไม่ใช่เกษตรกร)

X6 แทน อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว (ตัวแปรหุ่น คือ 1 = ค้าขาย/ ธุรกิจ
0 = ไม่ใช่ค้าขาย/ ธุรกิจ)

X7 แทน รายได้ (ตามตัวเลขที่ระบุเป็นบาท)

X8 แทน จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ตามตัวเลขที่ระบุเป็นคน)

X9 แทน โรคความดันโลหิตสูง (ตัวแปรหุ่น คือ 1 = โรคความดันโลหิตสูง
0 = ไม่ใช่โรคความดันโลหิตสูง)

X10 แทน โรคเบาหวาน (ตัวแปรหุ่น คือ 1 = โรคเบาหวาน
0 = ไม่ใช่โรคเบาหวาน)

X11 แทน การไม่มีโรคประจำตัว (ตัวแปรหุ่น คือ 1 = ไม่มีโรคประจำตัว
0 = ไม่มีโรคประจำตัว)

X12 แทน คู่สมรสเป็นผู้ดูแล (ตัวแปรหุ่น คือ 1 = คู่สมรสเป็นผู้ดูแล
0 = ไม่ใช่คู่สมรสเป็นผู้ดูแล)

X13 แทน บุตรเป็นผู้ดูแล (ตัวแปรหุ่น คือ 1 = บุตรเป็นผู้ดูแล
0 = ไม่ใช่บุตรเป็นผู้ดูแล)

X14 แทน หลานเป็นผู้ดูแล (ตัวแปรหุ่น คือ 1 = หลานเป็นผู้ดูแล
0 = ไม่ใช่หลานเป็นผู้ดูแล)

X15 แทน สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
(ตัวแปรหุ่น คือ 1 = บัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
0 = ไม่ใช่บัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข)

1. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Basic Assumption) ก่อนใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ตัวแบบจำเป็นต้องเป็นไปตามข้อตกลงที่กำหนดไว้ 5 ข้อ ดังนี้คือ

1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม และ ตัวแปรอิสระเป็นเส้นตรงหรือมีแนวโน้มเป็นเส้นตรง

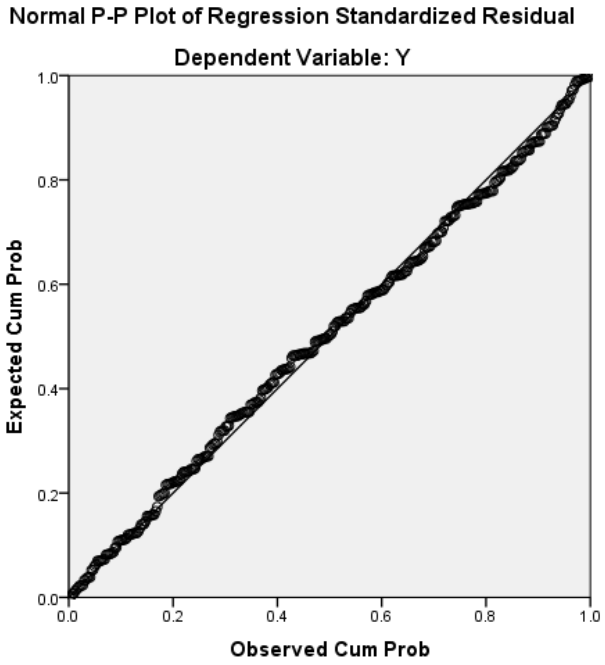
1.2 ความคลาดเคลื่อน (E) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0

1.3 ความคลาดเคลื่อน(E) มีความแปรปรวนคงที่เท่ากับ σ^2

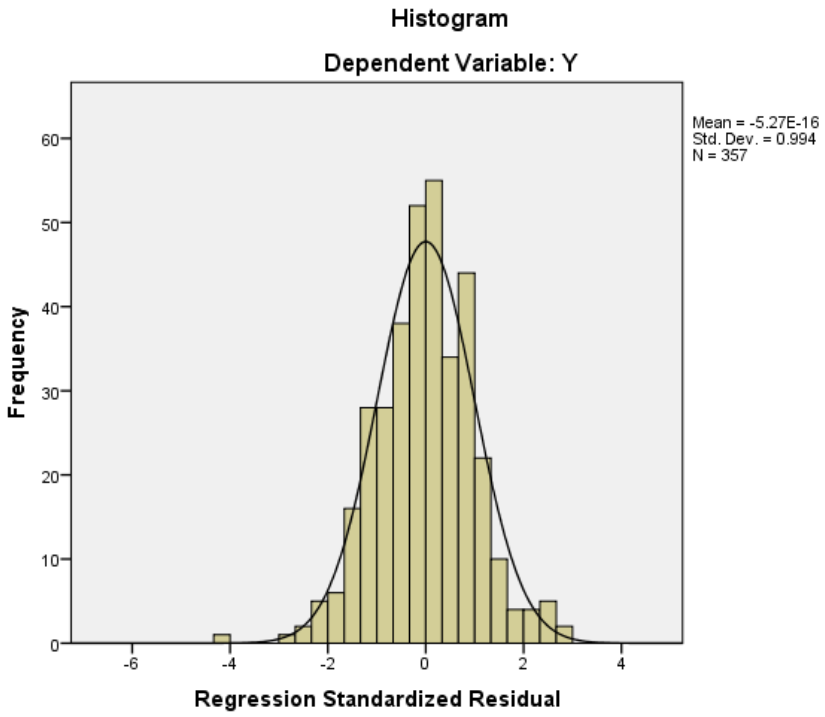
1.4 ความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระต่อกัน

1.5 ความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการทดสอบพบว่า ตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเป็นเส้นตรง ดังภาพที่ 3 ค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์ (E) มีค่าเฉลี่ย -5.27×10^{-16} มีความแปรปรวนคงที่กับ 0.994 มีค่าสถิติทดสอบความเป็นอิสระของความคลาดเคลื่อนสัมประสิทธิ์ถดถอย (Durbin-Watson) เท่ากับ 1.938 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 2 แสดงว่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน และมีการแจกแจงแบบปกติ ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม



ภาพที่ 4 การแจกแจงความถี่แบบฮิสโตแกรม (Histogram) ของตัวแปรตาม

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผลการวิเคราะห์แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 13 พบว่า

2.1 การเข้าถึงบริการทันตกรรม (Y) ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับเพศหญิง (X1) จำนวนสมาชิกในครอบครัว (X8) การไม่มีโรคประจำตัว (X11) และหลานเป็นผู้ดูแล (X14) แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับอายุ (X2) อาชีพเกษตรกร (X5)

2.2 เพศหญิง (X1) ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับบุตรเป็นผู้ดูแล (X13) และหลานเป็นผู้ดูแล (X14) แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับอายุ (X2) อาชีพเกษตรกร (X5) รายได้ (X7) และคู่สมรสเป็นผู้ดูแล (X12)

2.3 อายุ (X2) ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับ ไม่ได้ทำงาน (X4) โรคความดันโลหิตสูง (X9) และบุตรเป็นผู้ดูแล (X13) แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับโรคเบาหวาน (X10) และคู่สมรสเป็นผู้ดูแล (X12)

2.4 การจบการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (X3) ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับ อาชีพเกษตรกร (X5) และสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (X15) แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับไม่ได้ทำงาน (X4) และรายได้ (X7)

2.5 การไม่ได้ทำงาน (X4) ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับบุตรเป็นผู้ดูแล (X13) แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับอาชีพเกษตรกร (X5) อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว (X6) และคู่สมรสเป็นผู้ดูแล (X12)

2.6 อาชีพเกษตรกร (X5) ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (X15) แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับอาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว (X6)

2.7 อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว (X6) ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (X15)

2.8 รายได้ (X7) ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (X15)

2.9 จำนวนสมาชิกในครอบครัว (X8) ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับบุตรเป็นผู้ดูแล (X13)

2.10 โรคความดันโลหิตสูง (X9) ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับโรคเบาหวาน (X10) และการไม่มีโรคประจำตัว (X11)

2.11 โรคเบาหวาน (X10) ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับการไม่มีโรคประจำตัว (X11)

2.12 การไม่มีโรคประจำตัว (X11) ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับหลานเป็นผู้ดูแล (X14)

2.13 คู่สมรสเป็นผู้ดูแล (X12) ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับบุตรเป็นผู้ดูแล (X13) และหลานเป็นผู้ดูแล (X14)

2.14 บุตรเป็นผู้ดูแล (X13) ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับหลานเป็นผู้ดูแล (X14)

ตารางที่ 13 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

	Y	**X1**	**X2**	**X3**	**X4**	**X5**	**X6**	**X7**	**X8**	**X9**	**X10**	**X11**	**X12**	**X13**	**X14**	**X15**	**Mean**	**SD**
Y		.130*	-.109*	-.005	-.036	-.140**	.088	-.046	.109*	-.065	-.035	.119*	-.039	-.037	.140**	.044	90.29	13.44
X1			-.141**	.083	.087	-.195**	.047	-.166**	-.011	.011	-.054	.015	-.267**	.128*	.160**	-.033	0.76	0.43
X2				.069	.206**	.020	-.100	-.062	-.013	.147**	-.145**	-.086	-.157**	.162**	.075	.058	69.13	6.53
X3					-.131*	.126*	-.032	-.215**	.080	.102	-.001	-.062	-.038	.074	.080	.293**	0.85	0.35
X4						-.494**	-.409**	-.100	-.012	.076	.011	-.028	-.181**	.121*	.079	-.063	0.50	0.50
X5							-.206**	.020	.006	-.047	.021	-.021	.073	.003	-.066	.154**	0.20	0.40
X6								.062	-.043	-.102	.001	.043	.038	-.043	-.026	-.125*	0.15	0.35
X7									.042	-.086	.064	.054	.049	-.027	-.065	-.149**	6759.34	9082.35
X8										-.010	.020	.008	.056	.150**	-.061	.027	3.91	1.71
X9											-.441**	-.435**	-.061	.067	-.031	.045	0.37	0.48
X10												-.327**	.109*	-.044	-.077	-.009	0.25	0.43
X11													-.027	-.069	.127*	-.015	0.24	0.43
X12														-.675**	-.205**	-.070	0.29	0.45
X13															-.346**	.044	0.53	0.50
X14																.023	0.10	0.29

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญที่ 0.01 * มีนัยสำคัญที่ 0.05

3. การวิเคราะห์ถดถอยทำนายการเข้าถึงบริการ จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการเข้าถึงบริการโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ผลดังนี้

ตัวแปรทำนายที่เข้าสมการถดถอยพหุแบบขั้นตอนลำดับที่ 1 คือ อาชีพเกษตรกร (X5) สามารถทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 1.7 (Adjust $R^2 = 0.017$, $F = 7.107$, $p = 0.008$)

ลำดับที่ 2 พบว่า อาชีพเกษตรกร (X5) และการมีหลานเป็นผู้ดูแล (X14) สามารถร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 3.1 (Adjust $R^2 = 0.031$, $F = 6.320$, $p = 0.012$)

ลำดับที่ 3 พบว่า อาชีพเกษตรกร (X5) การมีหลานเป็นผู้ดูแล (X14) และการไม่ได้ทำงาน (X4) สามารถร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 4.5 (Adjust $R^2 = 0.045$, $F = 6.076$, $p = 0.014$)

ลำดับที่ 4 อาชีพเกษตรกร (X5) การมีหลานเป็นผู้ดูแล (X14) การไม่ได้ทำงาน (X4) และจำนวนสมาชิกในครอบครัว (X8) สามารถร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 5.6 (Adjust $R^2 = 0.056$, $F = 5.216$, $p = 0.023$) ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	Sig	tolerance	F	p
ขั้นที่ 1							7.107	0.008
ค่าคงที่	91.231	0.788	-	115.799	<0.001			
อาชีพเกษตรกร (X5)	-4.710	1.767	-0.140	-2.666	0.008	1.000		
$R = 0.140$, $R^2 = 0.020$, Adjust $R^2 = 0.017$								
ขั้นที่ 2							6.320	0.012
ค่าคงที่	90.601	0.821	-	110.328	<0.001			
อาชีพเกษตรกร (X5)	-4.418	1.757	-0.131	-2.514	0.012	0.996		
หลานเป็นผู้ดูแล (X14)	6.007	2.390	0.131	2.514	0.012	0.996		
$R = 0.192$, $R^2 = 0.037$, Adjust $R^2 = 0.031$								

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	Sig	tolerance	F	p
ขั้นที่ 3							6.076	0.014
ค่าคงที่	93.010	1.273	-	73.068	<0.001			
อาชีพเกษตรกร (X5)	-6.845	2.004	-0.204	-3.417	0.001	0.775		
หลานเป็นผู้ดูแล (X14)	6.321	2.376	0.138	2.660	0.008	0.993		
การไม่ได้ทำงาน (X4)	-3.947	1.601	-0.147	-2.465	0.014	0.754		
$R = 0.230$, $R^2 = 0.053$, Adjust $R^2 = 0.045$								
ขั้นที่ 4							5.216	0.023
ค่าคงที่	89.343	2.044	-	43.703	0.000			
อาชีพเกษตรกร (X5)	-6.839	1.992	-0.203	-3.434	0.001	0.755		
หลานเป็นผู้ดูแล (X14)	6.645	2.366	0.145	2.808	0.005	0.989		
การไม่ได้ทำงาน (X4)	-3.922	1.592	-0.146	-2.464	0.014	0.754		
จำนวนสมาชิก (X8)	0.927	0.406	0.118	2.284	0.023	0.996		
$R = 0.259$, $R^2 = 0.067$, Adjust $R^2 = 0.056$								

เมื่อ B หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย

SE หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

Beta หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน

t หมายถึง ค่าทดสอบนัยสำคัญของ Beta

Sig หมายถึง ระดับนัยสำคัญของ t

F หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยบางส่วน

P หมายถึง ระดับนัยสำคัญของ F

R หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

R^2 หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ความแปรผันพหุคูณ

Adjust R^2 หมายถึง ค่า สัมประสิทธิ์ความแปรผันพหุคูณปรับ

Durbin-Watson หมายถึง ค่าสถิติทดสอบความเป็นอิสระของความคลาดเคลื่อน สัมประสิทธิ์ถดถอย (เท่ากับ 1.938)

จากตารางที่ 14 การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ได้ผลดังนี้

ซึ่งลำดับที่ 4 เป็นรูปแบบที่ดีที่สุด คือ สามารถอธิบายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีได้มากที่สุด (ร้อยละ 5.6) โดยอาชีพเกษตรกร (X5) เป็นปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -0.203 ตัวแปรที่มีความสำคัญรองลงมาคือ การมีหลานเป็นผู้ดูแล (X14) การไม่ได้ทำงาน (X4) และจำนวนสมาชิกในครอบครัว (X8) มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ 0.145, -0.146 และ 0.118 ตามลำดับ ซึ่งอาชีพเกษตรกร (X5) และการไม่ได้ทำงาน (X4) ให้น้ำหนักทำนายเชิงลบ การมีหลานเป็นผู้ดูแล (X14) และจำนวนสมาชิกในครอบครัว (X8) ให้น้ำหนักทำนายเชิงบวก และสามารถสร้างสมการทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 89.343 - 6.839X_5 + 6.645X_{14} - 3.922X_4 + 0.927X_8$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z'_Y = -0.203\,Z'_{X5} + 0.145\,Z'_{X14} - 0.146\,Z'_{X4} + 0.118\,Z'_{X8}$$

เมื่อ Y = การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี

X_5 = อาชีพเกษตรกร

X_{14} = การมีหลานเป็นผู้ดูแล

X_4 = การเกษียณอายุ/ ไม่ได้ทำงาน

X_8 = จำนวนสมาชิกในครอบครัว

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการลดอัตราการสูญเสียฟันและการคงไว้ซึ่งมีการสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งส่งผลกระทบต่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การจัดบริการทันตกรรมให้มีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุ เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการประกันคุณภาพในงานบริการสาธารณสุข (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพคุณภาพโรงพยาบาล, 2558) ซึ่งการวิจัยเรื่อง การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล การเข้าถึงบริการ และปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี โดยศึกษาการเข้าถึงบริการตามแนวคิดของ Penchansky and Thomas (1981) ประกอบด้วย ความเพียงพอของบริการ การเข้าถึงแหล่งบริการ ความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และการยอมรับคุณภาพบริการ และปัจจัยส่วนบุคคลที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การมีผู้ดูแล และสิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดชลบุรี โดยการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ในลักษณะการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ (Relationship study) จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ เครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) และมีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นสัดส่วน (Proportional stratified random Sampling) ได้ผู้สูงอายุที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 357 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่มีการปรับให้ตรงตามเนื้อหาวัตถุประสงค์ และนิยามศัพท์ และคามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองชลบุรี จำนวน 30 คน นำผลมาตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือ พบว่าค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ในช่วง +0.25 ถึง +0.80 และความเที่ยงในความเพียงพอของบริการมีค่า 0.89 ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการมีค่า 0.58 ด้านความสะดวกของแหล่งบริการมีค่า 0.86 ความสามารถในการจ่ายค่าบริการมีค่า 0.82 และด้านการยอมรับคุณภาพบริการมีค่า 0.90

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 20 เมษายน ถึง 19 มิถุนายน พ.ศ. 2558 ด้วยวิธีส่งแบบสอบถามไปที่บ้านตามรายชื่อผู้สูงอายุใน รพ.สต. หนองข้างคอก พลูตาหลวง และปรกฟ้า แล้วรับกลับภายใน 2 อาทิตย์ นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ ถูกต้องของการตอบในแต่ละข้อไปวิเคราะห์โดยกำหนดตัวแปรข้อคำถาม แลรหัสคำตอบของทุกข้อ ประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลการเข้าถึงบริการ วิเคราะห์หาความตรงตามโครงสร้าง จำนวน ร้อยละ และแปลผลระดับการเข้าถึงบริการ แล้วหาความสัมพันธ์การเข้าถึงบริการกับเพศ อายุ การศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การมีผู้ดูแล และสิทธิการรักษาพยาบาล โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรอิสระกับคะแนนการเข้าถึงบริการภาพรวม และหารูปแบบสมการทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นผู้หญิง ร้อยละ 75.9 อายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 88 ปี จำนวนมากสุดมีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 30.3 รองลงมาเป็นช่วงอายุระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 28.3 วุฒิการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษาร้อยละ 85.4 ส่วนมากเป็นผู้เกษียณหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 49.5 และประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.5 โดยจำนวนมากที่สุด คือ เกษตรกร ร้อยละ 39.4 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 31.7 ค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 28.9 รายได้ต่ำสุด 600 บาท/ เดือน รายได้สูงสุด 120,000 บาท/ เดือน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,800 บาท (6,759.34 บาท) จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยที่สุด 1 คน มากที่สุด 10 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน (3.91 คน) ส่วนมากมีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.6 โดยจำนวนมากที่สุดเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.9 รองลงมา คือ เบาหวาน ร้อยละ 33.0 และโรคอื่น ๆ (โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร ปวดข้อ ต้อกระจก ข้อเสื่อม) ร้อยละ 18.1 ส่วนมากมีผู้ดูแล ร้อยละ 95.2 โดยจำนวนมากมีผู้ดูแล ร้อยละ 95.2 โดยจำนวนมากมีบุตรเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 55.9 รองลงมาคือ คู่สมรสเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 30.0 หลานเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 10.0 และญาติเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 4.1 สิทธิการรักษาส่วนมากเป็นบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 82.6 การไปรับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนมากรับการรักษาอุดฟัน ร้อยละ 39.8 รองลงมาคือ ถอนฟัน ร้อยละ 28.3 ขูดหินปูน ร้อยละ 18.5 ใส่ฟันปลอมร้อยละ 11.8 ตรวจฟันร้อยละ 1.1 และรักษารากฟัน ร้อยละ 0.5

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของการเข้าถึงบริการ พบว่า การเข้าถึงบริการทันตกรรม มี 5 องค์ประกอบ ที่มีค่า Eigenvalue มากกว่า 1 ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของ Penchansky and Thomas (1981) และเมื่อมีการหมุนแกนองค์ประกอบโดยใช้วิธี Varimax พบว่า สามารถจัดตัวบ่งชี้เข้าในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 การยอมรับคุณภาพบริการ มีตัวชี้วัดจำนวน 5 ตัวชี้วัด องค์ประกอบที่ 2 ความสามารถในการจ่ายค่าบริการมีตัวชี้วัดจำนวน 7 ตัวชี้วัด องค์ประกอบที่ 3 ความเพียงพอของบริการมีตัวชี้วัดจำนวน 5 ตัวชี้วัด องค์ประกอบที่ 4

ความสะดวกของแหล่งบริการมีตัวชี้วัดจำนวน 4 ตัวชี้วัด และองค์ประกอบที่ 5 การเข้าถึงแหล่งบริการ มีตัวชี้วัดจำนวน 4 ตัวชี้วัด

3. การเข้าถึงบริการทันตกรรม องค์ประกอบความเพียงพอของบริการมีผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากที่สุด และมาก จำนวนมากที่สุด เกี่ยวกับทันตแพทย์มีความเชี่ยวชาญในบริการที่ต้องการ ร้อยละ 76.3 และจำนวนน้อยที่สุด เกี่ยวกับจำนวนของสถานบริการเพียงพอ ร้อยละ 51.3 องค์ประกอบการเข้าถึงแหล่งบริการ มีผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ มากที่สุด และมาก จำนวนมากที่สุด เกี่ยวกับสามารถเดินทางไปเองได้ ร้อยละ 66.1 และจำนวนน้อยที่สุดเกี่ยวกับสถานบริการตั้งอยู่ไม่ไกล ร้อยละ 51.8 องค์ประกอบความสะดวกของแหล่งบริการมีผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากที่สุด และมาก จำนวนมากที่สุดเกี่ยวกับสะดวกในบริการเที่ยวข้อง ร้อยละ 53.8 และจำนวนน้อยที่สุด เกี่ยวกับบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ร้อยละ 35.9 องค์ประกอบความสามารถในการจ่ายค่าบริการผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากที่สุด และมาก จำนวนมากที่สุดเกี่ยวกับบริการที่ต้องการอยู่ในความครอบคลุมสิทธิการรักษาร้อยละ 74.5 และจำนวนน้อยที่สุดเกี่ยวกับไม่เสียรายได้เมื่อมารับบริการ ร้อยละ 47.9 องค์ประกอบการยอมรับคุณภาพบริการผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ มากที่สุด และมาก จำนวนมากที่สุด เกี่ยวกับการแต่งกายเหมาะสมต่อการให้บริการ ร้อยละ 85.2 และจำนวนน้อยที่สุด เกี่ยวกับ มีความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการที่ได้รับ ร้อยละ 73.7

4. การวิเคราะห์ระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม พบว่า การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.2 ของคะแนนเต็ม) การเข้าถึงบริการทันตกรรมในด้านความเพียงพอของบริการอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.9 ของคะแนนเต็ม) ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.8 ของคะแนนเต็ม) ด้านความสะดวกของแหล่งบริการ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.5 ของคะแนนเต็ม) ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.4 ของคะแนนเต็ม) มีเพียงด้านการยอมรับคุณภาพบริการเท่านั้นที่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 81.4 ของคะแนนเต็ม)

5. ตัวแปรที่สัมพันธ์ และร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรม พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ อาชีพเกษตรกร การมีหลานเป็นผู้ดูแล การไม่ได้ทำงาน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว และสามารถร่วมทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 6.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และสามารถสร้างสมการทำนายได้ตามลำดับการถดถอยพหุคูณ ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

(การเข้าถึงบริการ) = 89.343 – 6.839(อาชีพเกษตรกร) + 6.645(การมีหลานเป็นผู้ดูแล)-3.922(การไม่ได้ทำงาน) + 0.927(จำนวนสมาชิกในครอบครัว)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

Z'_{Y} = – 0.203(อาชีพเกษตรกร) + 0.145(การมีหลานเป็นผู้ดูแล) 0.146 (การไม่ได้ทำงาน)+ 0.118(จำนวนสมาชิกในครอบครัว)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี สามารถนำผลการวิจัยมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการทันตกรรม พบว่า องค์ประกอบการเข้าถึงบริการทั้ง 5 องค์ประกอบ มีเพียงองค์ประกอบเดียวคือ การยอมรับคุณภาพบริการเท่านั้นที่อยู่ในระดับมาก ส่วนอีก 4 องค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า การจัดบริการมีความสอดคล้องกับความต้องการและเป็นไปตามความคาดหวังของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การจัดบริการตามองค์ประกอบการยอมรับคุณภาพบริการมีคุณภาพสูงกว่าความต้องการและมากกว่าความคาดหวังของผู้สูงอายุ อธิบายในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบการยอมรับคุณภาพบริการ เป็นองค์ประกอบเดียวที่มีการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับมาก ซึ่งการยอมรับคุณภาพบริการเป็นมิติคุณภาพในเชิงผลลัพธ์โดยรวมจากคุณค่าในมุมมองของผู้รับบริการ จะสะท้อนออกมาเป็นระดับความพึงพอใจ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพคุณภาพโรงพยาบาล, 2556) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีมีความพึงพอใจที่ดีต่อบริการทันตกรรมที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชื่นจิตร ไตรรัตน์เจริญเวช (2551) ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครนายก พบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมในด้านการยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) อยู่ในระดับมาก จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

องค์ประกอบความเพียงพอของบริการเป็นองค์ประกอบ ที่มีการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า ผู้สูงอายุมองว่าบริการทันตกรรมที่ได้รับคุณภาพเพียงพอ แต่ด้านจำนวนขององค์ประกอบที่ให้บริการยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุปัญหาทันตสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น (กรมอนามัย, 2556) ประกอบกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ในขณะที่ปริมาณและประเภทของบริการทันตสุขภาพ ที่จะ

ให้บริการมีอยู่เท่าเดิม (วีระศักดิ์ พุทธาศรี และ เพ็ญแข ลาภยิ่ง, 2552) และเมื่อพิจารณาระดับการเข้าถึงบริการในมิติความเพียงพอของบริการ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า ผู้สูงอายุการประเมินคุณภาพบริการว่าอยู่ระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร แสงอ่วม และคณะ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทันกรรมในด้านความเพียงพอของบริการอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรวรรณ พุ่มพวง (2551) ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทันกรรมในด้านความเพียงพอของบริการอยู่ในระดับน้อย แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

องค์ประกอบการเข้าถึงแหล่งให้บริการ มีการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า ผู้สูงอายุ แม้จะมีความเสื่อมถอยของร่างกาย การเดินทางไปรับบริการทันตกรรมอาจจะต้องมีผู้ดูแล ได้แก่ คู่สมรส ลูก หลาน หรือญาติ พาไปรับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร แสงอ่วม และคณะ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย และ อรวรรณ พุ่มพวง (2551) ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุ เข้าถึงบริการทันตกรรมในด้านการเข้าถึงแหล่งบริการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

องค์ประกอบความสะดวกของแหล่งบริการ มีการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับปานกลาง การบริการมี 2 ส่วน คือ การบริการเชิงรับ กับการจัดบริการเชิงรุก พบว่า มีผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการในความสะดวกของแหล่งบริการเชิงรับมากกว่า การจัดบริการเชิงรุก (ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากที่สุด และมาก เกี่ยวกับ สะดวกในรับบริการที่เกี่ยวข้อง มีการจัดลำดับรับบริการเหมาะสม และมีบริการนัดหมายทางโทรศัพท์ ร้อยละ 53.8 48.2 และ 45.1 ตาลชมลำดับ แต่การมีบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ผู้สูงอายุ เข้าถึงบริการมากและมากที่สุด เพียงร้อยละ 35.9) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสะดวกในการใช้บริการที่โรงพยาบาล รพ.สต.มากกว่าบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ อาจเนื่องจากบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ที่จัดให้ไม่มีเป็นประจำทุกวัน และให้บริการหมุนเวียนไม่มีสถานที่แน่นอน ต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบล่วงหน้า ทำให้ผู้สูงอายุประเมินว่าเข้าถึงบริการได้น้อย ส่วนในบริการเชิงรับก็มีผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมิติความสะดวกของแหล่งบริการไม่มาก อาจเนื่องจากปัจจุบันสถานบริการของรัฐหลายแห่งได้มีการจัดระบบบริการผู้สูงอายุแบบเบ็ดเสร็จที่จุดเดียว โดยให้โรงพยาบาลเปิดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ ที่อายุ 70 ปีขึ้นไป ในทุกจุดบริการทั้งห้องบัตร ห้องตรวจ ห้องจ่ายยา รวมถึงห้องทันตกรรม แต่ด้วยความที่จำนวนผู้สูงอายุก็มีจำนวนมาก ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกในการรับบริการทันตกรรมไม่มากเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ อรวรรณ พุ่มพวง (2551) ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ และ สุภาพร แสงอ่วมและคณะ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทยที่พบว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทันกรรมในด้านความสะดวกของแหล่งบริการอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีการศึกษาของ ชื่นจิตร ไตรรัตน์เจริญเวช (2551) ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก ที่พบว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมในด้านความสะดวกของแหล่งบริการในระดับมาก แต่ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

องค์ประกอบความสามารถในการจ่ายค่าบริการ มีการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยที่ครอบคลุมประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) สามารถลดอุปสรรคด้านค่าบริการทันตกรรมที่มีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพรวมถึงบริการทันกรรม (เพ็ญแข ลาภยิ่งและวีระศักดิ์ พุทธาศรี, 2556) ส่วนค่าบริการที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายค่าบริการเอง ได้แก่ ค่าบริการนอกเวลา และค่าบริการทันตกรรมที่สิทธิการรักษาไม่ครอบคลุม ส่วนค่าบริการที่เกินความครอบคลุมของสิทธิ และค่าบริการนอกเวลา นั้นเป็นส่วนที่ผู้สูงอายุต้องชำระเงินเอง เมื่อพิจารณางานบริการทันตกรรมที่ผู้สูงอายุต้องชำระเงินเองนั้นพบว่าค่าบริการนอกเวลา มีทั้งงานที่เป็นงานบริการพื้นฐานและงานบริการเฉพาะทาง ซึ่งค่าบริการงานบริการทันตกรรมพื้นฐานมีค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ร้อยละ 70.9 แต่งานบริการที่ที่สิทธิการรักษาไม่ครอบคลุม ได้แก่ การรักษารากฟัน การใส่ฟันปลอมที่เป็นโครงโลหะ เดือยฟันและครอบฟัน รวมไปถึงตกแต่งเพื่อความสวยงาม เช่น ทำเขี้ยว ปิดช่องว่างระหว่างฟัน ซึ่งเป็นการรักษาที่เฉพาะทางและมีค่าบริการที่ค่อนข้างสูง ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้เพียง ร้อยละ56.9 ซึ่งเข้าถึงบริการได้น้อยที่สุด ส่วนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับค่ารักษาแต่ผู้อายุจำเป็นต้องจ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อาหาร สิ่งอำนวยความสะดวก รวมไปถึงการเสียรายได้เมื่อต้องมารับบริการ โดยส่วนนี้ผู้สูงอายุต้องเป็นผู้รับผิดชอบเอง ซึ่งมีการเข้าถึงบริการ คิดเป็น ร้อยละ 72.0 63.3 60.2 และ 47.9 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาระดับการเข้าถึงบริการในมิติความสามารถในการจ่ายค่าบริการ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า ผู้สูงอายุการประเมินคุณภาพบริการว่าอยู่ระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบราคาค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมกับลักษณะของงานบริการ (Steve & Cook, 1995) ผู้สูงอายุอาจมองว่าค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือใกล้เคียงกับความเหมาะสมกับบริการที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของ อรวรรณ พุ่มพวง (2551) ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ และ สุภาพร แสงอ่วมและคณะ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ

ทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ที่พบว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทันกรรมในด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

2. ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรม พบว่า อาชีพเกษตรกร การไม่ได้ทำงาน การมีหลานเป็นผู้ดูแล และจำนวนสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์และร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ อภิปรายผลได้ดังนี้

อาชีพของผู้สูงอายุ พบว่า อาชีพเกษตรกรและการไม่ได้ทำงาน เป็นปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์ด้านลบหรือมีความสัมพันธ์เชิงผกผันต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี โดยอาชีพเกษตรกรเป็นปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร แสงอ่วมและคณะ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย พบว่าอาชีพเกษตรกรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านลบต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุ และการศึกษาของ ขวัญหทัย ไชยยาสุข และคณะ (2551) ที่ศึกษาการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการประกอบอาชีพปัจจุบันเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทันตกรรม แต่การศึกษาของ Saengtipbovorn, et al. (2012) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทันตกรรมของผู้ป่วยที่ผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพ 54 กรุงเทพมหานคร พบว่า อาชีพไม่มีผลต่อการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ อาจเนื่องจากความแตกต่างของบริบทพื้นที่ทำให้การศึกษาแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน และผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรและผู้สูงอายุที่เกษียณอายุ หรือไม่ได้ทำงาน อาจมีรายได้ที่ไม่แน่นอน ทำให้ความสามารถในการจ่ายค่าบริการรวมไปถึงค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ต้องไปรับบริการ เช่น การขาดรายได้ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น ทำให้การเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ลดลง จึงสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

การมีหลานเป็นผู้ดูแล และจำนวนสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านบวกต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร แสงอ่วม และคณะ (2558), ขวัญหทัย ไชยยาสุข และคณะ (2551) และ Saengtipbovorn, et al. (2012) ที่พบว่า การที่ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวและมีผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทันตกรรม อาจเนื่องจากผู้สูงอายุนั้นมักอยู่ในภาวะมีความเสื่อมโทรมของร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องการการผู้ดูแลให้เข้ามาช่วยเหลือ ซึ่งในครอบครัวไทยสังคมมีความคาดหวังต่อการเข้ามารับบทบาทของบุคคลในฐานะญาติผู้ดูแล มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด

(ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) ซึ่งภาวะความเสื่อมโทรมของร่างกายนั้นทำให้ มีความจำกัดในการดำเนินชีวิต และบางส่วนอาจเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่มีผลทำให้ไม่สามารถไปมาได้โดยอิสระ ซึ่งจากการศึกษาของ อรวรรณ พุ่มพวง (2551) ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่าปัญหาอุปสรรคด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาการเดินทาง จำเป็นต้องมีคนพาไปเนื่องจากผู้สูงอายุเดินไม่ไหว สายตาไม่ดี เจ็บเข่า และการที่มีจำนวนสมาชิกครอบครัวที่มากหรือครอบครัวขยายแสดงว่าผู้สูงอายุมีบุตรหลานอยู่ด้วย ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเอาใจใส่ดูแลของบุตรหลานภายในครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ (สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์, 2557) ทำให้ผู้สูงอายุมีผู้สนับสนุนในการเดินทาง ค่าใช้จ่าย ตลอดจนข้อมูลในการรับบริการทันตกรรม จึงทำให้เข้าถึงบริการทันตกรรมได้มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือไม่มีบุตรหลานอยู่ด้วย จึงสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้

1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดบริการทันตกรรมที่เน้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร และผู้ที่ไม่ได้ทำงานเป็นพิเศษ โดยอาจจะจัดบริการที่สามารถลดค่าบริการหรือสนับสนุนค่าบริการ รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องให้กับผู้สูงอายุกลุ่มนี้

1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรสนับสนุน กระตุ้นให้บุตรหลานของผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ รวมถึงความจำเป็นในการพาผู้สูงอายุมารับบริการทันตกรรม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการทันตกรรมนี้ต่อไป โดยอาจศึกษาปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองกับผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเมือง

บรรณานุกรม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วัชรินทร์ พี.พี.

กรมอนามัย และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข สำหรับทันตบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด*. นนทบุรี: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.

กรุณา ทวีสุขเสถียร. (2558). การศึกษาอาการสำคัญและความต้องการบำบัดทางทันตกรรมในผู้สูงอายุไทยที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารกรมการแพทย์, 40*(2), 120-127.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2556). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2551-2555*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ขวัญหทัย ไชยยาสุข, บุญยง เกี่ยวการค้า และพันธุ์ทิพย์ รามสูต. (2551). การใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, *6*(3), 63-73.

ชื่นจิตร ไตรรัตน์เจริญเวช. (2551). การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ* 2(3), 312-319.

ทันตแพทยสภา. (2553). *สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม*. เข้าถึงได้จาก http://www.dentalcouncil.or.th/content/people/detail.php?type = 6&id = 158

ธิดา รัตนวิไลศักดิ์. (2554). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์*. การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิชาเอกการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

บรรลุ ศิริพานิช. (2553). *คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 24). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *คู่มือการเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2554). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พุทธศักราช 2537. (2437, 6 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 1.

พาณี สีตกะลิน. (2555). การเข้าถึงบริการผู้ป่วยฉุกเฉินของประชาชนชาวไทยในปี พ.ศ. 2555. *จุลสารสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, (1), เข้าถึงได้จาก http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55_1/hospital.htm

เพ็ญแข ลาภยิ่ง และวีระศักดิ์ พุทธาศรี. (2556). การใช้บริการสุขภาพช่องปากในทศวรรษแรกของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* , 22(6), 1080-1090.

มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินราบรมราชชนนี. (2548*). คู่มือทันตแพทย์อาสาสมัคร พอ.สว.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

รัตนา จันทร. (2559). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในคลินิกทันตกรรม. *วารสารวิชาการเขต 12*, 27(1), 41-47.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุคส์พับลิเคชั่นส์.

วาสนา พัฒนพีระเดช, ชุติมณฑน์ ไชยทรัพย์, ศรีสุดา ฤทธิ์วัฒนพงศ์, วรวุฒิ กุลแก้ว, คเชนทร์ เขียวใบงาม และพงษ์ธร เหมาอุปถัมภ์. (2554*). พระมหากรุณาธิคุณด้านทันตกรรมต่อประชาชนผู้ด้อยโอกาส*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

วีระศักดิ์ พุทธาศรี และเพ็ญแข ลาภยิ่ง. (2552). การใช้บริการสุขภาพช่องปากของคนไทย 5 ปีหลังการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *18*(4), 489-504.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ เจพริ้น 2.

ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น และสมภูมิ แสวงกุล. (2555). การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและความท้าทายในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย. *วารสารนักบริหาร*, 32(3), 3-11.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพคุณภาพโรงพยาบาล. (2556). *คู่มือการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA สำนักสถานพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพคุณภาพโรงพยาบาล.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2558). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย) ปรับปรุง มกราคม 2558.* นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *ผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583.* กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2553). *แนวทางการดำเนินงานโครงการฟันเทียมพระราชทาน และการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว.* นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข.

สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *รายงานเกี่ยวกับระบบลงทะเบียนประชากร (รายงานจำนวนประชากร จำแนกตามเพศและช่วงอายุ).* วันที่ค้นข้อมูล 15 พฤศจิกายน 2559, เข้าถึงได้จาก http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID = NDY

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักงานสถิติจังหวัดชลบุรี. (2557). *รายงานสถิติจังหวัด พ.ศ. 2557 ชลบุรี PROVINCIAL STATISTICAL REPORT: 2013 CHONBURI.* ชลบุรี: สำนักงานสถิติจังหวัดชลบุรี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *ประมวลสถิติสำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2555). *ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ จังหวัดชลบุรี.* วันที่ค้นข้อมูล 25 ธันวาคม 2558, เข้าถึงได้จาก http://www.cbo.moph.go.th/People/index.html

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2558). *คลังข้อมูลสุขภาพ จังหวัดชลบุรี.* วันที่ค้นข้อมูล 25 มกราคม 2558, เข้าถึงได้จาก http://hdc2.cbo.moph.go.th/hdc/main/index.php?sele_kpiyear = 2017&level = 1&sele_kpi = 442f204be9d6aec9da15786ad707d5a4

สุชาฐิณี พยุงภร. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ให้บริการถึงคุณภาพการให้บริการด้านศูนย์บริการตอบรับข้อมูลทางโทรศัพท์ (Call Center) ของระบบโทรศัพท์เคลื่อนที่.* วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.

สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์. (2557). สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้, 7*(1), 73-82.

สุธา เจียรมณีโชติชัย, สุปราณี ดาโลดม, วรางคนา เวชวิธี และนนทลี วีรชัย. (2553). ระบบบริการทันตสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ:มุมมองผู้ให้บริการ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 33(2).

สุภาพร แสงอ่วม, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ภูดิท เตชาติวัฒน์, ชญานินท์ ประทุมสูตร, และกันยารัตน์ คอวนิช. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย. *เชียงใหม่ทันตสาร*, *36*(1), 53-61.

อรวรรณ พุ่มพวง. (2551). *การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่.* การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Antioned & Van Raai. (1988). SERQUAL: A multiple-item scale for measuring customer perception of service quality. *Journal of retailing, 64,* 12-40.

Babbush, C. A., & Credo Reference (Firm). (2008). *Mosby's dental dictionary (2nd ed.).* St. Louis, Mo.: Mosby.

Berry, L. L. & Parasuraman, A. (1991). *Marketing Services Compelling Through Quality*. New York: The Free Press.

Bitner, M. J. (1992). Services capes: The Impact of Physical Surroundings on Customers and Employees. *Journal of Marketing, 56,* 57-71.

Bounds, G., Lyle, Y., Mel, A., Gipsie, R. (1994). *Beyond total quality management: towards the Erming paradigm*. USA: McGraw Hill, Inc. USA: New York.

Brown, S. W. (1991). *Service quality: Multidisciplinary and multinational perspectives*. MA: Lexington.

Buzzle & Gale. (1985). *The PIMS Principles*. New York: The Free Press.

Chaiyasuk, K. (2008). *Dental health service utilization among the elderly people in Chiang Dao district, Chiang Mai province, Thailand*. Master of Primary Health Care Management. Mahidol University.

Cichon, M. (1999). Notional Defined-Contribution Schemes: Old Wine in New Bottles? *International Social Security Review, 52*(4), 87-105.

Clay, R. (1988). *Chambers English Dictionary*. Great Britain: Bunay Suffolk.

Cronin, J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality:A Reexamination and Extension, *Journal of Marketing, 56*, 55-67.

Culyer, A. J., & Newhouse, J. P. (2000). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: North Holland.

Feldstein, P. J. (1999). *Health Care Economics. (5th edition).* New York: Delmar Publishers.

Fiske, J., Gelbier, S., & Watson, R. M. (1990). Barriers to dental care in an elderly population resident in an inner city area. *Journal of Dentistry, 18*(5), 236-242.

Fitzsimmons, J. A., & Fitzsimmons, M. (2004), *Service Management* (4th ed). Boston: IrwinMcGraw-Hill.

Gilbert, G. H., Heft, M. W., Duncan, R. P., & Ringelberg, M. L. (1994). Perceived need for dental care in dentate older adults. *Int Dent J, 44,* 145-152.

Gronroos, G. T. (1990). *Service management and marketing*. Massachusetts: Lexington Books.

Guagliardo, M. F. (2004). Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics, 3*(1), 3.

Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal Health Services Research Policy, 7*(3), 186-188.

Henderson, J. W. (1999). Uneven Crises: Institutional Foundations of East Asian Economic Turmoil. *Economy and Society, 28*(3), 327-368.

Jackson, P., & Ashton, D. (1995). *Achieving BS EN ISO 9000*. London: Kogan Page.

Jacobs, B., Ir, P., Bigdeli, M., Annear, P. L., & Damme, W. V. (2012). Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy Plan, 27*(4), 288-300.

Juran, J. M., & Gryna, F.M. (1993). *Quality planning and analysis*. Singapore: McGraw-Hill.

Kiyak, H. A. & Reichmuth, M. (2005). Barriers to and enablers of older adults' use of dental services. *Journal of Dental Education, 69*(9), 975-986.

Kotler, P., & Anderson, A. R. (1987). *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Kotler, P., Keller, K. L., Sutherland, D., & Sutherland, J. (2013). *Marketing management*. Boston; London: Pearson.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.

Locker, D. (2003). Dental status, xerostomia and the oral health-related quality of life of an elderly institutionalized population. *Special Care in Dentistry*, 23(3), 86-93.

Lupi-Pegurier, L., Clerc-Urmes, I., Abu-Zaineh, M., Paraponaris, A., & Ventelou, B. (2011). Density of dental practitioners and access to dental care for the elderly: a multilevel analysis with a view on socio-economic inequality. *Health Policy, 103*(2-3), 160-167.

Macek, M. D., Cohen, L. A., Reid, B. C. & Manski, R. J. (2004). Dental visits among older U.S. adults, 1999: the roles of dentition status and cost. *The Journal of American Dental Association, 135*(8), 1154-1162.

Maeseneer, J. D., Willems, S., Sutter, A. D., Geuchte, I. V. D., & Billings, M. (2007). *Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Geneva: World Health Organization.

Michael, B., Ebener, S., Aguilar, P. N., Vidaurre, M., & Morjani, Z. E. (2004). *Using GIS to Measure Physical Accessibility to Health Care.* Geneva: World Health Organization.

Millet. (1954). *Management in the Public Service. The quest for effective performance*. New York: McGraw-Hill Book.

Nash, K. D., & Brown, L. J. (2012). The Structure and Economics of Dental Education. *Journal of Dental Education, 76*(8), 987-995.

Oliver, R. L. (1993). A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. *Advances in Service Marketing and Management, 2,* 65-85.

Oxford University. (1989). *The Oxford English Dictionary*. Second Edition Volume Oxford. Oxford: Oxford University.

Ozkan, Y., Özcan, M., Kulak, Y., Kazazoglu, E., & Arikan, A. (2011). General health, dental status and perceived dental treatment needs of an elderly population in Istanbul. *Gerodontology*, *28*(1), 28-36.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing, 49,* 41-50.

Penchansky, R. & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care, 19*(2), 127-140.

Rosen, R., Florin, D. & Dixon, J. (2001). *Access to health care-taking forward the findings of the scoping exercise. Report of a rapid appraisal of stakeholder views and review of existing literature*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization, London.

Rust, R. T., & Oliver, R. L. (1994). Service Quality: Insights and managerial implications from the frontier. In Rust, R.T. & Oliver, R.L. (Eds), *Service quality: New directions in theory and practice*, 241-268.: Sage Publication.

Rust, R. T., & Zahorik, A. J. (1993). Customer satisfaction, customer retention and market share, *Journal of Retailing, 69*(2), 193-215.

Saengtipbovorn, S., Taneepanichskul, S., Pongpanich, S., & Boonyamanond, L. (2012). Factors Associated with the Utilization of Dental Health Services by the Elderly Patients in Health Center No.54, Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research, 26*(4), 199-204.

Smith, R., & Huston, M. (1983). Script-based evaluations of satisfaction with service. In Berry, L. L., Shostack, G. L., & Upah, G. (Eds.). *Emerging perspectives on service marketing*. Chicago: American Marketing Association.

Somkotra, T. (2013). Experience of socioeconomic-related inequality in dental care utilization among Thai elderly under universal coverage. *Geriatrics & Gerontology International*, *13*(2), 298-306.

Stamatis, D. H. (1996). *Total quality service:Principles, practices, and implementation*. Florida: St. Lucie Press.

Steve, M., & Cook, S. (1995). Practical teamwork for customer service. *Team Performance Management, 1*(3), 35-41.

Teas, R. K. (1993). Expectation, performance evaluation and consumers' perception of quality, *Journal of Marketing, 57*, 18-34.

Tenner, A. R. & Detoro, I. J. (1992). *Total Quality Management: Three Steps to Continuous Improvement*. Mass: Adision-wesley.

The Association of State Territorial Health Officials. (2001). *Access to Health Services*. Access Policy Committee on June 9, 2000. Washington D.C.

Tuominen, R. (1994). *Health economics in dentistry.* California: MeDed.

Vroom,W. H. (1964). *Work and motivation.* New York: John Wiley and Sons Inc.

Webster, N. (1988). *New Webster's Dictionary*. U.S.A.: Delair Publishing Co.

World Health Organization. (2003). *Health system: Principle integrated care*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2003). *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization.

Zeithaml, V. A., Parasuraman, A. & Berry, L. L. (1990). *Delivering quality service; Balancing customer perceptions and expectations*. New York: The Free Press.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ID……..

แบบสอบถาม

เรื่อง การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี

……

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการทันกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงระบบบริการทันตกรรมให้มีคุณภาพ ซึ่งคำถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1	แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	10	ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการทันตกรรม	จำนวน	25	ข้อ

กรุณาเขียนเครื่องหมาย √ ลงใน □ หรือ เขียนข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงหรือตรงกับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 หน้า กรุณาตอบทุกข้อ

คำตอบของผู้สูงอายุจะถูกเก็บเป็นความลับและจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและการบริการที่ผู้สูงอายุจะได้รับแต่อย่างใด ซึ่งความเห็นของผู้สูงอายุมีคุณค่าอย่างยิ่งในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้เป็นอย่างดี

ผู้วิจัย

.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป **สำหรับผู้วิจัย**

1. เพศ ☐1) ชาย ☐2) หญิง ☐

2. อายุ.....ปี ☐

3. ระดับการศึกษา ☐

☐1) ต่ำกว่าศึกษา

☐2) ประถมศึกษา

☐3) มัธยมศึกษา

☐4) ปวช./ ปวส.

☐5) ปริญญาตรี

☐6) สูงกว่าปริญญาตรี

☐7) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

4. อาชีพ ☐

☐ ไม่ได้ทำงาน/ เกษียณอายุ

☐ ประกอบอาชีพ

ถ้าประกอบอาชีพ ท่านประกอบอาชีพใด ☐

☐1) ค้าขาย/ ธุรกิจ

☐2) รับจ้าง

☐3) เกษตรกร

☐4) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ☐

6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว……คน ☐

7. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ☐

☐1) ไม่มี ☐ 2) มี

ถ้ามี ท่านเป็นโรคใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐

☐1) ความดันโลหิต

☐2) เบาหวาน

☐3) โรคหัวใจ

☐4) โรคกระเพาะอาหาร

☐5) ปวดข้อ

☐6) ต้อกระจก

☐7) ข้อเสื่อม

☐8) อื่น ๆ ระบุ.....

8. ท่านมีผู้ดูแล ☐

☐1. ไม่มี

☐2. มี ได้แก่

☐1) คู่สมรส

☐2) บุตร

☐3) หลาน

☐4) ญาติ

☐5) อื่น ๆ .....

9. ปัจจุบันท่านใช้สิทธิใดในการรักษาพยาบาล ☐

☐1) ชำระเงินเอง

☐2) บัตรประกันสังคม

☐3) บัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

☐4) สิทธิข้าราชการเบิกได้

☐5) เบิกได้จากบริษัทประกันชีวิต

☐6) อื่น ๆ ระบุ.....

10. ใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านไปรับบริการทันตกรรมชนิดใด ☐

☐1) อุดฟัน

☐2) ขูดหินปูน

☐3) ถอนฟัน

☐4) ทำฟันปลอม

☐5) อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการทันตกรรม

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมจากมากที่สุดคะแนนเต็ม 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุด 1 คะแนน

5 มากที่สุด หมายถึง มีความเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

4 มาก หมายถึง มีความเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

3 ปานกลาง หมายถึง มีความเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นบางส่วน

2 น้อย หมายถึง มีความไม่เห็นด้วยกับข้อความเป็นบางส่วน

1 น้อยที่สุด หมายถึง มีความไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อ	ข้อความ	ระดับการเข้าถึงบริการทันกรรม					
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	สำหรับผู้วิจัย
1	ในจังหวัดชลบุรีมีจำนวนสถานบริการทันตกรรมเพียงพอกับความต้องการใช้บริการ						☐
2	ทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ให้บริการมีจำนวนเพียงพอกับความต้องการใช้บริการ						☐
3	ทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีความเชี่ยวชาญในงานบริการทันตกรรมที่ท่านต้องการ						☐

ข้อ	ข้อความ	ระดับการเข้าถึงบริการทันกรรม					
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	สำหรับผู้วิจัย
4	ในสถานบริการทันตกรรมที่ไปรับบริการมีจำนวนเก้าอี้ทำฟันเพียงพอ						☐
5	เครื่องมืออุปกรณ์มีสภาพพร้อมใช้ ไม่ชำรุด หรือหมด ในระหว่างที่ท่านรับบริการ						☐
6	สถานบริการทันตกรรมตั้งอยู่ใกล้บ้าน						☐
7	ผู้สูงอายุสามารถเดินทางไปรับบริการทันตกรรมด้วยตนเองได้						☐
8	ใช้ระยะเวลาเดินทางไปรับบริการทันตกรรมน้อย						☐
9	การเดินทางไปรับบริการทันตกรรมมีความสะดวก						☐
10	มีบริการทันตกรรมเคลื่อนที่เข้าไปให้บริการในบริเวณใกล้บ้าน						☐
11	สามารถจ่ายค่าบริการทันตกรรมหากมารับบริการนอกเวลาได้						☐
12	มีบริการช่องทางพิเศษหรือสามารถจัดลำดับให้ผู้สูงอายุได้รับบริการก่อน						☐
13	มีความสะดวกในขั้นตอนการบริการที่ต้องส่งต่อไปยังจุดบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การวัดความดันโลหิต การถ่ายภาพรังสี การชำระค่าใช้จ่าย การรับยา						☐
14	สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายในสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ						☐
15	มีบริการนัดหมายวันเวลาในการเข้ารับบริการทันตกรรมทางโทรศัพท์ได้						☐

ข้อ	ข้อความ	ระดับการเข้าถึงบริการทันกรรม					
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	สำหรับผู้วิจัย
16	สิทธิการรักษาของผู้สูงอายุที่มีครอบคลุมงานบริการทันตกรรมที่ต้องการ						☐
17	ผู้สูงอายุสามารถจ่ายค่าบริการทันตกรรมส่วนที่เกินจากสิทธิการรักษา						☐
18	สามารถจ่ายค่าบริการทันตกรรมในส่วนที่เกินจากสิทธิการรักษาได้						☐
19	สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในการมารับบริการ เช่น ค่าอาหาร ได้						☐
20	ไม่เสียรายได้ที่พึงได้รับ เมื่อมารับบริการทันตกรรม						☐
21	มีความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ						☐
22	บริการทันตกรรมที่ได้รับตรงตามความต้องการ						☐
23	เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นในการให้บริการ						☐
24	เจ้าหน้าที่ให้บริการทันตกรรมด้วยความสุภาพ มีจิตบริการ						☐
25	เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการแต่งกายเหมาะสม สะอาด ปลอดภัย						☐

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1.	ชื่อ-สกุล	ดร.สุนันทา โอศิริ
	ตำแหน่งทางวิชาการ	รองศาสตราจารย์
	สถานที่ทำงาน	คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา
2.	ชื่อ-สกุล	ทพ.วสันต์ สายเสวีกุล
	ตำแหน่งทางวิชาการ	-
	สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี
3.	ชื่อ-สกุล	ทพญ.ดร.อรฉัตร คุรุรัตนะ
	ตำแหน่งทางวิชาการ	-
	สถานที่ทำงาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี