

การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์
เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ

สุวรรณ ตั้งจิตรเจริญ

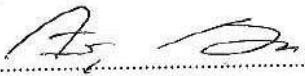
คุณฉันทิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการเทคโนโลยี
ปีการศึกษา 2556
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

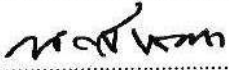
THE CLINICAL SERVICE MANAGEMENT OF APPLIED THAI
TRADITION MEDICINE TO IMPROVE SERVICE QUALITY

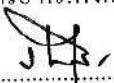
SUWAN TANGCHITCHAROEN

A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements
for Doctor of Philosophy in Technology Management
Academic Year 2013
Copyright of Bansomdejchaopraya Rajabhat University


ชื่อเรื่องคุณวุฒินิพนธ์ การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ
ชื่อนักศึกษา นายสุวรรณ ตั้งจิตรเจริญ
คณะกรรมการที่ปรึกษาคุณวุฒินิพนธ์

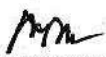

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทรีวิภา คิติกสัมพันธ์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พงศ์ หรดาล)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะบุตร วานิชพงษ์พันธ์)

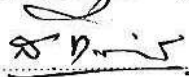
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาอนุมัติให้คุณวุฒินิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการจัดการเทคโนโลยี

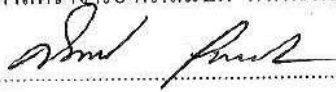

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ เอี่ยมสะอาด)

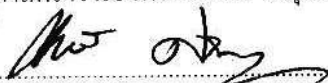

.....อธิการบดี
(รองศาสตราจารย์ ดร.พลสิทธิ์ หนูชูชัย)

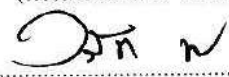
คณะกรรมการสอบคุณวุฒินิพนธ์



.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดิลก บุญเรืองรอด)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ ทิมทรัพย์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สันสนีย์ จะสุวรรณ)


.....กรรมการ
(ดร.อนอมศักดิ์ ศรีจันทร์)


.....กรรมการ
(ดร.วิรัช พงกษากุลนันท์)


.....กรรมการ ผู้แทนจากคณะกรรมการบริหาร
(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญมี กวินเสกสรรค์) โครงการปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

ชื่อเรื่อง	การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ
ชื่อผู้วิจัย	สุวรรณ ตั้งจิตรเจริญ
สาขาวิชา	การจัดการเทคโนโลยี
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร.พงศ์ ทรดาล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะบุตร วานิชพงษ์พันธุ์
ปีการศึกษา	2556

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้การจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์มีคุณภาพ 2) พัฒนาคูณภาพการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ และ 3) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการ โดยใช้ทั้งการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ การศึกษาวิจัยเชิงทดลองและการศึกษารายกรณี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ให้และผู้ให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด 23 แห่ง และในจังหวัดนนทบุรี 3 แห่งรวม 26 แห่ง จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม โดยสอบถามจากผู้ให้และผู้ให้บริการและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเชิงคุณภาพมีจำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์เจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEDE MODEL และใช้วิธีแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

1) ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้การจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์มีคุณภาพได้แก่ ปัจจัยด้านระบบบริการ ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านบริการข้อมูล ปัจจัยด้านประสิทธิภาพการรักษาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายหลังการทดลอง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเจตคติสูงกว่าก่อนการทดลอง ในระดับมาก

2) การพัฒนาคุณภาพการให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ สามารถพัฒนาคุณภาพการให้บริการได้ดีขึ้น

3) ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : การจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ การพัฒนาคุณภาพบริการ
ปัจจัยการจัดการบริการ

Title	The Clinical Service Management of Applied Thai Traditional Medicine to Improve Service Quality
Author	Suwan Tangchitcharoen
Program	Technology Management
Major Advisor	Assistant Professor Dr. Chanvipa Diloksambandh
Co-Advisors	Associate Professor Dr. Pong Horadahl
Co-Advisors	Associate Professor Dr. Piyabutr Wanichpongpan
Academic Year	2013

ABSTRACT

This study aimed to: 1) explore the missing elements of service factors causing low quality services in the Applied Thai Traditional Medicine clinics; 2) improve the service quality of the Applied Thai Traditional Medicine clinic; and 3) discover the satisfaction of the customers both before and after using the service at an Applied Thai Traditional Medicine clinic. This study was conducted through a survey, experimental study and case studies. The sample was a group of 100 service persons and customers in the Applied Thai Traditional Medicine clinics including 23 clinics in Bangkok and 3 clinics in Nonthaburi. The instrument for collecting quantitative data from service persons and customers was a set of questionnaire. Numbers of the sample for the qualitative study were 10 and the instrument used was an in-depth interview. The data was analyzed with PRECEDE-PROCEDE MODEL, the frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test.

Results of study were as followed:

1) The support factors for the good quality services of Applied Thai Traditional Medicine clinics were the service system, service process, behavior of the service persons, information service, effectiveness of maintenance, and environment. After the experiment, it was discovered that the attitude of the sample was changed significantly.

2) The service quality at the Applied Thai Traditional Medicine clinic could be improved.

3) The analysis for the level of satisfaction of the customers in the Applied Thai Traditional Medicine clinic revealed that the satisfaction on every factor was at the high level.

Keywords : Service management of Applied Thai Traditional Medicine clinics,
Quality service improvement, Service management factors

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความอนุเคราะห์ของ รองศาสตราจารย์ ดร.สุพล วุฒิเสน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาและรองศาสตราจารย์ ดร.พลสิทธิ์ หนูชูชัย อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะบุตร วานิชพงษ์พันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.พงศ์ ทรดาล รองศาสตราจารย์ ดร.ดิลก บุญเรืองรอด รองศาสตราจารย์ ดร.บุญมี กวินเสกสรรค์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ เขี่ยมสะอาด คณบดีบัณฑิตวิทยาลัยและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ จะสุวรรณ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย จึงขอกราบขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณสมาคมแพทย์อายุรเวทแผนไทยประยุกต์แห่งประเทศไทย สถานประกอบการ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่อนุเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติรัตน์ ฐานสุวรรณศรี รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณวดี ชาญชัยกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวิภา นำสูวิมล ดร.นุกูล สาระวงศ์ ดร.ศิริกาญจน์ โพธิ์เขียวและดร.คณกร สว่างเจริญ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บ ข้อมูลวิจัยและตรวจสอบความถูกต้อง

สุวรรณ ตั้งจิตรเจริญ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามในการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	4
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
แพทย์แผนไทยประยุกต์	10
การจัดบริการและการจัดการเทคโนโลยี	24
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพบริการและความพึงพอใจ	34
ระบบ กระบวนการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์	69
รูปแบบคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์	97
แนวคิดแบบจำลองการวางแผนพัฒนา PRECEDE-PROCEDE MODEL	102
อาการของโรค คอ บ่า ไหล่	115
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	133
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	141
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	141
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	142

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	144
การเก็บและรวบรวมข้อมูล	161
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	163
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	165
การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ	165
ผลวิเคราะห์ผลการวิจัย	165
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	165
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1	168
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2	183
ส่วนที่ 4 การศึกษาเฉพาะกรณี	189
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	207
สรุปผลการวิจัย	208
การอภิปรายผล	210
ข้อเสนอแนะ	221
บรรณานุกรม	223
ภาคผนวก	235
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญ	236
ภาคผนวก ข สำเนาหนังสือราชการ	239
ภาคผนวก ค แบบสอบถาม	245
ภาคผนวก ง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่าง	258
ภาคผนวก จ ลักษณะเกณฑ์ที่กำหนดและเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใน การศึกษาเฉพาะกรณี	261
ภาคผนวก ฉ สำเนาประกาศนียบัตร	264
ภาคผนวก ช สำเนาเอกสารการเผยแพร่งานวิจัย	269
ประวัติผู้วิจัย	281

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงแนวคิดการจัดบริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์.....	71
2	ตัวอย่างคุณภาพการจัดบริการทางคลินิก (Clinical Tracer of Quality).....	94
3	แผนการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ).....	152
4	จำนวนร้อยละ จำแนกตามเพศ สถานภาพ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย อาการของโรค การใช้บริการและจำนวนครั้งที่ใช้บริการ)....	166
5	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เจตคติต่อการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำแนกตามก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	169
6	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล.....	184
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่ม ทดลอง.....	187
8	ลักษณะของตัวอย่างที่ศึกษาเฉพาะกรณี.....	190

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัยขั้นตอนที่ 1	8
2	กรอบแนวคิดในการวิจัยขั้นตอนที่ 2	9
3	กระบวนการเกิดความพึงพอใจ	65
4	รูปแบบการเกิดความพึงพอใจ	66
5	กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ	96
6	ขั้นตอนการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์	110
7	การดำเนินการเพื่อลดขั้นตอนการให้บริการของคลินิกสุวรรณ	111
8	สรุปผลงานการดำเนินการให้บริการ	112
9	การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดย PRECEDE-PROCEDE MODEL	205
10	ข้อค้นพบในการวิจัยและพัฒนาการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์	206

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศที่มีประชากรมีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์ย่อมเป็นพลังอำนาจสำคัญในการพัฒนาประเทศให้เจริญรุ่งเรือง งานส่งเสริมสุขภาพพลานามัยของประชาชน จึงเป็นพันธกิจสำคัญของรัฐบาล ปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขและการแพทย์ของไทย ยังไม่ตอบสนองกับระบบสุขภาพของคนไทย โดยมีการพึ่งพาเทคโนโลยีและยาเวชภัณฑ์จากต่างชาติมากเกินไป ทำให้ขาดดุลการค้ากับต่างชาติปีละสามถึงสี่แสนล้านบาทเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล (กระทรวงสาธารณสุข, 2551, น.96) ซึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ได้เน้นการพึ่งตนเอง การใช้ภูมิปัญญาไทย เช่น การแพทย์แผนไทย การนวดแผนไทย ปราชญ์ชาวบ้านและภูมิปัญญาชาวบ้าน มารับใช้สังคมไทย รวมทั้งใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาใช้ เพื่อสร้างสุขภาวะให้คนไทย ได้มีสุขภาพดีทั้งทางกาย ทางใจและใช้เทคโนโลยีที่มีในท้องถิ่นที่เป็นภูมิปัญญาไทย ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาของมหาวิทยาลัยราชภัฏ ที่เน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการขับเคลื่อนสังคมชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ซึ่งเทคโนโลยีภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมีจุดเด่นที่เหมาะสมกับคนไทยและชาวเอเชียในการใช้ทรัพยากร ความหลากหลายทางชีวภาพและสมุนไพรที่มีอยู่มาก นับว่าเป็นต้นทุนทางภูมิปัญญาและองค์ความรู้เป็นทุนเดิมอันเป็นมรดกตกทอดมาจากบรรพบุรุษที่มีมานานและสืบทอดรุ่นต่อรุ่น โดยการใช้หลักธรรมชาติ พึ่งพาธรรมชาติ สอดคล้องกับธรรมชาติ สามารถตอบสนองและดูแลรักษาสุขภาพของคนไทยมาโดยตลอดและไม่เป็นพิษภัยต่อร่างกายชีวิตของผู้ใช้บริการต่างจากยาสังเคราะห์จากเคมีบางชนิด

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2009, p.4) ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องแพทย์ทางเลือกที่เน้นการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ภายในประเทศและภูมิปัญญาไทย จนกระทั่งได้มีการก่อตั้งแพทย์แผนไทยประยุกต์ขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2525 วิชาการแพทย์แผนเดิม (โบราณ) ของไทยเป็นสมบัติอย่างหนึ่งของชาติ ซึ่งได้ทำประโยชน์ในด้านการรักษาสุขภาพอนามัยของประชาชนมาตั้งแต่โบราณกาล แม้ในปัจจุบันจะมีการแพทย์แผนปัจจุบันเกิดขึ้นและได้เข้ามามีความสำคัญไปต่อการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนเป็นจำนวนมาก แต่การแพทย์แผนเดิมก็ยังมีบทบาทอยู่อีกไม่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของเศรษฐกิจ การแพทย์แผนเดิมจะใช้วิธีการง่ายๆ และใช้สมุนไพรที่มีอยู่

ในประเทศ ซึ่งส่งผลให้เกิดการประหยัดค่าใช้จ่ายของประเทศได้มาก อีกทั้งยังสามารถช่วยให้รัฐกระจายความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขออกไปประชาชนได้ในวงกว้างมากขึ้น เช่น การจัดการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น

จากความสำคัญดังกล่าว ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้มองเห็นความสำคัญของวิชาแพทย์แผนเดิมและเห็นว่าในปัจจุบันวิชาแพทย์แผนเดิมของไทยอยู่ในสภาพเสื่อมโทรมมากด้วยเหตุผลหลายประการ จึงได้ประกาศ “โครงการฟื้นฟูการแพทย์ไทยเดิม” ขึ้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2523 และได้รับอนุญาตจัดตั้งมูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนเดิมขึ้น เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2523 โดยมีจุดประสงค์สำคัญ ดังนี้ ฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับวิชาแพทย์ไทยเดิม 2) ส่งเสริมการวิจัยและการใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพของประชาชน และ 3) ส่งเสริมและปรับปรุงการศึกษาและการปฏิบัติวิชาแพทย์ไทยเดิมให้มีมาตรฐานสูงขึ้น (อวย เกตุสิงห์, 2523, น.18)

เหตุที่ต้องพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการนวดไทย เนื่องจากไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับ การวินิจฉัยโรคอาศัยแต่อาการที่ผู้รับบริการแจ้งเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การริเริ่มพัฒนาการแพทย์แผนไทยก็ได้รับการตอบรับเพิ่มขึ้น แต่ค่อนข้างล่าช้าแม้จะมีศาสตร์แพทย์สากลอยู่ในหลักสูตรร้อยละ 30 ซึ่งระบุจุดเน้นการศึกษาวิชาทางการแพทย์ (พื้นฐาน) เพื่อเป็นรากฐานความรู้เพื่อการเปรียบเทียบและเป็นแบบอย่างของการพัฒนาในการศึกษาวิชาแพทย์แผนก็ยังคงอาศัยเวลา จะเห็นได้ว่า ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้คิดเป็นขั้นเป็นตอน กล่าวคือ ขั้นที่หนึ่ง ฟื้นฟูวิชาแพทย์แผนไทยเดิมก่อน เพราะวิชานี้ใกล้จะสูญหายไปแล้ว ขั้นที่สอง ปรับปรุงส่งเสริมให้วิชานี้มีความมั่นคง และขั้นที่สาม ปรับปรุงยาสมุนไพรซึ่งมีอยู่ในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพให้เป็นที่น่าเชื่อถือ เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ จึงตั้งโรงเรียนสอนวิชาแพทย์แผนไทยขึ้น โดยจัดหลักสูตรที่มีเนื้อหาวิชาประกอบด้วยวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อเป็นรากฐานความรู้วิชาแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อเปรียบเทียบและเป็นแบบอย่างสำหรับการพัฒนา วิชาแพทย์แผนเดิมเพื่อเป็นหลักในการปฏิบัติ มีความตั้งใจให้แพทย์อายุรเวทที่จบออกมามีความสามารถในการรักษาโรคด้วยยาไทยหรือยาสมุนไพร ผ่าตัดเล็กโดยไม่วางยาสลบหรือใช้เข็มฉีดยาชา ตกแต่งและเย็บบาดแผลธรรมดาได้ เข้าเฝ้ากระดูกหัก รักษาโรคกระดูกและข้อโดยไม่ผ่าตัด ทำคลอดปกติได้ดูแลมารดาก่อนคลอดและหลังคลอดได้ สามารถวินิจฉัยครรภ์ที่มีความผิดปกติเพื่อส่งต่อให้แพทย์ปัจจุบันได้รักษาโรคเด็กเบื้องต้นด้วยยาไทยและสามารถนวดแบบราชสำนัก เพื่อรักษาโรค ด้วยวิธีนวดกดจุด เรียนรู้วิชาสรีรวิทยา รักษาโรคหู ตา คอ จมูก ด้วยยาสมุนไพรได้

จะเห็นว่าหลักสูตรมีความเข้มข้น ผู้เรียนต้องทำการศึกษาอย่างหนัก เช่นเดียวกับการเรียนแพทย์ต่างกันเฉพาะรายละเอียดในศาสตร์นั้นๆ เท่านั้น แต่หลักสูตรดังกล่าวก็ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ไม่มีผู้ใดรู้จักแพทย์อายุรเวทว่าเป็นอย่างไร มาจากไหน เรียนอะไร มากน้อยแค่ไหน

ดังนั้น จึงไม่เป็นที่เชื่อถือ บางคนคิดว่าโรงเรียนอาชีวเวชเป็นโรงเรียนสอนนวด ซึ่งต้องอธิบายถึงรายละเอียดจึงจะเข้าใจว่าแพทย์อาชีวเวชคืออะไร

แพทย์อาชีวเวช ที่ผลิตออกมาจะเป็น “แพทย์แผนโบราณแบบใหม่” ซึ่งมีความรู้วิทยาศาสตร์เป็นพื้นฐานและสามารถแบ่งเบาภาระของแพทย์แผนปัจจุบันได้บางส่วนโดยใช้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ประเทศไทยมีคลินิกแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ไม่มีการทำวิจัยมาก่อนและเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ยกรมาจากการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเฉพาะรูปแบบคลินิก ปรัชญา ซึ่งแนวทางวิธีการของการแพทย์แผนไทย มีความแตกต่างกันมาก จึงควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นพื้นฐานที่แท้จริงในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยขณะนี้ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนมากขึ้น ระดับหนึ่ง ปัจจุบันมีผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ประมาณ 660 คน และเปิดดำเนินการสถานพยาบาลเอกชนประมาณ 100 แห่งทั่วประเทศ (ปิยะบุตร พานิชพงษ์พันธุ์, 2553, น.94) โดยในกรุงเทพมหานครมีจำนวน 23 แห่ง และจังหวัดนนทบุรีจำนวน 3 แห่ง สถานพยาบาลแพทย์แผนไทยประยุกต์แต่ละแห่งได้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นตัวช่วยวินิจฉัยโรคซึ่งเป็นการนำเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทมากที่สุด จำนวน 13 รายการ เช่น หูฟัง เครื่องวัดความดันโลหิต เป็นต้น แต่ก็ยังไม่เป็นที่ยอมรับเท่าที่ควร ผู้เข้ารับการรักษาหรือประชาชนบางรายยังไม่รู้จักการแพทย์แผนไทยประยุกต์ว่ามีการรักษาในลักษณะใด เป็นเช่นไรดังนั้น เพื่อให้เกิดการยอมรับในแพทย์แผนไทยประยุกต์มากขึ้น จึงควรมีการศึกษาด้านการจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ รวมทั้งคุณภาพบริการในส่วนของคุณภาพพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยต้องมีการศึกษาว่าผู้ให้บริการมีความพึงพอใจด้านใดบ้าง ควรมีการจัดการเพื่อปรับปรุงเพิ่มเติมในส่วนใดบ้าง จึงจะเกิดคุณภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา เรื่องการจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้การจัดการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์และศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยวิเคราะห์ปัญหา (Precede Model) และวิธีการพัฒนาคุณภาพ (Procede Model) ในกลุ่มโรคคอ บ่า ไหล่

คำถามในการวิจัย

1. ปัจจัยใดที่สนับสนุนให้การจัดการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์มีคุณภาพ
2. การพัฒนาคุณภาพการจัดการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์มีวิธีดำเนินการอย่างไร
3. ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพการจัดการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ดีขึ้นหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้การจัดการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์มีคุณภาพ
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพการจัดการบริการ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังจากเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านเจตคติที่มีต่อการจัดการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ของผู้ให้และผู้ให้บริการมีเจตคติดีขึ้นในระดับมาก
2. ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพการจัดการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมาก

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากร ได้แก่ ผู้ให้และผู้ให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี รวม 26 แห่ง จำนวน 300 คน ในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ให้และผู้ให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 26 แห่ง ที่มีลักษณะครบถ้วนตามเกณฑ์กำหนด รวมทั้งสิ้น 100 คน ในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555

ในขั้นตอนที่ 2 การศึกษาเชิงทดลอง

ประชากร ได้แก่ ผู้ใช้บริการในคลินิกทดลอง (คลินิกสุวรรณ) ตั้งแต่เดือนเดือนมิถุนายน พ.ศ.2555 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ.2555 ที่มีลักษณะตามเกณฑ์กำหนด (ภาคผนวก ก) จำนวน 40 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ใช้บริการในคลินิกทดลอง (คลินิกสุวรรณ) ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 ซึ่งสุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 40 คน จากประชากรที่มีลักษณะตามเกณฑ์กำหนด

2. ตัวแปรที่ศึกษา

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ

ศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับผู้ให้และผู้ใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์และศึกษาตัวแปรด้านความพึงพอใจของผู้ให้และผู้ใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ต่อปัจจัย 6 ปัจจัย ในการจัดบริการ ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบบริการ ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านบริการข้อมูล ปัจจัยด้านประสิทธิภาพการรักษาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

การศึกษาวิจัยเชิงทดลอง

ศึกษาตัวแปรการพัฒนาการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์และศึกษาตัวแปรด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในคลินิกสุวรรณ (คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการแล้ว) ตามปัจจัย 6 ปัจจัยในการจัดบริการ ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบบริการ ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านบริการข้อมูล ปัจจัยด้านประสิทธิภาพการรักษาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. สามารถระบุปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้การจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์มีคุณภาพพร้อม
2. เกิดการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ให้มีคุณภาพมากขึ้น
3. เพื่อทราบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการ
4. เป็นต้นแบบการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคคลผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้แก่ แพทย์ ผู้ช่วยและเจ้าหน้าที่มีสนับสนุนทุกตำแหน่ง

ผู้ใช้บริการ หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและอื่นๆ ในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์

ความรู้สึกนึกคิด หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ให้และผู้ให้บริการที่มีต่อการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์

ความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพอใจ ชอบใจ ของผู้ใช้บริการที่มีต่อการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์

ปัจจัยการจัดบริการ หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบบริการ ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านบริการข้อมูล ปัจจัยด้านประสิทธิภาพการรักษาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ประสิทธิภาพการรักษา หมายถึง ปัจจัยด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ความถูกต้องในการวินิจฉัยโรคของผู้ให้บริการ

โมเดลคลินิกสุวรรณ หมายถึง กระบวนการจัดการคลินิก ได้แก่ โครงสร้างหน้าที่ต่างๆ ในคลินิก ได้แก่ การจัดการสำนักงาน การจัดการที่เกี่ยวกับการให้บริการ ด้านการเงิน บุคลากร เวชระเบียน วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ การให้ความรู้แก่ผู้มาใช้บริการและวิธีการรักษา

การพัฒนาคุณภาพการจัดบริการ หมายถึง การที่องค์กรจะให้บริการลูกค้าหรือผู้รับบริการ ได้อย่างที่เป็นไปตามความคาดหวังและเป็นไปตามเงื่อนไขที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการได้ตกลงไว้

ปัจจัยสนับสนุน หมายถึง เป็นการนำปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยเสริม มาวิเคราะห์ วางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการให้บริการด้านต่างๆ แก่ผู้มารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยด้านระบบบริการ หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวกับการจัดการในส่วนของความสะดวกสบาย ในการเข้ารับบริการของผู้ใช้บริการ ความพอเพียงในการให้บริการในด้านต่างๆ ความคุ้มค่าและ ยุติธรรมในราคา

ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ หมายถึง กระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นเข้ามาใช้บริการโดย ผู้ให้บริการเป็นผู้จัด เช่น การติดต่อขอรับบริการ ขั้นตอนการรับบริการ ความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ของบริการ ระยะเวลาการรักษาและอื่นๆ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ หมายถึง พฤติกรรมในภาพรวมของผู้ให้บริการ ได้แก่ การต้อนรับ การเอาใจใส่ในรายละเอียดต่างๆ การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างรวดเร็ว การนับถือ ให้เกียรติ ยิ้มแย้ม แจ่มใส การรักษาภาพลักษณ์ ความอ่อนน้อม อ่อนโยน สุภาพ มีมารยาท ซื่อสัตย์ สุจริต เป็นต้น

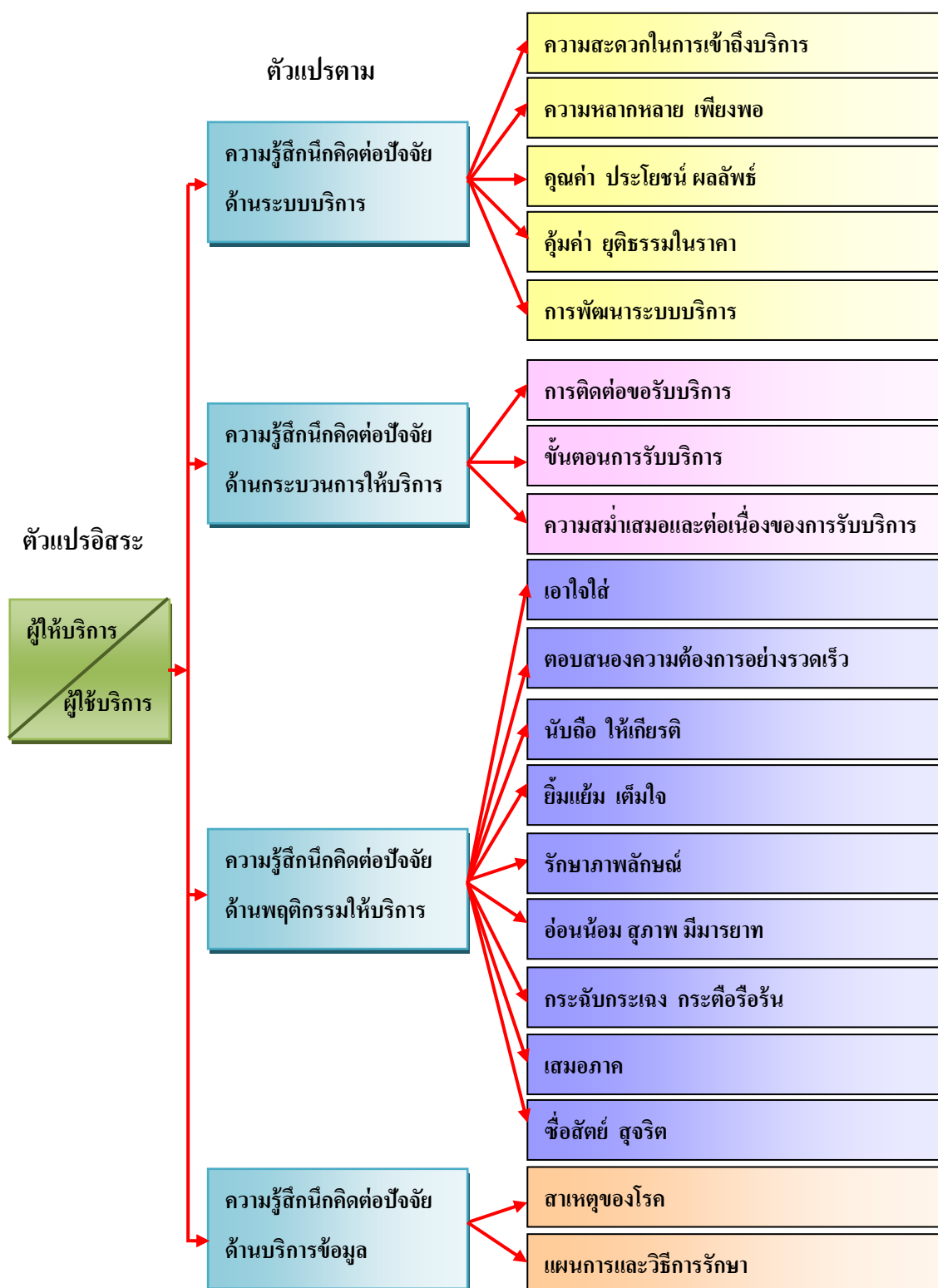
ปัจจัยด้านบริการข้อมูล หมายถึง การจัดบริการภายในคลินิก โดยอธิบายสาเหตุของโรค แผนการและวิธีการรักษา รวมถึงวิธีการป้องกันหลังการรักษาและการดูแลภายหลังการรักษา ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา หมายถึง ผลการรักษาผู้มาใช้บริการ ซึ่งเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ผลการรักษาโดยรวมและระยะเวลาการรักษาให้หายจากอาการเจ็บป่วย

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ มีสภาพแวดล้อมสะอาด สะดวกสบายและความสวยงาม

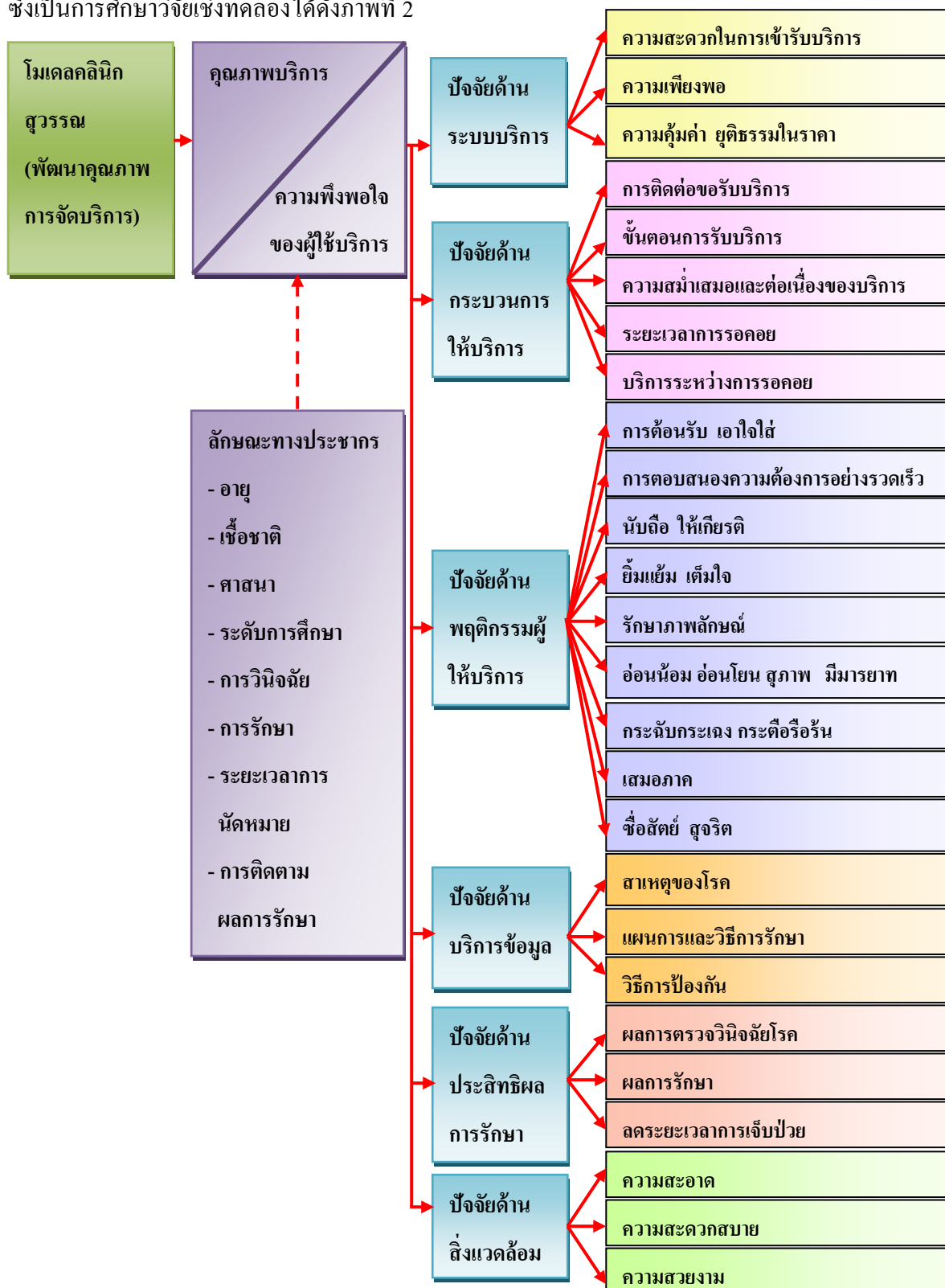
กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี การศึกษาวิจัยทั้งภายในและต่างประเทศ ตลอดจนเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยขั้นตอนที่ 1 ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยขั้นตอนที่ 1

เมื่อได้นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์เพื่อค้นหาและกำหนดตัวแปรที่ชัดเจนและครอบคลุมยิ่งขึ้นและเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ชื่อว่า “โมเดลคลินิกสุวรรณ” ผู้วิจัยจึงสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยขั้นที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัยขั้นตอนที่ 2

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัย เรื่อง การจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารต่างๆ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. แพทย์แผนไทยประยุกต์
2. การจัดการบริการและการจัดการเทคโนโลยี
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพบริการและความพึงพอใจ
4. ระบบ กระบวนการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์
5. รูปแบบคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์
6. แนวคิดแบบจำลองการวางแผนพัฒนา PRECEDE-PROCEDE MODEL
7. อาการของโรค คอ บ่า ไหล่
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แพทย์แผนไทยประยุกต์

ก่อนจะกล่าวถึงแพทย์แผนไทยประยุกต์คงต้องกล่าวถึงการแพทย์แผนไทยก่อน กล่าวคือ การแพทย์แผนไทย เป็นการดูแลสุขภาพผ่านกระบวนการสั่งสมประสบการณ์ที่ยาวนานจากผู้คนจำนวนมาก ซึ่งสืบทอดต่อกันมาจนถึงปัจจุบัน สามารถทำการรักษาควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้ (กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2550, น.9) การแพทย์แผนไทยจึงควรได้รับพิจารณาให้เป็นการแพทย์ทางเลือกหนึ่งในยุคโลกาภิวัตน์ เพื่อให้เหมาะสมกับสถานะเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน

ความหมายของการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยมีประวัติศาสตร์สืบทอดมาอย่างยาวนาน นับตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์มีการค้นพบหลักฐานการใช้สมุนไพรในถ้ำต่างๆ มากมายหลายชนิด ซึ่งยังคงมีการใช้มาจนถึงทุกวันนี้ คนไทยเรียนรู้และอยู่กับธรรมชาติด้วยการใช้พืช สัตว์ แร่ธาตุเป็นอาหารและยา มีการผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านกับความเชื่อแนวพุทธ โดยมีระบบการแพทย์ที่รุ่งเรืองในสมัย

อยุธยา จนกระทั่งสามารถจำแนกความรู้ตามความชำนาญ เช่น หมอตา หมอขา หมอนวด หมอกุมาร เป็นต้น มีวิธีการรักษาด้วยยาสมุนไพร การอบประคบสมุนไพร การนวดแผนไทยและพิธีกรรมต่างๆ (สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2547, น.24)

การแพทย์แผนไทย สามารถเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า การแพทย์แผนโบราณหรือการแพทย์แผนไทย โดยสามารถอธิบายภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งสภาวะปกติ และสภาวะที่ผิดปกติ (เป็นโรค) โดยใช้ทฤษฎีความสมดุลของธาตุต่างๆ ในร่างกายเข้ามาอธิบาย ผสมผสานกับองค์ความรู้จากวัฒนธรรมอินเดีย พุทธศาสนาและองค์ความรู้ที่ถูกพัฒนาขึ้นเองโดยครุการแพทย์แผนไทย ชื่อว่า ชีวกโกมารภักจ์

การแพทย์แผนไทย หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด หรือป้องกันโรคหรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และหมายรวมถึงการเตรียมการผลิตยาแผนไทย ประดิษฐ์อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดต่อๆ กันมา การแพทย์แผนไทยอาจจะไม่มีองค์ความรู้ด้านกลไกการเกิดโรค และเทคนิคทางศัลยกรรมมากนัก แต่ต้องมีองค์ความรู้ด้านกลวิธีทางคลินิก เช่น การซักประวัติ การรักษาด้วยยาเพียงแต่ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก (Evidence-Based Clinical Knowledge) ซึ่งมาจากหลักฐานข้อบ่งชี้ตามใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทยที่ว่า "มิให้แพทย์แผนไทยกระทำการอันเป็นวิทยาศาสตร์ใดๆ" นั่นเอง ทำให้ไม่สามารถมีการตั้งสมมุติฐานและวิจัยได้อย่างเต็มที่

ตามทฤษฎีการแพทย์ไทย กล่าวว่า คนเราเกิดมาในร่างกายประกอบด้วยธาตุทั้งสี่ ดิน น้ำ ลม ไฟ ซึ่งในแต่ละคนจะมีธาตุหลักเป็น ธาตุประจำตัว เรียกว่า“ธาตุเจ้าเรือน ” ซึ่งธาตุเจ้าเรือนนี้มี 2 ลักษณะ คือ ธาตุเจ้าเรือนเกิด ซึ่งจะเป็นไปตาม วันเดือนปีเกิดและธาตุเจ้า เรือนปัจจุบัน ที่พิจารณาจาก บุคลิกลักษณะ อุปนิสัยสภาวะด้านสุขภาพ กายและใจ ว่าสอดคล้องกับลักษณะของบุคคลธาตุเจ้าเรือนอะไร เมื่อธาตุทั้งสี่ในร่างกายสมดุล บุคคลจะไม่ค่อยเจ็บป่วย หากขาดความสมดุลมักจะเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจาก จุดอ่อน ด้านสุขภาพของแต่ละคนตามเรือนธาตุ ที่ขาดความสมดุล ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของแต่ละคนในชีวิตประจำวัน โดยใช้รสชาติของอาหาร ซึ่งมีคุณลักษณะที่เป็นยามาปรับ สมดุลของร่างกายเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยจะได้รู้ว่าคนธาตุอะไร มีจุดอ่อนด้านสุขภาพด้วยโรคอะไร และควรรับประทานอาหารอย่างไร ให้ตรงกับธาตุเจ้าเรือนของตน ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้จากอาหาร สมุนไพรประจำธาตุดังต่อไปนี้

คัมภีร์แพทย์แผนไทย

คัมภีร์ที่เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคโดยทั่วไป ได้แก่

1. คัมภีร์เวชศึกษา กล่าวถึง สาเหตุการเกิด โรคและวิธีการตรวจโรคต่างๆ
2. คัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย ซึ่งกล่าวถึงสาเหตุการเกิดโรค โดยอาศัยทฤษฎีธาตุในการวินิจฉัยและพยากรณ์โรค
3. คัมภีร์ธาตุวิภังค์ กล่าวถึง สาเหตุของโรคและ ความผิดปกติของธาตุต่างๆ และรสนาต่างๆ ที่มีรายละเอียดแตกต่างกันของรสนา
4. คัมภีร์ธาตุวิภังค์ กล่าวถึงสาเหตุการเกิดโรค โดยอาศัยปัจจัยแวดล้อมและปัจจัยภายใน รวมถึงรสนาต่างๆ

นอกจากนี้ยังมีคัมภีร์ที่กล่าวถึง สาเหตุของโรคต่างๆ

1. คัมภีร์ฉันทศาสตร์ กล่าวถึงไข้ โดยใช้ทฤษฎีธาตุ
2. คัมภีร์ตักศิลา กล่าวถึงไข้ต่างๆ

คัมภีร์ที่เกี่ยวกับโรคในช่องปากและทางเดินอาหาร ได้แก่

1. คัมภีร์ मुखโรค กล่าวถึง โรคในช่องปากคัมภีร์ธาตุบรรจบ กล่าวถึงโรคในระบบทางเดินอาหาร โดยพิจารณาจากอุจจาระและใช้ทฤษฎีธาตุ
2. คัมภีร์อุทรโรค กล่าวถึงโรคในช่องท้องและท้องเดินอาหาร
3. คัมภีร์อติสาร เช่นเดียวกับคัมภีร์อุทรโรค แต่รายละเอียดแตกต่างกัน

คัมภีร์ที่เกี่ยวกับโรคสตรีและการตั้งครรภ์ ได้แก่

1. คัมภีร์ปฐมจินดา กล่าวถึง การปฏิสนธิและการตั้งครรภ์ ลักษณะสตรีต่างๆ โรคในเด็กแรกเกิด
2. คัมภีร์มหาโชติรัตน์ กล่าวถึงโรคสตรี

คัมภีร์ที่กล่าวถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และทางเดินปัสสาวะ ได้แก่

1. คัมภีร์มูจนาปกขันทิกา

คัมภีร์ที่เกี่ยวกับโรคลม ได้แก่

1. คัมภีร์ชวคาร กล่าวถึง เกี่ยวกับโรคทางเดินปัสสาวะ หัวใจและไต ซึ่งอธิบายโดยทฤษฎีลม
2. คัมภีร์มัญชุสวาระวิเชียร อธิบายที่ตั้งและการเรียกชื่อโรคของ โรคลม

คัมภีร์ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่

1. คัมภีร์กษัย

คัมภีร์ที่เกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นที่เขื้อนผิวหนัง ได้แก่

1. คัมภีร์ทิพยมาลา เกี่ยวกับฝิภายในร่างกาย
2. คัมภีร์ไพจิตรัมหาวงศ์ กล่าวเกี่ยวกับฝิ

คัมภีร์ที่เกี่ยวกับโรคตา ได้แก่ คัมภีร์อภัยสันดา

ประวัติการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) คือ วิธีการดูแลสุขภาพของคนไทยที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีไทย มีการใช้สมุนไพรทั้งในรูปแบบอาหารและยา ใช้ในการอบ การประคบ การนวด การแพทย์แผนไทยมีการวินิจฉัยโรคเป็นแบบความเชื่อแบบไทย มีองค์ความรู้เป็นทฤษฎี โดยพื้นฐานทางพุทธศาสนาผสมกลมกลืนกับความเชื่อทางพิธีกรรม มีการเรียนการสอนและการถ่ายทอดความรู้อย่างกว้างขวางสืบทอดมายาวนานหลายพันปี นับเป็นภูมิปัญญาไทยที่น่าสนใจปัจจุบัน ได้มีการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยกันอย่างกว้างขวาง หลังจากที่การแพทย์แผนไทยถูกปล่อยปละละเลยมานานจนกลายเป็นเพียงการรักษาคนไข้แบบนอกระบบ เพราะพระราชบัญญัติการแพทย์เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งประกาศเมื่อปี พ.ศ.2479 มีผลโดยตรงทำให้การแพทย์แผนไทยเป็นสิ่งผิดกฎหมาย หมอยาไทยทั้งหมด ทั้งหมอหลวงและหมอเชลยศักดิ์ (หมอพื้นบ้าน) ต่างได้ละทิ้งอาชีพ แพทย์แผนไทยกลายเป็นหมอนอกระบบ เรียกว่า การแพทย์แผนโบราณซึ่งหมายถึง "ผู้ประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความสังเกต ความชำนาญซึ่งเป็นการบอกเล่าต่อกันมาเป็นที่ตั้งหรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณ โดยมีได้ดำเนินไปในทางวิทยาศาสตร์" การที่พระราชบัญญัติให้คำจำกัดความว่าไม่เป็นวิทยาศาสตร์นี้เอง ทำให้การแพทย์แผนไทย ไม่ได้ได้รับความสนใจมานานส่งผลให้ขาดการสนใจจากวงการการสาธารณสุขไทย ทำให้ต้องดำรงอยู่อย่างโดดเดี่ยวและขาดการสนับสนุน

ในปี พ.ศ.2494 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลปัจจุบันเสด็จพระราชดำเนินวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) ในครั้งนั้นได้ทรงปรารภว่าวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม เป็นแหล่งรวบรวมตำราแพทย์แผนไทยอยู่แล้ว ทำไมไม่จัดให้มีโรงเรียนสอนการแพทย์แผนไทยในวิชาเวชกรรม ผดุงครรภ์ หัตถเวชและเภสัชกรรม เพื่อเป็นวิทยาทานให้แก่ผู้สนใจต้องการศึกษา ทำให้คณะกรรมการวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม พร้อมด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการแพทย์แผนไทยที่ยังหลงเหลืออยู่ ได้รับสนองพระราชปรารภและจัดทำหลักสูตรโรงเรียนแพทย์แผนโบราณขึ้นในนาม โรงเรียนแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย (วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม, 2543, น.67)

ปี พ.ศ.2532 การแพทย์แผนไทยได้เข้าสู่ระบบราชการ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้ง ศูนย์การประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทยขึ้น เป็นองค์กรประสานงานการพัฒนา การแพทย์แผนไทย ต่อมาในปี พ.ศ.2536 จึงได้จัดตั้งเป็นสถาบันการแพทย์แผนไทยขึ้นอย่างไม่เป็น ทางการ เป็นหน่วยงานระดับสูงกว่ากอง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและได้รับการ รับรองฐานะอย่างเป็นทางการในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2543 ต่อมาโดยพระราชบัญญัติคุ้มครอง ส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 118 2 ก. ลงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ.2544 หน่วยงานใหม่ที่เกิดขึ้นมีชื่อว่า "สถาบันการแพทย์แผนไทย"

ท่ามกลางการพัฒนา ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า อย่างรวดเร็ว การแพทย์ แผนปัจจุบัน ได้รับการพัฒนา ให้เป็นที่พึง ของการแก้ไข ปัญหาสุขภาพของประชาชนจำนวนมาก แต่คุณประโยชน์ของการแพทย์แผนปัจจุบัน ยังมีข้อจำกัดดำรงอยู่ การแพทย์แผนปัจจุบัน มีอาจเป็น รูปแบบที่ประชาชน เข้าถึง ได้อย่างเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ระบบการแพทย์และสาธารณสุขแผน ปัจจุบัน ยังอยู่ในสถานะที่ต้องพึ่งพิง เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขและเวชภัณฑ์จาก ต่างประเทศแทบทั้งสิ้น การแพทย์แผนตะวันตกเป็นการแพทย์ที่ก่อให้เกิดพัฒนาทางด้านวัฒนธรรม ตะวันตก เมื่อนำมาใช้ประโยชน์ นอกสังคมตะวันตก ทำให้เกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า "ช่องว่างทาง วัฒนธรรม" ซึ่งจะมีความแตกต่างกัน ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับ โรค วิถีปฏิบัติ คุณค่า สัญลักษณ์ของ การสื่อสารและรูปแบบพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน แต่ก็ยังพบว่า ประชาชน ยังคงอาศัย การ ดูแลรักษา สุขภาพ แบบแผนไทย โดยอาศัยประสบการณ์ที่สืบทอดต่อๆ กันมา งานวิจัยหลายฉบับ ยืนยันว่า ความเจ็บป่วย ร้อยละ 70-80 ของจำนวนครั้ง ความเจ็บป่วย ทั้งหมด เป็นการแก้ไขปัญหา นอกกระบวน การแพทย์ ที่เป็นทางการ (วิระพล กิมศิริและคณะ, 2548, น.13)

จากการสำรวจ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายรัฐมนตรี ได้สำรวจความนิยม การใช้สมุนไพรและยาแผนโบราณ ของประชาชน ใน พ.ศ.2528 พบว่า ประชาชน ที่ใช้ยาแผน โบราณและสมุนไพร ในการรักษาโรค มีจำนวน ร้อยละ 24.6 ของประชากร ทั่วประเทศ (12 ล้านคน) และส่วนใหญ่ เป็นประชาชน นอกเขตเทศบาลและการศึกษา (สำนักงานสถิติ แห่งชาติ, 2552, น.76) ข้อมูลพฤติกรรม การแก้ไข ปัญหาสุขภาพ ระดับหมู่บ้านหลาย โครงการ พบว่า ประชาชนอาศัยหลายวิธี คือ การซื้อยาแผน ปัจจุบันและยาแผนโบราณ เพื่อรักษาความ เจ็บป่วย ด้วยตนเอง การใช้สมุนไพร การนวด การรักษากระดูก แบบดั้งเดิม การคลอดและการ ดูแลแม่และเด็ก หลังคลอด การใช้พุทธศาสนา พิธีกรรมและความเชื่อ ดูแลรักษา สุขภาพจิต

จากปรากฏการณ์ ดังกล่าว เป็นข้อยืนยันได้ ว่า การแก้ปัญห สุขภาพอนามัย เพื่อนำไปสู่ การส่งเสริมให้ประชาชน มีสุขภาพดีนั้น ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงระบบเดียว ไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ ได้อย่างครอบคลุม แต่ต้องการวิธีการที่หลากหลายในการแก้ปัญห

โดยเฉพาะระบบการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของสังคมไทย ด้วยการตระหนักถึงความสำคัญในแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 โดยระบุว่า การส่งเสริมให้ประชาชน มีสุขภาพดีนั้นจะต้องส่งเสริมให้มีการดำเนินการพัฒนาภูมิปัญญาทางการรักษาพยาบาล แบบพื้นบ้าน เช่น แพทย์แผนไทย สมุนไพรและการนวดประสาน เข้ากับระบบบริการแพทย์ปัจจุบัน

การแพทย์แผนไทย ดำรงอยู่ในฐานะการแพทย์ นอกกระบวน ขาดการสนับสนุนและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยรัฐมาเป็นเวลาร้อยปีในระยะ 10 ปี ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุข มีความพยายาม พัฒนาการแพทย์แผนไทย ทั้งระบบ โดย พ.ศ.2532 กระทรวงสาธารณสุข โดยมติเห็นชอบ ของคณะรัฐมนตรี ได้จัดตั้งศูนย์ประสานงาน การแพทย์ และเภสัชกรรมแผนไทย ขึ้นเป็นองค์การประสานงานการพัฒนารแพทย์แผนไทย สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ด้วยข้อจำกัด ด้านงบประมาณ ทำให้องค์กร ไม่อาจรองรับการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มี คำริ ในการจัดตั้ง สถาบันการแพทย์แผนไทย เป็นหน่วยงาน ระดับกอง สังกัดกรมการแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ.2536 โดยมีบทบาท เป็นศูนย์กลาง การพัฒนา การประสานงานการสนับสนุนและความร่วมมือด้านการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข

บทบาทของการแพทย์แผนไทย

บทบาทของการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย การอนุรักษ์ การแพทย์แผนไทยอันเป็นภูมิปัญญาของบรรพชนไทยและพัฒนารแพทย์แผนไทยให้มีมาตรฐานและมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของสาธารณสุขชนอันจะนำไปสู่ การพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพอนามัย ของชาติ

เป็นศูนย์กลางการรวบรวม การศึกษาวิจัยและการพัฒนา องค์ความรู้และเทคโนโลยีของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Medicine) ของนานาประเทศ ตลอดจนนำปรัชญาและหลักการของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่มาประยุกต์กับการพัฒนารแพทย์แผนไทย

พัฒนาและสนับสนุนระบบการบริการการแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยตลอดจนบูรณาการเข้าสู่ระบบสาธารณสุขของรัฐ เพื่อการส่งเสริม สุขภาพและการแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

เสริมสร้างรากฐานและพัฒนา ระบบการแพทย์แผนไทย ในด้านองค์กร โครงสร้างพื้นฐาน และการจัดการ ด้านวิชาการและข้อมูลข่าวสาร ด้านการผลิต และพัฒนากำลังคน ด้านบริการและบูรณาการแพทย์แผนไทย เข้าใน ระบบสาธารณสุข ด้านอุตสาหกรรมยาไทย (ยาแผนโบราณ) ทั้งนี้ โดยสอดคล้องกับแผนพัฒนาสาธารณสุขของชาติ

ส่งเสริมสนับสนุนและประสานความร่วมมือ ด้านวิชาการ ด้านปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย ระหว่างองค์กรภาครัฐ องค์กรพัฒนาภาคเอกชนและองค์กรภาคเอกชน

บทบาทในทศวรรษแรก

ด้านนโยบายของแผนงานการแพทย์แผนไทย งานนโยบายการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยมีภารกิจ ในการจัดทำนโยบายการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข โดยการประสานกลไกและพัฒนากระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ โดยการแสวงหาข้อมูลด้านปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญองค์ความรู้และกรอบการวิเคราะห์เชิงนโยบาย เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบหลายมิติ (Multidimensional Approach) ตลอดจนการวิจัยด้านนโยบาย (Policy Research) เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารขององค์กรสามารถกำหนดนโยบายการแพทย์แผนไทยได้อย่างสอดคล้องและเป็นธรรม

ด้านข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์การแพทย์แผนไทยงานศูนย์ข้อมูลข่าวสารการแพทย์แผนไทยประกอบด้วย ข้อมูลเพื่อการวางแผนและข้อมูลเพื่อการพัฒนาทางวิชาการและเอื้ออำนวย ต่อการใช้ประโยชน์ในสังคม สถาบันการแพทย์แผนไทยมุ่งหมายจะจัดตั้งและพัฒนาศูนย์ข้อมูลข่าวสารการแพทย์แผนไทยส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 4 แห่ง โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อ

1. รวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลและข่าวสารด้านการแพทย์แผนไทย ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก ในสังคมตะวันออกและสังคมตะวันตกมีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพและการแก้ไขปัญหา
2. เป็นแหล่งบริการข้อมูลและข่าวสารเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ให้กับบุคคลองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน
3. เป็นข้อมูลเพื่อการวางแผนและการตัดสินใจในเชิงนโยบายและการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

ด้านวิชาการการแพทย์แผนไทย งานสังคายนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย มีความมุ่งหมายที่จะพัฒนาภูมิปัญญา และเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนไทยให้ครอบคลุมสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมไทยและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ประหยัด มีประสิทธิภาพ และความปลอดภัย บทบาทสำคัญประการหนึ่ง คือ การพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยให้เป็นระบบและมีมาตรฐาน กิจกรรมสำคัญ คือ การรวบรวมองค์ความรู้การสังคายนา (การชำระสะสางและการจัดระบบให้เป็นแบบเดียวกัน การอธิบายความการเปรียบเทียบ) ปรัชญาและทฤษฎีพื้นฐานของการแพทย์แผนไทยและงานวิจัยทางวิชาการเกี่ยวกับองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย

ด้านพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย งานสนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากร การแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยมีบทบาทในการจัดทำเกณฑ์และพัฒนามาตรฐานวิชาชีพการแพทย์แผนไทยทุกประเภท โดยความร่วมมือและประสานงานระหว่างสถาบันการแพทย์แผนไทยและองค์กรภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องในการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาระบบการศึกษา การศึกษาดูงานและการศึกษาต่อเนื่องสำหรับบุคลากรการแพทย์แผนไทยและประสานงานให้มีการศึกษา ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาบุคลากรการแพทย์แผนไทย

พัฒนาและส่งเสริมระบบบริการการแพทย์แผนไทย งานสนับสนุนระบบบริการการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยมีบทบาทในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย โดยมีกิจกรรมสำคัญ คือ จัดทำเกณฑ์และพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลแผนโบราณ จัดตั้งและสนับสนุนการดำเนินงานโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นแม่แบบของการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์แผนไทยและประสานให้มีการแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย

ด้านบริหารทั่วไป สถาบันการแพทย์แผนไทยมีบทบาทในการวางแผนการจัดงานและการบริหารในการดำเนินงาน ด้านงานสารบรรณ งานการเงินและบัญชี งานการเจ้าหน้าที่ งานพัสดุ ครุภัณฑ์และงานยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับ สถาบันการแพทย์แผนไทย

สมหมาย แดงสกุลและธาดา วิมลวัตรเวที (2548, น.87) ได้วิจัยเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) หรือการแพทย์แผนโบราณ โดยอธิบายว่าเป็นความพยายามที่จะอธิบายภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งสภาวะปกติและสภาวะที่ผิดปกติ (เป็นโรค) โดยใช้ทฤษฎีความสมดุลของธาตุต่างๆ ในร่างกายเข้ามาอธิบาย ผสมผสานองค์ความรู้จากอินเดียพุทธศาสนาและองค์ความรู้ที่เราพัฒนาขึ้นมาเองโดยกระบวนการทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย บำบัดหรือป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การผดุงครรภ์การนวดไทย การเตรียมการผลิตยาแผนไทย ประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อเป็นทางเลือกของประชาชนในการรักษาสุขภาพ

สรุป การแพทย์แผนไทย หมายถึง ปรัชญา องค์ความรู้และวิถีการปฏิบัติ เพื่อการดูแลสุขภาพ การบำบัด รักษาโรคและความเจ็บป่วย ของประชาชนไทย แบบดั้งเดิม สอดคล้องกับขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมไทย และวิถีชีวิต แบบไทย วิถีการปฏิบัติ ของการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย การใช้สมุนไพร (ด้วยการต้ม การอบ การประคบ การปั้นเป็นลูกกลอน เป็นอาทิ) หัตถบำบัด การรักษากระดูก แบบดั้งเดิม การใช้พุทธศาสนา หรือพิธีกรรม เพื่อดูแลรักษาสุขภาพจิต การคลอด การดูแลสุขภาพ แบบไทยเดิมและธรรมชาติบำบัด ซึ่งได้จากการสะสมและถ่ายทอด

ประสบการณ์ อย่างเป็นระบบ โดยการบอกเล่า การสังเกต การบันทึกและการศึกษาผ่านสถาบัน การศึกษา ด้านแพทย์แผนไทย

ความหมายของแพทย์แผนไทยประยุกต์

แพทย์แผนไทยประยุกต์ คือ การแพทย์สาขาหนึ่งเกิดขึ้นจากแนวคิดของนายแพทย์ อวย เกตุสิงห์ ซึ่งต้องการพัฒนาและยกฐานะของการแพทย์แผนไทยโบราณให้มีความเป็นวิทยาศาสตร์ และมีหลักวิชาการรองรับในการอธิบาย อาจกล่าวได้ว่า แพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นบุคลากร การแพทย์สายพันธุ์ใหม่ของสังคมไทยที่ครั้งหนึ่งขององค์ความรู้จะต้องร่ำเรียนตามหลักวิชาการ ทางการแพทย์แผนตะวันตก ผสมผสานกับคัมภีร์แพทย์แผนโบราณของไทย สามารถใช้เครื่องมือ ทางการแพทย์แผนปัจจุบันได้บางอย่าง (ตามที่ข้อกำหนดกำหนด 13 รายการ) สามารถวินิจฉัยตาม หลักการแพทย์แผนปัจจุบัน เพียงแต่เมื่อถึงขั้นตอนในการรักษานั้น ต้องรักษาด้วยวิธีการการแพทย์ แผนไทย อาทิ การใช้สมุนไพร นวด อบ ประคบ นอกจากนี้ยังสามารถทำคลอดและให้การบำรุง แม่และทารก ตามแนวทางการแพทย์แผนไทยเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (สถาบันวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2550, น. 29)

การแพทย์แผนไทยประยุกต์จะต้องสอบใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์ แผนไทยประยุกต์ โดยเฉพาะเสียก่อน จึงสามารถปฏิบัติงานในโรงพยาบาล หรือให้การรักษาแก่ ผู้ป่วยได้ การสอบใบประกอบโรคศิลปะนั้น จะต้องสอบใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผน ไทยประยุกต์เท่านั้น จึงจะเป็นแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สมบูรณ์และถูกต้อง นอกจากนี้ ยังมีสิทธิ์ที่ จะสอบใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยสาขาเวชกรรมไทย เกษัตริกรรมไทยและผดุงครรภ์ การจัดการเรียนการสอนสาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ในปัจจุบัน มีมหาวิทยาลัยต่างๆ หันมาให้ความสำคัญกับการผลิตบัณฑิตในสาขาการแพทย์ แผนไทยมากขึ้น ซึ่งการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนไทยประยุกต์ นั้นมีความแตกต่างกัน ชัดเจน คือ การแพทย์แผนไทย เน้นการวินิจฉัย การรักษาและการจ่ายยา ด้วยหลักการของการแพทย์ แผนไทยและจ่ายยาด้วยสมุนไพร เพียงแต่มีข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ แบบตะวันตก ซึ่งต้องสอบใบประกอบโรคศิลปะเช่นเดียวกัน แต่ขึ้นทะเบียนกันคนละประเภทกัน โดยมหาวิทยาลัยที่เปิดสอนการแพทย์แผนไทย ได้แก่

สาขาการแพทย์แผนไทย สถาบันวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยรามคำแหง คณะ การแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ ทางเลือก (หลักสูตรแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทยมหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงราย สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช วิทยาลัยการแพทย์แผน ไทยและแพทย์ทางเลือกมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด

พิษณุโลก หลักสูตรแพทย์แผนไทย 3 ปี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน (วิทยาเขต สกลนคร) สถาบันแพทย์แผนไทยเพ็ญภา นนทบุรี สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี สำนักวิชาวิทยาศาสตร์ สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรและคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

แพทย์แผนไทยประยุกต์มีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนไทยมาช้านานนับพันปีและด้วยวิถีชีวิตที่เป็นชาวพุทธการดำเนินชีวิตตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บและตาย จึงเกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนาเป็นหลักของความรู้และแนวคิดในเรื่องของวิถีสุขภาพอันนำไปสู่หนทางในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป นอกจากนี้การแพทย์แผนไทยประยุกต์ยังเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตที่เป็นธรรมชาติ ในทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์ยังได้แนะนำในการช่วยเหลือตัวเองเมื่อมีอาการเจ็บปวด จากการใช้อิริยาบถที่ไม่ถูกต้องนานเกินไปหรือการใช้อิริยาบถหรือท่าทางที่ผิดธรรมชาติ โดยการใช้ท่าตัดต้นและได้มีการประยุกต์มาเป็นการนวดแผนไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้นการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จึงเป็นกรรมวิธีทางภูมิปัญญาเป็นนวัตกรรมทางความคิดและ อิงธรรมชาติ วิถีคนไทย (ศูนย์เครือข่ายความรู้วัฒนธรรม สถาบันศิลปะและวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยบูรพา, 2547, น.25)

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นการแพทย์แบบองค์รวมมีองค์ความรู้ ครอบคลุมการ บำบัดรักษาโรคอย่างครบถ้วน คือ รู้การเกิดของโรค รู้สาเหตุของโรคจากปัจจัยต่างๆ รู้จักโรค ทราบถึงอาการโรคและชื่อสมมติของโรคตามอาการ รู้จักยารักษาโรค ทราบถึงสรรพคุณและ วิธีปรุงยา รู้วิธีการรักษาโรค ทราบว่า วิธีการรักษาแบบใด เหมาะสำหรับโรคใดๆ (สุดสงวน คำคุณ อ่างถึงใน สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2542, น.62)

ความรู้ดังกล่าวจึงเป็นหลักปฏิบัติในการวิเคราะห์และบำบัดรักษาโรคของคนไทย ซึ่ง ก่อให้เกิดคุณค่าทางภูมิปัญญา ดังนี้

1. ครอบคลุมองค์ความรู้อย่างครบถ้วนทั้งการป้องกันโรค การวินิจฉัยและบำบัดโรค
2. มีความหลากหลายในด้านวิธีการป้องกันและรักษาโรค
3. มีศักยภาพในการเลือกสรรวัตถุดิบที่มีในธรรมชาติจากท้องถิ่นใกล้ตัวมาใช้ประโยชน์ ในการรักษาโรค
4. เป็นวิถีแห่งธรรมชาติบำบัด ก่อให้เกิดพิษน้อย อิงต่อสิ่งแวดล้อม

5. พัฒนาเพื่อระบบการพึ่งตนเอง เนื่องจากใช้วัตถุดิบจากท้องถิ่น ไม่มีเทคนิคซับซ้อนไม่สิ้นเปลือง

6. ตั้งอยู่บนพื้นฐานวัฒนธรรมไทย ความเชื่อของคนไทย ให้ผลทั้งการรักษาร่างกายและจิตใจ

ความรู้เกี่ยวกับการนวด

การนวด เป็นการรักษาความเจ็บป่วยโดยการสัมผัสอย่างมีหลักการ ระหว่างผู้ให้การรักษา (หมอนวด) และผู้รับการรักษา (ผู้ป่วย) ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อร่างกายและจิตใจ คือ ตั้งแต่ทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดลม กล้ามเนื้อผ่อนคลาย รักษาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย อาการฟกช้ำเคล็ด ชัดยอก จนกระทั่งสามารถช่วยให้สุขภาพดี จิตใจสดชื่น กระจ่างใส จิตใจผ่อนคลายได้อย่างดี การนวดทุกรูปแบบมีส่วนสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคมอีกทางหนึ่ง (สุดสงวน คำคุณ, 2542, น.62)

ความเป็นมาของการนวดแบบไทย

การนวดแบบไทยหรือการนวดแผนไทยมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคตั้งแต่อดีตมาจนถึงปัจจุบัน เป็นที่น่าเสียดายที่การนวดของไทยไม่มีผู้ให้ความสนใจเท่าที่ควร อาจเพราะสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่มีการสอนอย่างถูกระเบียบแบบแผน การเรียนต้องใช้ความอดทนอย่างมากในการฝึกปรือ ผู้ป่วยหลายรายเห็นว่าการแพทย์แผนปัจจุบันให้ผลดีกว่า รวดเร็วกว่า แท้จริงแล้วหมอนวดแผนไทยที่มีฝีมือจริงๆ ย่อมได้รับการยกย่องไม่แพ้แพทย์แผนปัจจุบัน อีกทั้งยังเป็นผู้ที่ถ่ายทอดวิชาการนวดให้แก่คนรุ่นหลังและเป็นการอนุรักษ์เอกลักษณ์ของไทยอีกด้วย จากการศึกษาทัศนคติและการยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบันในจังหวัดกาญจนบุรี ต่อการนวดแบบไทยในการแก้ปัญหาสุขภาพพบว่า อาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เกษษกรที่รายได้ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป มีผลต่อทัศนคติในเชิงลบ สำหรับการศึกษาในเรื่องการยอมรับพบว่า อาชีพแพทย์และเกษษกรมีแนวโน้มในการยอมรับการนวดแบบไทยเมื่อมีอาการปวด เคล็ด ชัดยอก น้อยกว่าอาชีพอื่น (ภัทรพล จึงสมเจตไพศาลและคณะ, 2539 อ้างถึงในสมเจตต์ พงษ์พันธ์, 2551, น.7)

สำหรับประเทศไทยการนวดมีมานานแต่ไม่ทราบแน่ชัดว่ามีมาแต่ครั้งใด การนวดแบบไทยเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายในสมัยรัชกาลที่ 5 และรัชกาลที่ 6 หมอนวดที่มีชื่อเสียงมากที่สุดในยุคนั้น ได้แก่ “หมออินทวดดา” ซึ่งเป็นหมอในราชสำนัก ท่านผู้นี้ได้ถ่ายทอดวิชาการนวดแบบราชสำนัก ให้แก่บุตรชาย คือ หมอชิต เดชพันธ์ ซึ่งหมอนวดร่วมสมัยในขณะนั้น ได้แก่ หลวงรามเดชะ หลวงราชรักษ์และพระสัมพาหะ เป็นต้น หมอนวดในยุคต่อมา ได้แก่ หมอกรุด (ไม่ทราบนามสกุล) และหมอใหญ่ สีตะวาทีน เป็นต้น

ปัจจุบันมีสถาบันสำหรับการสอนนวดแผนไทย (แบบไทย) คือ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) วัดสามพระยาและวัดปริณายก นอกจากนี้ ยังมีหมอนวดที่มีชื่อเสียงและมีฝีมือ แต่ไม่ได้ตั้งสถาบันสำหรับสอนนวดอีกหลายท่าน เช่น หมอณรงค์ศักดิ์ บุญรัตน์หรือบุญรัตน์ ซึ่งเป็นผู้ได้รับสืบทอดวิชาความรู้การนวดแบบราชสำนักจากหมอชิต เดชพันธ์และได้ถ่ายทอดความรู้ในการนวดแบบราชสำนักเพื่อใช้ในการวินิจฉัยการรักษาโรคให้แก่นักศึกษาในอายุรเวทวิทยาลัย ซึ่งเป็นสถานศึกษาที่ผลิตแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ (ศูนย์ประสานงานการแพทย์แผนไทยภาคเหนือ สถาบันการแพทย์แผนไทยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550, น.52)

ประเภทของการนวด

1. การนวดแบบทั่วไป (แบบเชลยศักดิ์) หมายถึง การนวดแบบสามัญชน มีการสืบทอดฝึกฝนแบบแผนการนวดตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งเหมาะสมมากสำหรับชาวบ้านจะนวดกันเองใช้สองมือและอวัยวะส่วนอื่นนวด โดยไม่ต้องใช้ยาปัจจุบันเป็นที่รู้จักแพร่หลายในสังคมไทย มีการเรียนการสอนนวดแบบทั่วไปตามสถาบันการศึกษา เป็นการสอนตัวต่อตัวกับครูหรือศิษย์รุ่นพี่ โดยใช้การสาธิตและฝึกปฏิบัติ เนื้อหาการเรียนการสอน เป็นการเล่าประสบการณ์ของครูและสอนกายวิภาคศาสตร์แบบโบราณ พร้อมทั้งอบรมจริยธรรม ถิ่นหลักศีลธรรมเป็นสำคัญ สำหรับการเริ่มต้นเรียนอาจไม่พร้อมกัน แต่เมื่อครบกำหนดการเรียนของศิษย์ ครูผู้สอนจะทดสอบผลการเรียนด้วยตนเอง โดยให้ศิษย์ทดลองนวดครูหากทำได้ดีถูกต้อง ครูจะออกใบรับรองให้ ถ้ายังทำไม่ดีไม่ถูกต้องก็จะให้เรียนและฝึกหัดเพิ่มเติมต่อไป

2. การนวดแบบราชสำนัก หมายถึง การนวดเพื่อถวายกษัตริย์และเจ้านายชั้นสูงของราชสำนัก การนวดแบบราชสำนักพิจารณาถึงคุณสมบัติของผู้เรียนอย่างประณีตถี่ถ้วนและการสอนมีขั้นตอนจรรยาบรรณของการนวด การนวดต้องสุภาพมาก ใช้อวัยวะได้น้อยและต้องตรงตามจุด กล่าวได้ว่าการฝึกมือและการนวดมีเอกลักษณ์เฉพาะ

การนวดแบบราชสำนักหรือการนวดอายุรเวท (แพทย์แผนไทยประยุกต์) ทำต่างๆ ที่ใช้ในการนวดจะต้องสุภาพและใช้หัวแม่มือกดลงบนร่างกายเท่านั้น เพื่อควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากเกินไปและไม่ให้ล่วงเกินต่อพระมหากษัตริย์และพระราชวงศ์ โดยมีข้อปฏิบัติในการนวดที่ค่อนข้างเคร่งครัด เช่น หมอนวดต้องเดินเข้าหาผู้รับบริการเมื่อเข้าใกล้ไม่น้อยกว่า 4 สอกจนห่างจากผู้รับบริการ 1 สอกจึงนั่งพับเพียบ มีองศามาตราส่วนของการนวดที่ไม่ประชิดตัวมากเกินไปและหน้าจะมองตรงไม่ก้มหายใจรดผู้รับบริการแต่ไม่เมยหน้ามากจนเป็นการไม่เคารพ ดังนั้นเมื่อนำมาประยุกต์ให้เข้ากับการนวดในปัจจุบัน จึงถือเป็นการพัฒนาท่านวดให้สุภาพและมักนวดด้วยนิ้วมือเท่านั้น

หมอนวดแบบราชสำนักจะไม่เริ่มนวดฝ่าเท้านอกจากจำเป็นจริงๆ มักเริ่มนวดตั้งแต่ได้เข่าลงมา หาข้อเท้าหรือจากต้นขาลงมาถึงข้อเท้า จะใช้เฉพาะมือ คือ นิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้วอื่นๆ และอุ้งมือในการนวดเท่านั้นและไม่ใช้การนวดคลึง ในขณะที่กด (นวด) แขนจะต้องเหยียดตรงเสมอ โดยจะทำการนวดผู้ป่วยซึ่งอยู่ในท่านั่ง นอนหงายหรือตะแคงเท่านั้น ไม่มีการให้ผู้ป่วยนอนคว่ำเลย นอกจากนี้การนวดแบบราชสำนักจะไม่ใช้การดึงข้อหรือส่วนใดของร่างกายด้วยกำลังแรงจุดประสงค์ในการรักษาของการนวดแบบราชสำนัก คือ ต้องการทำให้เกิดผลต่ออวัยวะและเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกๆ โดยการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและเพิ่มการทำงานของเส้นประสาท ในกรณีนี้หมอนวดจะต้องมีความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์เชิงปฏิบัติการอย่างดีพอสมควรนอกจากนี้จะต้องไม่ทำการนวดคนไข้ที่มีแพทย์เจ้าของคนไข้ข้อยู่แล้ว เพราะเป็นการก้าวก่ายกันและไม่ทำการนวดในสถานที่อื่น ๆ เช่น โรงแรม โรงน้ำชา สถานเริงรมย์ บ่อนการพนัน ฯลฯ แต่อาจไปนวดให้ผู้ป่วยได้หากมีความจำเป็น แต่นิยมมากที่สุด คือ นวดที่บ้านของหมอเอง

สำหรับการสอนการนวดไทยสายราชสำนักมี 4 ขั้นตอน คือ การนวดขั้นพื้นฐาน การกดจุด ทฤษฎีและวิธีการรักษาโรคและการใช้วิธีนวด (ศูนย์ประสานงานการแพทย์แผนไทย ภาคเหนือ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550, น.16)

ความแตกต่างของการนวดแบบทั่วไปกับการนวดแบบราชสำนัก

1. หมอนวดแบบราชสำนักต้องมีกิริยามารยาทที่เรียบร้อย เดินเข้าเข้าหาผู้ป่วยขณะทำการนวดต้องไม่ก้มหน้าหายใจรดผู้ป่วยหรือเงยหน้าจนเป็นการไม่เคารพ ส่วนหมอนวดแบบทั่วไปมิได้เพ่งเล็งถึงเรื่องเหล่านี้ แต่มีลักษณะการนวดเป็นกันเองกับผู้ป่วยมากกว่า บางคราวจึงอาจไม่ระวังตัวหรือสำรวมมากนัก
2. หมอนวดแบบราชสำนักจะไม่เริ่มนวดฝ่าเท้านอกจากจำเป็นจริงๆ มักเริ่มต้นนวดตั้งแต่หลังเท้าขึ้นไป ส่วนหมอนวดแบบทั่วไปจะเริ่มต้นนวดที่ฝ่าเท้า
3. หมอนวดแบบราชสำนักจะใช้เฉพาะมือ นิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้วอื่นในการนวดเท่านั้นและไม่ใช้การนวดคลึงในขณะที่กด (นวด) แขนจะต้องเหยียดตรงเสมอ เพื่อน้ำหนักจะได้ลงที่หัวแม่มือ ส่วนหมอนวดแบบทั่วไป มิได้คำนึงถึงท่าทางของแขนว่าจะตรงหรืองอ
4. หมอนวดแบบราชสำนักทำการนวดผู้ป่วยซึ่งอยู่ในท่านั่ง นอนหงายหรือนอนตะแคง แต่ไม่ให้ผู้ป่วยนอนคว่ำเลย แต่การนวดแบบทั่วไปมีการให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ
5. หมอนวดแบบราชสำนักไม่ใช้การดึงหรือข้อ หลังหรือส่วนใดของร่างกายด้วยกำลังแรง จะไม่มีการนวดโดยใช้เข่า ข้อศอก ฯลฯ แต่หมอนวดแบบทั่วไปไม่เว้นการปฏิบัติดังกล่าวและอาจมีหมอนวดสองคนช่วยกันนวดผู้ป่วยคนเดียวกัน

6. หมอนวดแบบราชสำนัก ต้องการทำให้เกิดผลต่ออวัยวะและเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกๆ โดยการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและเพิ่มการทำงานของเส้นประสาท ในกรณีนี้หมอนวดจะต้องมีความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์เชิงปฏิบัติอย่างพอควร สำหรับหมอนวดทั่วไปหวังผลโดยตรงจากการกดเป็นส่วนใหญ่และจากการนวดคลึงเป็นครั้งคราว การระวังจุดสำคัญตามความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์ดีพออาจเกิดอันตรายได้ เช่น การหลุดของข้อต่อกระดูก การเขี้ยวซ้ำของกล้ามเนื้อหรือเส้นเลือดฝอยแตกได้ (สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข, 2550, น.18)

วิจิตรา กุสุมภ์ (2532, อ้างถึงในสมพงษ์ สุระพัฒน์, 2551, น.92) จากการศึกษา ผลของการกดจุดและนวดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเจ็บปวดและระดับความอ่อนแอของหลังของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการกดจุดและนวดต่ำกว่าก่อนได้รับการกดจุดและนวดและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยรับประทานในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

โดแรนและนีเวลล์ (Doran and Newell, 1975, p.98) จากการศึกษา ผลของการนวดในการบำบัดรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการนวดกับการรักษาที่แตกต่างกัน 3 วิธี ในผู้ป่วยจำนวน 395 ราย ได้แก่ การนวด 98 ราย ทำกายภาพบำบัด 104 ราย ใส่เสื้อประคองหลัง 93 ราย และรับประทานยาแก้ปวด 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหายปวดหลังและอาการปวดหลังลดลงในกลุ่มที่ได้รับการนวด ร้อยละ 64 กลุ่มที่ทำกายภาพบำบัด ร้อยละ 52 กลุ่มที่ใส่เสื้อประคองหลัง ร้อยละ 43 และกลุ่มที่รับประทานยาแก้ปวด ร้อยละ 49 การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การนวดสามารถช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อที่เกิดจากการไหลเวียนเลือดไม่ดีและอาการปวดที่เกิดจากการยึดติดของพังผืดได้ค่อนข้างดี

การนวดนั้น ผู้นวดจะต้องทราบว่าการใช้แรงกดและการยืดคัดกล้ามเนื้อระดับใดต่อผู้รับการนวดแต่ละคน เนื่องจากร่างกายของแต่ละบุคคลมีความแข็งแรงและความยืดหยุ่นไม่เท่ากัน ผู้นวดจะต้องฝึกการสังเกตสภาพร่างกายของผู้รับการนวดว่าจะต้องใช้แรงกดเท่าใดและใช้เทคนิคในการนวดแบบใดที่จะไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวด บาดเจ็บหรือเกิดอันตรายต่อผู้รับบริการและผู้นวดควรหมั่นสังเกตและถามผู้รับการนวดอยู่เสมอว่ารู้สึกอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนวดเต็มแรงหรือเมื่อกกล้ามเนื้อเหยียดเต็มที่ (มณีวรรณ เจริญและเม็กซ์เจริญ, 2548, น.123)

สุดสงวน คำคุณ (2542, อ้างถึงใน เลียงศิริ มีอุดม, 2551, น.32) จากการศึกษาวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการนวดไทยในคลินิกแพทย์แผนไทย อำเภอคอยสะแก จังหวัดเชียงใหม่ การสนับสนุนจากสังคมแวดล้อมจากกลุ่มญาติ กลุ่มเพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญต่อการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมในการไปใช้บริการการนวดไทย โดยเฉพาะกลุ่ม

อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนในชุมชนมากที่สุดและเป็นตัวแทนที่เป็นสื่อกลางในการกระจายข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขให้การสนับสนุนด้านความรู้เรื่องการนวดไทยมากกว่ากลุ่มอื่น สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งอยู่ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ควรมีบทบาทแนะนำให้ความรู้เรื่องการนวดไทยแก่ประชาชนให้มากขึ้น เพราะเป็นกลุ่มที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ประชาชนมีความศรัทธาและมีความเชื่อถืออยู่แล้ว สำหรับกลุ่มญาติที่เป็นเครือข่ายทางสังคมและเป็นสถาบันหลักในการถ่ายทอดความรู้และเป็นต้นแบบในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพ ถ้าได้มีการส่งเสริมให้กลุ่มนี้มีความรู้เรื่องการนวดไทยให้มากขึ้นจะส่งผลให้มีผู้ไปใช้บริการมากขึ้นตามด้วย

สรุป การแพทย์แผนไทยเป็นการรักษาความเจ็บป่วยแบบองค์รวม เป็นทางเลือกในด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถดูแลป้องกันตัวเองได้ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้วิธีการนวด ซึ่งมีหลายวิธี เช่น การนวดเท้า การกดจุด เป็นต้น

การจัดการบริการและการจัดการเทคโนโลยี

การจัดการบริการและการจัดการเทคโนโลยี มีความเกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพราะในการให้บริการกับผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีกระบวนการต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องนับตั้งแต่การนัดหมาย ขั้นตอนการรักษา การติดตามผลการรักษา ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้มาใช้บริการเกิดความพึงพอใจในการจัดบริการ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2536, น.577, อ้างถึงใน อนงค์ เอื้อวัฒนา 2552, น.26) ได้ให้ความหมายของบริการว่า หมายถึง การปฏิบัติ รับใช้ ให้ความสะดวกต่างๆ

สุจิตรา ชานีวิทย์กรณ์และอนงค์ เอื้อวัฒนา (2542, น.26) ได้ให้ความหมายของการบริการไว้ว่า บริการหมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติอันแสดงออกในรูปของความสะดวกสบาย ความปลอดภัย คุณสมบัติที่สำคัญของบริการได้แก่ ผู้รับบริการมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการหลายๆ อย่าง บริการไม่มีบริการคงคลัง ไม่สามารถจัดเก็บ ตลอดจนขนส่งบริการได้ บริการมิได้เหมือนกันสนิทหมดทุกอย่างหรือทุกกรณีและการกำหนดมาตรฐานบริการเป็นไปอย่างยากยิ่ง

สุขุม นวลสกุล (อ้างถึงใน อนงค์ เอื้อวัฒนา, 2542, น.26) กล่าวว่า คำว่าบริการน่าจะเป็นคำที่มีคุณค่าและชวนให้ภูมิใจ เพราะคำว่าบริการนั้นหมายถึง การทำประโยชน์ให้กับคนอื่นให้คนอื่นมีความสุข ความพอใจ ซึ่งคนที่ทำก็น่าจะมีความสุขที่ตัวเองมีคุณค่าแก่คนอื่น ฉะนั้นถ้าเราตั้งอุดมการณ์ไว้ว่างานของเราคือการบริการแล้วละก็ งานที่เราทำจะเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการเสมอ ผู้ที่มีหัวใจบริการจริงๆ นั้นต้องแสวงหาความรู้รอบตัวเพื่อจะได้ใช้ความรู้นั้นมาให้บริการได้

ความเจริญรุ่งเรืองของธุรกิจหรือองค์กร ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพหรือสินค้าที่มีคุณภาพเลิศเท่านั้น การพัฒนาให้มีหัวใจบริการกับคนในองค์กรก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ละเลยไม่ได้ งานบริการคือการทำให้ลูกค้าพอใจ (Customer's Satisfaction) ลูกค้าทุกคนมีความแตกต่างกันไป ดังนั้น การบริการที่ดีทำให้ผู้รับบริการพอใจจึงจะเป็นงานที่มีคุณภาพ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า บริการ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งกิจกรรมนั้นไม่สามารถจับต้องได้

ลักษณะบริการ

สุจิตรา ชำนิวิทย์กรณ์ (2533, น.1-2, อ้างถึงในอนงค์ เอื้อวัฒนา, 2552, น.27) ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะของบริการว่า ถ้าเราอุปมาอุปไมยว่าสินค้าคือรูปธรรม บริการนั้นคือนามธรรม ด้วยสาเหตุที่ว่าบริการหมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติ (Performance) อันแสดงออกในรูปของความสะดวกสบาย ความปลอดภัย เช่น การคมนาคม การสื่อสาร การประกันภัย ซึ่งแน่นอนว่าไม่มีผู้ใดสามารถจับต้องได้ ซึ่งคุณสมบัติที่สำคัญของบริการมี 2 ประการคือ

1. ผู้ใช้บริการมักมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการหลายๆ อย่าง เช่น โรงแรมสถานเสริมความงาม โรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ให้

2. บริการไม่มีบริการคงคลัง อันเนื่องมาจากลักษณะที่จับต้องไม่ได้ดังกล่าว อาจมีหลายท่านคิดว่าบริการก็คือบริการ ไม่น่าจะมีอะไรแตกต่างกันเลยในการให้บริการเพราะหัวใจของบริการคือความพอใจของลูกค้าหรือผู้รับบริการแต่เพียงอย่างเดียว แท้จริงแล้วหาเป็นเช่นนั้นไม่ จึงควรทำความเข้าใจใหม่ ดังนี้

1. การบริการมิได้เหมือนกันสนิทหมดทุกอย่างหรือทุกกรณี ความคล้ายคลึงกันเป็นการบรรยายที่ถูกต้องกว่า ความสับสนมิได้จำกัดอยู่เพียงเท่านั้น หากยังรวมถึงการจ้างงานด้วยว่าผู้ที่ทำงานในภาคบริการล้วนแล้วแต่เป็นผู้ที่มีทักษะ มีความรู้ความสามารถสูงทั้งสิ้น

2. เนื่องจากบริการไม่สามารถจัดเก็บตลอดจนขนส่งบริการได้ จึงมีข้อจำกัดต่อขนาดของกิจการ กล่าวคือ ผู้ให้บริการจะสามารถให้บริการแก่ลูกค้าเฉพาะพื้นที่หรือเป็นแห่งๆ ไป เช่น ร้านเสริมสวย ร้านขายของชำ หรืออีกนัยหนึ่งคือ ขนาดของตลาดเป็นตัวตัดสินขนาดของกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นหรือกำลังดำเนินการอยู่ มิใช่ว่าการผลิตบริการในรูปแบบของการประหยัดต่อขนาดเป็นตัวกำหนดขนาดการให้บริการ แต่มีข้อยกเว้นสำหรับการบริการบางประเภทที่สามารถรองรับลูกค้าจากหลายๆ ที่ได้ในเวลาเดียวกัน เช่น บริษัทประกันภัย สำนักงานทนายความ เป็นต้นสถานที่ทำการของบริษัทเหล่านี้ จึงไม่จำเป็นต้องตั้งอยู่ใกล้ตัวลูกค้า หรืออยู่ศูนย์กลางธุรกิจเพื่อความสะดวกของลูกค้าเสมอไป

3. งานบริการเป็นตัวที่ไม่มีสินค้า ไม่มีการผลิต สิ่งที่ได้รับบริการจะได้คือความพึงพอใจ ความรู้สึกคุ้มค่าที่ได้มาใช้บริการ ดังนั้นคุณภาพของงานจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก

4. งานบริการเป็นงานที่ต้องการตอบสนองในทันทีที่ผู้รับบริการต้องการให้ลงมือปฏิบัติ ในทันที ดังนั้นผู้ให้บริการต้องพร้อมที่จะตอบสนองตลอดเวลา เมื่อนัดเวลาใด ก็ต้องตรงตามเวลานัด

จากความหมายของบริการข้างต้น สรุปได้ว่า บริการไม่ได้เหมือนกันทุกอย่างไม่สามารถผลิตล่วงหน้าไว้ได้ ไม่สามารถจัดเก็บหรือขนส่งได้และบริการนั้นต้องตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการในทันที

หลักการให้บริการ

กรมการปกครอง (2550, น.3-11) ได้สรุป เกี่ยวกับหลักการให้บริการไว้ว่า หลักการให้บริการที่ดีว่าหมายถึง การที่ข้าราชการ ซึ่งทำงานติดต่อกับผู้ที่มาติดต่อขอรับบริการด้วยความรวดเร็วเสมอภาคเป็นธรรมและมีอัธยาศัยต่อผู้รับบริการด้วยดี โดยมีหลักการให้บริการ ดังนี้ คือ

1. การปฏิบัติตน

1.1 การแต่งกายที่ดี เหมาะสม เป็นการเสริมสร้างบุคลิกภาพและเป็นที่ประทับใจแก่ผู้พบเห็นและติดต่อด้วย ผู้แต่งกายดีไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีรูปร่างและหน้าตาดีเสมอไป

1.2 การรักษาเวลา ต้องอุทิศเวลาในการปฏิบัติงาน ดังนี้

1.2.1 เวลามามาและกลับ ตามเวลา

1.2.2 ไม่ผิคนัด

1.3 หลีกเลี้ยงการใช้อารมณ์ การโต้แย้ง การแสดงความจุนเกี่ยวกับผู้ที่มาติดต่อ

1.4 มีมารยาทในการให้บริการผู้มาติดต่อ

2. การปฏิบัติงาน

2.1 การจัดสถานประกอบการ

2.1.1 งานบริการประชาชนควรตั้งอยู่ในส่วนล่างของอาคารและใกล้ทางเข้า-ออก เพื่อสะดวกแก่การติดต่อ

2.1.2 มีแสงสว่างเพียงพอและอากาศถ่ายเทสะดวก

2.1.3 การจัดระบบทำงานควรเป็นไปตามสายงานหรือทิศทางการดำเนินงานตามลำดับเป็นเส้นตรง ไม่ย้อนไปย้อนมา

2.1.4 การตั้งตู้เอกสารจะต้องไม่เกะกะและมีที่ว่างพอที่จะเปิดตู้ให้ได้สะดวกและควรวางชิดฝาผนังห้องไม่ควรวางปิดประตู หน้าต่าง

2.1.5 สถานประกอบการต้องสะอาด เรียบร้อย สวยงาม

2.1.6 สถานประกอบการควรมีพื้นที่กว้างขวางพอสมควรและควรจัดที่สำหรับผู้มาติดต่อพร้อมทั้งจัดที่นั่งรอ มีน้ำดื่ม ที่อ่านหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์สาธารณะ

2.1.7 ห้องน้ำสะอาด

2.2 อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้

2.2.1 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้หรือเอกสารที่ต้องใช้ร่วมกัน ควรอยู่ใกล้ชิด กันหรือที่เกี่ยวข้องกัน ใกล้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

2.2.2 ต้องเพียงพอ เบิกจ่ายใช้สะดวก

2.2.3 ควรเขียนตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์มต่างๆ ติดไว้เป็นตัวอย่างแก่ผู้มาติดต่อพร้อมปากกา

2.3 วิธีการปฏิบัติงาน

2.3.1 ศึกษาหาความรู้และเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานต่างๆ ความสามารถเป็นคุณสมบัติพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติงานขาดประสิทธิภาพ ถ้าขาดความรู้ ความสามารถ ในการทำงานในหน้าที่ ดังนั้นจึงสามารถพิจารณาเรื่องความรู้ ความสามารถนี้ได้ใน 2 ลักษณะคือ

2.3.1.1 ความรู้ความสามารถในงานในงานหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ผู้รับผิดชอบงานใดต้องหมั่นศึกษาหาความรู้งานในหน้าที่นั้นๆ

2.3.1.2 ความรู้ความเข้าใจในระบบงานและโครงสร้างการทำงานของหน่วยงาน

นอกจากยังต้องคำนึงถึงหลักการจัดบริการ ดังนี้

1. การจัดบริการ

1.1 ความสะดวกสบายในเงื่อนไขของการใช้บริการ ซึ่งจะดูความยากง่ายและความมากน้อยของเงื่อนไขที่ทำให้เกิดสิทธิในการใช้บริการหากเงื่อนไขน้อยจะมีโอกาสเกิดความพึงพอใจสูง

1.2 ความพอเพียงทั่วถึงของการให้บริการจะพิจารณาจากปริมาณของการให้บริการนั้นว่า มีความครอบคลุมพื้นที่หรือกลุ่มบุคคลต่างๆ ได้อย่างทั่วถึง

1.3 การมีคุณค่าใช้ประโยชน์ของบริการที่ได้รับจะพิจารณาผลลัพธ์ของบริการ (Out-Come of Service) ที่ถูกผลิตออกมาในขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการนั้นๆ ว่า มีการใช้สอยหรือประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ (User) มากน้อยเพียงใด

1.4 ความคุ้มค่ายุติธรรมในราคาของการบริการที่ให้ หมายถึง ความเหมาะสมหรือไม่กับราคา จำนวนค่าธรรมเนียมที่เรียกเก็บ

1.5 ความก้าวหน้าและการพัฒนาระบบบริการ เมื่อเปรียบเทียบกับอดีตที่ดี ขึ้นในเชิงปริมาณและคุณภาพมากน้อยขนาดไหน

2. ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ คือ ขั้นตอนต่างๆ ของการให้บริการที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นของกิจกรรมการบริการ (Final Work Flow) ประกอบด้วย

2.1 ความสะดวกของการติดต่อขอใช้บริการ ได้แก่ ความยากง่ายของการขอใช้บริการ

2.2 ความรวดเร็วของขั้นตอนการให้บริการ ได้แก่ ความมากน้อยของ จำนวนขั้นตอน และความรวดเร็วของการดำเนินขั้นตอนต่างๆ ที่ประหยัดเวลา

2.3 ความสม่ำเสมอต่อเนื่องของบริการที่ให้ ได้แก่ อันตรายที่เกิดจากกระบวนการให้บริการ

3. ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากร เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบใน กิจกรรมการบริการของสถานบริการนั้น

3.1 ความเอาใจใส่ในงานของเจ้าหน้าที่ หมายถึง ความสนใจและตั้งใจทำงานในหน้าที่ให้บริการ

3.2 ความเสมอภาคของการให้บริการ หมายถึง การแสดงออกต่อผู้มาใช้ บริการใน ลักษณะยิ้มแย้ม แจ่มใสหรือบึ้งตึง รวมถึงการพูดจาแบบสุภาพอ่อนโยนหรือกระด้าง หยาดคาย เป็นต้น

3.3 ความซื่อสัตย์สุจริตของผู้ให้บริการ หมายถึง ความไว้วางใจได้และตรงไปตรงมาต่อเจ้าหน้าที่ให้การบริการ โดยไม่เรียกร้องประโยชน์ใดๆ จากผู้ให้บริการ

ความหมายของความพึงพอใจ ได้มีผู้ให้คำจำกัดความ หรือความหมายของความพึงพอใจไว้ดังนี้

นอกจากนี้ ยังมีนักวิชาการอีกหลายท่านได้สรุป ความสำคัญของการบริการเพิ่มเติม ดังนี้

มิลเลท (Millet, 1954, p.111) ได้สรุปให้เห็นความสำคัญของการบริการ คือการสร้าง ความพึงพอใจในการให้บริการแก่ประชาชน มีลักษณะที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1. การให้บริการอย่างเสมอภาค (Equitable Service) หมายถึง ความยุติธรรมในการบริหารงานภาครัฐที่มีฐานว่าทุกคนเท่าเทียมกัน ดังนั้น ประชาชนทุกคนจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันในแง่ของกฎหมาย ไม่มีการแบ่งแยกกีดกันในการให้บริการ ประชาชนจะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่ใช้มาตรฐานการให้บริการเดียวกัน

2. การให้บริการ (Timely Service) หมายถึง ในการบริการจะต้องมองว่าการให้บริการสาธารณะจะต้องตรงเวลา ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐจะถือว่าไม่มีประสิทธิผลเลยถ้าไม่มีการตรงเวลา ซึ่งจะสร้างความไม่พึงพอใจให้แก่ประชาชน

3. การให้บริการอย่างพอเพียง (Ample Service) หมายถึง การให้บริการสาธารณะที่ต้องมีลักษณะมีจำนวนการให้บริการและสถานที่ให้บริการอย่างเหมาะสม (The Right Geographical Location) ความเสมอภาคหรือการตรงเวลาจะไม่มี ความหมายเลขถ้ามีจำนวนการให้บริการไม่เพียงพอและสถานที่ตั้งที่ให้บริการไม่สร้างความยุติธรรมให้เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ

4. การบริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Service) หมายถึง การให้บริการสาธารณะที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ โดยยึดประโยชน์ของสาธารณะเป็นหลักไม่ยึดความพอใจของหน่วยงานที่ให้บริการว่าจะให้หรือหยุดบริการเมื่อใดก็ได้

5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive Service) หมายถึง การให้บริการสาธารณะที่มีการปรับปรุงคุณภาพและผลการปฏิบัติงาน กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การที่มีการเพิ่มประสิทธิภาพหรือความสามารถที่จะทำหน้าที่ได้มากขึ้น โดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิม

การจัดการเทคโนโลยี

ครรรชิต มาลัยวงศ์ (2548, อ้างถึงในพงศ์ หรดาล, 2550, น.16) กล่าวว่า การจัดการเทคโนโลยีในหน่วยงานต่างๆ ล้วนใช้เทคโนโลยีด้านต่างๆ ในการดำเนินงาน เทคโนโลยีที่ใช้มากก็คือ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) เทคโนโลยีเหล่านี้เป็นทรัพยากรที่สำคัญและจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างถูกต้องและเหมาะสม มิฉะนั้นแทนที่เทคโนโลยีจะเป็นประโยชน์กลับจะเป็นภาระหรือตัวถ่วงทำให้หน่วยงานไม่สามารถปฏิบัติงานตามพันธกิจได้

การจัดการเทคโนโลยีควรใช้หลักการที่สำคัญ คือ

1. มีนโยบายในการจัดการเทคโนโลยี หน่วยงานจำเป็นต้องประกาศนโยบายด้านการจัดการเทคโนโลยีให้ชัดเจน การประกาศนโยบายนั้นหมายความถึง การเขียนนโยบายขึ้นเป็นลายลักษณ์อักษร การแจ้งให้ผู้บริหาร พนักงานและผู้เกี่ยวข้องทราบและน่านโยบายนั้นไปปฏิบัติจริง

2. มีผู้รับผิดชอบในการจัดการเทคโนโลยี การปฏิบัติงานใดๆ จะบรรลุเป้าหมายได้ต่อเมื่อมีการมอบหมายความรับผิดชอบแก่ผู้ที่มีความสามารถ นอกจากนั้นบุคคลผู้นั้นควรเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะอย่างแท้จริง ถ้าหากไม่มีความรู้และทักษะ ก็จำเป็นต้องส่งบุคคลผู้นั้น ไปฝึกอบรมทางด้านนี้

3. มีการวางแผนงาน การปฏิบัติงานใดๆ สมควรมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า เพื่อใช้เป็นแนวทางให้ผู้บริหารระดับสูงและผู้ปฏิบัติงานทราบว่าจะงานนั้นๆ จะต้องทำอะไรบ้าง ใช้ทรัพยากรมากน้อยเพียงใด และคาดหวังไว้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น

4. มีการจัดสรรทรัพยากรสำหรับการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานใดๆ ล้วนต้องใช้ทรัพยากร มากบ้างน้อยบ้าง ยกตัวอย่างเช่น งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล เครื่องมือต่างๆ ผู้บริหารระดับสูง จะต้องสนับสนุนให้ได้รับทรัพยากรอย่างพอเพียง

5. มีการจัดฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน การฝึกอบรมนั้นต้องตรงกับความต้องการของบริษัท และต้องทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานต่างๆ ของบริษัทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. มีการกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการพิจารณาว่าการดำเนินงานนั้นมีผู้ใดเกี่ยวข้อง หรือมีส่วนได้ส่วนเสียบ้าง การกำหนดนี้ก็เพื่อให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่ต้นและเพื่อให้แน่ใจว่าการดำเนินการนั้นจะได้ผลดีที่สุด

7. มีการดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนงานอย่างเหมาะสม แผนงานที่จัดทำ ขึ้นนั้นระบุกิจกรรมต่างๆ เอาไว้ กิจกรรมที่อยู่ในแผนต้องเหมาะสมกับสภาพการณ์ ไม่มีกิจกรรมที่ มากเกินไปหรือน้อยเกินไปและการดำเนินงานตามกิจกรรมนั้นจะต้องได้รับการควบคุมให้ทำไป อย่างถูกต้องด้วย

8. มีการวัดผลการดำเนินงานตามกิจกรรม การดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ต้องมีการวัดผล ตามแนวทางที่กำหนดไว้เพื่อให้แน่ใจว่า ผลการดำเนินงาน ทั้งส่วนที่เป็นปัจจัยนำเข้าและผลผลิต (Output and Outcome) ได้ผลดี

9. มีการจัดเก็บบันทึกรายละเอียดการดำเนินงานเอาไว้อย่างครบถ้วน โดยจัดทำดัชนี สำหรับให้ค้นเรื่องที่ต้องการได้อย่างถูกต้อง

10. มีการรายงานผลต่อผู้บริหารระดับสูง การรายงานผลเป็นเครื่องมือให้ผู้บริหารรับทราบ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานและเพื่อให้ผู้บริหารระดับสูงสามารถเสนอแนะแนวทางการ ดำเนินงานได้หากเกิดปัญหาใดๆ ขึ้นระหว่างการดำเนินงานตามแผน เมื่อมีการจัดการเทคโนโลยี แล้ว สิ่งที่เราคาดว่าจะได้รับก็คือ หน่วยงานจะสามารถจัดหาและใช้งานเทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม สามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีที่จัดหาได้ตามที่ตั้งใจไว้ และสามารถกำหนดการที่จะเปลี่ยน เทคโนโลยีที่ล้าสมัยให้ทันสมัยยิ่งขึ้นได้

สิ่งแวดล้อมทางเทคโนโลยี

ครุฑ ชาติวงศ์ (2548, น.10) กล่าวว่า การที่จะทำความเข้าใจเทคโนโลยีได้ดี จำเป็นต้อง เริ่มด้วยการทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมทางเทคโนโลยีก่อน ในทางทฤษฎีแล้ว เราอาจพิจารณา สิ่งแวดล้อมทางเทคโนโลยีได้เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับแรก หมายถึง สิ่งแวดล้อมทางการปฏิบัติงานขององค์กร (Task Environment) ได้แก่ ลูกค้า ซัพพลายเออร์ คู่แข่ง ธนาคาร องค์กรของรัฐ องค์กรเอกชน สมาคมทางด้านธุรกิจที่หน่วยงาน หรือบริษัทเกี่ยวข้อง

ระดับที่สอง หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่เป็นอุตสาหกรรมหรือคู่แข่ง ที่หน่วยงานหรือบริษัท จะต้องปฏิบัติงานอยู่สิ่งแวดล้อมนี้เกี่ยวข้องกับการร่วมมือ การกำหนดมาตรฐาน การจัดหาชิ้นส่วน หรือวัตถุดิบสำหรับนำมาใช้งาน การก้าวเข้าสู่อุตสาหกรรมของบริษัทใหม่ๆ การแข่งขันและกีดกันของบริษัทที่อยู่ในอุตสาหกรรมเดียวกัน สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีลักษณะแตกต่างกันไปสุดแท้แต่ อุตสาหกรรมและขณะเดียวกัน แม้จะเป็นบริษัทในอุตสาหกรรมเดียวกันก็อาจจะตกอยู่ใน สิ่งแวดล้อมที่ต่างกันได้

ระดับที่สาม หมายถึง สิ่งแวดล้อมระดับมหภาค (Macro Environment) สิ่งแวดล้อมนี้ ครอบคลุมหมดทุกด้านและอาจจำแนกออกได้อีกเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม สิ่งแวดล้อมทาง เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมทางการเมืองและสิ่งแวดล้อมทางด้านแนวโน้มเทคโนโลยี

สำหรับสิ่งแวดล้อมทางด้านแนวโน้มเทคโนโลยีนั้น หากแยกย่อยลงไปถึงประเด็นที่สำคัญ ได้แก่

1. สังคมโลกได้เปลี่ยนไป จากยุคเกษตร ไปสู่ยุคอุตสาหกรรม ยุคสารสนเทศและกำลังก้าว ไปสู่ยุคความรู้ การเปลี่ยนสังคมในแต่ละยุคเกิดขึ้นเพราะการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ ขณะเดียวกันความก้าวหน้าของสังคมในแต่ละยุคก็เป็นตัวการผลักดันให้มีการคิดค้นเทคโนโลยี และนวัตกรรมเพิ่มขึ้น

2. การศึกษาระดับต่างๆ ได้เปลี่ยนไป เช่น การศึกษาทางระดับอุดมศึกษาซึ่งแต่ก่อนเน้น การเรียนรู้และการคิดค้นทางทฤษฎี โดยเฉพาะทางด้านศิลปะศาสตร์ นิติศาสตร์ วิทยาศาสตร์และ เปลี่ยนไปเป็นการเน้นการปฏิบัติและการใช้เครื่องมือทางเทคโนโลยีมากขึ้น เช่น วิชาการทางด้าน วิศวกรรมศาสตร์และด้านเทคโนโลยี แขนงต่างๆ การเปลี่ยนแนวทางนี้ในทางหนึ่งมีส่วนส่งเสริม ให้เกิดผู้สนใจที่จะพัฒนาเทคโนโลยีและอุปกรณ์ต่างๆ มากขึ้น

3. การนำเทคโนโลยีสารสนเทศไปใช้ในกิจการต่างๆ ของหน่วยงาน ได้ทำให้เกิดการ จัดเก็บข้อมูล สารสนเทศและความรู้ต่างๆ เอาไว้อย่างมากมายมหาศาล อาจกล่าวได้ว่า ความรู้ของ มนุษย์เพิ่มพูนขึ้นเท่าตัวในเวลาเพียงสิบปี การเพิ่มพูนความรู้ ผสมผสานกับความสะดวกสบายใน การสืบค้นคือความรู้ทำให้มนุษย์สามารถคิดค้นเทคโนโลยีใหม่และประดิษฐ์อุปกรณ์ใหม่ๆ ออกมา ได้อย่างรวดเร็วมาก

4. ความจำเป็นทางการแข่งขันขององค์กรต่างๆ ทำให้แต่ละองค์กรต้องขวนขวาย พัฒนาเทคโนโลยีและอุปกรณ์ใหม่ๆ ออกมาจำหน่าย และใช้งานกันอย่างมากมาย นอกจากนั้นยัง เกิดความจำเป็นที่จะต้องรีบเร่งจัดกระบวนการให้สามารถออกแบบและผลิตสินค้าต่างๆ ได้อย่าง รวดเร็วยิ่งขึ้น อันเป็นแนวโน้มที่เรียกว่า การบีบอัดเวลา (Time Compression) ขณะเดียวกันก็มีความ พยายามที่จะพัฒนาให้อุปกรณ์ที่ผลิตนั้นทำงานได้ด้วยความเร็วสูงมากขึ้น

5. ความพยายามที่จะแข่งขันให้เหนือกว่าผู้อื่นทำให้บริษัทอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ดำเนินการทำวิจัยค้นคว้ามากขึ้น บางแห่งได้จัดตั้งห้องปฏิบัติการวิจัยของตนเองขึ้นและดำเนินการวิจัยเป็นความลับเพื่อไม่ให้คู่แข่งทราบหรือคาดคะเนถูกว่าบริษัทกำลังทำอะไร ส่วนบางแห่งใช้วิธีว่าจ้างสถาบันการศึกษาระดับสูงให้ทำวิจัยให้ การทำวิจัยนั้นถือว่าสำคัญมากต่อการพัฒนาประเทศและเสริมสร้างความเข้มแข็งในด้านการทำ ดังนั้น หน่วยงานระดับโลกที่คอยตรวจสอบความก้าวหน้าของประเทศต่างๆ จึงนิยมใช้ระดับการลงทุนในด้านการวิจัยและผลการวิจัยเป็นเครื่องชี้วัดระดับความเจริญของประเทศ

6. ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีสาขาต่างๆ ได้ทำให้เกิดการบูรณาการทางเทคโนโลยี (Technology Integration) อย่างกว้างขวาง การบูรณาการนี้หมายความว่า การที่อุปกรณ์หรือเทคโนโลยีหนึ่งสามารถทำงานร่วมกับอุปกรณ์หรือเทคโนโลยีอื่นๆ ได้อย่างไร้ตะเข็บ (Seamless) นั่นคือสามารถทำงานต่อเนื่องกันได้เป็นอย่างดี ความจำเป็นทางด้านบูรณาการนี้ได้นำไปสู่การกำหนดมาตรฐานต่างๆ ทางด้านอุตสาหกรรมออกมามากมาย ตัวอย่างที่เห็นชัดเมื่อขาดมาตรฐานก็คือปลั๊กไฟฟ้าของอุปกรณ์ในประเทศหนึ่ง ไม่สามารถใช้กับเต้าเสียบไฟฟ้าในอีกประเทศหนึ่งได้ เพราะแต่ละประเทศก็มีมาตรฐานทางด้านปลั๊กและเต้าเสียบต่างกัน

เช่นเดียวกับการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นหนึ่งเดียวของโลกที่ไม่เหมือนชาติใด เพราะเป็นการนำผู้ปัญญาที่ถ่ายทอดต่อๆ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์โลกยุคปัจจุบันได้อย่างลงตัว โดยการผสมผสานศาสตร์ที่มีมาดั้งเดิมกับการนำเทคโนโลยี เช่น เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นมาใช้ร่วมงานทั้งหลักการจัดการบริการ

นวัตกรรมทางเทคโนโลยี

นวัตกรรมทางเทคโนโลยีจัดว่าเป็นสิ่งจำเป็นในโลกปัจจุบัน เพราะนำมาซึ่งสิ่งใหม่ๆ และความหลากหลายในทุกๆ ด้าน

สมบัติ ทีฆทรัพย์ (2553, น.12) ได้ให้ความหมายของนวัตกรรมไว้ว่า หมายถึง สิ่งใหม่หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่อันเป็นผลมาจากการคิดค้นทางด้านเทคโนโลยีและอาจกล่าวได้ว่านวัตกรรมประกอบด้วย

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีซึ่งเป็นของใหม่ทั้งต่อองค์กรและต่อวงการต่างๆ
2. การเปลี่ยนแปลงที่กระจายไปสู่วงการและมีบริษัทนำไปใช้จริงแต่ถ้าหากพิจารณาองค์ประกอบของนวัตกรรมแต่ละอย่างแล้วอาจกล่าวได้ว่า ประกอบด้วย

1. ฮาร์ดแวร์หรือส่วนที่เป็นกายภาพของนวัตกรรม
2. ซอฟต์แวร์ หรือส่วนที่เป็นสารสนเทศสำหรับใช้งานนวัตกรรมนั้น

3. สารสนเทศสำหรับประเมินหรือส่วนที่เป็นสารสนเทศสำหรับใช้ในการประเมินว่าสมควรใช้นวัตกรรมนั้นหรือไม่

กระบวนการที่ทำให้เกิดนวัตกรรมมีสองอย่างด้วยกันคือ

1. ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีซึ่งส่วนมากเน้นในการตอบสนองความต้องการเฉพาะของตลาดอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นเรื่องหลัก (Market-Pull) ส่วนการพยายามเพิ่มระดับความสามารถทางด้านเทคโนโลยีเป็นเรื่องรอง

2. ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีซึ่งส่วนมากเน้นในด้านการเพิ่มระดับความสามารถทางด้านเทคโนโลยีเป็นเรื่องหลัก (Technology Push) ส่วนการสนองตอบต่อตลาดด้านใดด้านหนึ่งเป็นเรื่องรอง

ลักษณะของบริษัทซึ่งมีความสนใจทางด้านนวัตกรรมมีดังนี้

1. โครงสร้างองค์กรเหมาะสม นั่นคือการจัดโครงสร้างองค์กรเห็นได้ชัดว่ามีการส่งเสริมให้เกิดการวิจัย การทดลอง การติดตามความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี มีคณะกรรมการหรือมีตำแหน่งงานที่ทำหน้าที่บริหารจัดการทางด้านเทคโนโลยี

2. จัดทรัพยากรให้อย่างพอเพียง การลงทุนจะต้องมากพอที่จะนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนางานต่างๆ ให้ได้ผล

3. เปิดรับสารสนเทศจากภายนอก บริษัทหรือหน่วยงานจะต้องเปิดใจกว้างและยอมรับฟังสารสนเทศต่างๆ จากภายนอกอยู่เสมอ การยอมรับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ระดับองค์กร (Organizational Learning) หากหน่วยงานมีการสื่อสารกับลูกค้า พันธมิตรและผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิค ภายนอกองค์กรเป็นประจำแล้ว ก็แสดงว่าหน่วยงานนั้นสนใจในนวัตกรรมมาก

4. การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ บริษัทที่สนใจทางด้านนวัตกรรม มักจะเป็นบริษัทที่มีลักษณะการสื่อสารภายในแบบไม่เป็นทางการหรือแบบอิสระ เพราะการสื่อสารแบบนี้ช่วยส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมได้มากขึ้น

เรวัต แสงสุริยงค์ (2547, น.19) ได้ทำการศึกษาการบริการอิเล็กทรอนิกส์ ตัวแบบสำหรับการให้บริการสาธารณะของไทย พบว่า การบริการรูปแบบใหม่ภายใต้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นการให้บริการแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Service Delivery-ESD) มุ่งเน้นการให้บริการต่อประชาชน คือ ประชาชนสามารถติดต่อกับรัฐบาลได้จากทุกที่และทุกเวลา คือ เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมงการให้บริการกระทำได้จากหลายช่องทางจะใช้แบบใหม่หรือโทรศัพท์ โทรสาร ที่เป็นบริการแบบเดิม รัฐบาลให้บริการประชาชนเหมือนลูกค้า ประชาชนสามารถเข้าถึงและนำข้อมูลของรัฐจากทุกหน่วยงานไปใช้ได้จากศูนย์กลางการให้บริการของรัฐ (Government Gateway) โดยรูปแบบของการบริการอิเล็กทรอนิกส์ของรัฐบาลจำแนกได้ 4 รูปแบบ คือ รัฐบาลผู้

ประชาชน (Government to Citizen-G2C) เป็นเว็บที่บริการประชาชนซึ่งรัฐบาลได้รับผลตอบแทนในรูปแบบของรายได้เข้าหน่วยงานรัฐ เช่น การเก็บภาษี การออกไปรับรอง รูปแบบที่สอง คือ บริการของรัฐบาลสู่ธุรกิจ (Government to Business-G2B) เป็นการที่รัฐบาลจัดซื้อจัดจ้าง เป็นช่องทางให้ผู้ประกอบการทำธุรกรรมกับภาครัฐ เช่น การขายข้อมูล ออกใบอนุญาต ให้ลิขสิทธิ์ รูปแบบที่สามคือ บริการจากรัฐบาลสู่รัฐบาล (Government to Government-G2G) เป็นการประสานระหว่างหน่วยงาน (Intra and Inter Administration) และรูปแบบสุดท้าย บริการจากรัฐบาลสู่ต่างประเทศ (Government to Foreign-G2X) เป็นบริการระหว่างรัฐบาลและรัฐหรือหน่วยงานต่างประเทศ เช่น ประสานความร่วมมือในการลงทุน การท่องเที่ยว หลักการดังกล่าวนี้ สามารถนำมาปรับใช้กับการจัดบริการในส่วนของการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยเริ่มจากการให้บริการแบบอิเล็กทรอนิกส์ ด้านการติดต่อที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง และการเชื่อมโยงเครือข่าย เป็นต้น

สรุปว่า การจัดการเทคโนโลยีมีความสำคัญมากขึ้นทุกขณะหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน จำเป็นต้องวางแนวทางในการจัดการเทคโนโลยีของหน่วยงานอย่างรอบคอบและจะต้องแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในด้านการจัดการเทคโนโลยีขึ้น ผู้บริหารเทคโนโลยีจะต้องได้รับการฝึกอบรมให้เข้าใจงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเทคโนโลยี เข้าใจลักษณะและธรรมชาติของการนำเทคโนโลยีมาใช้ในองค์กร เข้าใจผลกระทบของเทคโนโลยีที่มีต่อการปฏิบัติงานและการสร้างหน่วยงานให้มีความเข้มแข็ง สามารถแข่งขันในตลาดหรือในสังคมได้ทุกด้าน ในส่วนของการจัดบริการและการจัดการเทคโนโลยี เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ จึงเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านระบบบริการ กระบวนการให้บริการ พฤติกรรมผู้ให้บริการ การบริการ โดยรวม ประสิทธิภาพการรักษา และด้านสิ่งแวดล้อม จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นในทุกด้าน สามารถนำการจัดบริการและการจัดการเทคโนโลยีมาใช้ได้ เช่น ความสะดวกในการเข้ารับบริการ การติดต่อขอรับบริการ การตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว กรณีที่นำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการสื่อสาร การนัดหมาย การหาสาเหตุของโรค การวางแผนและวิธีการรักษา เป็นต้น

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพบริการและความพึงพอใจ

ความหมายของคุณภาพการให้บริการ

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพบริการและความพึงพอใจจัดว่าเป็นหัวใจของการดำเนินธุรกิจในทุกรูปแบบ นักการศึกษาหลายท่านได้นิยามและให้ความหมายไว้ดังนี้

ลิวิสและบลูม (Lewis, and Bloom, 1983, p.46) ได้ให้คำนิยามของคุณภาพการให้บริการว่าเป็นสิ่งที่ชี้วัดถึงระดับของการบริการที่ส่งมอบ โดยผู้ให้บริการต่อลูกค้าหรือผู้รับบริการว่า

สอดคล้องกับความต้องการของเขาได้ดีเพียงใด การส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ (Delivering Service Quality) จึงหมายถึง การตอบสนองต่อผู้รับบริการบนพื้นฐานความคาดหวังของผู้รับบริการ

กรอนรูส (Gronroos, 1982; 1990, p.17) ได้ให้ความหมายของคุณภาพการให้บริการว่า จำแนกได้ 2 ลักษณะ คือ คุณภาพเชิงเทคนิค (Technical Quality) อันเกี่ยวกับผลลัพธ์หรือสิ่งที่ผู้รับบริการได้รับจากบริการนั้น โดยสามารถที่จะวัดได้เมื่อมีการประเมินได้คุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Product Quality) ส่วนคุณภาพเชิงหน้าที่ (Functional Quality) เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของการประเมินนั่นเอง

ครอสบี้ (Crosby, 1988, p.15) กล่าวว่าไว้ว่า คุณภาพการให้บริการหรือ “Service Quality” นั้น เป็นแนวคิดที่ถือหลักการการดำเนินงานบริการที่ปราศจากข้อบกพร่องและตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้บริการและสามารถที่จะทราบความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการได้ด้วย

คุณภาพการให้บริการ เป็นมโนทัศน์และปฏิบัติการในการประเมินของผู้รับบริการโดยทำการเปรียบเทียบระหว่างการบริการที่คาดหวัง (Expectation Service) กับการบริการที่รับรู้จริง (Perception Service) จากผู้ให้บริการ ซึ่งหากผู้ให้บริการสามารถให้บริการที่สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้รับบริการหรือสร้างการบริการที่มีระดับสูงกว่าที่ผู้รับบริการได้คาดหวังจะส่งผลให้การบริการดังกล่าวเกิดคุณภาพการให้บริการซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับเป็นอย่างมาก (Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1988, p.42; 1990, p.18; Fitzsimmons and Fitzsimmons, 2004, p.78 cited in Napaporn Khantanapha, 2000 ; Kotler and Anderson, 1987, p.102) พาราซูรามาน ซีแธมล์และเบอริร์ (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985, p.194) ได้ชี้ให้เห็นด้วยว่า คุณภาพการให้บริการเป็นการให้บริการที่มากกว่าหรือตรงกับ ความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเรื่องของการประเมินหรือการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นเลิศของการบริการในลักษณะของภาพรวม ในมิติของการรับรู้ ผลการศึกษาวิจัยของนักวิชาการกลุ่มนี้ ช่วยให้เห็นว่า การประเมินคุณภาพการให้บริการตามการรับรู้ของผู้บริโภค เป็นไปในรูปแบบของการเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อบริการที่คาดหวังและการบริการตามที่ได้รับว่า มีความสอดคล้องกันเพียงไร ข้อสรุปที่น่าสนใจประการหนึ่งก็คือ การให้บริการที่มีคุณภาพนั้น หมายถึง การให้บริการที่สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการหรือผู้บริโภคอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ความพึงพอใจต่อการบริการ จึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการทำให้เป็นไปตามความคาดหวังหรือการไม่เป็นไปตามความคาดหวัง (Confirm or Disconfirm Expectation) ของผู้บริโภค นั่นเอง

ตามแนวคิดของบัซเซลและเกลล์ (Buzzell and Gale, 1987, p.70) คุณภาพการให้บริการ เป็นเรื่องที่ได้รับ ความสนใจและมีการให้ความสำคัญอย่างมากดังที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น มีผลงานวิจัย

ที่ค้นคว้าพฤติกรรมของผู้บริโภคและผลของความคาดหวังของผู้บริโภคซึ่งพบว่า คุณภาพการให้บริการเป็นสิ่งที่ซับซ้อนขึ้นอยู่กับการมองหรือทัศนะของผู้บริโภคที่เราเรียกกันทั่วไปว่า ลูกค้ำ

แนวคิดและคำอธิบายเรื่องคุณภาพการให้บริการที่น่าสนใจเห็นจะได้แก่ มุมมองจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในสาขาความคาดหวังของลูกค้า (Expert in The Field of Customer Expectation) คือซีแธมล์ พาราชูรามานและเบอร์รี่ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry, 1999, p.19) ความแนวคิดของนักวิชาการกลุ่มนี้ คุณภาพการให้บริการ เป็นการประเมินของผู้บริโภคเกี่ยวกับความเป็นเลิศหรือความเหนือกว่าของบริการ นักวิชาการทั้งสามท่านดังกล่าว นับได้ว่าเป็นหนึ่งในคณะนักวิชาการที่สนใจทำการศึกษา เรื่อง คุณภาพในการให้บริการ และการจัดการคุณภาพในการให้บริการขององค์กรอย่างจริงจังมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983 สิ่งที่ ซีแธมล์ พาราชูรามานและเบอร์รี่ ให้ความสำคัญในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพในการให้บริการนั้น เป็นการมุ่งตอบคำถามสำคัญ 3 ข้อ ประกอบด้วย (1) คุณภาพในการให้บริการคืออะไร (What is service quality) (2) อะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาคุณภาพในการให้บริการ (What causes service-quality Problems) และ (3) องค์กรสามารถแก้ปัญหาคคุณภาพในการให้บริการที่เกิดได้อย่างไร (What can organizations do to solve these problems)

นักวิชาการที่กล่าวถึงความหมายของคุณภาพการให้บริการที่น่าสนใจอีกกลุ่มหนึ่งได้แก่ บิทเนอร์และฮับเบิร์ท (Bitner and Hubbert, 1994 cited in Lovelock, 1996, p.182) ซึ่งเสนอความเห็นไว้ว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นความประทับใจในภาพรวมของลูกค้าผู้รับบริการ อันมีต่อความเป็นเลิศขององค์กรและบริการที่องค์กรจัดให้มี ขณะที่ไวท์และเอเบล (White and Abel, 1995, p.37 Cited in Lovelock, 1996, p.38) ได้ให้นิยามคำดังกล่าวว่าเป็นการวินิจฉัยของผู้รับบริการเกี่ยวกับความสามารถในการเติมเต็มงานการให้บริการของหน่วยงานที่ให้บริการ บริการเช่นนี้ ไวท์และเอเบล เสนอแนวคิดที่แตกต่างไปจากสินค้า (Goods) กล่าวคือ สินค้าเป็นสิ่งที่จับต้องได้ มีความคงทนสูงและโดยทั่วไปผลิตขึ้นตามมาตรฐานที่แน่นอน ในขณะที่บริการเป็นเรื่องที่มีความผันแปรมากกว่าสินค้าแม้จะมีลักษณะที่ตอบสนองผู้บริโภคเช่นเดียวกับสินค้าก็ตามโดยทั่วไปแล้วบริการมีคุณลักษณะสำคัญที่จับต้องไม่ได้ มีความหลากหลายและไม่สามารถแบ่งแยกได้จากการผลิตและการบริโภค (Inseparability of Production and Consumption)

ชเมนเนอร์ (Schmenner, 1995, p.76) ได้กล่าวถึงคุณภาพการให้บริการไว้ว่า คุณภาพการให้บริการได้มาจากการรับรู้ที่ได้รับจริงลบด้วยความคาดหวังที่คาดว่าจะได้รับจากบริการนั้น หากการรับรู้ในบริการที่ได้รับมีน้อยกว่าความคาดหวัง ก็จะทำให้ผู้รับบริการมองคุณภาพการให้บริการนั้นติดลบหรือรับรู้ว่าการบริการนั้นไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ตรงกันข้าม หากผู้รับบริการรับรู้ว่าการบริการที่ได้รับจริงนั้นมากกว่าสิ่งที่เขาคาดหวัง คุณภาพการให้บริการ ก็จะเป็นบวก หรือมี

คุณภาพในการบริการนั่นเอง ในประเด็นเดียวกันนี้ เลิฟล็อก (Lovelock, 1996, p.39) มองคุณภาพการให้บริการว่ามีความหมายอย่างกว้างๆ เป็นแนวความคิดเกี่ยวกับเรื่องของสินค้าหรือบริการที่ลูกค้าที่มีศักยภาพในการซื้อหา สามารถและอาจจะทำการประเมินก่อนที่จะจะเลือกบริโภคสินค้าหรือบริการนั้น

ซีเนลดิน (Zineldin, 1996, p.130) เสนอความเห็นไว้ว่า คุณภาพการให้บริการเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการในด้านของคุณภาพภายหลังจากที่เขาได้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการนั้นๆ และมีความต้องการที่จะใช้บริการนั้น รวมทั้งการที่ได้ทำการประเมินและเลือกที่จะใช้บริการ

วิเชอร์และคอร์เนย์ (Wisher and Corney, 2001, p.180) กล่าวว่า คุณภาพการให้บริการมีแนวการศึกษาที่สำคัญคือการวิเคราะห์ที่เรียกว่า เซอร์คิวล (Servqual) ทั้งนี้ นักวิชาการทั้งสองท่านเสนอว่าคุณภาพการให้บริการ เป็นการตัดสินใจวินิจฉัยเกี่ยวกับความเลิศของบริการ (Superiority of the Service)

ในทัศนะของนักวิชาการไทย เช่น วิรพงษ์ เฉลิมจิรรัตน์ (2553, น.15) คุณภาพการให้บริการ คือความสอดคล้องกันของความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ หรือระดับของความสามารถในการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการอันทำให้ลูกค้าหรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากบริการที่เขาได้รับ ส่วนสมวงศ์ พงศ์สถาพร (2550, น.6) เสนอความเห็นไว้ว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นทัศนคติที่ผู้รับบริการสะสมข้อมูลความคาดหวังไว้ว่าจะได้รับจากบริการ ซึ่งหากอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Tolerance Zone) ผู้รับบริการก็จะมี ความพึงพอใจในการให้บริการ ซึ่งจะมีระดับแตกต่างกันออกไปตามความคาดหวังของแต่ละบุคคลและ ความพึงพอใจนี้เอง เป็นผลมาจากการประเมินผลที่ได้รับจากบริการนั้น ณ ระยะเวลาหนึ่ง

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ (Service Quality)

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ เป็นสิ่งสำคัญหนึ่งในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจการให้บริการ คือ การรักษาระดับการให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่ง โดยเสนอคุณภาพการให้บริการตามลูกค้าคาดหวังไว้ ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการที่ลูกค้าต้องการจะได้จากประสบการณ์ในอดีตจากการพูด ปากต่อปาก จากการโฆษณาของธุรกิจให้บริการ ลูกค้าจะพอใจถ้าเขาได้รับในสิ่งที่เขาต้องการ เมื่อเขามีความต้องการ ในรูปแบบที่ต้องการ ดังนั้น จึงต้องคำนึงถึงคุณภาพของการให้บริการซึ่งการบริการที่ประสบความสำเร็จจะต้องประกอบด้วย คุณสมบัติสำคัญต่างๆ เหล่านี้ คือ ประการแรก ความเชื่อถือได้ อันประกอบด้วย ความสม่ำเสมอ ความพึงพอใจ ประการที่สอง การตอบสนอง ประกอบด้วย ความเต็มใจที่จะให้บริการ ความพร้อมที่จะให้บริการ และการอุทิศเวลา มีการติดต่ออย่างต่อเนื่องปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการเป็นอย่างดี ประการที่สาม

ความสามารถ ประกอบด้วยความสามารถในการให้บริการ สามารถในการสื่อสาร สามารถในความรู้ วิชาการที่จะให้บริการ ประการที่สี่ การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย ผู้ให้บริการเข้าใช้หรือรับบริการ ได้สะดวก ระเบียบขั้นตอนไม่ควรมากมายซับซ้อนเกินไป ผู้ให้บริการใช้เวลารอคอยน้อย เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่สะดวกสำหรับผู้ให้บริการ อยู่ในสถานที่ที่ผู้ให้บริการติดต่อได้สะดวก ประการที่ห้า ความสุภาพอ่อนโยน ประกอบด้วยการแสดงความสุขภาพต่อผู้ให้บริการ ให้การต้อนรับที่เหมาะสม ผู้ให้บริการมีบุคลิกภาพดี ประการที่หก การสื่อสาร ประกอบด้วย มีการสื่อสารชี้แจง ขอบเขตและลักษณะงานบริการ มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ ประการที่เจ็ด ความซื่อสัตย์ คุณภาพของงานบริการมีความเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ ประการที่แปด ความมั่นคง ประกอบด้วยความปลอดภัยทางกายภาพ เช่นเครื่องมือ อุปกรณ์ ประการที่เก้า ความเข้าใจ ประกอบด้วย การเรียนรู้ ผู้ให้บริการ การให้คำแนะนำและเอาใจใส่ผู้ให้บริการ การให้ความสนใจต่อผู้ให้บริการและ ประการสุดท้าย การสร้างสิ่งที่ยั่งยืนได้ ประกอบด้วย การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ ให้พร้อมสำหรับ ให้บริการ การเตรียมอุปกรณ์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ให้บริการ การจัดสถานที่ให้บริการ สวยงาม สะอาด โดยคุณภาพการให้บริการเป็นแนวคิดในการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่

สรุปว่า คุณภาพการให้บริการ (Service Quality) หมายถึง ความสามารถในการตอบสนอง ความต้องการของธุรกิจให้บริการ คุณภาพของบริการเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะสร้างความแตกต่าง ของธุรกิจให้เหนือกว่าคู่แข่งได้ การเสนอคุณภาพการให้บริการที่ตรงกับความต้องการของ ผู้รับบริการเป็นสิ่งที่จะต้องกระทำ ผู้รับบริการจะพอใจถ้าได้รับสิ่งที่ต้องการ เมื่อผู้รับบริการมีความ ต้องการ ณ สถานที่ที่ผู้รับบริการต้องการ และในรูปแบบที่ต้องการ

แนวคิดเกี่ยวกับผลิตภาพในการให้บริการ (Service Productivity)

ผลิตภาพในการให้บริการ ในการเพิ่มผลิตภาพของการให้บริการสามารถทำได้หลายวิธี คือ การให้พนักงานทำงานมากขึ้น หรือมีความชำนาญสูงขึ้น โดยจ่ายค่าจ้างเท่าเดิม เพิ่มปริมาณการ ให้บริการ โดยยอมสูญเสียคุณภาพบางส่วนลง เช่น หมอตรวจคนไข้มีจำนวนมากขึ้น โดยลดเวลาที่ใช้ สำหรับแต่ละรายลงเปลี่ยนบริการนี้ให้เป็นแบบอุตสาหกรรมโดยเพิ่มเครื่องมือเข้ามาช่วย และสร้าง มาตรฐานการให้บริการ เช่น บริการขายอาหารแบบเร่งด่วนและบริการตนเอง การให้บริการที่ไป ลดการใช้บริการหรือสินค้าอื่นๆ เช่นบริการซักรีดเป็นการลดบริการจ้างคนใช้หรือการใช้เตารีดการ ออกแบบบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น เช่น ชมรมวิ่งจ็อกกิ้งจะช่วยลดการใช้บริการการรักษาพยาบาล ลงการให้สิ่งจูงใจลูกค้า ให้ใช้แรงงานของเขาแทนแรงงานของบริษัท เช่น ร้านอาหารแบบให้ ลูกค้าช่วยตัวเองธุรกิจที่ให้บริการที่ต้องการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการต้องระมัดระวังไม่ให้ เกิดภาพพจน์ ในแง่การลดคุณภาพของบริการ รวมทั้งรักษาระดับความพึงพอใจของลูกค้า

วเรช จันทรศร (2544, น.90) ได้ศึกษาและเสนอ การพัฒนาต้นแบบการบริการสาธารณะที่เป็นเลิศ กรณีศึกษาจากต่างประเทศ การปรับปรุงบริการสาธารณะให้มีคุณภาพ ต้องให้ความสำคัญกับการนำเสนอวิธีการบริการคุณภาพโดยเน้นผลผลิตตรงตามความต้องการของหน่วยงาน การให้ความมั่นใจว่า มีการแก้ไข ปรับปรุงที่เหมาะสม หากมีสิ่งผิดพลาดต้องแก้ไข ชี้แจง ขอโทษและการมุ่งให้ความสำคัญแก่ลูกค้า โดยจัดทำมาตรฐานการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการแต่ละคน กลุ่ม จัดหาข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงสมบูรณ์จัดให้มีทางเลือกในการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาเพื่อประเมินผลด้านการปรับปรุงการให้บริการและผู้ใช้บริการสามารถให้การเสนอแนะได้

ฮอฟแมนและบาร์นสัน (Hoffman and Bateson, 2006, p.92) สรุปเกี่ยวกับการบริการว่าการบริการเป็นกิจกรรม ผลประโยชน์หรือความพึงพอใจที่สนองความต้องการของผู้มารับบริการ โดยต้องสร้างระบบการบริการที่มีคุณภาพซึ่งต้องคำนึงถึงองค์ประกอบหลักคือ ต้องรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ให้บริการที่น่าเชื่อถือไว้วางใจบริการที่เป็นไปตามที่ให้ความสำคัญหรือตามที่เสนอไว้ รูปแบบการให้บริการที่หลากหลายจะต้องไม่ลดคุณภาพบริการหลักที่มีอยู่เดิม การให้บริการต้องมีการปรับปรุงได้ดีขึ้น เสนอบริการที่เกินความคาดหมายแก่ผู้รับบริการ ทีมงานต้องพร้อมเสมอให้มีการวิจัยเกี่ยวกับการให้บริการของเจ้าหน้าที่และรูปแบบการบริการต้องมีรูปแบบที่พิเศษอยู่ในระดับเป็นผู้นำในบริการนั้นๆ ดังนั้น การให้บริการจึงควรคำนึงถึงหลักการสำคัญ ดังนี้ คือ

1. หลักความสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลส่วนใหญ่ กล่าวคือ ประโยชน์หรือบริการที่องค์การจัดให้ นั้น จะต้องตอบสนองความต้องการของบุคคลส่วนใหญ่มิใช่เป็นการจัดให้แก่บุคคลกลุ่มหนึ่งกลุ่มใดโดยเฉพาะ มิฉะนั้นแล้วนอกจากจะไม่เกิดประโยชน์สูงสุดในการเอื้ออำนวยประโยชน์และบริการแล้วยังไม่คุ้มค่ากับการดำเนินงานนั้นๆ ด้วย

2. หลักความสม่ำเสมอ กล่าวคือ การให้บริการนั้น จะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่ใช่ทำๆ หยุดๆ ตามความพอใจของผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงาน

3. หลักความเสมอภาค กล่าวคือ บริการที่จัดนั้น จะต้องให้แก่ผู้มาใช้บริการทุกคนอย่างเสมอหน้าและเท่าเทียมกัน ไม่มีการใช้สิทธิพิเศษแก่บุคคลหรือกลุ่มใดในลักษณะแตกต่างจากกลุ่มใดในลักษณะแตกต่างจากกลุ่มคนอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัดเจน

4. หลักความประหยัด กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการให้บริการจะต้องไม่มากจนเกินกว่าผลที่จะได้รับ

5. หลักความสะดวก กล่าวคือ บริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะปฏิบัติได้ง่ายสะดวกสบาย สิ้นเปลืองทรัพยากรไม่มากนัก ทั้งยังไม่เป็นการสร้างภาวะยุ่งยากใจให้แก่ให้บริการ หรือผู้มาใช้บริการมากจนเกินไป โดยให้เอกชนมาร่วมดำเนินการแทนงาน

บางอย่างที่มีช่างานหลัก เน้นลูกค้าหรือผู้รับบริการ มีการกระจายอำนาจ สนับสนุนให้หน่วยงานที่มีใช้ภาครัฐ มีบทบาทมากขึ้น (Rhodes, 1996, p.78)

ทฤษฎีของคุณภาพการให้บริการ

ในแง่แนวคิดทางวิชาการ แนวคิดพื้นฐาน (Basic Concept) ในเรื่องคุณภาพการให้บริการ ประกอบไปด้วย 3 แนวคิดหลัก คือ แนวคิดความพึงพอใจของลูกค้า (Customer Satisfaction) คุณภาพการให้บริการ (Service Quality) และคุณค่าของลูกค้า (Customer Value) (Cronin, and Taylor, 1992; Oliver, 1993; Zithaml, Parasuraman, and Berry, 1988, p.117) ตามแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว ความพึงพอใจของลูกค้าต่อบริการ เป็นพฤติกรรมเชิงจิตวิทยาที่บุคคลมีต่อบริการที่ได้รับหรือเกิดขึ้น (Oliver, 1993, p.72)

ส่วนแนวคิดพื้นฐานเรื่องคุณภาพการให้บริการ เป็นแนวคิดที่ได้รับการเสนอไว้โดยโครนินและเทเลอร์ (Cronin and Taylor, 1992, p.66) ในทัศนะของนักวิชาการทั้งสองท่าน ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เป็นเรื่องของ การเปรียบเทียบประสบการณ์ของผู้รับบริการที่ได้รับบริการ กับความคาดหวังที่ผู้รับบริการนั้นมีในช่วงเวลาที่มารับบริการและเป็นสิ่งที่ช่วยให้สามารถวัดคุณภาพการให้บริการได้ ส่วนคุณภาพการให้บริการในมุมมองเชิงการตลาด คอร์ดับพ์เลสกี รัสท์และซาร์ฮอริก (Cordupleski, Rust, and Zahorik, 1993, p.210) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นส่วนขยายของบริการ กระบวนการบริการ และองค์กรที่ให้บริการ ที่สามารถตอบสนองหรือทำให้เกิดความพึงพอใจในความคาดหวังของบุคคล แนวคิดพื้นฐานที่มองคุณภาพการให้บริการผ่านกรอบการมองด้านความพึงพอใจต่อการให้บริการนี้ ได้รับการสนับสนุนจากนักวิชาการอีกท่านหนึ่งคือบิทเนอร์ (Bitner, 1992, p.49) ซึ่งอธิบายจากผลงานวิจัยที่ได้เคยทำการศึกษาไว้ว่า คุณภาพการให้บริการสามารถวัดโดยผ่านความพึงพอใจของผู้รับบริการได้

จากแนวคิดข้างต้น ก่อให้เกิดกรอบการพิจารณาตัวแบบการศึกษาคุณภาพการให้บริการ จากแนวคิดพื้นฐาน 3 แนวคิดดังกล่าวได้ในสองนัยยะ กล่าวคือ นัยยะแรก คุณภาพการให้บริการสามารถพิจารณาได้จากทั้งองค์ประกอบ หรืออย่างน้อย 2 องค์ประกอบรวมกันและคุณภาพการให้บริการ พิจารณาได้จากตัวชี้วัดซึ่งพัฒนาจากแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งเป็นหลัก เช่น แนวคิดพื้นฐานเรื่องคุณภาพการให้บริการ (Service Quality) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้เขียนพบว่า นักวิจัยส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญทำการศึกษาค้นคว้าคุณภาพการให้บริการจากแนวคิดพื้นฐานสองแนวคิดหลัก คือ แนวคิดความพึงพอใจของลูกค้าและแนวคิดคุณภาพการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยแนวคิดแรกมุ่งวัดความพึงพอใจในมิติต่างๆ ส่วนแนวคิดที่สองวัดคุณภาพการให้บริการตามตัวแบบเซอร์ควอล (Servqual) ที่เสนอโดยซีแทมส์ พาราซุรามานและคณะ

คำถามที่มักเกิดขึ้นต่อมาก็คือ เราจะใช้การวัดความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้รับบริการที่มีต่อการบริการหรือจะวัดจากคุณภาพการให้บริการคำตอบก็คือ วัดโดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานใดก็ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่สำคัญคือ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการวัด โดยเฉพาะในประเด็นความต้องการนำข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินไปใช้ประโยชน์ เพียงแต่แนวคิดทฤษฎีและข้อสรุปทั่วไปจากการวิจัยเท่าที่ปรากฏ นั้นจะยอมรับวิธีการวัดคุณภาพการให้บริการในกรอบการมองเรื่องคุณภาพการให้บริการมากกว่ากรอบการมองด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ

คุณภาพ สามารถพิจารณาได้จากหลายมุมมองและสาขาความรู้ หลากลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม การตลาด จิตวิทยาและการวิจัยการดำเนินการ (Khantanapha, 2000, p.8) โดยจากมุมมองของบอร์น (Born, 1994, p.88) คุณภาพเป็นเรื่องทางเทคนิคที่ปัจจุบันได้รับความสำคัญอย่างยิ่งจากผู้บริหารระดับสูง (Top Management Agenda) และเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานของการสร้างสมรรถนะการจัดการและการแข่งขันให้กับองค์กร และได้รับความสนใจอย่างเห็นได้ชัดในช่วงหลายคริสต์ทศวรรษที่ผ่านมา แต่ในมุมมองเชิงปรัชญา (Philosophical View) คุณภาพเป็นคุณลักษณะแห่งความคิดและบรรดาถ้อยแถลงที่เชื่อมั่นว่าจะก่อให้เกิดผลดังที่คาดไว้ (Pirsig, 1974, cited in Khantanapha, 2000, p.8) ความเป็นนามธรรมของคุณภาพนี้ ทำให้เรายากที่จะให้คำนิยามความหมายของคุณภาพได้ เนื่องจากคุณภาพมักเป็นคำที่จะต้องพิจารณาในเชิงสัมพันธ์กับตัวของมันเอง

นักวิชาการที่มีชื่อเสียงซึ่งได้ให้ความหมายของคุณภาพที่ได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลายได้แก่ โจเซฟ จูแรน (Joseph Juran, p.102) ปรมาจารย์ด้านการบริหารงานคุณภาพ ผู้เสนอแนวคิดระบบการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management-TQM) อดีตศาสตราจารย์แห่งสถาบันเทคโนโลยีแห่งแมสซาชูเซตส์ (MIT) ได้เสนอไว้ว่า คุณภาพก็คือความเหมาะสมพอดีในการใช้และเป็นส่วนขยายในความสำเร็จของผลิตภัณฑ์ (สินค้าหรือบริการ) ในการตอบสนองต่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการใช้งานตลอดระยะเวลาที่ใช้สินค้าหรือบริการนั้น ส่วนครอสบี้ (Crosby, 1982, p.11) ให้ความหมายอย่างกระชับไว้ว่า เป็นการตอบสนองต่อความต้องการ (Conformance to Requirement) ในขณะที่ซีแทมล์ พาราชูรามานและเบอร์รี่ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry, 1990, p.5) เสนอว่า คุณภาพเป็นสิ่งที่เกิดจากความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการที่มีต่อบริการนั้น กล่าวโดยสรุปได้ว่า คุณภาพก็คือผลิตภัณฑ์บริการที่ดีที่สุด โดยมีคุณค่าและมีความเหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการ ซึ่งเกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ในการให้บริการ/ผลิตภัณฑ์ หากผู้รับบริการได้รับการบริการเป็นไปตามที่คาดหวัง กล่าวได้ว่า การบริการมีคุณภาพ (Juran and Gryna, 1998 ; Hutchins, 1985,

p.165 ; Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1990, p.16) คุณภาพจึงเป็นการเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังของลูกค้าในผลิตภัณฑ์หรือบริการ กับการรับรู้ที่แท้จริงที่มี โดยหากลูกค้าหรือผู้รับบริการเห็นว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการเหล่านั้นเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในและตรงตามที่คาดหวัง ก็ถือได้ว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการดังกล่าวมีคุณภาพนั่นเอง และคุณภาพการให้บริการนี้ จากทัศนะของ รอส โกทซ์และเดวิส (Ross, Goetsch and Davis, 1997, p.11-13) ก็จัดว่าเป็นกรอบการมองเรื่องคุณภาพกรอบหนึ่ง พร้อมอธิบายว่า คุณภาพการให้บริการเป็นการควบคุมเพื่อให้เกิดคุณภาพการให้บริการ มีความแตกต่างจากคุณภาพในการผลิตสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้ เพราะวิธีการควบคุมคุณภาพการให้บริการเป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากการบริการจะมีการควบคุมหรือการบริหารจัดการน้อย แต่ขณะเดียวกันก็มีความสำคัญมาก กับในทางหนึ่งระดับของคุณภาพที่ได้จากการบริการมักไม่สามารถทำการทำนายได้เพราะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ พฤติกรรมผู้ให้บริการ (Behavior of the Delivery Person) ภาพพจน์ ชื่อเสียงขององค์กร (Image of the Organization) โดยผู้รับบริการจะเป็นผู้ทำการตรวจสอบ ตั้งแต่กระบวนการการเริ่มให้บริการจนถึงการสิ้นสุดในการให้บริการ โดยการให้บริการจะยิ่งดียิ่งขึ้น ถ้าหากผู้รับบริการทำการประเมินการให้บริการในขณะนั้น จากที่ได้กล่าวถึงทัศนะของนักวิชาการดังกล่าว การศึกษาคุณภาพการให้บริการจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเรื่องหนึ่งและเป็นมุมมองในเชิงคุณภาพที่สำคัญที่พึงได้รับความสนใจ

การสร้างคุณภาพบริการ

องค์กรธุรกิจหรือสถานบันที่เล็งเห็นการณ์ไกลในการดำเนินธุรกิจให้ประสบผลสำเร็จระยะยาว จะตระหนักถึงความสำคัญของการเสริมสร้างคุณภาพของการบริการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้วยความพยายามเพิ่มพูนคุณภาพของการแสดงออกในทุกส่วนของกระบวนการบริการ นับตั้งแต่การบริหารการบริการจนถึงการปฏิบัติงานบริการอย่างจริงจัง แนวทางการเสริมสร้างคุณภาพของการบริการจึงมีส่วนสัมพันธ์กับองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ การบริหาร การบริการขององค์กร การปฏิบัติงานบริการ ของผู้ให้บริการและการรับรู้การบริการของผู้รับบริการ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2553, น.59- 60)

การบริหารคุณภาพการให้บริการ (Managing Service Quality)

งานสำคัญประการหนึ่งของธุรกิจบริการ คือการบริหารคุณภาพการให้บริการ (Managing Service Quality) สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจบริการ คือการรักษาระดับการให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่งกันโดยเสนอคุณภาพการให้บริการตามที่ลูกค้าคาดหวังไว้ลูกค้าจะคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการได้จากประสบการณ์ในอดีตจากการพูดปากต่อปากและจากการโฆษณาของธุรกิจให้บริการหลังจากใช้บริการแล้วลูกค้าจะเปรียบเทียบบริการที่คาดหวังกับ

บริการที่ได้รับ หากบริการที่ได้รับต่ำกว่าบริการที่คาดหวัง ลูกค้าจะไม่ให้ความสนใจในธุรกิจที่ให้บริการอีกต่อไป หากบริการที่ได้รับตรงหรือมากกว่าบริการที่คาดหวังลูกค้าก็จะกลับมาใช้บริการของธุรกิจนั้นอีก (Kotler, 2000, p.438-441)

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพการให้บริการ

เนื่องจากคุณภาพเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนและมีองค์ประกอบหรือปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง อันส่งผลให้การมองคุณภาพจำเป็นต้องทำการมองจากหลายด้าน ดังที่สมวงศ์ พงศ์สถาพร (2550, น.50) อธิบายให้เห็นว่า คุณภาพการให้บริการ โดยพื้นฐานแล้วนับเป็นเรื่องที่ยากเนื่องจากธรรมชาติความไม่แน่นอนของงานบริการที่จับต้องไม่ได้และคาดหมายลำบาก จึงได้มีความพยายามจากนักวิชาการมาโดยต่อเนื่องในการพยายามค้นหาแนวทางการประเมินหรือวัดคุณภาพการให้บริการที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงมิติของการปฏิบัติและสามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างเด่นชัดที่สุด

กรอนรูส (Gronroos, 1984, p.55) ได้เสนอแนวคิดไว้ว่า คุณภาพเชิงเทคนิค (Technical Quality) และคุณภาพเชิงหน้าที่ (Functional Quality) เป็นภาพแห่งมิติของคุณภาพที่ส่งผลกระทบต่อทั้งความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการและคุณภาพการให้บริการจะมีมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับระดับของ คุณภาพเชิงเทคนิคและคุณภาพเชิงหน้าที่นั่นเอง ทั้งนี้ กรอนรูส ได้กล่าวถึงเกณฑ์การพิจารณาคุณภาพการบริการว่าสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ตามหลัก 6 ประการ กล่าวคือ

1. การเป็นมืออาชีพและการมีทักษะของผู้ให้บริการ (Professionalism and Skill) เป็นการพิจารณาว่า ผู้รับบริการสามารถรับรู้ได้จากการเข้ารับบริการจากผู้ให้บริการที่มีความรู้และทักษะในงานบริการ ซึ่งสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีระบบและแบบแผน
2. ทักษะคติและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (Attitude and Behavior) ผู้รับบริการจะเกิดความรู้สึกได้จากการที่ผู้ให้บริการสนใจที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน
3. การเข้าพบได้อย่างง่ายและมีความยืดหยุ่นในการให้บริการ (Accessibility and Flexibility) ผู้รับบริการจะพิจารณาจากสถานที่ตั้งไว้ให้บริการ และเวลาที่ได้รับการจากผู้ให้บริการ รวมถึงระบบการบริการที่จัดเตรียมไว้ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการ
4. ความไว้วางใจและความเชื่อถือได้ (Reliability and Trustworthiness) ผู้รับบริการจะทำการพิจารณาหลังจากที่เข้ารับบริการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งการให้บริการของผู้ให้บริการจะต้องปฏิบัติตามที่ได้รับการตกลงกัน

5. การแก้ไขสถานการณ์ให้กับผู้ภาวะปกติ (Recovery) พิจารณาจากการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าเกิดขึ้นหรือเกิดเหตุการณ์ที่ผิดปกติและผู้ให้บริการสามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นๆ ได้ทัน่วงที่ด้วยวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งทำให้สถานการณ์กลับสู่ภาวะปกติ

6. ชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือ (Reputation and Credibility) ผู้รับบริการจะเชื่อถือในชื่อเสียงของผู้ให้บริการจากการที่ผู้ให้บริการดำเนินกิจการด้วยดีมาตลอด

คำอธิบายและผลงานของการศึกษาเรื่องคุณภาพการให้บริการของกรอนรูส (Gronroos, 1982; 1983; 1984, p.17) ตามที่ได้กล่าวมานั้น นับได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาคุณภาพที่เน้นหนักในเชิงคุณภาพการให้บริการอย่างแท้จริง ผลงานที่สำคัญอันเป็นแนวคิดของกรอนรูสคือข้อเสนอในเชิงแนวคิดที่สำคัญเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการที่เขาเรียกว่า “คุณภาพการให้บริการที่ลูกค้ารับรู้ (Perceived Service Quality-PSQ)” และ “คุณภาพการให้บริการที่ลูกค้ารับรู้ทั้งหมด (Total Perceived Quality-TPQ)” ซึ่งเป็นแนวคิดที่เกิดจากการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้บริโภคและผลกระทบที่เกิดจากความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพของการให้บริการ ที่มีต่อการประเมินคุณภาพของบริการภายหลังจากที่ได้รับบริการแล้ว (ธีรจิต นวรัตน์ ณ อยุธยา, 2547, น.182)

ต่อมาในปี ค.ศ.1990 กรอนรูส (Gronroos, 1990, p.40) ได้อธิบายแนวคิดในเรื่องคุณภาพที่ลูกค้ารับรู้ทั้งหมดว่าเป็นคุณภาพการให้บริการที่ลูกค้าหรือผู้รับบริการรับรู้ โดยเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของสิ่งต่าง ๆ ที่สำคัญ 2 ประการคือ

1. คุณภาพที่ลูกค้าหรือผู้รับบริการคาดหวัง (Expected Quality) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การสื่อสารทางการตลาด (Marketing Communication) ภาพลักษณ์ขององค์กร (Corporate Image) การสื่อสารแบบปากต่อปาก (Word-of-Mouth Communication) และความต้องการของลูกค้า (Customer Needs)

2. คุณภาพที่เกิดจากประสบการณ์ในการใช้บริการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ (Experiences Quality) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วย ภาพลักษณ์ขององค์กร (Corporate Image) คุณภาพเชิงเทคนิค (Technical Quality) และคุณภาพเชิงหน้าที่ (Functional Quality) ที่ชนะเรื่องคุณภาพการให้บริการของกรอนรูสดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่าลูกค้าที่รับบริการมักจะทำการประเมินคุณภาพของการให้บริการโดยการเปรียบเทียบคุณภาพที่คาดหวังกับคุณภาพที่เกิดจากประสบการณ์ของการใช้บริการว่าคุณภาพทั้งสองด้านนั้น สอดคล้องกันหรือไม่หรือมีความแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งเมื่อนำมาพิจารณาร่วมกันแล้ว จะกลายเป็นคุณภาพที่ลูกค้ารับรู้ทั้งหมด (Total Perceived Quality-TPQ) และทำการสรุปผลขั้นสุดท้ายเป็นคุณภาพที่รับรู้ได้ (Perceived Service Quality-PSQ) นั่นเอง ซึ่งหากผลจากการเปรียบเทียบพบว่า คุณภาพที่เกิดจากประสบการณ์ไม่เป็นไปหรือไม่สอดคล้องกับคุณภาพที่คาดหวังจะทำให้มีการรับรู้ของลูกค้าที่ดีหรือไม่คืออย่างไร

ส่วนนักวิชาการอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้ให้ความสนใจทำการศึกษาค้นคว้าเพื่อใช้ชี้วัดคุณภาพการให้บริการและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายก็คือพาราซูรามานและคณะในผลงานการวิจัยเชิงสำรวจและบทความตีพิมพ์เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ ได้แก่ผลงานเมื่อปี ค.ศ.1985 ค.ศ.1988 และค.ศ.1990 ซึ่งได้ต่อยอดจากผลงานความคิดของกรอนรูสและได้รับการพัฒนามาเป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานเรื่องการศึกษาคุณภาพการให้บริการ

บัซเซลและเกลล์ (Buzzle and Gale, 1985 อ้างถึงในอนุวัฒน์ ศุภชติกุลและคณะ, 2542, น.2-3) ได้กล่าวถึงเกณฑ์การพิจารณาคูณภาพการให้บริการไว้ดังนี้

1. คุณภาพการให้บริการ จะถูกกำหนดโดยลูกค้าหรือผู้รับบริการ ลูกค้าหรือผู้รับบริการจะเป็นผู้พิจารณาว่าอะไรที่เรียกว่าคุณภาพ โดยไม่ได้ใส่ใจว่ากระบวนการทำให้การบริการเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร อย่งไรก็ดี ลูกค้าหรือผู้รับบริการแต่ละคนย่อมมีมุมมองในเรื่องคุณภาพที่อาจแตกต่างกันไปบ้าง

2. คุณภาพการให้บริการ เป็นสิ่งที่จะต้องคำนึงอยู่ตลอดเวลาไม่มีจุดสิ้นสุด โดยที่เราไม่สามารถกำหนดคุณภาพการให้บริการให้เป็นไปโดยเฉพาะเจาะจงหรือเป็นสูตรสำเร็จตายตัวได้ การให้บริการที่ดีมีคุณภาพจึงต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งในช่วงเวลาที่กิจการดำเนินไปได้ด้วยดีหรือไม่ดีก็ตาม

3. คุณภาพการให้บริการ จะเกิดขึ้นได้ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นผู้ปฏิบัติงานในส่วนตัว การควบคุมคุณภาพของการปฏิบัติงานของแต่ละคนเป็นเรื่องที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการให้บริการที่มีคุณภาพได้ สิ่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องได้รับคือการปลุกฝังจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อการให้บริการและการนำเสนอบริการที่มีคุณภาพอยู่เสมอ ทั้งต่อเพื่อนร่วมงานและลูกค้าหรือผู้รับบริการ

4. คุณภาพการให้บริการ การบริหารการบริการและการติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งที่ไม่อาจแยกออกจากกันได้ ในการนำเสนอการให้บริการที่มีคุณภาพนั้น ผู้ปฏิบัติงานให้บริการจะต้องมีความรู้และเข้าใจคำติชมผลงาน ซึ่งให้การนี้ ผู้บริการจะต้องเอาใจใส่ต่อการบริหารจัดการ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานบริการด้วยความจริงใจและสร้างสรรค์ ภายใต้ความมุ่งหวังที่จะให้บริการที่ออกมามีคุณภาพดี

5. คุณภาพการให้บริการจะต้องอยู่บนพื้นฐานความเป็นธรรม

6. คุณภาพการให้บริการจะดีเพียงนั้นขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของการบริการภายในองค์กรที่เน้นความเป็นธรรมและคุณค่าของคน โดยองค์กรที่ให้บริการที่สามารถปฏิบัติต่อลูกค้าและบุคลากรขององค์กรได้อย่างเท่าเทียมกัน ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการให้บริการอย่างแท้จริง

7. คุณภาพการให้บริการขึ้นอยู่กับความพร้อมในการให้บริการ แม้ว่าคุณภาพการให้บริการจะไม่สามารถหรือยากที่จะกำหนดตายตัวลงไป แต่การวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมของการบริการไว้ล่วงหน้า รวมทั้งการเรียนรู้ในสิ่งที่เป็นความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการ ย่อมก่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพที่ดี

8. คุณภาพการให้บริการ หมายถึง การรักษาคำมั่นสัญญาว่าองค์การจะให้บริการลูกค้าหรือผู้รับบริการได้อย่างที่เป็นไปตามความคาดหวังและเป็นไปตามเงื่อนไขที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการ

นอกจากนี้ สตีฟและคูก (Steve and Cook, 1995, p.53) ยังชี้ให้เห็นว่า การเลือกใช้บริการของผู้รับบริการ โดยส่วนใหญ่ นอกจากจะคำนึงถึงภาพลักษณ์ขององค์การและความต้องการส่วนบุคคลแล้ว คุณภาพการให้บริการของหน่วยงานหรือองค์การที่ให้บริการยังสามารถพิจารณาได้จากเกณฑ์ 9 ประการดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงบริการได้ทันทีตามความต้องการของผู้ให้บริการ
2. ความสะดวกของทำเลที่ตั้งในการเข้ารับบริการ
3. ความน่าเชื่อถือไว้วางใจของการให้บริการ
4. การให้ความสำคัญต่อผู้รับบริการแต่ละคน
5. ราคาค่าบริการที่เหมาะสมกับลักษณะของงานบริการ
6. คุณภาพการให้บริการทั้งในระหว่างเข้ารับบริการและภายหลังการเข้ารับบริการ
7. ชื่อเสียงของบริการที่ได้รับรวมถึงการยกย่องชมเชยในบริการ
8. ความปลอดภัยในการให้บริการจากผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ
9. ความรวดเร็วในการให้บริการ

นักวิชาการที่ได้กล่าวถึงหลักการพิจารณาคุณภาพการให้บริการ เช่น เคอร์ซและคราวท์ (Krutz and Clow, 1998, p.32) ซึ่งได้เสนอหลักพิจารณา 3 ประการ ประกอบด้วย (1) คุณภาพการให้บริการ เป็นสิ่งที่ลูกค้าประเมินได้ยากกว่าคุณภาพของสินค้า (2) คุณภาพการให้บริการนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของลูกค้าเกี่ยวกับผลผลิตของการให้บริการและจะประเมินจากระบวนการที่บริการนั้นเกิดขึ้น และ (3) คุณภาพการให้บริการเกิดจากการเปรียบเทียบสิ่งที่ลูกค้าได้คาดหวังไว้ กับระดับของการบริการที่ได้รับจริง

สรุปได้ว่า คุณภาพการให้บริการนั้น เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและหลากหลายในแง่มุมของการพิจารณา แต่กระนั้นเป็นที่ประจักษ์ชัดว่าคุณภาพการให้บริการเป็นเรื่องที่สำคัญซึ่งผู้บริหารขององค์การพึงให้ความสำคัญและทุ่มเทความสนใจ องค์การที่ต้องการความสำเร็จของการประกอบการไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน จึงต้องให้ความสนใจต่อประเด็นเรื่องคุณภาพการ

ให้บริการที่พิจารณาหรือทำความเข้าใจจากความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการให้ได้อย่างเด่นชัด

การวัดคุณภาพการให้บริการ

นักวิชาการบางท่านเสนอความเห็นไว้ว่า ในการวัดคุณภาพการให้บริการนั้นเรามักจะใช้วิธีการวัดดัชนีความพึงพอใจ (Customer Satisfaction Index-CSI) ของลูกค้าหรือผู้รับบริการ ภายหลังจากที่ได้รับบริการนั้นแล้ว แต่โดยทั่วไป ปัญหาในการวัดคุณภาพการให้บริการนั้น มักจะขึ้นอยู่กับวิธีการวัดเงื่อนไขที่นำมาสู่การสะท้อนคุณภาพการให้บริการ ซึ่งก็คือการตอบสนองหรือเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการซึ่งเกิดขึ้นจริงหรือที่ได้กล่าวมาแล้วว่าเป็นความพึงพอใจที่ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่เขาได้รับมานั้น สอดรับกับความคาดหวังที่วางไว้หรือที่ได้รับรู้มา เช่น การได้รับการบริการจากบุคคลโดยตรง (The One-On-One) การได้รับการบริการจากแบบเผชิญหน้า (Face-To-Face) และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

แต่อย่างไรก็ตาม การวัดคุณภาพการให้บริการมีองค์ประกอบประการใดบ้างนั้น สามารถพิจารณาได้จากทัศนะของนักวิชาการ ได้แก่ โคเลอร์และแพนนาวสกี (Koehler and Pankowski, 1996, p.184-185) ซึ่งได้ให้หลักการสำคัญในการวัดคุณภาพของสินค้าหรือบริการ โดยจะต้องพิจารณาถึง 4 ประการหลัก ดังนี้

ประการที่ 1 ความคาดหวังของผู้บริการ (Customer Expectations) สิ่งสำคัญประการหนึ่งของกระบวนการแห่งคุณภาพ คือ การทำให้ความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นจริงและสร้างความเบิกบานใจให้แก่ลูกค้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตั้งคำถามเพื่อที่จะถามผู้รับบริการจะเป็นการวัดถึงความพึงพอใจจากการบริการที่ได้รับเป็นอย่างดี ในส่วนของคำถามผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการจะต้องสร้างคำถามในลักษณะที่ว่าทำอะไร

ประการที่ 2 ภาวะความเป็นผู้นำ (Leadership) รูปแบบต่างๆ ของผู้นำภายในองค์กรทั้งแบบผู้อำนวยการ ผู้บริหาร ผู้จัดการและผู้ควบคุม จะแสดงให้เห็นถึงการกระทำที่นำไปสู่ความมีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขององค์กร เช่น การจัดแบ่งด้านเวลา การจัดสรรทรัพยากร เป็นต้น

ประการที่ 3 การปรับปรุงขั้นตอน (Process Improvements) โดยทำการอธิบายถึงวิธีการที่จะทำให้ขั้นตอนต่างๆ มีระดับที่ดีเพิ่มขึ้น หากกระบวนการใหม่ในการปรับปรุงขั้นตอน ทำการปรับปรุงเครื่องมือเพื่อให้เกิดขั้นตอนใหม่ๆ เกิดขึ้นและติดตามถึงผลสะท้อนกลับจากขั้นตอนใหม่ๆ ดังกล่าว

ประการที่ 4 การจัดการกับแหล่งข้อมูลที่สำคัญ (Meaningful Data) เริ่มจากการอธิบายถึงการคัดเลือกและจัดแบ่งข้อมูล รวมทั้งทำการวิเคราะห์ถึงผลกระทบต่อความพึงพอใจของลูกค้า โดย

ทำการสำรวจจากจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-Mail) สอบถามทางโทรศัพท์ นัดพบกับลูกค้าเป็นรายบุคคล การสนทนากลุ่มหรือจดหมายร้องเรียน นอกจากนี้ยังหมายถึงการรายงานหรือการศึกษาพิเศษ (จากรัฐบาล)

สรุปได้ว่า การวัดคุณภาพของสินค้าหรือบริการ จะพิจารณาจากองค์ประกอบ 4 ประการหลักเป็นสำคัญและถ้าสามารถทำให้ความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการเกิดขึ้นได้จริงจะส่งผลให้ลูกค้าหรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในสินค้าหรือบริการ และนำไปสู่ความมีคุณภาพของการให้บริการเป็นลำดับ

เครื่องมือศึกษาคุณภาพการให้บริการ

ตัวแบบที่ใช้วัดคุณภาพการให้บริการที่ได้รับความนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายนั้นนับว่าได้แก่ผลงานของพาราซูรามาน ซีแธมล์และเบอร์รี่ (Parasuraman, Zeithaml and Berry) ซึ่งได้พัฒนาตัวแบบเพื่อใช้สำหรับการประเมินคุณภาพการให้บริการโดยอาศัยการประเมินจากพื้นฐานการรับรู้ของผู้รับบริการหรือลูกค้า พร้อมกับได้พยายามหานิยามความหมายของคุณภาพการให้บริการและปัจจัยที่กำหนดคุณภาพการให้บริการที่เหมาะสม ผลงานความคิดและการพัฒนาตัวแบบเซอร์วอร์ลด์ (Servqual) ของซีแธมล์ พาราซูรามานและคณะ (Zeithaml, Parasuraman, and Berry, 1985; 1990, p.114) มาจากการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างคุณภาพการให้บริการ ที่ได้แบ่งระยะของการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ โดยระยะที่ 1 ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้รับบริการและผู้ให้บริการของบริษัทชั้นนำหลายแห่ง และนำผลที่ได้มาใช้ในการพัฒนารูปแบบคุณภาพในการให้บริการ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงประจักษ์โดยมุ่งศึกษาที่ผู้รับบริการโดยเฉพาะใช้รูปแบบคุณภาพในการให้บริการที่ได้จากระยะที่ 1 มาปรับปรุงได้เป็นเครื่องมือที่เรียกว่า เซอร์ควอร์ลด์และปรับปรุงเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินคุณภาพในการให้บริการตามการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการ ระยะที่ 3 ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์เหมือนในระยะเวลาที่ 2 แต่มุ่งขยายผลการวิจัยให้ครอบคลุมองค์การต่างๆ มากขึ้น มีการดำเนินงานหลายขั้นตอน เริ่มต้นด้วยการวิจัยในสำนักงาน 89 แห่ง ของ 5 บริษัทชั้นนำในการบริการแล้วนำงานมาวิจัยทั้ง 3 ระยะมาศึกษาร่วมกัน โดยการทำสัมมนากลุ่มผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในกลุ่มผู้บริหารและท้ายสุดได้ทำการวิจัยสำรวจในทุกๆ กลุ่ม ต่อมาได้ทำการศึกษาอีกครั้งในธุรกิจบริการ 6 ประเภท ได้แก่ งานบริการซ่อมบำรุง งานบริการบัตรเครดิต งานบริการประกัน งานบริการโทรศัพท์ทางไกล งานบริการธนาคารสาขาย่อยและงานบริการนายหน้าซื้อขายและระยะที่ 4 เป็นมุ่งศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้บริการ โดยเฉพาะ

งานวิจัย ของนักวิชาการทั้งสามท่านนี้ นับได้ว่ามีชื่อเสียงและเป็นพื้นฐานแนวคิดของการศึกษาในเรื่องการตลาดบริการ (Service Marketing)

ข้อสรุปทั่วไปจากงานวิจัยข้างต้น ซีแธมล์ พาราซุรามานและคณะ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry, 1990, p.43) ได้กำหนดมิติที่จะใช้วัดคุณภาพในการให้บริการ (Dimension of Service Quality) ไว้ 10 ด้าน มีมาตรวัดความพึงพอใจของการบริการรวม 22 คำถามด้วยกัน ซึ่งได้รับความนิยมน้อยแพร่หลายในอุตสาหกรรมบริการ (สมวงศ์ พงศ์สถาพร, 2550, น.75)

ตัวแปรหลัก 10 ตัวแปรที่ซีแธมล์ พาราซุรามานและคณะที่ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้วัดคุณภาพการให้บริการ สามารถสรุปได้ 10 มิติ ต่อมามีการปรับปรุงให้คงเหลือเพียง 5 ตัวแปรหลัก และได้ให้ความหมายของมิติหรือมุมมองของคุณภาพการให้บริการไว้ ดังนี้

มิติที่ 1 ลักษณะของการบริการ (Appearance) หมายถึง สภาพที่ปรากฏให้เห็นหรือจับต้องได้ในบริการ

มิติที่ 2 ความไว้วางใจ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือการบริการที่เป็นไปตามคำมั่นสัญญาได้อย่างตรงไปตรงมาและถูกต้อง

มิติที่ 3 ความกระตือรือร้น (Responsiveness) หมายถึง การที่องค์การที่ให้บริการแสดงความเต็มใจที่จะช่วยเหลือและพร้อมที่จะให้บริการลูกค้าหรือผู้รับบริการอย่างเต็มที่ ทันทีทันใด

มิติที่ 4 สมรรถนะ (Competence) หมายถึง ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานบริการที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ

มิติที่ 5 ความมีไมตรีจิต (Courtesy) หมายถึง มีอัธยาศัยนอบน้อม มีไมตรีจิตที่เป็นกันเอง รู้จักให้เกียรติผู้อื่น จริงใจ มีน้ำใจและมีความเป็นมิตรของผู้ปฏิบัติการให้บริการ

มิติที่ 6 ความน่าเชื่อถือ (Creditability) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นด้วยความซื่อตรงและสุจริตของผู้ให้บริการ

มิติที่ 7 ความปลอดภัย (Security) หมายถึง สภาพที่บริการปราศจากอันตราย ความเสี่ยงภัยหรือปัญหาต่างๆ

มิติที่ 8 การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การติดต่อเข้ารับบริการเป็นไปด้วยความสะดวก ไม่ยุ่งยาก

มิติที่ 9 การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์และการสื่อความหมาย

มิติที่ 10 การเข้าใจลูกค้าหรือผู้รับบริการ (Understanding of Customer) ในการค้นหาและทำความเข้าใจความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ รวมทั้งการให้ความสนใจต่อการตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ

ต่อมาภายหลัง ตัวแบบและวิธีการประเมินคุณภาพการให้บริการหรือเซอร์คิวรัลได้รับการนำมาทดสอบซ้ำจากจากโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกลุ่มทั้งสิ้น 12 กลุ่ม คำตอบที่ได้จากการ

สัมภาษณ์ จำนวน 97 คำตอบ ได้ทำการจับกลุ่มเหลือเพียง 10 กลุ่มที่แสดงถึงคุณภาพการให้บริการ โดยแบบวัดเซอร์คิวอร์ลนี้ได้ถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดถึงความคาดหวังในบริการจากองค์กรหรือหน่วยงานและส่วนที่ 2 เป็นการวัดการรับรู้ภายหลังการได้รับบริการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ในการแปลคะแนนของแบบวัดเซอร์คิวอร์ล สามารถทำได้โดยการนำคะแนนการรับรู้ในบริการลบกับคะแนนความคาดหวังในบริการและถ้าผลลัพธ์ของคะแนนอยู่ในช่วงคะแนนตั้งแต่ +6 ถึง -6 แสดงว่า องค์กรหรือหน่วยงานดังกล่าวมีคุณภาพการให้บริการในระดับดี ทั้งนี้ นักวิชาการที่ทำการวิจัยดังกล่าวได้นำหลักวิชาสถิติเพื่อพัฒนาเครื่องมือสำหรับการวัดการรับรู้คุณภาพในการบริการของผู้รับบริการ และได้ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) และความเที่ยงตรง (Validity) พบว่า เซอร์คิวอร์ล สามารถแบ่งมิติได้เป็น 5 มิติหลักและยังคงมีความสัมพันธ์กับมิติของคุณภาพการให้บริการทั้ง 10 ประการ เซอร์คิวอร์ลที่ทำการปรับปรุงใหม่จะเป็นการยุบรวมบางมิติจากเดิมให้รวมกันภายใต้ชื่อมิติใหม่ เซอร์คิวอร์ลที่ปรับปรุงใหม่ประกอบด้วย 5 มิติหลัก (Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1990, p.28; Lovelock, 1996, p.464-466) ประกอบด้วย

มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibility) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ อันได้แก่ สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารและสัญลักษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับการดูแลห่วงใยและความตั้งใจจากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้นๆ ได้ชัดเจนขึ้น

มิติที่ 2 ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการให้ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งจะต้องมีความถูกต้อง เหมาะสมและได้ผลออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของบริการ ความสม่ำเสมอนี้จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้

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

มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพ นุ่มนวล มีกริยามารยาทที่ดี ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดีที่สุด

มิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจลูกค้า (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน

เซอร์คิวอร์ลได้รับความนิยมนำมาใช้เพื่อศึกษาในธุรกิจบริการหลายสาขาอย่างกว้างขวาง ซึ่งองค์การต้องการทำความเข้าใจต่อการรับรู้ของกลุ่มผู้รับบริการเป้าหมายตามความต้องการในบริการที่เขาต้องการ และเป็นเทคนิคที่ให้วิธีการวัดคุณภาพในการให้บริการขององค์การ นอกจากนี้ ยังสามารถประยุกต์ใช้เซอร์คิวอร์ลสำหรับการทำความเข้าใจกับการรับรู้ของบุคลากรต่อคุณภาพในการให้บริการ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้การพัฒนาการให้บริการประสบผลสำเร็จ

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการ

จากการศึกษาวิจัยและผลงานเขียนของนักวิชาการจำนวนมาก เห็นว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการประกอบไปด้วย

1. ความคาดหวังกับคุณภาพการให้บริการ

ความคาดหวังของผู้รับบริการ กล่าวอย่างรวบรัดได้ว่าเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการที่เขาจะได้รับเมื่อเขาไปใช้บริการ จากแนวคิดของนักวิชาการหลายท่าน ผู้วิจัยขอประมวลเสนอให้เห็นว่า ความคาดหวังในเรื่องคุณภาพในการให้บริการนี้มีระดับที่แตกต่างกันออกไปโดยยึดเอาเกณฑ์การพิจารณาความพึงพอใจที่ได้รับจากการบริการได้กล่าวคือ ในระดับต้น หากผู้รับบริการไม่พึงพอใจ จะแสดงให้เห็นว่าคุณภาพในการให้บริการมีน้อยในระดับที่สอง หากผู้รับบริการมีความพึงพอใจ แสดงว่า มีคุณภาพในการให้บริการและในระดับที่สาม หากผู้รับบริการมีความประทับใจ ย่อมแสดงว่า การให้บริการนั้นมีคุณภาพสูงหรือมีคุณภาพในการให้บริการสูง ความคาดหวังเป็นแนวคิดสำคัญที่ได้รับการนำมาใช้สำหรับการศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภคและคุณภาพการให้บริการ ซีแอมล์ พาราชูรามานและเบอร์รี่ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry, 1988, p.14) ซึ่งได้เสนอตัวแบบเซอร์คิวอร์ล เพื่อศึกษาคุณภาพการให้บริการจากความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อบริการที่เขาได้รับ โดยเสนอความเห็นไว้ว่า ความคาดหวัง หมายถึง ความปรารถนาหรือความต้องการของผู้บริโภค โดยความคาดหวังของบริการนี้ไม่ได้นำเสนอถึงการคาดการณ์ว่าผู้ให้บริการอาจจะให้บริการอย่างไร แต่เป็นเรื่องที่พิจารณาว่าผู้ให้บริการควรให้บริการอะไรมากกว่า กล่าวโดยสรุป ความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นการแสดงออกถึงความต้องการของผู้รับบริการที่จะได้รับบริการจากหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่ในการให้บริการ โดยความคาดหวังของผู้รับบริการนี้ ย่อมมีระดับที่แตกต่างกันไปมาบ้างน้อยบ้าง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความต้องการส่วนบุคคล การได้รับคำบอกเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา เป็นต้น และความคาดหวังของผู้รับบริการนี้ หากได้รับการตอบสนองหรือ

ได้รับบริการที่ตรงตามคาดหวังแล้ว ก็ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพในการให้บริการของผู้ให้บริการ ในงานวิจัยหลายชิ้น นอกจากจะศึกษาการรับรู้ในคุณภาพในการให้บริการแล้ว ยังมีการศึกษาความคาดหวังในการให้บริการเพื่อสะท้อนถึงคุณภาพในการให้บริการกันอย่างกว้างขวาง เช่นเดียวกัน

ซีแธมล์ พาราสุรามานและเบอร์รี่ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry) ได้เสนอมุมมองของการพิจารณาคุณภาพในการให้บริการจากความคาดหวัง (Expectation) ของผู้รับบริการอีกด้วย นักวิชาการกล่าวกันว่า โดยทั่วไปนั้น ความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อบริการหนึ่งบริการใด ย่อมเกิดขึ้นจากปัจจัยหลายประการประกอบกันหรือเป็นตัวกำหนดและปัจจัยเช่นนั้นก็กำหนดความคาดหวังของผู้รับบริการ นอกเหนือไปจากการรับรู้ ซึ่งจะเห็นได้จากที่ผู้วิจัยได้นำเสนอว่าคุณภาพในการให้บริการ เป็นความแตกต่างของบริการ ที่ได้รับจริงกับบริการที่คาดหวังในเรื่องนี้ ซีแธมล์ พาราสุรามานและเบอร์รี่ ได้กำหนดปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด (Determiner) ความคาดหวังของผู้รับบริการไว้ 4 ประการด้วยกัน ดังนี้ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry, 1990, p.19)

ประการแรก การบอกแบบปากต่อปาก (Word-of-Mouth Communication) ความคาดหวังที่เกิดจากการบอกเล่าปากต่อปาก หมายถึง ความคาดหวังที่เกิดจากคำบอกเล่าที่รับทราบจากคำแนะนำของเพื่อนหรือญาติสนิทที่เคยไปรับบริการในสถานที่แห่งนั้นมาก่อนและพบว่ามีการให้บริการเป็นอย่างดี อันทำให้ผู้ฟังเกิดความคาดหวังที่จะได้รับบริการเช่นนั้น

ประการที่สอง ความต้องการส่วนบุคคล (Customer's Personal Needs) ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่ทำให้ระดับความคาดหวังของบุคคลอยู่ในระดับที่ลดลงจากเดิมก็ได้

ประการที่สาม ประสบการณ์ในอดีต (Past Experience) ความคาดหวังอันเกิดจากประสบการณ์ในอดีต มีส่วนเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ด้านการบริการที่เคยได้รับและมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในปัจจุบันของผู้รับบริการ ทั้งนี้ ประสบการณ์นั้นอาจจะเป็นประสบการณ์ที่สร้างความประทับใจหรือความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจก็ได้

ประการที่สี่ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ (External Communication) เป็นความคาดหวังที่เกิดจากการติดต่อสื่อสารเพื่อโน้มน้าวผู้รับบริการ ซึ่งเป็นทั้งการสื่อสารทางตรงและการสื่อสารทางอ้อม เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ เช่น การให้บริการด้วยความจริงใจ ตรงต่อเวลา เป็นต้น

นอกจากนี้ เทนเนอร์และเดโตร (Tenner and Detoro, 1992, p.68-69) ได้เสนอถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในการรับบริการของผู้รับบริการไว้เช่นกัน ในทัศนะของนักวิชาการทั้งสองท่านผู้รับบริการมีความต้องการที่จะให้ความคาดหวังของตนได้รับการตอบสนองหรือบรรลุผลอย่างครบถ้วนและมีแนวโน้มที่จะยอมรับการให้บริการนั้น โดยทำการเปรียบเทียบกับ

ประสบการณ์จริงที่เคยได้รับก่อนที่จะชำระค่าบริการเสมอ ซึ่งผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจก็ต่อเมื่อได้รับบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของเขา ดังนั้น ในหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จในการให้บริการ จึงจะต้องเป็นหน่วยงานที่สามารถทำนายความคาดหวังของผู้รับบริการและสร้างความพึงพอใจต่อผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการประกอบไปด้วย

1. ลักษณะบริการที่ผู้รับบริการต้องการ
2. ระดับของการปฏิบัติงานหรือการให้บริการที่ผู้รับบริการพึงพอใจ
3. ความสัมพันธ์ของงานบริการที่สำคัญ
4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อผลการปฏิบัติงานในปัจจุบัน

สรุป คุณภาพการให้บริการ เป็นเรื่องของการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการให้บริการของผู้ให้บริการ ซึ่งนอกจากจะมีมิติ ทั้ง 10 มิติ หรือครอบคลุมถึงเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความพร้อมในการให้บริการ การสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ความเป็นธรรมในราคา ความซื่อสัตย์สุจริต การนับถือให้เกียรติ การรักษาภาพลักษณ์และอื่นๆ ซึ่งรวมถึงการรักษาความมั่นคงขององค์กรหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการด้วยและโดยทั่วไปนั้น การรับรู้ในคุณภาพการให้บริการหรือคุณภาพของการบริการ จะผูกพันหรือยึดโยงกับความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อสองสิ่ง คือ การรับรู้และความคาดหวังที่มีต่อคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือบริการ (Technical Quality of Outcomes) ซึ่งเป็นเรื่องของผลงานหรือบริการที่ผู้รับบริการได้รับและคุณภาพของกระบวนการบริการ (Functional Quality of Process) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในแต่ละสถานการณ์และพฤติกรรมกรรมการบริหารที่ผู้ให้บริการแสดงออกมา

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2537, น.659 อ้างถึงใน อนงค์ เอื้อวัฒนา, 2542, น.36)

ให้ความหมายของความพึงพอใจ ว่าหมายถึง ชอบ ชอบใจ พึงใจ สมใจ จูใจ คำว่า “ความพึงพอใจ” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Satisfaction” ซึ่งมีความหมาย โดยทั่วไปว่า “ระดับความรู้สึกในทางบวกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง” ความหมายของความพึงพอใจในบริการ สามารถจำแนกเป็น 2 ความหมาย ในความหมายที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้บริโภคหรือผู้รับบริการ (Consumer Satisfaction) และ Job Satisfaction ของผู้ให้บริการ ดังนี้

ความหมายของความพึงพอใจของผู้รับบริการ ตามแนวคิดของนักการตลาดจะพบนิยามของความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็น 2 นัย ดังนี้

ความหมายที่ยึดสถานการณ์การซื้อเป็นหลักให้ความหมายว่า ความพึงพอใจเป็นผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการประเมินสิ่งที่ได้รับภายหลังการซื้อสถานการณ์หนึ่ง

ความหมายที่ยืดประสพการณ์เกี่ยวกับเครื่องหมายการค้าเป็นหลัก สำหรับความหมายที่พบได้อย่างแพร่หลาย โอลิเวอร์ (Oliver) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “ความพึงพอใจของผู้บริโภค หมายถึง ภาวะการณ์แสดงออกที่เกิดจากการประเมินประสพการณ์การซื้อและการใช้สินค้าและบริการ” ซึ่งอาจขยายความให้ชัดเจนได้ว่า “ความพึงพอใจ หมายถึง ภาวะการณ์แสดงออกถึงความรู้สึกในทางบวกที่เกิดจากการประเมินเปรียบเทียบประสพการณ์การได้รับบริการที่ตรงกับสิ่งที่ลูกค้าคาดหวังหรือดีเกินกว่าความคาดหวังของลูกค้า”

ความหมายของความพึงพอใจในงานของผู้ให้บริการ ตามแนวคิดของนักจิตวิทยาองค์การ ความพึงพอใจในการทำงานจะมีผลต่อความสำเร็จของงาน

อาจกล่าวได้ว่า “ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ภาวะการณ์แสดงออกถึงความรู้สึกในทางบวกที่เกิดจากการประเมินเปรียบเทียบประสพการณ์และผลตอบแทน ได้แก่ ลักษณะงานอัตราจ้าง โอกาสก้าวหน้าและผลประโยชน์ ที่ได้รับจากงานในระดับที่เป็นไปตามความคาดหวังที่บุคคลตั้งไว้”

ความพึงพอใจทั้งสองลักษณะข้างต้น มีความหมายเกี่ยวพันกับความพึงพอใจในการบริการ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในสถานการณ์การบริการให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ หากองค์การสามารถสร้างความพึงพอใจในการบริการ โดยทำให้ผู้เกี่ยวข้องกับการบริการมีความรู้สึกในทางบวกอันเป็นผลมาจากการประเมินเปรียบเทียบสิ่งที่ได้รับจริงในระดับที่สอดคล้องหรือมากกว่าสิ่งที่คาดหวังไว้ในสถานการณ์การบริการที่เกิดขึ้น ย่อมก่อให้เกิดผลดีต่อกิจการบริการนั้น

ความพึงพอใจ (Gratification) ตามความหมายของพจนานุกรมทางด้านพฤติกรรม ได้ให้ความจำกัดความไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกที่ดีมีความสุข เมื่อคนเราได้รับผลสำเร็จ ตามความมุ่งหมาย (Goals) ความต้องการ (Need) หรือแรงจูงใจ (Motivation) (Wolman, 1973, p.13)

ความพึงพอใจหมายถึง พอใจ ชอบใจ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542, น.775) ความพึงพอใจ หมายถึงความรู้สึกที่มีความสุขหรือความพอใจเมื่อได้รับความสำเร็จ หรือได้รับสิ่งที่ต้องการ (Quirk, 1987, p.49)

ความพึงพอใจหมายถึงความรู้สึกที่ดีเมื่อประสพความสำเร็จหรือได้รับสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นเป็นความรู้สึกที่พอใจ (Homby, 2000, p.14)

กฤษณ์ สุคนธาพรณ์ (2552, น.38) ได้สรุปความหมาย ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการได้รับบริการในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ

1. ด้านความสะดวกที่ได้รับ
2. ด้านตัวเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

3. ด้านคุณภาพของบริการที่ได้รับ
4. ด้านระยะเวลาในการดำเนินงาน
5. ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ

ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสาธารณะว่า หมายถึง ระดับของความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการได้รับบริการในลักษณะของ

1. การให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน
2. การให้บริการอย่างรวดเร็วและทันเวลา
3. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง
4. การให้บริการอย่างก้าวหน้า

ความพึงพอใจ หมายถึง ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงาน ความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน การสร้างความร่วมมือจากชุมชน ความเป็นธรรมในการปฏิบัติงานและความเสมอภาคในการปฏิบัติงาน

ความพึงพอใจ หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเป็นธรรม การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเสมอภาค การปฏิบัติหน้าที่อย่างทันเวลา การปฏิบัติหน้าที่อย่างเพียงพอและการสร้างความร่วมมือกับชุมชน

สรุป ความพึงพอใจ หมายถึง การที่ผู้เข้ารับการบริการมีความพึงพอใจในการให้บริการด้านต่างๆ โดยรวม ดังนี้

1. ด้านความถูกต้องของเอกสาร
2. ด้านระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการ
3. ด้านความสะดวกจากระบบงาน
4. ด้านความสะดวกจากอาคารสถานที่
5. ด้านบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
6. ด้านวิธีปฏิบัติงานให้บริการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ความเสมอภาค ความเป็นธรรม

และต่อเนื่อง

ความพึงพอใจในการบริการ

ในการศึกษาความพึงพอใจมักจะมีการศึกษาสองมิติ คือ ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน (Join Satisfaction) และความพึงพอใจในการใช้บริการ (Service Satisfaction) ส่วนในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาในด้านการใช้บริการ ซึ่งมีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการไว้ดังต่อไปนี้

กู๊ด (Good, 1973, p.320) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง สภาพ คุณภาพหรือระดับความพึงพอใจซึ่งเป็นผลมาจากความสนใจต่างๆ และทัศนคติที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้นๆ

เพาเวล (Powell, 1983, p.17-18) ได้ให้ความหมายของคำว่าพึงพอใจ ว่าความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข สนุกสนานปราศจากความรู้สึกที่เป็นทุกข์

วูลแมน (Wolman, 1978, p.283) ได้ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจเป็นสภาพความรู้สึก (Feeling) ของมนุษย์ที่มีความสุข ความอึดอ้อมใจเมื่อความต้องการ (Wants) หรือแรงจูงใจ (Motivation) ของตนได้รับการตอบสนองตามจุดมุ่งหมาย (Goals)

โวลแมน (Wardman, 1973, p.384) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกที่มีความสุขเมื่อได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความต้องการหรือแรงจูงใจ

สรุปแล้วความพึงพอใจเป็นความรู้สึกนึกคิดหรืออารมณ์ในทางบวกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ไม่สามารถอธิบายในเชิงเหตุผล ซึ่งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสิ่งนั้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุคคลนั้นได้ แต่ความพึงพอใจของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับค่านิยมและประสบการณ์ที่เคยได้รับ

กฤษณี โพธิ์ชนะพันธุ์ (2542, น.56) ได้ศึกษาความพึงพอใจต่อบริการของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคผิวหนัง โดยการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 302 คน พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.6 พึงพอใจน้อยร้อยละ 17.5 และพึงพอใจมากร้อยละ 11.9 ด้านความสะดวกความพึงพอใจน้อยถึงร้อยละ 15.9 ที่ได้รับเกี่ยวกับการจัดบริการในแต่ละจุด เกี่ยวกับการจัดการ บริการของห้องรอตรวจ สถานที่สำหรับรอตรวจคับแคบไม่เหมาะสมที่นั่งก่อนเข้ารับการ ตรวจไม่เพียงพอและระยะเวลาในการรอตรวจนานเกินไป ด้านการประสานบริการมี ความพึงพอใจน้อยร้อยละ 18.9 เกี่ยวกับการเสียเวลารอคอยโดยเฉพาะห้องบัตรกับห้อง ตรวจ การค้นประวัติล่าช้า หรือหาแฟ้มประวัติ ความพึงพอใจต่ออخصาัย และการให้ เกียรติผู้รับบริการมีความพึงพอใจน้อย ร้อยละ 21.2 เนื่องจากผู้รับบริการได้รับในสิ่งที่ น้อยกว่า สิ่งที่คุณคาดหวังไว้ จึงเกิดความพึงพอใจน้อย ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับ คุณภาพบริการและค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการอยู่ในระดับปานกลางคือ ร้อยละ 74.2, 79.1 และ 82.8 ตามลำดับ

ธัญธร ธรรมรักษ์ (2549, น.74-75) ได้ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่มารับบริการการตรวจการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ประกันตนส่วนใหญ่พึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.5 พึงพอใจน้อย ร้อยละ 17.2 และมีเพียงพอ ร้อยละ 13.3 ที่พึงพอใจมาก เมื่อพิจารณารายด้านและรายชื่อ พบว่า ผู้ประกันตนพึงพอใจมากที่สุด คือ การประสานบริการในเรื่องการประสานงานของแผนกต่างๆ และพึงพอใจน้อยที่สุด ด้านข้อมูลที่ได้รับในเรื่องการแนะนำการใช้ยาของเจ้าหน้าที่ห้องยา

เทพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ (2540, น.98) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นภาวะของความพึงพอใจหรือภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวกที่มีผลเกิดขึ้นเนื่องจากการประเมินประสบการณ์ของคนๆ หนึ่ง สิ่งที่ขาดหายไประหว่างการเสนอให้กับสิ่งที่ได้รับจะเป็นรากฐานแห่งความพอใจและไม่พอใจได้

ปิยวรรณ ประคุณคงชัย (2533, น.99-101) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลของรัฐ: ศึกษากรณี จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ โดยมีความพึงพอใจต่ำสุดกับความสะดวกที่ได้รับจากบริการ และมีความพึงพอใจสูงสุดกับด้านคุณภาพของการบริการ นอกจากนี้พบว่า เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ลักษณะการเจ็บป่วย ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ความเข้าใจในการติดต่อสื่อสารมีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาล ปัญหาของผู้ป่วยในการรับบริการคือเจ้าหน้าที่ไม่แนะนำ ไม่ให้ความสะดวก กิริยามารยาทไม่สุภาพ การบริการล่าช้า รอนาน

ปรีชา หนูทิม (2546, น.125) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านนวดที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2546 ผลการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 36 - 45 ปี สถานภาพสมรส มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า อาชีพเป็นข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000 - 15,000 บาท และลักษณะงานที่ทำส่วนใหญ่เป็นงานที่ต้องทำงานก้มๆ เงยๆ มักออกกำลังกายนานๆ ครั้ง ระยะเวลาเกิดโรคส่วนใหญ่อยู่ช่วงระหว่าง 1-4 เดือน โดยที่กลุ่มตัวอย่างมักทราบสาเหตุของอาการเจ็บป่วยและการรักษาในปัจจุบันส่วนใหญ่รักษาด้วยการนวด ประวัตินอนเจ็บป่วยในอดีตเคยผ่าตัดส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายมาก่อนแล้ว การศึกษาประสิทธิผลของการนวดโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังนวดผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากการนวดสายราชสำนัก มักจะมีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณบ่า น้อยกว่าก่อนได้รับการรักษาในแต่ละช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับการนวดสายราชสำนัก พบว่าความรู้ต่อการนวดสายราชสำนักและทัศนคติต่อการนวดสายราชสำนักส่วนใหญ่อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ความพึงพอใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้เข้ารับบริการ ในด้านคุณภาพบริการ ด้านอรรถาธิบายของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านสถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือและด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา ด้วยวิธีการนวดส่วนมากจะมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากที่สุดและมาก

จากการเปรียบเทียบระหว่างการนวดทั้ง 2 ครั้ง พบว่า หลังการนวดครั้งที่ 2 มีค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดลดลง แสดงว่าความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยของคนไข้ลดลง เมื่อได้รับการนวดแผนไทยสายราชสำนัก จากการเปรียบเทียบระดับการปวด สรุปแล้ว พบว่า อาการปวดลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) จากการวัดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขาและคอในบริเวณที่ทำการ นวด สรุปว่า ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อต้นคอ ได้เพิ่มมากขึ้น

โตภณ พงศ์สุพัต (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการบริการ ของโรงพยาบาลชุมพร จังหวัดชุมพร จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในมีความพึงพอใจต่อการบริการ ของโรงพยาบาลชุมพรอยู่ในระดับปานกลาง ไม่เพียงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและระดับรายได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการ บริการของโรงพยาบาลชุมพร แต่ยักรวมถึงปัจจัย ทางด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยทางด้านคุณภาพบริการ และปัจจัยทางด้านการเข้าถึงบริการมี ความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการบริการ ของโรงพยาบาลชุมพรด้วย

อนงค์ เอื้อวัฒนา (2542, น.95-97) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการจำนวน 270 คน พบว่า ความพึงพอใจ โดยรวมของผู้รับบริการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.6 ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าถึง บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.7 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการให้บริการโดยรวมอยู่ ในระดับพอใช้ ร้อยละ 90.0 ผู้รับบริการที่ระดับการศึกษา อาชีพที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจใน บริการแตกต่างกัน การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการให้บริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

อเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen 1975, p.4-11, 52-80) ได้ศึกษาความพึงพอใจ ของประชาชนต่อการบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1970 โดยสัมภาษณ์ความ คิดเห็นของประชาชนต่อศูนย์บริการทางสุขภาพจำนวน 4,966 ราย พบว่าเรื่องที่ประชาชนไม่พอใจ มากที่สุด คือ ความสะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการและในปี ค.ศ.1971 อเดย์และแอนเดอร์เซนได้ชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการในการรักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริการเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ ว่าได้มีการเข้าถึงประชาชนและความพึงพอใจ 6 ประเภทได้แก่

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ซึ่งแบ่งออกเป็น
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)
 - 1.2 การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability or care when need)
 - 1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care)
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ (Coordination) ซึ่งแบ่งออกเป็น
 - 2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง (Getting all needs at one place)

2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ทั้งร่างกายและจิตใจ (Concern of doctors of overall health)

2.3 แพทย์ได้มีการติดตามการรักษา (Follow – up Care)

3. ความพึงพอใจต่ออัยศาสตร์และการให้เกียรติของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัยศาสตร์ท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการและปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยท่าทีที่เหมาะสม

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical Information)

4.1 ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information About What was Wrong)

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาพยาบาล (Information about Treatment) เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วยและการใช้ยา เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of Care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of Pocket Cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาพยาบาล

ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นความรู้สึกในทางบวก ของผู้รับบริการต่อการให้บริการ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดังนี้

1. ผลลัพธ์บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการจะเกิดขึ้นเมื่อได้บริการที่มีคุณภาพและระดับการให้บริการตรงกับความต้องการ รวมไปถึงความเอาใจใส่ขององค์กรในการออกแบบผลลัพธ์ในรายละเอียดที่ผู้รับบริการต้องการใช้ในชีวิตประจำวัน วิธีการใช้หรือลักษณะที่ผู้รับบริการใช้สินค้าหรือบริการแต่ละอย่าง คุณภาพของการให้บริการเป็นส่วนสำคัญยิ่งในการที่จะสร้างความพอใจให้กับผู้รับบริการ

2. ค่าบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการขึ้นอยู่กับราคาค่าบริการที่ผู้รับบริการยอมรับพิจารณาว่าเหมาะสมกับคุณภาพของการบริการตามความเต็มใจที่จะจ่าย (Willingness to Pay) ทั้งนี้ เจตคติของผู้รับบริการของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันออกไป เช่น บางคนอาจพิจารณาว่าสินค้าหรือบริการที่มีราคาสูงเป็นสินค้าหรือบริการที่มีคุณภาพสูง ในขณะที่ผู้รับบริการบางคนจะพิจารณาราคาค่าบริการตามลักษณะความยากง่ายของการให้บริการ เป็นต้น

3. สถานที่ให้บริการ การเข้าไปใช้บริการได้สะดวกเมื่อผู้รับบริการต้องการย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการทำเล ที่ตั้ง เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

4. การแนะนำบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเกิดขึ้นได้จากการทราบข่าวสารหรือบุคคลอื่นกล่าวขานถึงคุณภาพของการบริการในทางบวก ซึ่งหากตรงกับความต้องการที่มีอยู่ก็จะรู้สึกดีกับการบริการดังกล่าว อันเป็นแรงจูงใจผลักดันให้มีความต้องการบริการตามมาได้

5. ผู้ที่ให้บริการเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงานและการบริการให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจทั้งสิ้น ผู้บริหารที่กำหนดนโยบายบริการโดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นหลัก ย่อมสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจได้ง่ายเช่นเดียวกับผู้ให้บริการที่ตระหนักถึงผู้รับบริการเป็นสำคัญ จะแสดงพฤติกรรมบริการและสนองบริการที่ผู้รับบริการต้องการด้วยความสนใจเอาใจใส่อย่างเต็มที่ด้วยจิตสำนึกของการบริการ

6. สภาพแวดล้อมของการบริการที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ได้แก่ สภาพแวดล้อมของการบริการที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบอาคารสถานที่ ความสวยงามของการจัดแต่งภายใน การจัดแบ่งพื้นที่เป็นสัดส่วน ตลอดจนการออกแบบวัสดุเครื่องใช้ในงานบริการ เช่น กระดาษ ซองจดหมาย เป็นต้น

7. กระบวนการให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการมีส่วนสำคัญในการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการจัดการระบบการบริการส่งผลให้การปฏิบัติงานบริการแก่ผู้รับบริการ เช่น การนำเอาเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์มาจัดระบบข้อมูลการสำรองห้องพัก โรงแรมหรือสายการบิน การใช้เครื่องฝากถอนเงินอัตโนมัติ เป็นต้น

ความพึงพอใจเปลี่ยนแปลงไปได้ตลอดเวลาตามปัจจัยแวดล้อมและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกชอบสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ผันแปรไปตามปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับความคาดหวังของบุคคลในแต่ละสถานการณ์ ช่วงเวลาหนึ่งบุคคลอาจจะไม่พอใจต่อสิ่งหนึ่งเพราะไม่เป็นที่พอใจตามที่คาดหวังไว้ แต่ในอีกช่วงหนึ่งเวลาหนึ่ง หากสิ่งที่คาดหวังไว้ได้รับการตอบสนองอย่างถูกต้อง บุคคลก็สามารถเปลี่ยนความรู้สึกเดิมต่อสิ่งนั้นได้อย่างทันทีทันใด แม้ว่าจะเป็นความรู้สึกที่ตรงกันข้ามก็ตาม นอกจากนี้ ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่สามารถแสดงออกในระดับมากขึ้นอยู่กับความแตกต่างของการประเมินที่ได้รับจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ ส่วนใหญ่ผู้รับบริการจะใช้เวลาเป็นมาตรฐานในการเปรียบเทียบความคาดหวังจากบริการต่างๆ

ความพึงพอใจในบริการที่เกิดขึ้นในกระบวนการบริการระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นผลของการรับรู้และประเมินคุณภาพของการบริการในสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังไว้ว่า ควรจะได้รับและสิ่งที่ผู้รับบริการได้รับจริงจากการบริการในแต่ละสถานการณ์บริการหนึ่ง ซึ่งระดับความพึงพอใจอาจเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาที่แตกต่างกันได้ ทั้งนี้ ความพึงพอใจในบริการจะประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการ คือ

1. องค์ประกอบด้านการรับรู้คุณภาพของสินค้าบริการ ผู้รับบริการจะรับรู้ว่าคุณภาพบริการที่ได้รับมีลักษณะตรงตามที่กำหนดไว้ในแต่ละประเภทมากน้อยเพียงใด
2. องค์ประกอบด้านการรับรู้คุณภาพของการนำเสนอบริการ ผู้รับบริการจะรับรู้ว่าคุณภาพการนำเสนอบริการตามกระบวนการบริการของผู้ให้บริการ มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใดไม่ว่าจะ

เป็นความสะดวกในการเข้าถึงบริการ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้บริการตามบทบาทหน้าที่ และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการทั้งในด้านความรับผิดชอบต่องานการใช้ภาษาสื่อความหมายและการปฏิบัติตนในการให้บริการ

คmith ดวงหส์ดี (2547, น.93) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจว่า หมายถึง ความรู้สึกชอบหรือพอใจของบุคคลที่มีต่อการทำงานและองค์ประกอบหรือสิ่งจูงใจอื่นๆ ถ้างานที่ทำหรือองค์ประกอบเหล่านั้นตอบสนองความต้องการของบุคคลได้บุคคลนั้นจะเกิดความพึงพอใจในงานขึ้นจะอุทิศเวลา แรงกาย แรงใจ รวมทั้งสติปัญญาให้แก่งานของตนให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีคุณภาพ

วิรุพ พรรณเทวี (2542, น.111) กล่าวถึงความพึงพอใจจากการรับบริการว่าเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะคาดหวังกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างไร ถ้าคาดหวังหรือมีความตั้งใจมากและได้รับการตอบสนองด้วยดีจะมีความพึงพอใจมาก แต่ในทางตรงกันข้ามอาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่งเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตนตั้งใจไว้ว่ามีมากหรือน้อย

สรุป สิ่งจูงใจที่ใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้นให้บุคคลเกิดความพึงพอใจจึงประกอบด้วย

1. สิ่งจูงใจที่เป็นวัตถุ (Material Inducement) ได้แก่ เงิน สิ่งของหรือสภาวะทางกายที่ให้แก่ผู้ประกอบการกิจกรรมต่างๆ
2. สภาพทางกายที่พึงปรารถนา (Desirable Physical Condition) คือ สิ่งแวดล้อมในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งอันก่อให้เกิดความสุขทางกาย
3. ผลประโยชน์ทางอุดมคติ (Ideal Benefaction) หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่สนองความต้องการของบุคคล
4. ผลประโยชน์ทางสังคม (Association Attractiveness) คือความสัมพันธ์อันดีที่มีมิตรกับผู้ร่วมกิจกรรม อันจะทำให้เกิดความผูกพันความพึงพอใจและสภาพการเป็นอยู่ร่วมกันเป็นความพึงพอใจของบุคคลในด้านสังคมหรือความมั่นคงในสังคม ซึ่งจะทำให้รู้สึกมีหลักประกันและมีความมั่นคงในการประกอบกิจกรรม

ดังนั้น อาจกล่าวโดยรวมได้ว่า ความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นทัศนคติที่เป็นนามธรรมเกี่ยวกับจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่สามารถมองเห็นรูปร่างได้ นอกจากนี้ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกด้านบวกของบุคคล ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจเกิดขึ้นจากความคาดหวังหรือเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสิ่งนั้นสามารถตอบสนองความต้องการให้แก่บุคคลได้ซึ่งความพึงพอใจที่เกิดขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามค่านิยมและประสบการณ์ของตัวบุคคล

สรุป แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการดังกล่าว นำมาเป็นกรอบแนวคิดการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรีตามแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์เซน 6 ด้าน คือ ความสะดวกที่ได้รับจากบริการ การประสานของบริการ ทัศนคติและการให้เกียรติของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับจากบริการ คุณภาพของบริการและค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ในส่วนของ ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจมาก เกี่ยวกับการให้บริการของพนักงานที่ให้บริการ คุณภาพในการให้บริการและความรวดเร็วในการให้บริการ โดยตั้งข้อสังเกตว่าระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ มักจะขึ้นอยู่กับแนวทางการบริการของผู้ให้บริการและสภาพแวดล้อมในการบริการ รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่อง เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้

ปัจจัยที่มีผลต่อผู้รับบริการ

ผู้รับบริการมีความต้องการต่อการให้บริการ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยสำคัญๆ มีดังนี้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2535, น.38-40)

1. สถานที่บริการ การเข้าถึงการบริการได้สะดวกเมื่อประชาชนมีความต้องการย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการ ทำเล ที่ตั้งและการกระจายสถานที่บริการให้ทั่วถึง เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนจึงเป็นเรื่องสำคัญ

2. การส่งเสริมแนะนำการบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเกิดขึ้นได้จากการได้ยินข้อมูลข่าวสารหรือบุคคลอื่นกล่าวขานถึงคุณภาพของการบริการไปในทางบวก ซึ่งหากตรงกับความเชื่อถือที่มีก็จะมีความรู้สึกกับบริการดังกล่าวอันเป็นแรงจูงใจผลักดันให้มีความต้องการบริการตามมาได้

3. ผู้ให้บริการ ผู้บริหารการบริการและผู้ปฏิบัติบริการล้วนเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงานบริการให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจทั้งสิ้น ผู้บริหาร การบริการที่วางนโยบายการบริการโดยคำนึงถึงความสำคัญของประชาชนเป็นหลักย่อมสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าให้เกิดความพึงพอใจได้ง่ายเช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติงานหรือพนักงานบริการที่ตระหนักถึงประชาชนเป็นสำคัญ แสดงพฤติกรรมบริการและสนองบริการที่ลูกค้าต้องการด้วยความสนใจเอาใจใส่อย่างเต็มที่ด้วยจิตสำนึกของการบริการ

4. สภาพแวดล้อมของการบริการ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศของการบริการมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของลูกค้า ลูกค้ามักชื่นชมสภาพแวดล้อมของการ บริการเกี่ยวข้องกับการออกแบบอาคารสถานที่ การตกแต่งภายในด้วยเฟอร์นิเจอร์และการให้สีสรรการจัดแบ่งพื้นที่เป็นสัดส่วนตลอดจนการออกแบบวัสดุ เครื่องใช้งานบริการจดหมาย ของจดหมาย เป็นต้น

5. กระบวนการบริการ วิธีการนำเสนอบริการในกระบวนการบริการเป็นส่วนสำคัญในการสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชน ประสิทธิภาพของการจัดการ ระบบการบริการ ส่งผลให้การปฏิบัติงานบริการแก่ลูกค้ามีความคล่องตัวและสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ เช่น การนำเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ เข้ามาจัดระบบข้อมูลของการสำรองห้องพัก โรงแรมหรือสายการบิน การใช้เครื่องฝาก ถอนเงินอัตโนมัติ การใช้ระบบโทรศัพท์อัตโนมัติในการรับโอนสายในการติดต่อองค์กรต่างๆ การประชุมทางโทรศัพท์ การติดต่อทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ตามปัจจัยแวดล้อมและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งผันแปรไปตามปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับ ความคาดหวังของบุคคลในแต่ละสถานการณ์ ช่วงเวลาหนึ่งบุคคลอาจจะไม่พอใจต่อสิ่งหนึ่ง เพราะไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ แต่ในช่วงหนึ่ง หากสิ่งที่คาดหวังไว้ได้รับการตอบสนองอย่างถูกต้อง บุคคลก็สามารถเปลี่ยนความรู้สึกเดิมต่อสิ่งนั้นได้อย่างทันทีทันใด นอกจากนี้ ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่สามารถแสดงออกในระดับ มากน้อยได้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของการประเมินสิ่งที่ได้รับจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ ส่วนใหญ่ ประชาชนจะใช้เวลา เป็นมาตรฐานในการเปรียบเทียบความคาดหวังจากบริการต่างๆ

นอกจากนี้ วราภรณ์ รัชตะวรรณ (2550, น.16-18) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการบริการไว้ 2 ประการคือ

1. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการหรือผู้ปฏิบัติงาน จะทำให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร จะต้องมียปัจจัยต่างๆ ดังนี้คือ

1.1 ความมั่นคงปลอดภัย ในการทำงาน ความมั่นคงที่หน่วยงานทำให้เกิดความรู้สึก เชื่อถือได้เนื้อเชื่อใจแก่ปฏิบัติงานทั้งชายและหญิง มักจะมีความรู้สึกว่าการมั่นคงปลอดภัยนี้เป็น ประจวบเหมาะ ทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานและความต้องการความมั่นคงปลอดภัยจะมีเพิ่มมากขึ้นตามอายุของผู้ปฏิบัติงาน

1.2 โอกาสความก้าวหน้าในการทำงาน จากผลการวิจัยหลายเรื่อง การไม่มีโอกาสก้าวหน้าในการทำงานจะก่อให้เกิดความไม่ชอบงานและผู้ชายจะมีความต้องการ โอกาสก้าวหน้าในการทำงานสูงกว่าหญิง ความต้องการเรื่องนี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

1.3 ค่าจ้างหรือรายได้และโอกาสก้าวหน้าในการทำงานจะมีความสัมพันธ์กับเงิน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานมักจะจัดอันดับค่าจ้างไว้ในอันดับสูง แต่ข้อยกเว้นโอกาส ความก้าวหน้าในการทำงาน และความมั่นคงปลอดภัย องค์ประกอบนี้มักมีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจมากกว่าความพึงพอใจ

1.4 สภาพการทำงาน การควบคุมดูแลของผู้บังคับบัญชาเป็นส่วนสำคัญทำให้เกิดความพอใจและไม่พอใจต่องานได้

1.5 ลักษณะที่แท้จริงของงานที่ทำตรงกับความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานหากได้ทำตามที่เขาถนัดเขาก็จะเกิดความพึงพอใจ

1.6 ผลประโยชน์ตอบแทน ได้แก่ เงินบำเหน็จ บำนาญ ค่ารักษาพยาบาล เงิน สวัสดิการ วันหยุด วันพักผ่อนต่างๆ

1.7 ลักษณะทางสังคม การเป็นที่ยอมรับในสังคมในงานที่ทำ การให้สังคมยอมรับ

1.8 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการทำงาน ทักษะคิด ระดับการศึกษา บุคลิกส่วนตัว ความเฉลียวฉลาด

1.9 คำชมเชยยกย่อง พุดจาอย่างสุภาพ มีผลในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ

2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นความนึกคิด ทักษะคิดของผู้ที่รับจากการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการว่ามีความพึงพอใจอะไรบ้างโดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดังนี้ คือ

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สภาพการทำงาน มีผลต่อความคิด ทักษะคิดในการรับบริการอย่างมาก

2.2 ความรวดเร็วในการให้บริการมีความสำคัญอย่างมากในการทำให้เกิดความพึงพอใจ เพราะผู้รับบริการทุกคนต้องการได้รับความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อประสานงาน

2.3 การประชาสัมพันธ์ในงานที่ให้บริการ เพื่อให้ทราบขั้นตอนต่างๆ ในการปฏิบัติ หลักฐานเอกสารที่ต้องการใช้อะไร มีการกำหนดขั้นตอนอย่างไร รู้ว่าจะได้รับผลการบริการอย่างช้าเมื่อไร ชี้แจงเหตุผลผลการดำเนินการติดต่อต่างๆ เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดี ต่อการดำเนินงาน

2.4 ระบบการทำงาน หน่วยงานมีกฎระเบียบ ข้อบังคับ ข้อปฏิบัติอย่างไร ผู้รับบริการมีความเข้าใจในการบริหารงานขององค์กรมากน้อยเพียงใด ถ้ามีความเข้าใจมากก็จะมีเหตุผลเข้าใจในขั้นการปฏิบัติทำให้เกิดมีความพอใจได้มากกว่าผู้ที่ไม่รู้ กฎ ระเบียบ

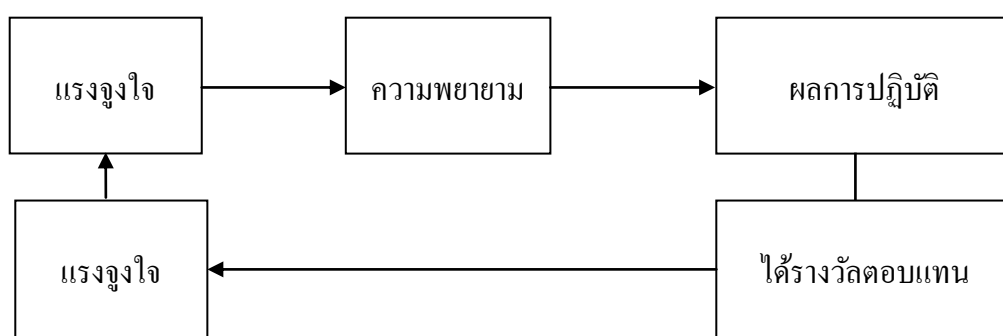
2.5 ความยุติธรรมในการให้บริการ ผู้รับบริการชอบให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติต่อผู้รับบริการเสมอกันหมด มิใช่เลือกปฏิบัติ มีความเท่าเทียมกันในการให้บริการ

2.6 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ปฏิบัติงาน การพุดจาที่ดีของเจ้าหน้าที่ให้บริการ การช่วยแนะนำชี้แจงในการบริการ มีความสัมพันธ์ในแง่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ในแง่ ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีของผู้รับบริการนั้นๆ ลดความไม่พึงพอใจในการให้บริการ

2.7 คุณภาพของการให้บริการ ความถูกต้องของผลการบริการว่าดำเนินการไปได้ ถูกต้องตรงตามความต้องการหรือไม่เพียงใด หากการให้บริการมีความถูกต้องก็จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมาก

คอตเลอร์ (Kotler, 1994, p.74) กระบวนการรูปแบบและปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ กล่าวถึงกระบวนการของการสร้างความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานว่าถ้าผู้ปฏิบัติงานมีแรงจูงใจมากจะมีความพยายามและถ้ามีความพยายามมากจะปฏิบัติงานได้มาก ทำให้ได้รางวัลมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่ความพึงพอใจปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

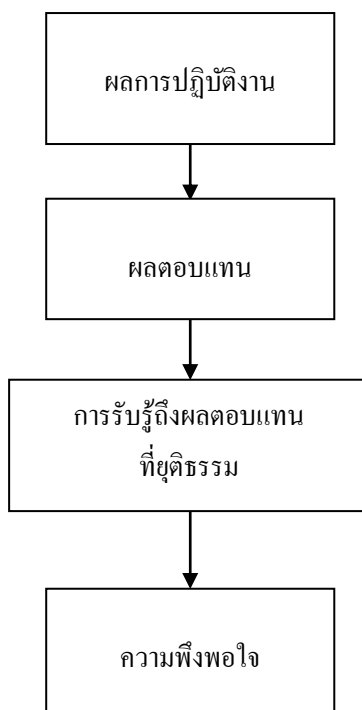
กระบวนการเกิดความพึงพอใจตามแนวคิดของ คอตเลอร์ แสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กระบวนการเกิดความพึงพอใจ

(Kotler, 1994 , p.74)

พอตต์เตอร์และโลเลอร์ (Porter and Lowler อ้างถึงในสมยศ, 2539, น.110) เสนอรูปแบบการเกิดความพึงพอใจว่าผลตอบแทนเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพึงพอใจและการปฏิบัติงานย่อมจะก่อให้เกิดผลตอบแทน ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจและผลการปฏิบัติงานจะถูกเชื่อมโยงด้วยการรับรู้ถึงผลตอบแทนที่ยุติธรรม ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 รูปแบบการเกิดความพึงพอใจ
(พอตต์เตอร์และโลเลอร์ (Porter and Lawler, 1994, p.110))

รูปแบบการเกิดความพึงพอใจของพอตต์เตอร์และโลเลอร์ (Porter and Lawler) แสดงให้เห็นว่า ผลการปฏิบัติงานจะนำไปสู่ผลตอบแทนหรือรางวัลที่ได้รับ โดยผลตอบแทนจะไม่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจโดยตรง แต่ต้องผ่านการรับรู้เกี่ยวกับความยุติธรรมของผลตอบแทน ดังนั้น ความพึงพอใจของบุคคลใดบุคคลหนึ่งจึงถูกกำหนดโดยความรู้สึกรู้สึกของแต่ละบุคคลเมื่อได้พิจารณาความแตกต่างระหว่างผลตอบแทนที่เกิดขึ้นจริงและผลตอบแทนที่เขามีความรู้สึกรู้สึกว่าเขาควรจะได้รับหากผลตอบแทนจริงมากกว่าผลตอบแทนที่เขาคาดว่าจะได้รับความพึงพอใจย่อมจะเกิดขึ้นความมากน้อยของความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้เกี่ยวกับความยุติธรรมของผลตอบแทน

เกสินี ศรีคงอยู่ (2553, น.72-74) ได้ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของผู้มารับบริการการตรวจการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากท่อ จังหวัดราชบุรี โดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 255 คน พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจสูง คิดเป็นร้อยละ 67.8 รองลงมา มีความพึงพอใจระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.0 และพึงพอใจระดับต่ำร้อยละ 1.2 เมื่อจำแนกรายด้านและรายชื่อ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านการให้เกียรติ ในเรื่องความเอาใจใส่และสนใจของแพทย์ในการตรวจรักษาและพึงพอใจน้อยที่สุดในด้านความสะดวกในเรื่องความเพียงพอของบริเวณที่รอรับบริการ

บึงอร ผงผ่าน (2550, น.90) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการของโรงพยาบาลชุมชน: ศึกษากรณีโรงพยาบาลก้นทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการของตึกผู้ป่วยนอกทุกกิจกรรมงานบริการในภาพรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงมากกว่า ร้อยละ 79.3 และมีผู้รับบริการส่วนน้อยมีความไม่พึงพอใจ ร้อยละ 20.7 ปัจจัยเหตุของด้านระบบกระบวนการให้บริการและด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการกับความพึงพอใจ มีความผันแปรตามกิจกรรมงานบริการ ด้านระบบการให้บริการผู้รับบริการมีความพึงพอใจในทุกประเด็น สาเหตุของความไม่พึงพอใจเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในเรื่องบุคลิกท่าทีมารยาทในการให้บริการ และความเสมอภาคในการให้บริการ ส่วนด้านกระบวนการให้บริการสาเหตุของความไม่พึงพอใจคือ ความสะดวกรวดเร็วในขั้นตอนขอรับบริการ

เบญจพร พุฒคำ (2547, น.111-112) ได้ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา โดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 438 คน พบว่าผู้รับบริการไม่พึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ด้านที่ 1 ความสะดวกในการใช้บริการ ด้านที่ 4 การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาและด้านที่ 6 ความพร้อมที่จะให้การรักษายาบาลส่วนด้านที่ผู้มารับบริการมีความคาดหวังไม่แตกต่างจากการรับรู้ โดยมีแนวโน้มไม่พึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ได้แก่ ด้านที่ 2 อธิบายไม่ตรี ด้านที่ 3 ความเป็นรูปธรรมของการให้บริการด้านที่ 5 ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ และด้านที่ 7 จริยธรรมของเจ้าหน้าที่ สำหรับด้านที่ผู้รับบริการมีความคาดหวังไม่แตกต่างจากการรับรู้ โดยมีแนวโน้มประทับใจต่อคุณภาพบริการ ได้แก่ด้านที่ 8 ราคา ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไป ของผู้มารับบริการกับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการทั้ง 8 ด้าน ของแผนกผู้ป่วยนอก มีความสัมพันธ์ ดังนี้ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและลักษณะการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการด้านที่ 4 การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา ระดับการศึกษาของผู้มารับบริการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการด้านที่ 2 อธิบายไม่ตรี รายได้ของผู้มารับบริการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการด้านที่ 3 ความเป็นธรรมของบริการ และมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการด้านที่ 5 ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ แผนกที่ผู้มารับบริการเข้ารับการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการด้านที่ 1 ความสะดวกในการใช้บริการ

เบญจพร พุฒคำ (2547, น.45) ได้ศึกษาระยะเวลาใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่ม จังหวัดภูเก็ต ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พอใจที่ไม่มีที่นั่งสำหรับรอแพทย์ตรวจและมีความพึงพอใจมากที่สุดที่มีป้ายบอกสถานที่ต่างๆ ชัดเจน หาดูห้องที่

ต้องการได้ง่าย ความเป็นระเบียบเรียบร้อยของอาคาร สถานที่และความสะอาดของสถานที่ตามลำดับ

โชคชัย ชยธวัช (2547, น.143-144) ให้ความหมายของความพึงพอใจว่าเป็น ผลลัพธ์จากการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ในการทำงานของผลิตภัณฑ์กับความคาดหวัง

มาลี บุญยะมาศ อ้างถึงใน สุรเดช รอดจินดา (2550, น.16) ได้ศึกษาคุณสมบัติที่ต้องการของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการเอกชน พบว่า ด้านคุณลักษณะนิสัย ทักษะคติ บุคลิกภาพของผู้ปฏิบัติหน้าที่สถานประกอบการเอกชนมีความต้องการ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่องานในหน้าที่และความกระตือรือร้นที่จะทำงานมากที่สุด รองลงมาคือ ความซื่อสัตย์ ความมีวินัย ความรอบคอบ หมั่นเรียนรู้และพัฒนาการให้ดีขึ้น รักในงาน ทำงานร่วมกับผู้อื่น ใส่ใจ เรียนรู้งานในหน้าที่ มนุษย์สัมพันธ์ดี มีความพากเพียรพยายามและมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ คุณลักษณะด้านการปฏิบัติงาน สถานประกอบการเอกชนต้องการ ผู้ปฏิบัติงานที่มีความคล่องแคล่ว ว่องไว กระฉับกระเฉง เฉลียวฉลาด ไหวพริบดี เรียนรู้งานได้ รวดเร็ว รู้จักประยุกต์ความรู้มาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติ และสามารถวิเคราะห์ปัญหาและแก้ปัญหาได้

ลลิตา กระจ่างโพธิ์ (2546, น.50-51) ได้ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของผู้มารับบริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคและเป็นผู้ที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา โดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 196 คน พบว่าผู้มาใช้บริการมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความสะดวก ด้านการประสานงาน ด้านอรรถาธิบายความสนใจ ด้านข้อมูลที่ได้รับ ด้านคุณภาพบริการและด้านค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับมาก

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2539, น.365) กล่าวว่า ความพึงพอใจ และการจูงใจจะเป็น เหตุและผลซึ่งกันและกัน และได้ให้แนวความคิดไว้ว่า การจูงใจ (Motivation) เป็นสิ่งเร้าและความพยายามที่จะตอบสนองความต้องการหรือเป้าหมาย ส่วนความพึงพอใจ (Satisfaction) หมายถึง ความพอใจเมื่อต้องการ หรือเป้าหมายได้รับการตอบสนอง ดังนั้น การจูงใจจึงเป็นสิ่งเร้าเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ ความพึงพอใจ

สรลาลี ตั้งเจริญและคณะ (2554, น.167) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง พฤติกรรมและระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 400 คน โดยคำนวณตามสูตรของยามานะ (Yamane) และใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวัดข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

พฤติกรรมการใช้บริการและวัดระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อแผนกผู้ป่วยนอกแบ่งเป็นด้านสภาพแวดล้อมทั่วไปของโรงพยาบาล ห้องบัตร ห้องตรวจโรคและพฤติกรรมกรการรักษาพยาบาลด้านอุปกรณ์การรักษา ห้องการเงิน ห้องยา แผนกประชาสัมพันธ์และระบบการจัดการบริการ ซึ่งทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviations : SD) ทดสอบสมมติฐาน เพื่อหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ t-test และ F-test หรือ One-way Anova ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

โอลิเวอร์ (Oliver, 1997, p.63) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจ คือการตอบสนองที่แสดงถึง ความประสงค์ของลูกค้า เป็นวิจรณ์ญาณของลูกค้าที่มีต่อสินค้าและบริการ ความพึงพอใจมีมุมมองที่แตกต่างกัน แล้วแต่มุมมองของแต่ละคน สอดคล้องกับ Good (1973, น.320) ที่กล่าวว่าความพึงพอใจหมายถึงสภาพ คุณภาพหรือระดับความพอใจซึ่งเป็นผลมาจากความสนใจต่างๆ และทัศนคติที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้นๆ

ระบบ กระบวนการการจัดบริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์

กระบวนการการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์

ขั้นตอนการจัดบริการคลินิก ประกอบด้วย

การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์

1. หลักการและเหตุผล

การแพทย์แผนไทยได้ โดยเน้นหลักการการศึกษาอย่างเป็นระบบ มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ ประกอบ สามารถอธิบายหลักการต่างๆ ให้คนทั่วไปเข้าใจได้ มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพและเหมาะสมกับยุคสมัยที่เปลี่ยนไป โดยมีการนำทฤษฎี องค์ความรู้ หลักการและวิธีปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้ร่วมกับความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์เพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค ตลอดจนการป้องกันและฟื้นฟูสภาพร่างกาย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับได้ผลิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ออกไปทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยการแพทย์แผนไทยทั้งในภาครัฐและเอกชน

ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์แผนไทย การแบ่งเบาภาระในการดูแลสุขภาพของแพทย์ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากการแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นการแพทย์ที่มีการลงทุนต่ำและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพต่ำเพราะวัตถุดิบที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ เช่นยาสมุนไพรสามารถผลิตได้ในประเทศทั้งหมด คณะกรรมการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์และกองการ

ประกอบโรคศิลปะมองเห็นว่ามีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการจัดทำคู่มือการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์ขึ้น เนื่องจากต้องใช้บุคลากรหลายฝ่ายทั้งจากแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนปัจจุบันและผู้ที่มีความรู้ความสามารถทางการแพทย์แผนไทยและถ้าดำเนินการล่าช้าจะทำให้การจัดทำคู่มือการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์ได้ยากมากขึ้น เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แผนไทยได้ลดจำนวนลงเรื่อยๆ

2. วัตถุประสงค์

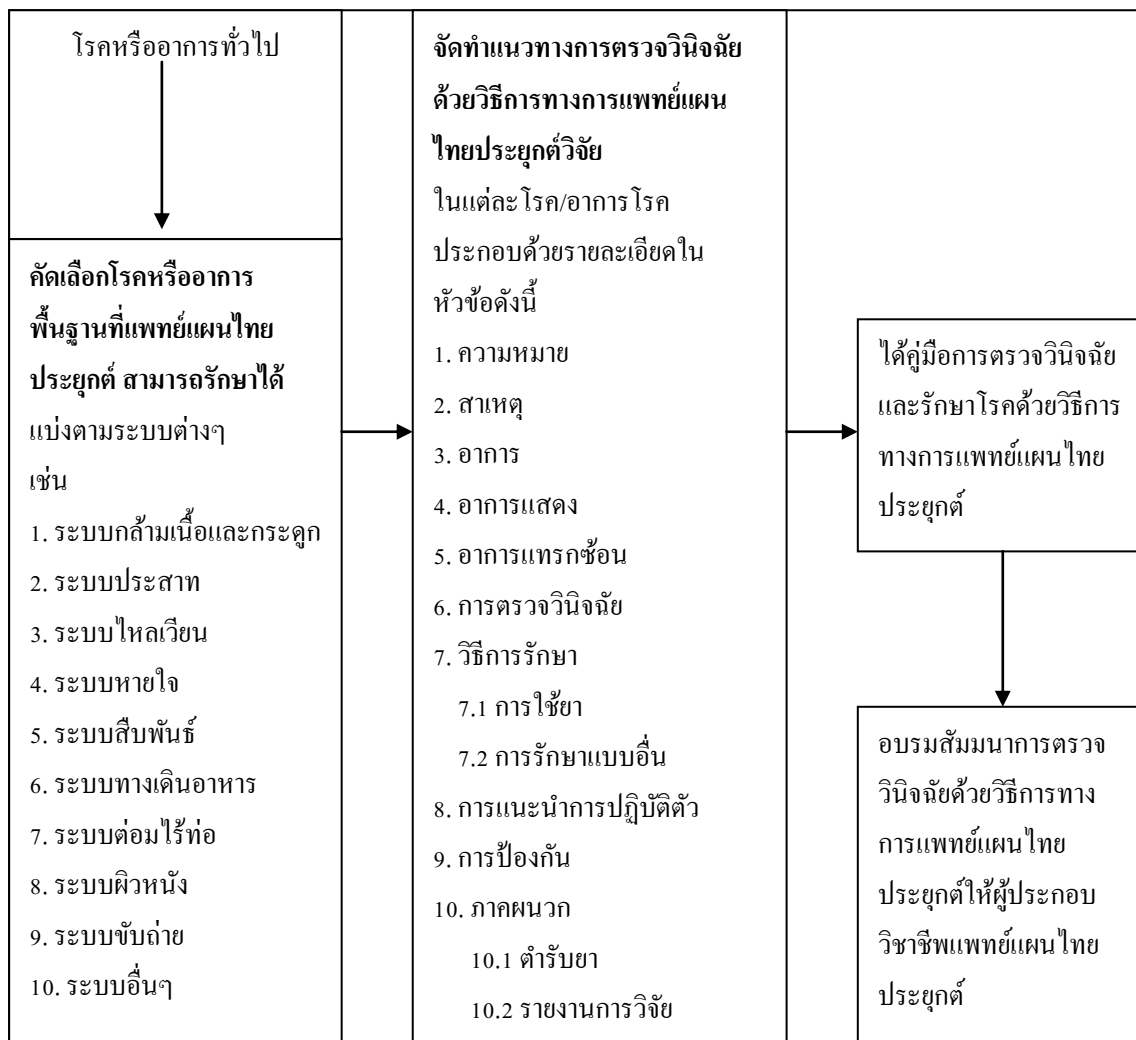
2.1 เพื่อจัดทำแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์

2.2 เพื่อจัดทำคู่มือการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์

2.3 เพื่อจัดอบรมสัมมนาแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์ให้ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์

3. แนวคิดการจัดบริการ

ตารางที่ 1 แสดงแนวคิดการจัดบริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์



(โครงการจัดทำคู่มือการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค
ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์, 2554, ออนไลน์)

4. วิธีดำเนินการ

4.1 แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากสาขาต่างๆ เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ การแพทย์แผนปัจจุบันและเภสัชศาสตร์

4.2 คัดเลือกเลือกโรคและอาการที่แพทย์แผนไทยประยุกต์สามารถรักษาได้ มาจัดทำแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์ แบ่งตามระบบต่างๆ ดังนี้

4.2.1 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

4.2.2 ระบบประสาท

4.2.3 ระบบไหลเวียนโลหิต

4.2.4 ระบบหายใจ

4.2.5 ระบบสืบพันธุ์

4.2.6 ระบบทางเดินอาหาร

4.2.7 ระบบต่อมไร้ท่อ

4.2.8 ระบบผิวหนัง

4.2.9 ระบบขับถ่าย

4.2.10 ระบบอื่นๆ

ตัวอย่างโรคและอาการที่คัดเลือกมาจัดทำจัดทำแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เช่น ท้องอืด ท้องเฟ้อ ไข้ชนิดต่างๆ เช่น ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ ท้องผูก ท้องเสีย วิงเวียน เป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อย ไอ โรคกระเพาะอาหาร ปัสสาวะขัดบวม กลาก กลี้อน ลมพิษ ปวดศีรษะจากความเครียด ปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอก หักเขอมนัน อีสุกอีใส เริม งูสวัด เหงือกอักเสบ ทอนซิลอักเสบ แผลในปาก ผื่นแพ้ แมลงกัดต่อย พยาธิลำไส้ ผมร่วง รังแค ผิว ฝ้า ฝ้า ชันนะตุ แผลธรรมดา แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก โรคอ้วนและโรคโรคคีดงทวาร วิตกกังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร บำรุงโลหิต บำรุงร่างกาย ปวดประจำเดือนและไมเกรน เป็นต้น

4.3 จัดทำแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ของแต่ละโรค อาการโรค โดยประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

4.3.1 ความหมาย

4.3.2 สาเหตุ

4.3.3 อาการ

4.3.4 อาการแสดง

4.3.5 อาการแทรกซ้อน

4.3.6 การตรวจวินิจฉัย

4.3.7 วิธีการรักษา

4.3.7.1 การใช้ยา

4.3.7.2 การรักษาแบบอื่น

4.3.8 การแนะนำการปฏิบัติตัว

4.3.9 การป้องกัน

4.3.10 ภาคผนวก

4.3.10.1 คำรับยา

4.3.10.2 รายงานการวิจัย

4.4 จัดพิมพ์คู่มือแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อแจกจ่ายให้ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์

4.5 จัดอบรมสัมมนาเพื่อถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์

5. ระยะเวลาดำเนินงาน ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2555 แบ่งเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 จัดประชุมคณะทำงานเพื่อจัดทำแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์เดือนละ 2 ครั้ง รวม 20 ครั้ง ตั้งแต่ 1 มกราคม 2555 - 31 ตุลาคม 2555

ระยะที่ 2 จัดประชุมสัมมนาแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่ออบรมการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เดือนธันวาคม 2555

6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ได้ทฤษฎีและแนวทางในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์อย่างน้อย 20 อาการโรค

6.2 ได้ตำราสำหรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ระบบการจัดการคลินิก

ระบบการจัดการคลินิกเป็นระบบที่ทางแพทย์ประจำคลินิกได้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการบริหารคลินิกให้เป็นที่ถูกใจแก่ผู้ป่วย หรือผู้ที่จะมาตรวจร่างกายทั้งในเรื่องของการให้บริการที่รวดเร็ว สะดวกแล้วยังรวมถึงระบบจัดเก็บเอกสาร ประวัติผู้ป่วย บัตรตรวจโรคของแต่ละคน ระบบการจัดการคลินิกนี้ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี มีประโยชน์ทั้งแพทย์และผู้ป่วย การนำคอมพิวเตอร์มาใช้ก็เป็นส่วนหนึ่งของระบบการจัดการคลินิกในเรื่องของการจัดเก็บข้อมูลต่างๆ การค้นหา การนัดเวลากับผู้ป่วย การออกใบรับรอง เป็นต้น ในปัจจุบันแพทย์ที่สนใจจะ

มีคลินิกเป็นของตนเองมีมากขึ้น ทำให้มีการแข่งขันมากขึ้นตามไปด้วย เนื่องจากระบบการจัดการคลินิกที่ไม่ดีพอ การให้บริการหรือการบริหารงานของทางคลินิกก็จะมีผลเสีย คือ ผู้ป่วยอาจต้องรอรับการรักษานาน ทนไม่ไหวเลยไปยังคลินิกอื่นที่ให้ บริการที่สะดวกและรวดเร็ว เป็นต้น จะเห็นประโยชน์ได้จากโรงพยาบาลในปัจจุบัน ที่นำระบบคอมพิวเตอร์มาช่วยจัดการการบริหารงานในด้านต่างๆ ทำให้การบริหารงานมีความรวดเร็วและสะดวกขึ้น ทำให้มีประชาชนเข้าไปใช้บริการการรักษามากขึ้นเมื่อเทียบ กับโรงพยาบาลในสมัยก่อนที่ไม่สะดวกแล้วต้องรอแพทย์ที่จะมารักษา ดังนั้นระบบการจัดการคลินิกจึงมี ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อความอยู่รอดของคลินิกและความเจริญเติบโตของคลินิกในอนาคต

วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระบบงานและองค์ประกอบของการจัดการคลินิก

เป้าหมาย

สามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาระบบงานคอมพิวเตอร์ เพื่อการจัดการคลินิก

ประโยชน์ที่จะได้รับ

ได้รูปแบบของระบบงานที่จะสามารถนำไปออกแบบคอมพิวเตอร์ เพื่อการจัดการคลินิก

ความหมายของคลินิกและระบบการจัดการคลินิก

คลินิก หมายถึง สถานพยาบาลที่เป็นของเอกชนและสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยค้างคืน จะมีแพทย์เป็นทั้งเจ้าของและแพทย์ประจำคลินิกด้วย ซึ่งจะให้บริการรักษาผู้ป่วยที่มารับการรักษา โดยที่ผู้ป่วยนั้นมีอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงมาก (สุริพร เอกอัครคหิทธิกุล, 2546)

หมอส່วนมากจะมี "คลินิก" ไว้ให้คนไข้มาหาเพื่อตรวจรักษาโรค ส่วนมากจะอยู่ในย่านชุมชน เป็นห้องแถวมีชื่อคลินิกติดไว้เช่นเดียวกับร้านค้า บางคนจึงเรียกว่า "ร้านหมอ" คลินิกส่วนใหญ่มีหมอคนเดียวเป็นเจ้าของ ถ้ามีคนไข้มากพอจะมีผู้ช่วยในการต้อนรับ เก็บเงินและจ่ายยาเพื่อประหยัดรายจ่ายและควบคุมกิจการ ผู้ช่วยมักเป็นภรรยาหมอ ในกรณีที่หมอไม่มีภรรยาหรือภรรยามีกิจการอื่นหรือหมอไม่ได้เป็นเจ้าของคลินิก ผู้ช่วยอาจเป็นพยาบาลหรือนุคคัลอื่น หมอที่ทำคลินิกส่วนมากยังรับราชการ เวลาทำการที่คลินิกจึงเป็นเวลาเย็นถึงค่ำ บางท้องถิ่นจะมีเวลาเช้า หรือมีช่วง 12-13 น. ด้วย สำหรับหมอที่ไม่ได้รับราชการเวลาทำการก็จะมีตั้งแต่เช้านจนค่ำ ข้อดีของคลินิกประเภทนี้ คือ ในทางสังคมถ้าคนไข้ใช้บริการเป็นประจำ หมอและคนไข้จะรู้จักกันดี ซึ่งในทางเศรษฐกิจคลินิกประเภทนี้มีต้นทุนต่ำ (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, ม.ป.ป.)

ระบบการจัดการคลินิก คือ การจัดการแก้ไขปัญหาและออกแบบระบบคลินิกให้ระบบมีประสิทธิภาพและมีผลดีต่อการจัดสรรทรัพยากรในคลินิก การจัดการเวลาและทำให้ผู้ป่วยพอใจ (Clinic Management System, 2546, p.13)

เหตุผลที่ต้องมีระบบการจัดการคลินิก

1. ปัจจุบันคลินิกมีมากขึ้น การแข่งขันจึงมากขึ้นตามไปด้วย ระบบการจัดการคลินิกจึงมีความสำคัญอย่างมาก
2. เพื่อความเป็นระบบระเบียบในการเก็บรักษาข้อมูล ให้มีประสิทธิภาพในการค้นหาข้อมูล และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลนั้นๆ
3. เพื่อให้คลินิกเป็นที่ต้องการของผู้ป่วยที่มารักษา เนื่องจากได้มีการให้บริการที่สะดวกและรวดเร็ว
4. เพื่อลดขั้นตอนที่มีความยุ่งยากลง เช่นการทำบัญชีคลังยา การทำบัญชีรายรับ - รายจ่ายต่างๆ

ภายในคลินิกนั้นจะต้องมีระบบการจัดการคลินิกที่ดีและมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มความสะดวกสบายในการให้บริการแก่ผู้ป่วย จึงมีความคิดว่าจะนำคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการจัดระบบการบริหาร ให้มีความเหมาะสม มีความเป็นระเบียบมากขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการข้อมูลที่ดี ดังนั้นฐานข้อมูลจะต้องมีความเหมาะสมและความถูกต้องเป็นสำคัญ

จากการสอบถามแพทย์ประจำคลินิกบ้านสุขภาพและการทำแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสอบถามในหัวข้อเรื่องระบบการจัดการคลินิก

ให้ท่านทำเครื่องหมายถูก ✓ ภายในช่องว่างหน้าคำตอบที่ท่านต้องการเลือก

1. ในแต่ละวันผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาภายในคลินิก โดยเฉลี่ยกี่คน/วัน

<input type="checkbox"/> 1-5 คน/วัน	<input type="checkbox"/> 6-10 คน/วัน	<input type="checkbox"/> 11-15 คน/วัน
<input type="checkbox"/> 16-20 คน/วัน	<input type="checkbox"/> มากกว่า 20 คน/วัน	
2. ปัจจุบันทางคลินิกท่านมีผู้ช่วยหรือไม่ (ถ้าท่านตอบ ไม่มีผู้ช่วยให้ข้ามไปข้อ 5)

<input type="checkbox"/> มีผู้ช่วย	<input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ช่วย
------------------------------------	---------------------------------------
3. จากข้อ 2 ทางคลินิกมีผู้ช่วยคลินิก กี่คน คน
4. ท่านคิดว่าผู้ช่วยคลินิกสามารถช่วยท่านในการจัดการคลินิกมากน้อยเท่าไร

<input type="checkbox"/> ค้นหาประวัติผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> จัดยาตามใบสั่งแพทย์	<input type="checkbox"/> จ่ายยาให้กับผู้ป่วย
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....		
5. ท่านคิดว่าผู้ช่วยในการบริหารงานมีความจำเป็นกับคลินิกหรือไม่ เพราะเหตุใด

<input type="checkbox"/> มีความจำเป็น เพราะ.....	
<input type="checkbox"/> ไม่มีความจำเป็น เพราะ.....	
6. ในการตรวจสอบต่อกยาท่านมีวิธีการจัดการอย่างไร
(โปรดระบุ).....
.....
7. ถ้าท่านนำคอมพิวเตอร์มาช่วยภายในคลินิก ท่านคิดว่าจะมีประโยชน์ในด้านใดบ้าง
(เรียงลำดับความสำคัญ 1-10)

<input type="checkbox"/> การค้นหาข้อมูลผู้ป่วย
<input type="checkbox"/> การจัดเก็บข้อมูลให้เป็นระเบียบ
<input type="checkbox"/> การจัดการสต็อกยา
<input type="checkbox"/> การตรวจสอบรายการยาและจำนวนยา
<input type="checkbox"/> การจ่ายยาให้กับผู้ป่วย
<input type="checkbox"/> การจัดการบัญชี รายรับ-รายจ่าย
<input type="checkbox"/> การนัดหมายและการจองคิวของผู้ป่วย
<input type="checkbox"/> พิมพ์รายการสั่งซื้อยาเมื่อยาใกล้หมด
<input type="checkbox"/> พิมพ์บัตรประจำตัวของผู้ป่วย
<input type="checkbox"/> พิมพ์ผลแลกยา

8. ท่านต้องการเพิ่มประโยชน์ในการใช้คอมพิวเตอร์จากข้อ 7 ในด้านใดบ้าง

(โปรดระบุ).....

9. ระบบการจัดการคลินิกในปัจจุบัน ยังคงมีปัญหาในด้านใดบ้าง

(เรียงลำดับปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากที่สุด 1-10)

- การค้นหาข้อมูลผู้ป่วย
- การจัดเก็บข้อมูลให้เป็นระเบียบ
- การจัดการสต็อกยา
- การตรวจสอบรายการยาและจำนวนยา
- การจ่ายยาให้กับผู้ป่วย
- การจัดการบัญชี รายรับ-รายจ่าย
- การนัดหมายและการจองคิวของผู้ป่วย
- พิมพ์รายการสั่งซื้อยาเมื่อยาใกล้หมด
- พิมพ์บัตรประจำตัวของผู้ป่วย
- พิมพ์ผลแลกยา

จากการสอบถามแพทย์พบว่า ในปัจจุบันทางคลินิกมีผู้ช่วยคลินิก 2 คน ผู้ช่วยทั้ง 2 คนนี้จะช่วยบริการในด้านการค้นหาประวัติของผู้ป่วย วัดไข้ ชั่งน้ำหนัก จัดยาตามใบสั่งของแพทย์และช่วยจ่ายยาให้กับผู้ป่วย เพราะต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีและเกิดความพึงพอใจ ส่วนการตรวจสอบคลังยาในแต่ละครั้งจะเป็นการตรวจสอบอย่างคร่าวๆ เมื่อยาเหลือน้อยหรือใกล้หมดจึงค่อยสั่งซื้อยาเข้ามาซึ่งการตรวจสอบแบบนี้ทำให้มีปัญหาในเรื่องของระยะเวลาการสั่งซื้อ คือกว่าทางบริษัทยาจะส่งยามาให้ใช้เวลาพอสมควร เกิดต้องการใช้ยาที่กำลังส่งมาพอดี สิ่งนี้ยังคงเป็นปัญหาอยู่

จากแบบสอบถามแพทย์ประจำคลินิกบ้านสุขภาพเด็กยังคงประสบปัญหาดังนี้

1. การนัดหมายและการจองคิวของผู้ป่วย
2. การค้นหาข้อมูลของผู้ป่วย
3. การจัดเก็บข้อมูลให้เป็นระเบียบ
4. การพิมพ์ผลแลกยา
5. การจัดการคลังยา

6. การตรวจสอบรายการยาและจำนวนยา
7. การพิมพ์รายการสั่งซื้อยา เมื่อยาใกล้หมด
8. การจัดการบัญชีรายรับ-รายจ่าย
9. การพิมพ์บัตรประจำตัวของผู้ป่วย
10. การจ่ายยาให้ผู้ป่วย

ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ข้อสรุป

จากการศึกษาระบบการจัดการคลินิก ซึ่งได้ใช้คลินิกบ้านสุขภาพเด็กเป็นกรณีศึกษา พบว่าระบบการจัดการคลินิกประกอบด้วย

การบริการ เวชระเบียนหรือประวัติของผู้ป่วย คลังยาและบัญชี

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาระบบการจัดการคลินิก ควรนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการจัดการการบริหารและการบริการด้วย

เพื่อจะได้อำนวยความสะดวก ความรวดเร็วและความถูกต้องด้วย

สาริต สมสิริ (2555, น.3) กล่าวว่า กลยุทธ์การใช้พนักงานมีอาชีพในการให้บริการ (Personal Operation Strategies) ของคลินิก คิดว่าความประทับใจของลูกค้าผู้มารับบริการเกิดขึ้นจากตัวคุณหมอแต่เพียงอย่างเดียวนั้น ยุคสมัยที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้บริโภคสมัยนี้มีความคาดหวังและความต้องการ (Need) ที่สูงขึ้นกว่าแต่ก่อนมากคุณหมอหลายๆ ท่านที่กำลังจะเปิดคลินิกมักใช้วิธีดึงเพื่อนร่วมงาน จากสถานพยาบาลที่คุณหมอลำบากอยู่ มาทำงานพิเศษให้ในคลินิก โดยคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่วิชาชีพเหล่านั้น จะสามารถให้บริการกับลูกค้าคลินิกได้อย่างดีและมีประสิทธิภาพ เพราะมีประสบการณ์การทำงานมาบ้างแล้ว

แต่ในความเป็นจริงรูปแบบการให้บริการแบบเดิมๆ ของสถานพยาบาลที่พนักงานคุ้นเคยกลับไม่ได้ถูกพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ยังคงให้บริการแบบเดิมที่คุ้นเคย หรืออาจเหนื่อยล้าจากการทำงานประจำจนขาดพฤติกรรมบริการที่ดี เมื่อมาทำงานพิเศษที่คลินิก ที่ร้ายไปกว่านั้นก็คือการขาดความใส่ใจในการให้บริการจนส่งผลกระทบต่อความผิดพลาดบกพร่องต่อหน้าที่ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียกับคลินิกอย่างรุนแรงคลินิกเปิดใหม่ ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนา กฎระเบียบ ข้อบังคับและการอบรมพัฒนาพนักงาน ให้มีพฤติกรรมบริการที่ดีอยู่เสมอ รวมถึงมุ่งมั่นที่จะทำให้พนักงานทำงานอย่างมีความสุข เพราะงานบริการที่ดีนั้น การทำงานอย่างมีความสุขและยอมรับในกฎระเบียบข้อบังคับ จะช่วยสร้างให้การบริการของพนักงานแก่ผู้มารับบริการเป็นไปในทางที่ดีและที่สำคัญที่สุด คือความพยายามของสถานบริการที่จะพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดีขึ้นอย่าง

ต่อเนื่อง ตัวอย่างที่ดีก็มีให้เห็นมากมาย เช่น คลินิกผิวหนังชื่อดังตามห้างสรรพสินค้าจะมีการอบรมพนักงานก่อนเริ่มงานทุกครั้งเป็นประจำ จึงไม่ต้องสงสัยเลยว่าทำไมพฤติกรรมบริการของพนักงานในคลินิกเหล่านั้น ถึงมีคุณภาพดีและสร้างความประทับใจให้แก่ลูกค้าได้อย่างมากมาย

กลยุทธ์การสร้างความแตกต่างในรูปแบบการบริการที่เป็นรูปธรรม (Service Differentiate) ภาพการบริการภายในคลินิกประเภทต่างๆ มักมีลักษณะที่คล้ายๆ กัน แต่ถ้าหากคลินิกของคุณสามารถสร้างความแตกต่างที่สัมผัสได้เล็กๆ น้อยๆ ก็จะเป็นการช่วยสร้างความจดจำที่ดี ให้แก่ผู้มารับบริการ ซึ่งจะส่งผลทางจิตวิทยาอย่างดีเยี่ยม

ไม่จำเป็นลงทุนจ้างนักตกแต่งภายในมาตกแต่งคลินิกให้สิ้นเปลือง แต่อาจเพิ่มบริการเสริมเล็กๆ น้อยๆ ให้กับลูกค้าของคลินิก โดยไม่ต้องสิ้นเปลืองงบประมาณมากมาย เช่น มีระบบกดบัตรคิว มุมเครื่องดื่ม มุมนิตยสารหรือแม้กระทั่งยูนิฟอร์ม (เครื่องแบบ) ของพนักงานที่ดูทันสมัย หรือลองมองหากิจกรรมเสริมเล็กๆ น้อยๆ ที่แตกต่างเข้ามาให้บริการในคลินิกบ้างจะเป็นการเสริมสร้างกลยุทธ์ ที่เพิ่มความประทับใจให้กับลูกค้าได้มากที่สุดทีเดียว

แม้กระทั่งในห้องตรวจของแพทย์ ก็สามารถเพิ่มเติมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ดูทันสมัย เช่น แผ่นปรอทวัดไข้ชนิดแปะหน้าผาก หรือเครื่องวัดความดันรุ่นใหม่ มาใช้ควบคู่ในการให้บริการบ้าง ก็จะสร้างบริการที่แตกต่าง (Service Differentiate) ที่ดีให้กับผู้มารับบริการไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน บริการที่แตกต่าง (Service Differentiate) สามารถสร้างได้ตั้งแต่ภายนอกคลินิก อาทิ บริการเสริมอื่นๆ เช่น มีบริการพนักงานจัดสถานที่จัดรถ พนักงานเปิดประตู พนักงานเสิร์ฟเครื่องดื่มหรือห้องตรวจด่วนพิเศษสำหรับคนไข้ที่จำเป็นเร่งด่วน สิ่งที่กำลังกล่าวมานี้ เจ้าของคลินิก คงสามารถสร้างสรรค์ได้ไม่ยากนัก

ปัจจัยด้านระบบบริการ

ขั้นตอนการรับบริการ (ระเบียบปฏิบัติ)

1. การลงทะเบียนแรกรับ

ผู้รับบริการ ยืนบัตร ที่โต๊ะลงทะเบียน โดยมีเจ้าหน้าที่ แพทย์แผนไทย จะทำการลงทะเบียนแรกรับลงในสมุดทะเบียนพร้อมทำการซักประวัติการเจ็บป่วย ชั่งน้ำหนัก / วัดBP / วัดสัญญาณชีพและวัดไข้

2. การตรวจประเมินและวินิจฉัย

เจ้าหน้าที่ แพทย์แผนไทย จะทำการตรวจร่างกายเพื่อประเมินสภาพปัญหาและวินิจฉัยอาการพร้อม ในผู้ป่วยแต่ละรายพร้อมทั้งอธิบายด้วยคำพูดที่เข้าใจง่ายๆ ว่าผู้ป่วยมีปัญหามาจากสาเหตุใด การพยากรณ์โรคเป็นอย่างไร จะวางแผนการรักษาอะไรบ้างให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ได้ทราบทุกครั้ง

3. การให้การรักษาและการวางแผนการรักษา

เจ้าหน้าที่ แพทย์แผนไทยจะให้การรักษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละรายพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการให้การรักษา วิธีปฏิบัติตัวขณะทำการรักษา เพื่อให้การรักษาที่ได้ประสิทธิภาพ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

4. นัดซ้ำ การจำหน่ายและส่งต่อ

เจ้าหน้าที่ แพทย์แผนไทย จะให้คำแนะนำหรือทำความเข้าใจในเรื่องของการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองที่บ้าน ในระหว่างที่ทำการรักษา หรือนัดซ้ำเพื่อให้การรักษาที่ได้ประสิทธิภาพมากขึ้นและจำหน่ายผู้ป่วยที่หายหรืออาการดีขึ้น จนสามารถที่จะหยุดให้การรักษาหรือทำการส่งต่อผู้ป่วยหากอาการไม่ดีขึ้น โดยจะทำการปรึกษาปัญหาหารือร่วมกัน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการส่งต่อหรือให้การรักษาแบบอื่นต่อไป

ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ

หน้าที่เป้าหมาย

ให้บริการบำบัด รักษา ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ประชาชนทั่วไปด้วยแพทย์แผนไทย อย่างถูกต้อง ปลอดภัยและผู้รับบริการพึงพอใจ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ผู้รับบริการได้รับบริการแพทย์แผนไทยด้วยความถูกต้องปลอดภัยพึงพอใจในผลการรักษาและการให้บริการ

ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. ผู้ป่วย มีอาการปวด หรือระบม เพิ่มขึ้นหลังการนวด
 2. ผู้ป่วยแผลไหม้ (Burn) หลังประคบสมุนไพร
- กระบวนการให้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์

1. เตรียมความพร้อม

- 1.1 เซ็นชื่อลงเวลาปฏิบัติงาน
- 1.2 ทำความสะอาดห้อง
- 1.3 เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือ
- 1.4 เตรียมเจ้าหน้าที่

2. การคัดกรองผู้ป่วย

- 2.1 ลงทะเบียนแรกรับ
- 2.2 จัดลำดับคิว
- 2.3 ชักประวัติ

- 2.4 ตรวจร่างกาย
- 2.5 วินิจฉัยโรคและอาการ
3. วางแผนการรักษา
 - 3.1 วางแผนการรักษาทางแพทย์แผนไทย
 - 3.2 เลือกวิธีการและเครื่องมือที่จะใช้ในการรักษา
 - 3.3 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ
4. ดูแลรักษา
 - 4.1 ให้การรักษาด้วยวิธีการทางแพทย์แผนไทย
 - 4.2 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะรักษา
 - 4.3 ประเมินอาการซ้ำหลังการรักษา
5. การจำหน่าย
 - 5.1 คิดค่าบริการ
 - 5.3 ลงกิจกรรมการให้บริการในคอมฯ
 - 5.4 แนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน
 - 5.4 นัดซ้ำ
 - 5.5 จำหน่าย

ปัจจัยด้านพฤติกรรมให้บริการ

การสร้างพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ

การบริการ (Service) เป็นพฤติกรรมที่มีเกิดขึ้นในทุกองค์กร ไม่ว่าจะป็นองค์กรภาครัฐหรือเอกชนเป็นองค์กรเล็กหรือใหญ่ ทั้งองค์กรที่ผลิตสินค้าขายและขายบริการ โดยมีรูปแบบการบริการที่แตกต่างกันไปตามความเหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจขององค์กรนั้น พฤติกรรมการบริการที่ดี (Good Service Behavior) ของทุกคนในองค์กรย่อมจะทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กร สร้างความประทับใจให้กับลูกค้าภายนอกที่มารับบริการและสร้างสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างพนักงานด้วยกันซึ่งเป็นลูกค้าภายใน อย่างไรก็ตามพฤติกรรมบริการที่ดี สามารถพัฒนาได้ด้วยการเรียนรู้ ฝึกฝนให้เกิดทักษะทำซ้ำๆ จนเป็นนิสัยประจำตัวบุคคลได้และถือว่าเป็นเครื่องมือในการพัฒนาองค์กร (Tool of Organization Development) ให้มีความเจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นไปจากเหตุผลดังกล่าว การพัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ (Excellence Service Behavior Development) จึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้การบริหารองค์กรประสบความสำเร็จ

กิตติมา สนธิขำและคณะ (2551, น.45) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง การสำรวจพฤติกรรมในการใช้บริการนวดแผนไทย : กรณีศึกษางานแพทย์แผนไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 52 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ประกอบอาชีพอยู่ในภาครัฐ เป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยมาใช้บริการแล้ว มีพฤติกรรมการมาใช้บริการอย่างไม่สม่ำเสมอและจากการศึกษาตัวแปรต้นทั้ง 5 ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการกลับมาใช้บริการนวดแผนไทยซ้ำ ได้แก่ทัศนคติต่อพฤติกรรมนวดแผนไทย (Attitude Toward the Behavior) อิทธิพลของคนรอบข้าง (Subjective Norm) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barrier) คุณภาพงานบริการ (Service Quality) และความสะดวกสบายในการใช้บริการ (Facility) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลในทิศทางบวกต่อพฤติกรรมการกลับมาใช้บริการซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ความสะดวกสบายในการใช้บริการ รองลงมา คือ ทัศนคติต่อการใช้บริการนวดแผนไทย และคุณภาพงานบริการ ส่วนการรับรู้อุปสรรคและอิทธิพลของบุคคลรอบข้าง ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการกลับมาใช้บริการนวดแผนไทยซ้ำ ดังนั้น หน่วยงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสงขลา ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านความสะดวกสบายในการใช้บริการด้านทัศนคติต่อการใช้บริการนวดแผนไทย และด้านคุณภาพงานบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น เป็นการดึงดูดผู้ใช้บริการใหม่ และรักษาผู้ใช้บริการเดิมให้มาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

ณริตา วงศ์จันทร์ (2551, น.56) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการใช้บริการศูนย์การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุ 41-50 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน มีทัศนคติต่อการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ระดับมาก ส่วนใหญ่เชื่อว่าการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย มีประสิทธิภาพสูงและมีความปลอดภัยมากกว่าการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันจึงทำให้มีพฤติกรรมการใช้บริการบ่อยครั้งและการเข้ารับบริการแต่ละครั้งยังมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการด้านบุคลากรคือบุคลากรผู้ให้บริการมีการทักทายด้วยถ้อยคำสุภาพ มีความเป็นกันเองแต่บุคลากรมีไม่เพียงพอต่อการให้บริการด้านสถานที่ที่มีความพึงพอใจในเรื่องของความสะอาดของสถานที่การจัดบริการหนังสือให้ผู้ป่วย สถานที่จอดรถกว้างขวางและด้านกระบวนการผู้ที่มารับบริการส่วนใหญ่เห็นว่ากระบวนการในการให้บริการมีความซับซ้อนและควรปรับปรุงระบบการให้บริการให้เพิ่มความสะดวกและรวดเร็ว

เพลินพิศ เชื้ออ่อนและคณะ (2554, น.97) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่ปฏิบัติถูกต้องเป็นประจำ 6 ด้าน ดังนี้ คือ 1) ด้านอาหารและโภชนาการ

2) ด้านอนามัยส่วนบุคคล 3) ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 4) ด้านสุขภาพจิต 5) ด้านการออกกำลังกาย และ 6) ด้านอุบัติเหตุ ตามลำดับและพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม สุขภาพของบุคลากร

ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย (2555, น.45) มีการให้บริการ โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์และงานเวชระเบียน ดังนี้ มีเจ้าหน้าที่ทำบัตรและบันทึกประวัติ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล จำนวน 1 คน ซึ่งทำหน้าที่ ดังนี้

1. ให้ข้อมูลและคำแนะนำการให้บริการต่างๆ ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย
2. ให้คำแนะนำและกรอกประวัติทั่วไปของผู้ป่วยผู้ใช้บริการ
3. เก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกผลรักษาของผู้ป่วยลงในคอมพิวเตอร์
4. ให้อำนวยความสะดวกในกรณีต่างๆ เพื่อประโยชน์ของผู้ใช้บริการ

สถาบันการแพทย์แผนไทย (2546, น.89) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพการเผยแพร่และ ประชาสัมพันธ์งานด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า เนื้อหาสาระและวิธีการนำเสนอข้อมูลด้านการ แพทย์แผนไทย เกี่ยวกับด้านเนื้อหาสาระ มีการนำเสนอผ่านสื่อครอบคลุมทุกด้าน โดยมีการ นำเสนอให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล กระแสความนิยม งานเฉพาะกิจและอื่นๆ สำหรับด้าน วิธีการนำเสนอข้อมูล ในส่วนผู้บริหารสถาบันการแพทย์แผนไทยมีความเชี่ยวชาญในศาสตร์ด้าน การแพทย์แผนไทยและเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไปจึงได้รับเชิญไปพูดบรรยายและสนทนา ผ่านทางสื่อต่างๆ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย การกำหนดคน โยบาย วางแผน ปรับปรุงและพัฒนา นโยบายการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ของสถาบันการแพทย์แผนไทยให้สอดคล้องกับนโยบายของ รัฐบาล กระแสความนิยม งานเฉพาะกิจ เฉพาะการณ์และอื่นๆ การจัดกิจกรรมในการเผยแพร่ งาน ด้านการแพทย์แผนไทย การจัดทำสื่อทุกประเภท การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อมวลชนทุก ช่องทาง การจัดอบรมและพัฒนาบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง การศึกษา ค้นคว้าและวิจัยเชิงลึกในการหา คำตอบจากสถานการณ์ต่างๆ และพัฒนาวิจัยองค์ความรู้เพื่อให้ข้อมูลที่ต้องการแก่ประชาชน

การเปิดรับสื่อด้านการแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่าง ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์แผน ไทย จากการศึกษาพบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย สื่อบุคคล ที่ทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับ การแพทย์แผนไทยมากที่สุดคือ บิดามารดา ญาติพี่น้อง รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง กับงานด้านการแพทย์แผนไทย สื่อมวลชน ที่ทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย มากที่สุดคือ โทรทัศน์ รองลงมา คือ หนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุและอินเทอร์เน็ต ตามลำดับ สื่อเฉพาะกิจ ที่ทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยมากที่สุดคือ แผ่นพับ รองลงมาคือ

โปสเตอร์ ใบปลิว ป้ายไม้ ป้ายผ้า จดหมายโดยตรงและสติ๊กเกอร์ ตามลำดับ ด้านทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย สื่อบุคคล ที่ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยมากที่สุด คือ บิดามารดา ญาติพี่น้อง รองลงมาคือผู้เกี่ยวข้องทำงานด้านการแพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อมวลชน ที่ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยมากที่สุด คือ โทรทัศน์ รองลงมา คือ หนังสือพิมพ์ วิทยุ นิตยสารและอินเทอร์เน็ตตามลำดับ สื่อเฉพาะกิจ ที่ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยมากที่สุดคือ แผ่นพับ รองลงมาคือโปสเตอร์ ใบปลิว จดหมายโดยตรง ป้ายผ้า ป้ายไม้และสติ๊กเกอร์ตามลำดับ ด้านการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย สื่อบุคคล ที่ทำให้เกิดการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยมากที่สุดคือ บิดามารดา ญาติพี่น้อง รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องทำงานด้านการแพทย์แผนไทยตามลำดับ สื่อมวลชน ที่ทำให้เกิดการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยมากที่สุดคือ โทรทัศน์ รองลงมาคือ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วิทยุ อินเทอร์เน็ต ตามลำดับ สื่อเฉพาะกิจ ที่ทำให้เกิดการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยมากที่สุด คือ แผ่นพับ รองลงมา คือ ใบปลิว จดหมายโดยตรง ป้ายไม้ ป้ายผ้าและสติ๊กเกอร์ตามลำดับ

การประเมินผลด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย จากการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับค่าคะแนนเฉลี่ยที่เป็นสาเหตุให้มีแนวโน้มของการมีความรู้ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 52.06) ทัศนคติเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 3.86) และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 1.89)

คุณฐิ ยี่ร้อสา (2549, น.187) ได้ทำการวิจัย เรื่อง การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการแพทย์แผนไทยในจังหวัดภูเก็ต พบว่า การใช้บริการแพทย์แผนไทยไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ แต่มีความสัมพันธ์กับอายุ ในด้านการใช้ยาสมุนไพร การรักษารวมถึงโรคที่เกิดจากอาการเจ็บป่วย และการใช้บริการแพทย์แผนไทย ควบคู่กับการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบัน โดยกลุ่มผู้ใช้บริการอายุ 20-30 ปี 31-40 ปี 41-50 ปีมีการใช้บริการในระดับบ่อยครั้งมากที่สุด ส่วนอายุ 51-60 ปี มีการใช้บริการในระดับนานๆ ครั้ง ด้านการให้บริการแพทย์แผนไทยเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา โดยผู้มีวุฒิการศึกษา ทุกกลุ่มมีการใช้บริการในระดับบ่อยครั้งมากที่สุด ด้านการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยการแพทย์แผนไทย การรักษาด้วยการอบสมุนไพร การนวดการแพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับอาชีพ โดยทุกกลุ่มอาชีพมีการใช้บริการในระดับบ่อยครั้งมากที่สุด ยกเว้นอาชีพนักศึกษามีการให้บริการในระดับนานๆ ครั้ง ทัศนคติที่มีต่อการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับการรักษาโรคโดยการใช้

บริการแพทย์แผนไทย ด้านคุณภาพยาสมุนไพรไทยเท่าเทียมกับยาแผนปัจจุบัน โรงพยาบาลควรนำ การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นบริการแพทย์ทางเลือก ยาแผนโบราณมีขั้นตอน การใช้ที่ ยุ่งยาก สถานบริการพยาบาลของเอกชนควรมีการนำแพทย์แผนไทยไปให้บริการ ยาสมุนไพรไทย ทำให้เกิดอาการข้างเคียงในการรักษา การแนะนำให้ผู้บริโภคที่รู้จักรักษาด้วยแพทย์แผนไทย การรักษา โรคบางชนิดด้วยแพทย์แผนไทย ยาสมุนไพรมีความยุ่งยากกว่าการใช้ยา แผนปัจจุบัน นอกจากนี้ ทัศนคติดังกล่าวยังมีความสัมพันธ์กับการรักษาโรคด้วยการอบสมุนไพรไทย การใช้บริการแพทย์ แผนไทยคู่กับแพทย์แผนปัจจุบัน การใช้บริการแพทย์แผนไทยในคลินิก การใช้บริการแพทย์แผน ไทยในโรงพยาบาลของรัฐ การนำแพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน การนำแพทย์ แผนไทยไปให้บริการในสถานบริการพยาบาลของรัฐ ควรมีการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค การหายป่วยจะหายเมื่อรักษาด้วยแพทย์แผนไทย การใช้การนวด แผนไทยในการรักษาอาการปวด เมื่อย สรรพคุณของยาสมุนไพรมีขอบเขตจำกัดในการรักษาโรค สำหรับผลการวิเคราะห์ยังพบว่า ประสิทธิภาพการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย 3 ด้าน มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ด้านการใช้ยาสมุนไพรรักษาอาการตาม คำบอกเล่าของครอบครัว การนั่งสมาธิเพื่อรักษา สมดุลของร่างกาย การประยุกต์ใช้แพทย์แผนไทยในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับการใช้ บริการและการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาอาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการรักษาอาการปวดเมื่อย การใช้ยาสมุนไพรรักษาอาการตามคำบอกเล่าของครอบครัว การนั่งสมาธิเพื่อรักษาสมดุลของ ร่างกาย การประยุกต์ใช้แพทย์แผนไทยในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับความเชื่อในการรักษา โรคด้วยแพทย์แผนไทย การอบสมุนไพรรักษาโรค การใช้บริการแพทย์แผนไทยควบคู่กับแพทย์ แผนปัจจุบัน ประสิทธิภาพการรักษาด้วยครีมว่านหางจระเข้ การประยุกต์ใช้แพทย์แผนไทยใน ชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับการรักษาอาการปวดเมื่อยด้วยการนวด และการใช้บริการแพทย์ แผนไทยในคลินิกเอกชน การนั่งสมาธิเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย การประยุกต์ใช้แพทย์แผนไทย ในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

ปัจจุบันมีการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพ (Effectiveness) กันอย่างแพร่หลายและมี การนิยาม ความหมายแตกต่างกัน โดยมีการใช้หลักเกณฑ์มาประกอบกัน โดยมีผู้ให้ความหมายหรือคำนิยาม ต่างๆ กัน ดังนี้

ประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถขององค์การที่จะดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย 4 ประการ คือ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในองค์การ (Integration) การปรับตัวของ องค์การให้ สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม (Adaptability) การปรับตัวขององค์การให้สอดคล้องกับสังคม (Social Relevance) และผลผลิตขององค์การ (Productivity) (อรุณ รัชธรรม, 2552, น.12)

ประสิทธิผลขององค์การ ตามแนวความคิดตั้งแต่ดั้งเดิมเป็นความพยายามที่จะ เพิ่มพูน ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานให้เกิดความชำนาญเฉพาะอย่าง (Segmentation) การปฏิบัติงานของ องค์การเกือบโดยเด็ดขาด ทำให้ขาดความร่วมมือร่วมใจ ตลอดจน ไม่อาจริเริ่มสร้างสรรค์และไม่ อาจจัดการกับความเปลี่ยนแปลงใดๆ ได้ จึงเกิดแนวคิดที่ ตรงกันข้ามกับแนวคิดดั้งเดิม คือ แนวความคิดแบบผสมผสาน (Integration Approach) ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงและการ เสริมสร้างสิ่งใหม่ๆ โดยมองภาพรวมว่ามีสิ่งใด เกี่ยวข้องในขอบเขต ซึ่งกว้างขวางและเชื่อมโยงสิ่ง ที่เกี่ยวข้องนั้นเข้าด้วยกัน ลักษณะของแนวความคิดนี้จะไม่หลบเลี่ยงความขัดแย้งแต่จะมองสิ่ง ขัดแย้ง (Conflicts) เป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องเผชิญและแก้ไขเพื่อนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่สีชนอยู่ ตลอดเวลา ดังนั้น แนวทางนี้จึงเป็นพลวัต (Dynamic) มีเป้าหมายอยู่ที่การพยายามทำงานให้สำเร็จ ด้วยดี (วุฒิชัย จานงค์, 2550, น.256-257)

ประสิทธิผลขององค์การ หมายถึง ความสามารถขององค์การในการบรรลุเป้าหมาย ที่ได้ กำหนดไว้ โดยใช้ประโยชน์จากทรัพยากรอย่างคุ้มค่า สมาชิกเกิดความพอใจในงานและองค์การ โดยส่วนรวมสามารถปรับตัวและพัฒนาเพื่อดีดำรงอยู่ต่อไปได้ (มัทนาพร สุวรรณเรือง, 2536, น.24-27)

นอกจากความสามารถในการบรรลุเป้าหมายอันเป็นความมีประสิทธิภาพโดยทั่วไป แล้ว การประเมินประสิทธิผลอาจพิจารณาได้จากคุณภาพของผลผลิตหรือบริการพื้นฐาน ขององค์การ หรือความสามารถในการผลิตสินค้าหรือบริการขององค์การ ความพร้อม หรือความเป็นไปได้ใน การปฏิบัติงานที่เฉพาะเจาะจงเมื่อถูกขอร้องให้ทำ ผลตอบแทน หรือผลกำไรที่ได้รับจากการผลิต สินค้าและบริการ เป็นต้น ดังนั้น กิจกรรมขององค์การที่ เป็นเครื่องตัดสินการปฏิบัติงานของ องค์การว่ามีประสิทธิผลหรือไม่จึงประกอบไปด้วย กิจกรรมต่อไปนี้คือ การได้มาซึ่งทรัพยากรที่ ต้องใช้ในการปฏิบัติงาน การใช้ปัจจัยนำเข้า อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเทียบกับผลผลิต ความสามารถ ในการผลิตสินค้าหรือบริการของ องค์การ การปฏิบัติงานด้านเทคนิควิชาการและด้านการบริหาร อย่างมีประสิทธิภาพ การลงทุน ในองค์การ การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์กับพฤติกรรมในองค์การและการ ตอบสนองความต้องการและความสนใจที่แตกต่างกันของบุคคลและของกลุ่ม (จินดาลักษณ์ วัฒนสินธุ์, 2550, น.243)

จากแนวคิดต่างๆ ที่กล่าวมานั้น พอที่จะสรุปได้ว่า ประสิทธิผลขององค์การ หมายถึง ความสามารถขององค์การในฐานะเป็นระบบหนึ่งของสังคม ในการใช้ทรัพยากร บริหารอย่างคุ้มค่า และได้ประโยชน์สูงสุด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของ องค์การ ทำให้ผู้รับบริการจาก องค์การพึงพอใจในงานและองค์การสามารถปรับตัวและพัฒนาให้ดำรงอยู่ต่อไปได้

แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน

ประสิทธิผลของการปฏิบัติงานนั้น คือ ผลสำเร็จอันเป็นผลเนื่องมาจากการ ปฏิบัติงานตาม โครงการ หรือแผนงานนั้นตามวัตถุประสงค์ขององค์กรที่ได้ตั้งไว้หรือได้คาดหวังไว้ โดยหาก นำมาศึกษาแล้วจะพบว่าประสิทธิผลนั้น หมายถึง ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นแล้ว ตัวเราคิดหรือวางแผนที่ จะประกอบกิจการใดแล้วสามารถทำกิจการนั้นให้ สำเร็จได้ตามที่คิดหรือวางไว้ เรียกว่า การทำงาน นั้นมีประสิทธิภาพ แนวความคิดสมัย ใหม่ในการจัดกิจการงาน จะเริ่มต้นที่การตั้งจุดสำเร็จของงาน คือ ในการวางแผนงาน นั้น ณ จุดเริ่มต้นของงานจะมีการตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์กันว่า ผลสำเร็จที่เรา ต้องการนั้นคืออะไร เช่น การวางแผนงานของธนาคารพาณิชย์ อาจกำหนดให้รับผิดชอบแผนงานแต่ละแผนกตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติงานของตนในช่วงระยะเวลาหนึ่ง มาก่อน เป็น นั้นว่าตั้งเป้าเงินฝากในงวดการบัญชีหนึ่ง (6 เดือน) ว่าจะต้องหาเงินฝากได้จำนวนเท่านั้นเท่านั้นบาท สมมุติว่าฝ่ายจัดการกำหนดให้ผู้จัดการสาขาแห่งหนึ่งต้องหาเงินฝากในงวด 6 เดือนนี้เป็นเงิน 100 ล้านบาท การตั้งเป้าหมายดังกล่าว ณ จุดเริ่มต้น ก่อนลงมือปฏิบัติจริงเป็นสิ่งที่ผู้บริหารสาขาจะต้อง รับผิดชอบทำให้สำเร็จและจัดการ สาขานั้นสามารถหาเงินฝากในงวดบัญชีนั้นได้ครบหรือได้ มากกว่า 100 ล้านบาท ความสามารถนี้แปลความหมายได้อีกอย่างหนึ่งว่า การปฏิบัติงานของ ผู้จัดการคนนั้นมีประสิทธิผล (อนุก ฅ นคร, 2538, น.7-8 อ้างถึงในเจริญ เจษฎาวัลย์, 2553, น.42-43)

ประสิทธิผล หมายถึง จิตความสามารถของการบรรลุวัตถุประสงค์นั่นเองแนวความคิดของ สาขาวิชาการทำให้เกิดความคิดที่แตกต่างกันต่อวิธีการ ในการปรับปรุงประสิทธิผลขององค์กรให้ ดีขึ้น โดยที่นักวิชาการหรือนักบริหารต่างสาขาต่างก็มองด้วยสมมุติฐานของตนเท่านั้นเช่น จัดการ และนักวิเคราะห์ องค์กร (Organization Analysts) มักคิดว่ามีหลักเกณฑ์ในการประเมิน (Evaluation Criteria) ความมีประสิทธิผลขององค์กรเพียงอย่างเดียวเท่านั้น คือ วัดจากผลกำไร ซึ่ง ก็ปรากฏว่าไม่สามารถใช้เป็นเครื่องมือวัดที่ถูกต้องอย่างเดี่ยวได้ เพราะไม่มีองค์กรไหนสามารถจะ อยู่รอด (Service) ในระยะยาวได้ ถ้าหากองค์กรมุ่งแต่จะสนองตอบเป้าหมายในการแสวงหากำไร แต่ประการเดียวโดยไม่สนใจต่อความต้องการและเป้าหมายของคนในองค์กรและของสังคม ส่วนรวมได้ นอกจากนี่ยังมีองค์กรหลายประเภท เช่น หน่วยงาน ราชการและหน่วยสงเคราะห์ต่างๆ ซึ่งไม่มีความมุ่งหมายที่จะแสวงหากำไรแต่อย่างใด นอกจากนี้องค์กรยังมักจะมุ่งทำงานเพื่อ เป้าหมายหลายประการ (Multiple Goals) ดังนั้น ความพยายามที่จะประเมินประสิทธิผลขององค์กร จึงจำเป็นต้อง ครอบคลุมถึงตัวแปรหรือบรรทัดฐาน (Criteria) หลายประการ เพื่อให้ได้มาซึ่ง ประโยชน์ในการปรับปรุงประสิทธิผลขององค์กรอย่างแท้จริง (อนุก ฅ นคร 2538, น.10)

ในเรื่องนี้ กิบสันและคณะ (Gibson และคณะ, 2001, p.117) เสนอว่า วิธีการที่เหมาะสมที่สุดในการพยายามสร้างประสิทธิผลของการปฏิบัติงานให้เกิดขึ้นในองค์กร คือการใช้แนวความคิดพื้นฐานในทฤษฎีระบบเข้ามาเป็นเครื่องมืออธิบายแนวความคิดเรื่องประสิทธิผล ทฤษฎี ระบบจะสามารถอธิบายถึงพฤติกรรมขององค์กรทั้งภายในและภายนอก การวิเคราะห์ ภายในองค์กรก็จะช่วยให้เข้าใจว่าคนภายในองค์กรปฏิบัติงานเป็นส่วนบุคคลและเป็นส่วนรวมอย่างไรและทำไมส่วนการวิเคราะห์ภายนอกองค์กรก็จะช่วยให้เข้าใจการ กระทำขององค์กรซึ่งสัมพันธ์กับองค์กรอื่นๆ ทั้งนี้ ผู้บริหารองค์กรจะต้องรับผิดชอบกับ การจัดการกับพฤติกรรมองค์กรทั้งภายในและภายนอกการใช้ทฤษฎีระบบเป็นแนวทางในการวัดประสิทธิผลขององค์กร (Systematic Criteria of Organizational Effectives) ตั้งอยู่บนความคิดที่ว่าองค์กรเป็นระบบสังคมที่มีชีวิต (Living Social System) ซึ่งมีข้อเรียกร้อง (Requirements) หรือความต้องการบางอย่างที่อยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่องค์กรจะต้องสนองตอบเพื่อที่จะอยู่รอด เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปได้ การศึกษาประสิทธิผลขององค์กรจึงเป็นการศึกษาความสามารถขององค์กรในการสนองตอบข้อเรียกร้องที่ เกิดจากสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่แวดล้อมองค์กรอยู่

สำหรับวิธีการวัดประสิทธิผล มีนักวิชาการหลายท่านได้เสนอแนะไว้ ดังนี้

เอ็ดดี้ (Eddy, 1981, p.107) กล่าวว่า หากจะมีการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องของประสิทธิผล ควรคำนึงถึงระดับในการวิเคราะห์ 3 ระดับคือ ระดับบุคคล ระดับจัดการ และระดับองค์กร โดยมีวิธีการวัดประสิทธิผลขององค์กรในระดับองค์กร 4 แนวทาง คือ

1. วัดจากความสามารถในการบรรลุเป้าหมายขององค์กร (Goal-Attainment Approach)
2. วัดโดยอาศัยความคิดระบบ (System Approach)
3. วัดจากความสามารถขององค์กรในการเอาชนะใจผู้มีอิทธิพลต่อองค์กร (Strategic Constituencies Approach)
4. วัดจากค่านิยมที่แตกต่างกันของสมาชิกในองค์กร (Competing-Values Approach)

อิสรา ทะซาดา (2554, น.196) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการนวดแผนไทยของผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อที่มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในการเลือกรับบริการด้านนวดแผนไทยของผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆซึ่งเป็นปัจจัยที่ อาจจะส่งผลถึงการตัดสินใจเลือกรับหรือไม่รับบริการด้านนวดแผนไทยของผู้ป่วยโรคปวด โรคปวดกล้ามเนื้อที่มารับบริการ โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 30 คน อาทิ เช่น เพศ อายุ รายได้ การนวดรักษาที่ปลอดภัย มีระบบการรักษาที่มีคุณภาพควบคุม โดยผู้เชี่ยวชาญ ความสะอาดของสถานที่ให้บริการ ความสามารถและความรู้ของผู้ให้บริการและท่าการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มารับ

บริการอย่างน้อย 3 ครั้ง จำนวน 5 คน เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงการผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงการให้บริการ นวดแผนไทยของคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในการ ให้บริการและการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการสูงสุด อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมแนวทางการรักษาโดยการนวดแผนไทยลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน เพื่อให้ การแพทย์แผนไทยเป็นที่ยอมรับมากขึ้นในสังคมยุคปัจจุบัน สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิก แพทย์แผนไทยประยุกต์โรคปวดกล้ามเนื้อทั่วไป อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 40-61 ปี มีรายได้พอใช้จ่าย ในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ระดับการศึกษาปริญญาตรี มีการปวดกล้ามเนื้อต่อเนื่อง อยู่ในช่วงระหว่าง 1 เดือนถึง 1 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการและสามารถเบิกค่ารักษาได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท เคยรับการรักษาโดยการรับประทานยาแผนปัจจุบันโดย การรับประทานยาแก้ปวดและการรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อติดต่อกันมากกว่า 1 เดือน มากกว่า เคยรับการรักษาแบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับการรักษาในแต่ละครั้งไม่ เหมือนกัน ส่วนใหญ่พึงพอใจผลกับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ปิยะบุตร วานิชพงษ์พันธุ์และคณะ (2553, น.92) ได้กล่าวถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมไว้ดังนี้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลโดยตรงต่อการรักษา ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงชีวิตกับสิ่งแวดล้อม ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ดังนี้

1. วิถีชีวิตไทยกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

1.1 สังคมวัฒนธรรมรากฐานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

1.2 ภูมิปัญญาไทย หมายถึง องค์ความรู้ ความสามารถและทักษะของคนไทย อันเกิด จากการสั่งสมประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ เลือกรองร ประยุกต์ พัฒนาและถ่ายทอดสืบต่อกันมาเพื่อใช้แก้ปัญหาและพัฒนาวิถีชีวิตของคนไทยให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและเหมาะสมกับ ยุคสมัย (สุวรรณและคณะ, 2553, น.39)

1.3 ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย หมายถึง ความสามารถในการจัดการป้องกันและ รักษาสุขภาพของคนในปัจจุบัน โดยเน้นให้ชุมชนพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอนามัยได้ เช่น ยาจาก สมุนไพร การนวดแผนโบราณ การดูแลและรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน เป็นต้น

1.4 ปัจจัยพื้นฐานของการก่อเกิดภูมิปัญญาไทยที่สำคัญ ได้แก่ ลักษณะภูมิศาสตร์ สิ่งแวดล้อมธรรมชาติของภูมิภาคต่างๆ และลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วย วัฒนธรรมข้าว ความเชื่อ-พิธีกรรม อิทธิพลพุทธศาสนาและอิทธิพลวัฒนธรรมใหม่

2. สุขภาพแบบองค์รวมกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

2.1 สุขภาพแบบองค์รวมตามแนวคิดทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่มองสุขภาพแบบบูรณาการ เน้นความสัมพันธ์ของสุขภาพกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อมในลักษณะสุขภาพแบบบูรณาการ

2.2 ความสัมพันธ์ของสุขภาพกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อมกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

2.3 ด้านกาย จะเน้นเรื่องการกินอาหารให้ถูกกับธาตุเจ้าเรือน และการกินอาหารให้ถูกกับโรคตามหลัก อชินโรค อชินธาตุ นอกจากนี้ยังเน้นเรื่องการบริหารกายด้วยท่าฤาษีตัดตนอีกด้วย

2.4 ด้านจิต จะมีพื้นฐานมาจากแนวพุทธเป็นส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติธรรมหรือการพัฒนาจิตเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ

2.5 ด้านสังคม จะเน้นเรื่องครอบครัวเป็นสำคัญ

2.6 ด้านสิ่งแวดล้อม มีการปลูกต้นไม้สมุนไพร

2.7 เป็นการแพทย์ที่ไม่แยกจิตออกจากกาย

2.8 เป็นการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ

2.9 เป็นวิถีชีวิตและวัฒนธรรมไทย

2.10 เป็นการส่งเสริมสุขภาพชุมชนที่เปรียบเสมือนเป็นงานสาธารณสุขมูลฐานด้านการแพทย์แผนไทย

3. การบริโภคอาหารกับวิถีชีวิตไทย

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคของบุคคล มีดังนี้

3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ การกินอาหาร ประกอบด้วยพฤติกรรมหลายขั้นตอน เริ่มจาก การหาอาหาร การเลือกซื้อ การปรุงอาหาร การกินอาหาร ตลอดจนการถนอมอาหาร

3.2 บริโภคนิสัย หมายถึง การปฏิบัติของคนในด้านการบริโภคเป็นประจำจนติดเป็นนิสัย และเปลี่ยนแปลงได้ยาก ได้แก่ ความพึงพอใจ ความถี่ในการรับประทาน ลักษณะและวิธีการรับประทาน

3.3 วัฒนธรรมอาหาร หมายถึง แบบอย่างการดำเนินชีวิตทางด้านอาหาร ประกอบด้วย ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับอาหาร ตลอดจนวิธีการต่างๆ

3.4 ความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่เกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับอาหาร คุณค่าทางโภชนาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วยที่อาจเกิดจากการรับประทานอาหาร

3.5 ภูมิปัญญาพื้นบ้าน คือ องค์ความรู้และประสบการณ์ในการดำรงชีวิตของคนไทยที่ ก่อเกิด สะสม สืบทอดและใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่องในวัฒนธรรมไทย และยังมีการผสมผสานจาก วัฒนธรรมภายนอกเพื่อการประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

3.5.1 หลักการในการเลือกอาหาร ด้วยเหตุผล 4 ประการ คือ รสชาติอาหาร สถานภาพทางสังคม สภาพของร่างกาย และราคาของอาหาร

3.5.2 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัย แบ่งเป็น

3.6 ตัวแปรทางกายภาพ ได้แก่ สภาพพื้นที่ ภูมิประเทศ ภูมิอากาศ สภาพที่ดิน ระบบ นิเวศน์ ตลอดจนการคมนาคม ซึ่งมีผลต่อการผลิตอาหาร กระจายอาหาร การเก็บรักษาอาหาร การเตรียมอาหาร ตลอดจนการผลิตเครื่องมือและเครื่องใช้

3.7 ตัวแปรทางวัฒนธรรม ได้แก่ ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร เช่น ความเชื่อ เกี่ยวกับสถานภาพทางสังคมของอาหาร อาหารกับสถานะต่างๆ ของร่างกาย อาหารในโอกาสพิเศษ กฎเกณฑ์ข้อห้ามเกี่ยวกับอาหาร เป็นต้น

3.7.1 วิถีชีวิตการบริโภคอาหารในการแพทย์แผนไทย พิจารณาได้ 2 แนวทาง คือ แนวทางบริโภคอาหารที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและรูปแบบการบริโภคอาหารของคน ไทยในชุมชนภูมิภาคต่างๆ

4. สิ่งแวดล้อมตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

4.1 ลักษณะการตั้งถิ่นฐานของคนไทย

4.1.1 การตั้งถิ่นฐาน หมายถึง การบุกเบิกและเข้าอยู่อาศัย ครอบครองพื้นที่ส่วน หนึ่งส่วนใดของโลกที่ไม่มีผู้ใดอาศัยมาก่อน

4.1.2 เงื่อนไขการตั้งถิ่นฐาน มี 4 ประการ คือ

4.2 ตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านต่างๆ

4.3 รักษาภาวะสมดุลกับสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร

4.4 มีความเสมอภาคทางสังคม

4.5 มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีและคุณค่าแห่งการเป็นมนุษย์

4.5.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกบริเวณที่ตั้งถิ่นฐาน

4.6 แหล่งน้ำ

4.7 ดินอุดมสมบูรณ์

4.8 ความปลอดภัย

4.9 พื้นที่ห่างปราศจากน้ำท่วม

4.10 มีแหล่งกำบังจากภัยธรรมชาติ

5. ภูมิสถาปัตยกรรมไทยกับสุขภาพ

5.1 เรือนไทยเดิมหรือเรือนไทยแบบชนบทนิยม มีรูปแบบเรือนคล้ายคลึงกัน ประกอบด้วย ห้องนอน ห้องครัว ระเบียงและชาน โดยมีเอกลักษณ์เฉพาะ ได้แก่ การยกพื้นใต้ถุนสูง มีชานเปิดโล่ง ระเบียงเปิดด้านหน้ากว้าง หลังคาทรงจั่ว ส่วนลักษณะปลีกย่อยเกี่ยวกับวัสดุการปลูกสร้าง การตกแต่ง การแบ่งพื้นที่ อาจแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อม ภูมิศาสตร์ ดินฟ้าอากาศ และขนบธรรมเนียม

5.2 ลักษณะเด่นของเรือนไทย

5.2.1 ภาคเหนือ คือ ใต้ถุนสูง ส่วนใหญ่ใช้ไม้สัก มีหน้าต่างน้อย หลังคาหน้าจั่วสั้น ตรงทางเข้าบ้านมักมีชั้นวางหมอนน้ำพร้อมกระบวยเพื่อให้ทานน้ำดื่มแก่ผู้สัญจรไปมา

5.2.2 ภาคอีสาน ประกอบด้วย ลานบ้าน เรือนใหญ่ บันไดเป็นเลขคู่ ชานและชานที่มีหลังคาคลุม เรือนโง่ง เรือนครัว ร้านอ่างน้ำ ทุ่งข้าวและห้องส้วม

5.2.3 ภาคกลาง คือ ใต้ถุนสูง หลังคาลาดชัน ชายคายื่นยาวนอก ชานกว้างและชานครัวโปร่งลม

5.2.4 ภาคใต้ คือ เสาเรือนทุกด้านจะอยู่บนแผ่นดิน ฝาเรือนเป็นไม้กระดานตีเกล็ดตามแนวนอน ช่วงหน้าต่างเป็นช่องแคบ ๆ หลังคาจั่วทรงเตี้ย ระเบียงจะทำหลังคาลาดเอียงลงมาก ๆ

6. ภูมิปัญญาไทยกับการปลูกต้นไม้รอบบ้าน

6.1 ผักสวนครัว รั้วกินได้

6.1.1 ผักสวนครัว ได้แก่ คื่นช่าย ผักกาดขาว ผักกาดเขียว หอม กระเทียม พริกทองแดง กวาง กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก มะเขือเปาะ มะเขือพวง พริกขี้หนู พริกขี้ฟ้า กะเพรา ตะไคร้ พักทอง

6.1.2 รั้วกินได้ เช่น ชะอม ตำลึง ถั่วพู ชะพลู ขี้เหล็ก มะขาม สะเดา กระจิน แคนกล้วย และมะละกอ

6.1.3 ต้นไม้ตามทิศ ได้แก่

6.2 ทิศเหนือ (อุดร) ปลูกต้นส้มป่อย ทำให้ปลดปล่อยทุกข์ โศก โรคภัย ปลูกต้นส้มซ่า ทำให้ชื่อเสียงขจรขจาย ปลูกต้นมะเดื่ออุทุมพร ทำให้เกิดความเจริญ

6.3 ทิศตะวันออกเฉียงเหนือ (อีสาน) ปลูกทุเรียน ฝรั่ง เพื่อความสุข ความเจริญ

6.4 ทิศตะวันตก (ประจิม) ปลูกต้นกุ่มบก กุ่มน้ำ ทำให้ครอบครัวมั่งคั่ง อบอุ่น

6.5 ทิศตะวันออกเฉียงใต้ (ภาคเนย์) ปลูกต้นสารภี ช่วยป้องกันสิ่งมีพิษ สิ่งเลวร้าย ปลูกต้นขมิ้น เพื่อให้มีคนสรรเสริญ ยกย่อง ปลูกกระถิน เพื่อป้องกันสิ่งเลวร้าย

6.6 ทิศใต้ (ทักษิณ) ปลุกต้นไม้พลับ มะม่วง ทำให้ร่ำรวย ปลุกต้นไม้ตะโกนา ตะโกสวน ทำให้มีฐานะ อดทน

6.7 ทิศตะวันตกเฉียงใต้ (หริดี) ปลุกพิกุลเพื่อป้องกันเหตุร้ายนานา ปลุกขมุน เชื่อว่าจะมีผู้อุดหนุนค้าจุน ปลุกสะเดาป้องกันภูตผีปีศาจมารบกวน

6.8 ทิศตะวันตกเฉียงเหนือ (พายัพ) ปลุกมะกรูดทำให้เป็นคนช่างเจรจา ปลุกมะตูมทำให้มีความมานะบากบั่น ปลุกมะนาวทำให้คนในบ้านอยู่ดี มีความสุข

6.9 ทิศตะวันออก (บูรพา) ปลุกไม้สีสุก เพื่อเป็นมงคลนามให้เจ้าของบ้านอยู่เย็นเป็นสุข ปลุกมะพร้าวเพื่อไม่มีการเจ็บไข้และอยู่เย็นเป็นสุข สำหรับพรรณไม้หอม เช่น วรรณิการ์ กระดังงา การเวก กาลหลง การะเกด กุหลาบ แก้ว จำปา จำปี ดาวเรือง ขจร บุนนาค ปับ มะลิวัลย์ ยี่โถ สายหยุด คัดเค้า เป็นต้น

สาเหตุของปัญหาสิ่งแวดล้อม

สาเหตุหลักของปัญหาสิ่งแวดล้อมมีอยู่ 2 ประการด้วยกัน คือ

1. การเพิ่มของประชากร (Population Growth) ปริมาณการเพิ่มของประชากรก็ยังอยู่ในอัตราทวีคูณ (Exponential Growth) เมื่อผู้คนมากขึ้นความต้องการบริโภคทรัพยากรก็เพิ่มมากขึ้นทุกทางไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหาร ที่อยู่อาศัย พลังงาน

2. การขยายตัวทางเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี (Economic Growth & Technological Progress) ความเจริญทางเศรษฐกิจนั้นทำให้มาตรฐานในการดำรงชีวิตสูงตามไปด้วย มีการบริโภคทรัพยากรจนเกินกว่าความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิต มีความจำเป็นต้องใช้พลังงานมากขึ้นตามไปด้วยในขณะที่เดียวกันความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีก็ช่วยเสริมให้วิธีการนำทรัพยากรมาใช้ได้ง่ายขึ้นและมากขึ้น

กรทิพย์ จันทร์แจ่ม (2553, น.98) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกร้านนวดแผนไทยเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคในจังหวัดนนทบุรี พบว่า 1) ความสำคัญของส่วนประสมทางการตลาดสำหรับธุรกิจบริการในการเลือกร้านนวดแผนไทยเพื่อสุขภาพในจังหวัดนนทบุรี พบว่า ทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย ด้านการส่งเสริมการตลาด ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการให้บริการและด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีระดับความสำคัญของส่วนประสมทางการตลาดบริการอยู่ในระดับมาก 2) ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลมีผลกับการเลือกร้านนวดแผนไทยเพื่อสุขภาพใน จังหวัดนนทบุรี พบว่า ด้านรายได้ต่อเดือนและสถานภาพมีความสัมพันธ์กับการเลือกร้านนวดแผนไทยเพื่อสุขภาพในจังหวัดนนทบุรี ยกเว้น ด้านเพศ อายุและการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกร้านนวดแผนไทยเพื่อสุขภาพในจังหวัดนนทบุรีอย่างนัยมีสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนประสม

การตลาดสำหรับธุรกิจบริการกับการเลือกร้านนวดแผนไทยเพื่อสุขภาพในจังหวัดนนทบุรี พบว่าด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย และด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการเลือกร้านนวดแผนไทยเพื่อสุขภาพในจังหวัดนนทบุรี ยกเว้นด้านการส่งเสริมการตลาด ด้านกระบวนการให้บริการและด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกร้านนวดแผนไทยเพื่อสุขภาพในจังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป จากการศึกษางานวิจัยจากภายในประเทศและภายนอกประเทศ ผู้วิจัยได้นำแนวความคิดเกี่ยวกับการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยในหัวข้อ ด้านคุณภาพบริการ ในส่วนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับปัจจัยด้านระบบบริการ ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านบริการข้อมูล ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษาและปัจจัยสิ่งแวดล้อม มาใช้ในการจัดการคลินิกสุวรรณ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยต่อไป

ตารางที่ 2 ตัวอย่างคุณภาพการจัดการบริการทางคลินิก (Clinical Tracer of Quality)

โรงพยาบาล	(ชื่อโรงพยาบาลที่ทำการรักษา)
สาขา	(ระบุแผนกที่ให้บริการ เช่น แผนกอายุรกรรม แผนกเวชศาสตร์ทั่วไป แผนกฉุกเฉิน)
สถานะทางคลินิก	(ระบุโรค หรือหัตถการหรือปัญหาสุขภาพ หรือกลุ่มเป้าหมาย)
วันที่	(ระบุวันที่ข้อมูลล่าสุด (Update))

(กรทิพย์ จันทร์แจ่ม, 2553, น.99)

1. บริบท

ระบุลักษณะเฉพาะของสถานะทางคลินิกนี้ในบริบทของโรงพยาบาล อาจรวมถึงลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการและความต้องการของผู้รับบริการ สาเหตุที่สถานะนี้มีความสำคัญในพื้นที่ ระดับการจัดบริการที่โรงพยาบาลสามารถจัดได้และความสัมพันธ์กับสถานบริการสาธารณสุขอื่น จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่มี เครื่องมือพิเศษที่ใช้

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในทารกที่คลอดก่อนกำหนด (Retinopathy of Prematurity: ROP) โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีจักษุแพทย์เพียงแห่งเดียวในเขตรัศมี 200 กิโลเมตร ซึ่งต้องรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นๆ ในเขต 8 จังหวัด มีผู้ป่วยของโรงพยาบาลเองปีละ 20 ราย และผู้ป่วยที่ส่งต่อมาปีละ 100 ราย การระมัดระวังในการให้ออกซิเจนในระดับที่

เหมาะสม การตรวจพบและให้การรักษาแต่เริ่มแรกภายใน 4-6 สัปดาห์จะช่วยป้องกันความพิการแก่ทารกได้ โดยเครื่องมือพิเศษที่ใช้คือเครื่องยิงเลเซอร์ (Laser)

2. ประเด็นสำคัญและความเสี่ยงสำคัญ

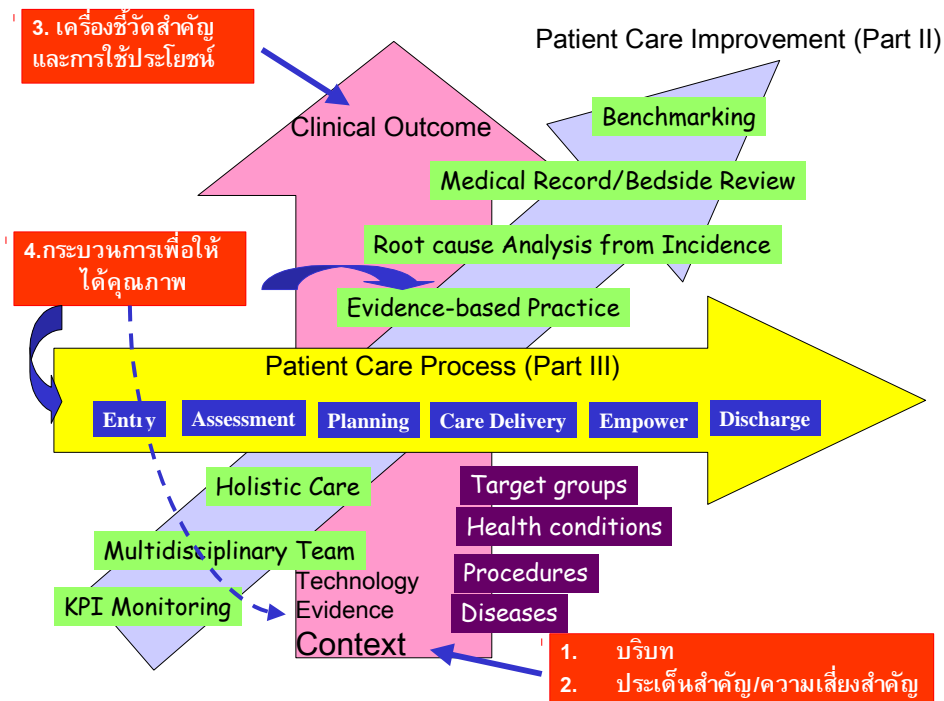
ระบุว่าสถานะนี้มีประเด็นที่ผู้รับบริการและผู้ประกอบวิชาชีพให้ความสำคัญอะไรบ้าง รวมทั้งมีความเสี่ยงสำคัญอะไร ซึ่งประเด็นเหล่านี้ควรไปปรากฏอยู่ในเครื่องชี้วัดสำคัญ กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพและการพัฒนาต่อเนื่องด้วย การตรวจพบแต่เริ่มแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น การทำความเข้าใจกับครอบครัว ในกรณีที่ไม่สามารถป้องกันความพิการของตาได้

3. เครื่องชี้วัดสำคัญและการใช้ประโยชน์

ระบุเครื่องชี้วัดที่ใช้ในการมอนิเตอร์ (Monitor) ความก้าวหน้าของการพัฒนาและความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งควรจะครอบคลุมประเด็นสำคัญหรือความเสี่ยงสำคัญด้วย รวมทั้งข้อมูลเครื่องชี้วัดที่ติดตามต่อเนื่อง (Run chart) และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทารกที่คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาล อายุของทารกที่ได้รับการส่งต่อมาพบจักษุแพทย์ครั้งแรก จำนวนทารกที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ความสำเร็จในการป้องกันความพิการของตาในทารกที่ส่งต่อให้จักษุแพทย์

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

ระบุว่าทีมงานดำเนินการอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงน้อยที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจุดสำคัญหรือจุดวิกฤติของกระบวนการดูแล มีการประสานกับหน่วยงานหรือทีมงานอื่นอย่างไร อาจพิจารณาจากกรอบความคิดข้างล่างว่า กระบวนการดูแลในขั้นตอนต่างๆ ที่มีความสำคัญในเรื่องนี้มีอะไรบ้าง มีการปรับปรุงกระบวนการใดบ้าง มีการใช้เทคโนโลยีหรือข้อมูลวิชาการหรือการจัดการอย่างไรเพื่อให้เกิดบริการที่เป็นประโยชน์ที่สุด



ภาพที่ 5 กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

(กรทิพย์ จันทร์แจ่ม, 2553, น.102)

5. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ระบุว่ามีการเปลี่ยนแปลงมาเป็นลำดับอย่างไรก่อนจะมาถึงสิ่งที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน มีแผนที่จะดำเนินการอะไรต่อ บทเรียนจากการพัฒนาคุณภาพในสภาวะนี้มีอะไรบ้าง

ไพโรพนา ศรีเสน (2554, น.94) ได้ศึกษา ความคาดหวังของผู้รับบริการและความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ผู้รับบริการเห็นด้วยกับคุณภาพบริการ ด้านสภาพแวดล้อมในการบริการ และจากการศึกษาความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการ ด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร พบว่า ผู้รับบริการเห็นได้ด้วยกับคุณภาพบริการ ด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร เพราะการบริการจะเป็นตัวชี้วัดในรายได้ นั่นคือ ความอยู่รอดของสถานประกอบการทางด้านสาธารณสุข

รูปแบบคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์

ตัวอย่างรูปแบบคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (โรงพยาบาลดอนพุด)

วิสัยทัศน์

เป็นเลิศด้านบริการ งานเชิงรุกดีเด่น เน้นมาตรฐาน คู่โรงพยาบาลคุณภาพ

พันธกิจ

1. ให้บริการผสมผสานแบบองค์รวม ตามมาตรฐาน อย่างปลอดภัยและเป็นที่ยอมรับ
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการสาธารณสุขทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ
3. สร้างและส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ค่านิยม

HOSPITAL Core Value

- H Heart รวมใจเป็นหนึ่งเดียว
- O Order ปฏิบัติตาม กฎ กติกา
- S Service Mind มีจิตบริการ คิดช่วยเหลือกัน
- P Participation ร่วมคิด ร่วมทำ
- I Integrity ซื่อสัตย์ มีจริยธรรม เสียสละทุ่มเทเพื่อองค์กร
- T Trust /Team วางใจกันเชื่อมั่นและทำงานเป็นทีม
- A Achievement มุ่งผลสัมฤทธิ์ มากกว่ากระบวนการ
- L Learning Organization เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

กลยุทธ์

แผนกลยุทธ์ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการหลักและตัวชี้วัด

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลดอนพุด ปี พ.ศ.2552 มี 7 ข้อ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 แผนพัฒนาคลินิกบริการ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 แผนพัฒนาโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 แผนการจัดการด้านความเสี่ยง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 แผนพัฒนาบุคลากร

ยุทธศาสตร์ที่ 5 แผนพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 แผนพัฒนาระบบการเงินการคลัง

แผนยุทธศาสตร์ที่ 1 แผนพัฒนาคลินิกบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านคลินิก บริการได้มาตรฐาน คุณเลแบบของค์รวม
ต่อเนื่อง สนับสนุนงานบริการปฐมภูมิ

2. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ

3. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบของค์รวม

4. ลดความเสี่ยงด้านคลินิก

ตัวชี้วัด

1. อัตราการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ร้อยละ 0.25

2. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา เป็น 0 (ศูนย์) Prescribing Error Dispensing Error

Administration Error

3. อัตราการ Re-Admit ใน 28 วัน ของผู้ป่วย HT

4. อัตราการ Re-Admit ใน 28 วัน ของผู้ป่วย DM

การดำเนินงาน

ด้านบุคลากรและความรู้

1. พัฒนาวิชาการและความรู้

2. พัฒนาทักษะด้านการบริการเชิงรุกและรับ

3. สร้างพฤติกรรมบริการที่ดี

4. การสร้างขวัญและกำลังใจ

5. จัดอัตรากำลังที่เพียงพอ

ด้านกระบวนการ

6. ระบบบริหารความเสี่ยงทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ

7. พัฒนารูปแบบคลินิกบริการ

8. ระบบการส่งเสริมสุขภาพประชาชนและเจ้าหน้าที่

9. ระบบการดูแลสุขภาพต่อ เนื่องและการส่งต่อ

10. ระบบสนับสนุนงานบริการปฐมภูมิ

11. ระบบบริหารจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ

12. ระบบสารสนเทศและพัฒนาสื่อสุขภาพ

13. การสร้างเครือข่ายสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 แผนพัฒนาโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย วัตถุประสงค์

1. โรงพยาบาลมีโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่น่าพอใจ
2. มีการกำจัดของเสียด้วยวิธีการที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และสิ่งแวดล้อม
3. โรงพยาบาลมีการจัดเตรียมความพร้อม เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย
4. โรงพยาบาลมีการดำเนินการด้านอาชีวอนามัยให้กับเจ้าหน้าที่

ตัวชี้วัด

1. การตรวจสอบน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย ผลตรวจค่าปริมาณออกซิเจนที่แบคทีเรียต้องการใช้ในการย่อยสลายสารอินทรีย์ชนิดที่ ย่อยสลายได้ (Biochemical Oxygen Demand: BOD) ในน้ำผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
2. เครื่องมือแพทย์ได้รับการสอบเทียบอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. มีการซ้อมแผนอัคคีภัยในโรงพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง
4. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน ปีละ 1 ครั้ง

การดำเนินงาน

1. การปรับปรุงโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมให้สะดวกสบาย และเป็นที่น่าพอใจ
2. การปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
3. พัฒนาและปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียการปรับปรุงโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมให้สะดวกสบาย และเป็นที่น่าพอใจ
4. พัฒนาระบบบำบัดน้ำเสีย
5. การสอบเทียบเครื่องมือแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
6. มีการซ้อมแผนอัคคีภัยในโรงพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง
7. การดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน ปีละ 1 ครั้ง โครงการลดอ้วน ลดเสี่ยงในกลุ่มเจ้าหน้าที่

ยุทธศาสตร์ที่ 3 แผนการจัดการความเสี่ยง

วัตถุประสงค์

เกิดการบริหารความเสี่ยงที่บุคลากรทุกคนรู้จัก ตระหนัก ร่วมคิดร่วมแก้ไข และมีระบบที่สอดคล้องและตรงกันเพื่อลดความเสี่ยงด้านต่างๆ

การดำเนินงาน

1. พัฒนาความรู้ด้านบริหารความเสี่ยง
2. สร้างความตระหนักในการบริหารความเสี่ยง
3. สร้างแรงจูงใจและจริยธรรมในการรายงาน
4. พัฒนาแบบรายงานความเสี่ยง
5. ระบบค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับที่มีประสิทธิภาพ
6. ระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาและวางระบบที่สอดคล้องเชื่อมต่อ
7. ระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อม ต่อข้อมูลและรายงานผล

ตัวชี้วัด

1. การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 30
2. จำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข ร้อยละ 100

ยุทธศาสตร์ที่ 4 แผนพัฒนาบุคลากร

วัตถุประสงค์

1. บุคลากรสามารถให้บริการกับผู้มารับบริการทุกประเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพตรงตาม มาตรฐานวิชาชีพ

2. บุคลากรมีความมุ่งมั่นและทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข
3. บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของบุคลากรใหม่ที่ได้รับการปฐมนิเทศก่อนการปฏิบัติงาน ร้อยละ 100
2. ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ให้บริการ มากกว่า ร้อยละ 70
3. อัตราความคงอยู่ของบุคลากร มากกว่า ร้อยละ 90

การดำเนินงาน

1. การวางแผนและการจัดการทรัพยากรบุคคล
2. การพัฒนาทักษะการศึกษาและส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคลากร
3. เสริมสร้าง สนับสนุนและตอบสนองเพื่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 แผนพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูล และระบบสารสนเทศของ โรงพยาบาล

ตัวชี้วัด

1. มีซอฟต์แวร์ (Software) หรือแอปพลิเคชัน (Application) สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

2. มีศูนย์ข้อมูลข่าวสาร

3. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

การดำเนินงาน

1. โครงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานภายในโรงพยาบาลจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสาร

2. จัดหาซอฟต์แวร์ (Software) หรือแอปพลิเคชัน (Application) เพื่อใช้งานสำหรับโรงพยาบาลที่ใช้งานสะดวกยิ่งขึ้น

3. พัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบายการใช้สารสนเทศ

4. พัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลระบบการจำแนกหมวดหมู่การวินิจฉัยโรค

(Diagnosis Related Groups: DRG)

4.1 จัดตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน

4.2 จัดให้มีระบบการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน (Medical Record Audit)

ยุทธศาสตร์ที่ 6 แผนพัฒนาการบริหารจัดการการเงินอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

มีระบบบริหารการเงินที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ

การดำเนินงาน

เพิ่มรายรับ

1. ตรวจสอบสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มข้าราชการ รัฐวิสาหกิจและโรงงาน

2. ขยายงานแผนไทย นวด อบ ประคบ

3. ติดตามลูกหนี้

4. การรับนักศึกษาฝึกงาน

ลดรายจ่าย

1. กำหนดมาตรการในการประหยัดค่าสาธารณูปโภค (ค่าไฟฟ้า โทรศัพท์ น้ำมัน เชื้อเพลิง)

2. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ

กระบวนการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยเสริม (PRECEDE Framework) เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Causality Assumption) คือ มีสมมติฐานว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยทั้งภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล ดังนั้นการดำเนินการงานหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายๆ ด้านประกอบกัน และจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก่อนจึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำว่า “PRECEDE Framework” เป็นคำย่อของข้อความเต็มว่า Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Education Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการของการใช้ปัจจัยด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยเสริม ในการวินิจฉัยและประเมินผลการให้สุศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น

กระบวนการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยเสริม (PRECEDE Framework) เป็นการนำเสนอกระบวนการดำเนินงานที่ใช้วิเคราะห์เริ่มจากผล (Outcome) ซึ่งในที่นี้หมายถึงสถานะสุขภาพ ย้อนกลับไปหาต้นเหตุหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหานั้นๆ จำแนกออกเป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยสังคม เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาต่างๆ ของบุคคลหรือชุมชน ซึ่งปัญหาที่ได้มาจะเป็นปัญหาทางสังคมทั้งหมดที่มีผลต่อการเป็นอยู่หรือคุณภาพชีวิตของบุคคล เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาสุขภาพของประชาชนปัญหาสังคมต่างๆ จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ในขณะที่เดียวกันก็มีผลต่อสถานะทางสุขภาพของประชาชนด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้างในกลุ่มหรือชุมชนที่ศึกษา ซึ่งปัญหาสุขภาพนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางด้านวิทยาการระบาดจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วยและการกระจายในลักษณะที่เป็นอยู่ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจะช่วยให้จัดเรื่องลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานและการกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยทางพฤติกรรม เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่พบจากการวิเคราะห์ในขั้นที่ 2 ว่าปัญหาสุขภาพใดที่มีสาเหตุหรือเป็นผลสืบเนื่องจากพฤติกรรมและปัญหาใดที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม ถึงแม้ว่าในการดำเนินงานสุศึกษาจะเน้นที่ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม แต่ก็ควรจะได้พิจารณาถึงสาเหตุต่างๆ ที่ไม่ใช่พฤติกรรมควบคู่กันไปด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยทางการศึกษา เพื่อประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยสามารถจำแนกออกเป็น 3 ลักษณะคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยเสริม ขั้นตอนนี้นับว่ามีความสำคัญมากทางด้านสุขภาพ เนื่องจากผลการวิเคราะห์ทำให้ทราบว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยเสริม ในด้านใดบ้างที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ซึ่งจะประกอบขึ้นเป็นปัจจัยการจัดดำเนินงาน สุขศึกษาเพื่อการแก้ไขพฤติกรรมตามต้องการ

1. ปัจจัยนำหรือปัจจัยหลัก (Predisposing Factors) ในที่นี้ได้รวมสภาพการณ์ของแต่ละบุคคลในด้านความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจ ภายในของบุคคลหรือกลุ่มคนที่จะนำไปสู่การกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ปัจจัยดังกล่าวนี้อาจจะช่วยเหลือ ขัดขวางหรือยับยั้งการเกิดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพก็ได้แล้วแต่ระดับและทิศทางของปัจจัย

2. ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) หมายถึง ทักษะและทรัพยากรที่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล รวมทั้งความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือทรัพยากรที่จำเป็นเหล่านั้นเช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทางและเวลา เป็นต้น การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพใดๆ จำเป็นต้องมีทักษะในการกระทำนั้นๆ

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไปขึ้นกับการดำเนินงานในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานโรงเรียนหรือสถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน นักศึกษา ปัจจัยที่เสริมได้แก่ เพื่อนนักเรียน ครู อาจารย์ บุคลากรอื่นๆ ในโรงเรียน พ่อ แม่ ผู้ปกครองหรือบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว สำหรับในชุมชน ปัจจัยที่เสริมสร้างได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มอ้างอิง

การดำเนินงานตามขั้นตอนของการวินิจฉัยทางการศึกษานี้ คือ การพิจารณาว่าปัจจัยต่างๆ ที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยเสริม นั้น มีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้างที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้ ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเสียใหม่ให้เหมาะสมจัดลำดับความสำคัญของปัจจัย จัดกลุ่มปัจจัยและความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะทำให้การวางแผนการจัดการที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์เลือกกลวิธีทางการศึกษา ภายหลังจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพว่ามีปัจจัยใดบ้าง มากน้อยเพียงใดแล้ว ขั้นตอนนี้จะเป็นการวางแผนการจัดการที่เหมาะสมที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่างๆ ข้างต้น เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการทางการจัดการ โภชนาการมีหลายรูปแบบ เช่น การจัดการ

เมนูอาหาร การปรับเปลี่ยนวิถีและกระบวนการปรุง ประกอบอาหาร รวมทั้งการคำนวณคุณค่าทางโภชนาการในการจัดการโภชนาการ จึงจำเป็นต้องต้องเลือกวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยเสริมตามที่ต้องการ โดยอาจนำรูปแบบแนวทางการจัดการ โครงการอาหารสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนของหน่วยงานอื่นมาพิจารณาและเลือกแนวทางที่เหมาะสมหลายๆ แนวทางมาร่วมกันเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวินิจฉัยทางการบริหาร เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินปัญหาทางด้านบริหารจัดการซึ่งจะรวมทั้งการวิเคราะห์ด้านงบประมาณและปัจจัยต่างๆ ก็จะมีผลกระทบต่อการดำเนินโครงการ ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการบริหารนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปัจจัยต่างๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการให้น้อยที่สุด และเพื่อส่งเสริมให้โครงการประสบผลสำเร็จและมีผลกระทบในด้านดีให้มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลการดำเนินงาน ขั้นตอนนี้ไม่แสดงไว้ในแผนภูมิ PRECEDE Framework เนื่องจากโดยแท้จริงแล้วการประเมินผลมิได้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินงาน แต่ได้ผสมผสานอยู่ในการดำเนินงานทุกขั้นตอนแล้ว เริ่มตั้งแต่การวางแผนดำเนินงานเป็นต้นมา โดยการกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนเอาไว้แต่แรกและต่อเนื่องกันไป ตั้งแต่ก่อนการดำเนินงานจนถึงสิ้นสุดการดำเนินงานและภายหลังการดำเนินงานด้วย

จึงเห็นได้ว่า PRECEDE Framework เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมแบบสหปัจจัยทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกส่วนบุคคลที่ผสมผสานความรู้ทางด้านสังคมศาสตร์หรือพฤติกรรมศาสตร์ การบริหารจัดการและด้านการศึกษาไว้ด้วยกันในการวินิจฉัยปัญหา รวมทั้งการวางแผนและประเมินโครงการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ นับว่าเป็นการแก้ไขปัญหาแบบผสมผสาน (Integrated Development) อีกทั้งมีการเพิ่มการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยเสริมนอกเหนือจากปัจจัยอื่น ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดแผนการแก้ไขปัญหาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าการแก้ไขเพียงปัจจัยเดียวหรือ 2 ปัจจัย (Mullen, et al. 1987, p.980) โดยเฉพาะการเพิ่มปัจจัยเสริมจะช่วยให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์คงอยู่ในระยะเวลายาวนานและการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ คือเริ่มจากเป้าหมาย (Outcome) เป็นวิธีการที่ทำให้มองปัญหาและสาเหตุได้อย่างครอบคลุม สามารถวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาล่วงหน้าในทุกขั้นตอนได้

มีผู้นำ PRECEDE Framework มาใช้เป็นแนวทางการศึกษาวิจัยหลายสถานการณ์ ดังนี้

ฉันทนา ลิ่มนิรันดร์กุล (2532, น.5) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษาที่ได้นำเอา PRECEDE Framework มาเป็นแนวคิดในการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร

ของนักเรียนในรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

สุวรรณ จัดเจน (2533, น.126, อ้างถึงใน จันทรวิภา คิลกสัมพันธ์, 2535, น.34) ได้นำ PRECEDE Framework มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการวิจัย เพื่อการวิเคราะห์และปรับปรุงพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการค้าอาหารในโรงเรียนระดับมัธยมในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้งด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนาจและปัจจัยเสริมและปัจจัยทั้งสามนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมทางด้านสุขาภิบาลอาหารได้เกือบทุกพฤติกรรม

จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2532, น.252, อ้างถึงใน จันทรวิภา คิลกสัมพันธ์, 2535, น.34) ได้ดัดแปลง PRECEDE Framework มาเป็นกรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพก่อนการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนงานในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับผลด้านวิธีการตามแผนงานนั้นและให้ความร่วมมือ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือทั้งก่อนและหลังการทดลอง คือ ปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้ออำนาจ

อมอส โอลาดิโป อดูเรจา (Amos Oladipo Aduraja, p.35) ได้ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางด้านโภชนาการและสุขาภิบาลของนักเรียนในระดับมัธยมปลายในประเทศไนจีเรีย ในรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ พบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางด้านโภชนาการมากที่สุด รองลงมาได้แก่ปัจจัยนำและปัจจัยเอื้ออำนาจ ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสริมมากที่สุดเช่นเดียวกัน รองลงมาได้แก่ปัจจัยเอื้ออำนาจและปัจจัยนำ ตามลำดับ

โดยสรุป PRECEDE Framework ได้ถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนการจัดกิจกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งผลการวิจัยส่วนใหญ่ พบว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนาจ และปัจจัยเสริม มีความสามารถในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ และนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการจัดกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและยังได้มีการนำ PRECEDE Framework มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อีกมาก

กระบวนการใช้แบบจำลองการวางแผนพัฒนาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEDE MODEL)

แบบจำลอง (Model) การวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพมีมากมายและหลากหลาย แต่ที่เป็นที่นิยมและประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย ตั้งแต่ปี ค.ศ.1987 จนถึงปัจจุบันคือ แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ ได้รับการพัฒนาโดยลอว์เร็นซ์ (Lawrence W. Green and Marshall Krueter) เป็นแบบจำลองการวางแผนและนำไปประยุกต์เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้ที่

นำแบบจำลองนี้ไปใช้ เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพจะต้องมีความชัดเจนในตัวแปรภายใต้ ปัจจัยนำ (Predisposing Factor)ว่าจะใช้แนวคิดตามโครงสร้างทางจิตวิทยาอะไรมาวิเคราะห์สาเหตุทางพฤติกรรมสุขภาพ

แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษา PRECEDE Model เป็นกรอบในการวางแผนสุขภาพของอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป การเปลี่ยนพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพจะมีมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุของปัญหาของประชากรเป้าหมายได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด PROCEDE Model ได้ถูกผนวกเข้ามารวมกับ PRECEDE Model ประมาณปี ค.ศ. 1987 จากประสบการณ์ของ กรีนและคูเลอร์ (Green and Krueter, 1987, p.46) ที่ได้รับปฏิบัติงานในตำแหน่งต่างๆ ของหน่วยงานทั้งภาครัฐและมูลนิธิคริสเชอร์แฟมิลีฟาว์เดชั่น (Kriser Family Foundation) การผนวกแบบจำลองนี้เข้าไปเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานสุขภาพดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PROCEDE Model ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกลนอกจากกิจกรรมทางการศึกษาและสุขภาพแล้ว ยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการและเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงครรลองการดำเนินชีวิตที่มีสุข (Healthful Lifestyles) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจและสังคมมากยิ่งขึ้น

PRECEDE Model ประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม (Social Diagnosis)

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis)

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและการจัดองค์กรและบริการ (Education and Organizational Diagnosis)

ระยะที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย เป็นการวินิจฉัยนโยบาย ทรัพยากรและสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งแสดงให้เห็นสถานะขององค์กรซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ

นอกจากนี้เพื่อประเมินว่าเป้าประสงค์หรือวัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการจะสอดคล้องกับนโยบายขององค์กรหรือไม่สอดคล้องกับระเบียบกฎเกณฑ์และพันธกิจขององค์กร

PROCEDE Model ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผน (Implementation)

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation)

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation)

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ (Out-Come evaluation)

การจัดบริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์

1. บทบาทด้านงานเวชกรรม (การให้การรักษาพยาบาล)

1.1 ให้บริการการตรวจรักษาผู้ป่วย โดยใช้ ยาสมุนไพรและหัตถบำบัด (การตรวจ)

1.1.1 กำหนดกลุ่มโรค / อาการ ที่สามารถให้การรักษาได้และที่จำเป็นต้องส่งต่อ

1.1.2 กำหนดรายการยาสมุนไพรที่ใช้ในสถานบริการ

1.1.3 ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย

1.1.4 ให้บริการคำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรและการดูแลสุขภาพ

1.2 การจัดทำรายงานทางคลินิก

1.2.1 สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ละเดือน

1.2.2 สถิติการใช้ยาสมุนไพรและการให้บริการหัตถบำบัด

1.2.3 สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการทางอายุรเวทกับทางแผนปัจจุบันต่อวัน

1.3 การบริหารจัดการด้านการรักษาพยาบาล

1.3.1 วางแผนการปฏิบัติงาน

1.3.2 จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นที่ใช้ในการตรวจและรักษา

2. บทบาทด้านงานเภสัชกรรม (การผลิตยา)

2.1 ศึกษาข้อมูลของสมุนไพรและตำรับยาต่างๆ เพื่อพิจารณาคัดเลือกตำรับยาที่จะผลิต

ไว้ใช้

2.1.1 สำนวนชนิดของสมุนไพรที่มีในท้องถิ่น

2.1.2 คัดเลือกตำรับยาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย

2.1.3 จัดซื้ออุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตยา

2.1.4 จัดหาวัตถุดิบสมุนไพรในท้องถิ่นและอื่นๆ สำหรับใช้ผลิตยา

2.1.5 จัดเก็บวัตถุดิบสมุนไพรและบัญชีควบคุม

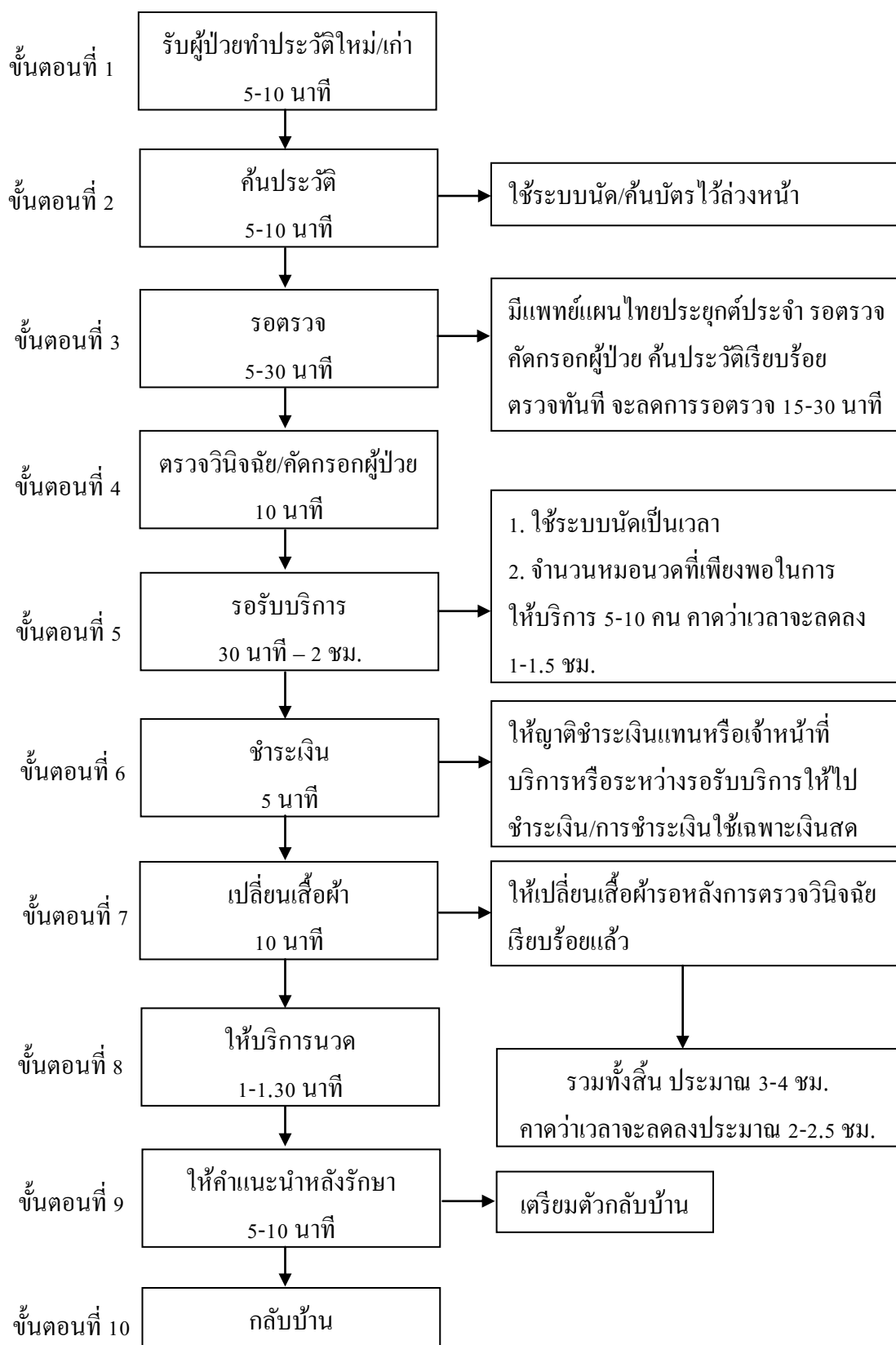
2.1.6 ดำเนินการผลิตยาตามขั้นตอนต่างๆ

2.2 ควบคุมคุณภาพของยาสมุนไพร โดยส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพที่กรมวิทยาศาสตร์

การแพทย์

- 2.3 พัฒนาคำรับยาและรูปแบบยา ให้เหมาะสมกับการใช้
- 2.4 จัดทำรายงานการผลิตยาสมุนไพร
- 2.5 สนับสนุนยาที่ผลิตให้กับสถานบริการด้านสาธารณสุขอื่นๆ เช่น กองทุนยาหมู่บ้าน สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยงานอื่นๆ ที่สนใจ
3. บทบาทด้านชุมชน
 - 3.1 ศึกษาชุมชนเป้าหมายเพื่อค้นหาปัญหาของชุมชน
 - 3.2 พัฒนาและส่งเสริมการใช้สมุนไพรรวมทั้งการเผยแพร่ความรู้ในชุมชน
 - 3.3 ให้ผู้ศึกษาเรื่องการดูแล การป้องกันและการรักษาสุขภาพเบื้องต้นแก่ชุมชน
 - 3.4 ส่งเสริมการปลูกและการใช้สมุนไพรในชุมชน โดยการจัดตั้งกลุ่มผู้สนใจสมุนไพร
 - 3.5 ศึกษาและรวบรวมข้อมูลการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน
 - 3.6 ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อพัฒนาการใช้สมุนไพรในชุมชน
4. บทบาทด้านการเผยแพร่อบรม
 - 4.1 จัดอบรมให้ความรู้ ด้านสมุนไพรและการแพทย์ไทยในกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป
 - 4.2 จัดแสดงนิทรรศการ ด้านสมุนไพรและการแพทย์ไทยในสถานที่ต่างๆ
 - 4.3 จัดทำสื่อทางวิชาการ ด้านสมุนไพร เพื่อใช้ในการเผยแพร่ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ สไลด์
 - 4.4 เป็นวิทยากรให้การอบรมเรื่องการแพทย์ไทยและสมุนไพรตามหน่วยงานต่างๆ
5. บทบาทด้านบริหารจัดการ
 - 5.1 จัดทำแผนผังการปฏิบัติงาน
 - 5.2 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - 5.3 เขียนโครงการเพื่อของบประมาณสำหรับใช้ในงานสมุนไพร
 - 5.4 จัดทำรายงานและประเมินผล การปฏิบัติงานประจำปี

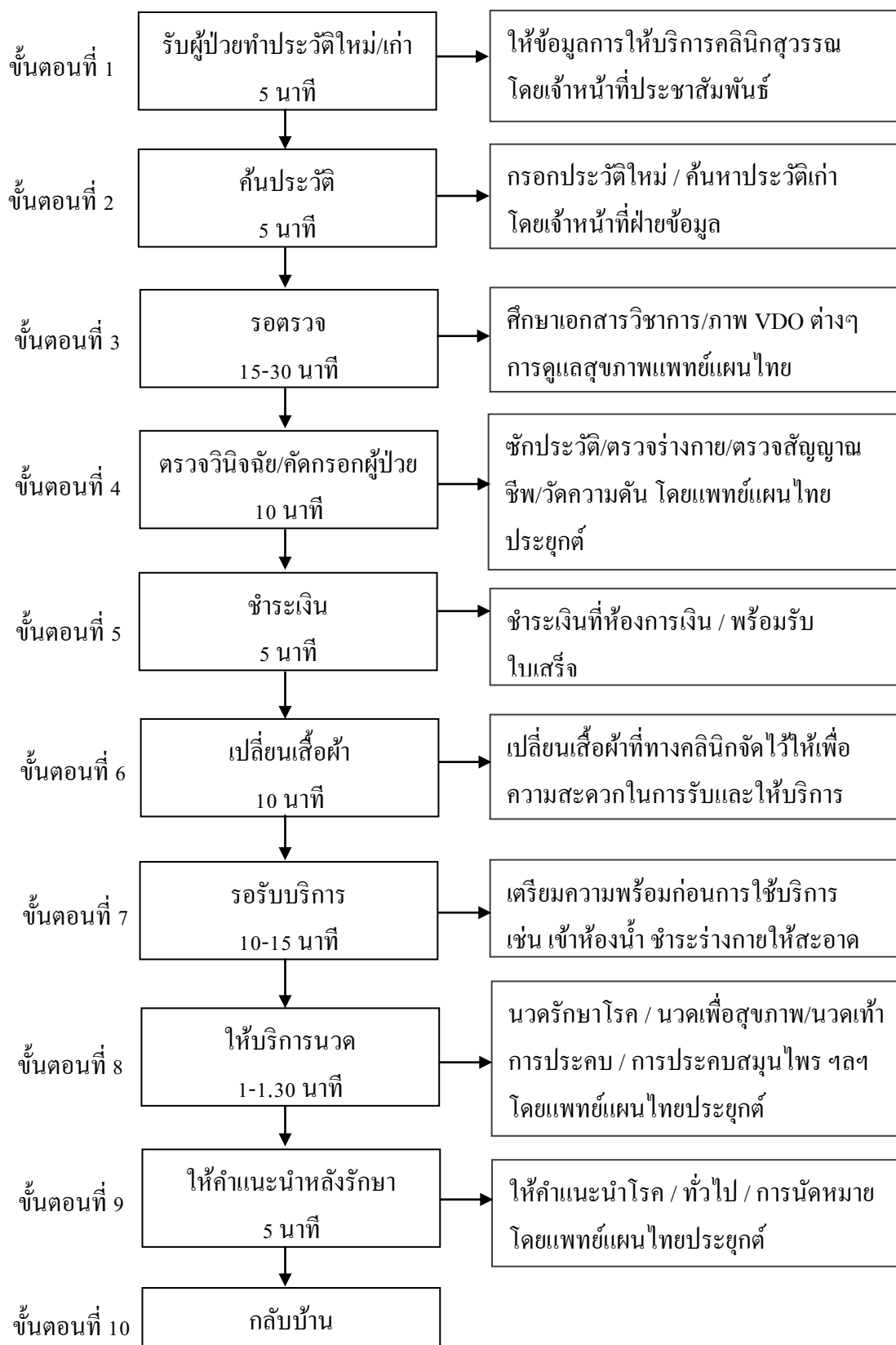
ขั้นตอนการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์



ภาพที่ 6 ขั้นตอนการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์

(ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2554, น.4)

การดำเนินการเพื่อลดขั้นตอนการให้บริการของคลินิกสุวรรณ



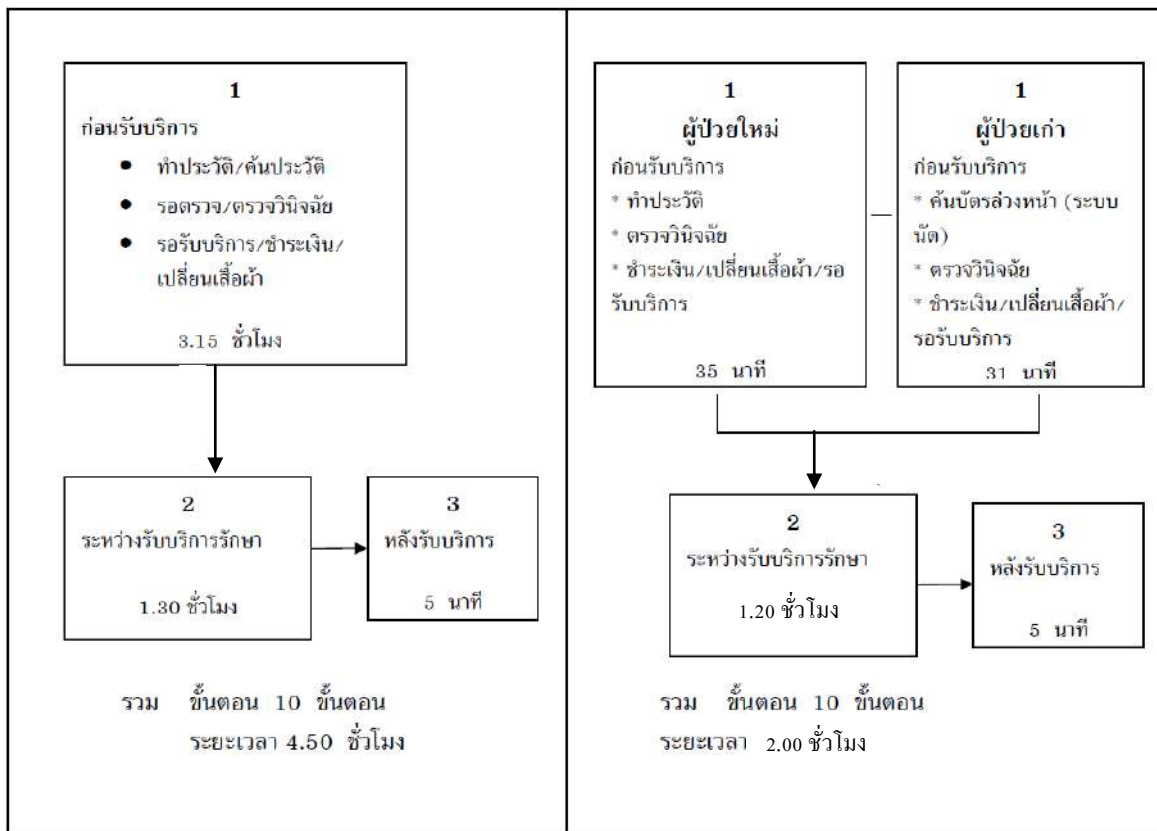
ภาพที่ 7 การดำเนินการเพื่อลดขั้นตอนการให้บริการของคลินิกสุวรรณ

(คลินิกสุวรรณ, 2555, น.5)

คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการคลินิกสุวรรณ
สรุปผลงานการลดขั้นตอนการให้บริการ

ขั้นตอนและระยะเวลาที่กำหนดไว้เดิม

ขั้นตอนและระยะเวลาที่ดำเนินการใหม่



ภาพที่ 8 สรุปผลงานการดำเนินการให้บริการ

(คลินิกสุวรรณ, 2555, น.3)

ผลการดำเนินการให้บริการของคลินิกสุวรรณ

ผู้มารับบริการมีจำนวนมากขึ้น (เฉลี่ยวันละ 72 คน) จากแบบประเมินความพึงพอใจผลพบว่า ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ ร้อยละ 87

จากการนำเสนอรูปแบบของพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ เชื่อว่าปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ ได้แก่ ปัจจัยด้านวัฒนธรรม สังคม ลักษณะส่วนบุคคลและด้านจิตวิทยา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นลักษณะของผู้ใช้บริการ แต่กระบวนการตัดสินใจจะมีผลต่อการเลือกใช้บริการและบริการ รวมถึงปัจจัยกระตุ้นอื่นๆ ได้แก่ ราคา สถานที่และการโฆษณาประชาสัมพันธ์ (Kotler, Phillip, 1997, p.29)

จากการศึกษาเก็บรวบรวมสถิติการใช้การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แบบผสมผสานของ National Center for Complementary and Alternative Medicine (National Institution) ปี ค.ศ. 2002 ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติของอเมริกา (National Center for Health Statistics) พบว่า ปัจจุบันประชาชนชาวอเมริกันประมาณร้อยละ 62 มีการใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แบบผสมผสาน และในช่วง 12 เดือน ผ่านมาตัวเลขเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.6 และจากการสำรวจ พบว่า ประชากรที่ใช้ประโยชน์จากการรักษาในรูปแบบนี้มีการศึกษาสูง โดยมีเหตุผลหลัก 5 ประการ คือ การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แบบผสมผสานจะช่วยให้การรักษาดีขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 55 น่าสนใจที่จะลอง ร้อยละ 50 การรักษาแผนปัจจุบันใช้ไม่ได้ผล ร้อยละ 28 แพทย์แผนปัจจุบันแนะนำให้ทดลอง ร้อยละ 26 และยาแผนปัจจุบันราคาแพงเกินไป ร้อยละ 13 (มณฑกา ชีรชัยสกุล, 2548, น.2)

กุสุมา ศรียางกุล (2553, 214) ได้ศึกษารูปแบบที่พึงประสงค์ในการให้บริการนวด อบ ประคบสมุนไพร เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ศูนย์การศึกษาพัฒนาเขาหินซ้อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม คือ ผู้ใช้บริการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย ผู้บริหารศูนย์ และผู้นำที่อยู่รอบ ๆ ศูนย์ ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับรูปแบบที่พึงประสงค์ในการให้บริการนวด อบ ประคบสมุนไพร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1. ต้องเป็นรูปแบบการให้บริการในลักษณะผสมผสานแบบครบวงจรที่สามารถใช้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้
2. ต้องมีการให้บริการที่ครบวงจรมีมาตรฐานเป็นต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยประยุกต์
3. องค์ประกอบของรูปแบบการให้บริการที่พึงประสงค์ คือ เป็นรูปแบบการให้บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพครบวงจร ที่มีการนวดไทย การอบ การประคบสมุนไพร ที่มีบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญในการให้บริการ มีการประชาสัมพันธ์และเน้นในด้านสถานที่ คุณภาพของการให้บริการและความปลอดภัยซึ่งเป็นหัวใจสำคัญ

นิลเนตร วีระสมบัติและคณะ (2543, น.ก) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันในโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบบริการและสถานที่ให้บริการทำให้การบริการสะดวกและรวดเร็ว ทำให้มีผู้สนใจที่จะใช้บริการมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการที่ผู้รับบริการสามารถชื้อยาสมุนไพร ได้เองที่ฝ่ายสาธารณสุขมูล โดยไม่ต้องผ่านห้องบัตรได้รับความนิยมนสูงมาก นอกจากนี้ สิ่งที่ทำให้มีผู้สนใจใช้บริการการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปได้ทราบถึงประสิทธิภาพของสมุนไพร รวมถึงการบริการที่

ระบบบริการมีให้ จากการสำรวจทัศนคติของผู้ใช้บริการแพทย์แผนไทยพบทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์แผนไทยสูงถึง ร้อยละ 68 ส่วนทัศนคติของผู้ให้บริการภายในโรงพยาบาลนั้น พบว่ามีกลุ่มที่เห็นด้วยและพร้อมที่จะให้การสนับสนุนให้มีการบริการการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 54 กลุ่มที่ไม่ยอมรับไม่เห็นด้วยร้อยละ 9

พรรณิ ภิญญรัตน์และเสาวภา พรศิริพงษ์ (2543, น.184) ได้ศึกษาการพัฒนาสถานพยาบาลแผนโบราณไม่สามารถเน้นเฉพาะเรื่องสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวได้ จำเป็นต้องพัฒนาทั้งระบบการแพทย์แผนไทย ดังนี้

1. กำหนดนโยบายและแผนในการพัฒนาสถานพยาบาลแผนโบราณอย่างเร่งด่วนปรับปรุงระบบการต่อทะเบียนของสถานพยาบาลแผนโบราณให้ทันสมัย ให้สามารถตรวจสอบได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานสถานพยาบาลอย่างใกล้ชิด
2. จัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลและมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลแผนโบราณ
3. รัฐควรสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ทั้งระบบเพื่อสร้างการยอมรับจากประชาชน
4. จัดตั้งสภาวิชาชีพเพื่อดูแล ควบคุมและพัฒนาสถานพยาบาลแผนโบราณ
5. ส่งเสริมให้นำการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพโดยเร็ว

ดังการ สังแก้ว (2554, น.310) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ความพร้อมการจัดบริการของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยและความต้องการใช้บริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันของประชาชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความพร้อมการจัดบริการแบบผสมผสานของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยที่มีการจัดบริการและไม่มีการจัดบริการแบบผสมผสาน โดยรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน คือ น้อยถึงน้อยมาก ดังนี้ ด้านการรับรู้ นโยบาย (น้อย) ด้านระบบข้อมูลข่าวสารและการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ (น้อยมาก) การให้บริการแบบผสมผสาน (ปานกลาง) ด้านขนาดและการจัดการทีมให้บริการ (น้อยมาก) ด้านการพัฒนาทรัพยากร (น้อยมาก) และด้านการบริหารงบประมาณ (ไม่พร้อม) ตามลำดับ

ทับทิม สัมฤทธิ์เปี่ยม (2552, น.165) การพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ของสถานอนามัยตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี พบว่า หลังการพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มีผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้นและผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย อยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจทุกข้อเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกัน โดยสรุปการพัฒนาการให้บริการด้าน

การแพทย์แผนไทยโดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมคเทคแคนท์ (Kemmis และ McTaggart) ทำให้ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจและมารับบริการเพิ่มมากขึ้น ข้อเสนอแนะนี้เป็นประโยชน์ในการให้บริการด้านอื่นๆ ในสถานอนามัยและการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยกับสถานอนามัยอื่นๆ ที่มีบริบทที่คล้ายคลึงกัน

วิรัตน์ ประชุมพันธ์และคณะ (2552, น.197) ได้ศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลพนา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ร้อยละ 85 เป็นคนในอำเภอพนา ใช้ระยะเวลาเดินทางเฉลี่ย 1 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ทราบว่ามีการตรวจรักษาจากเพื่อนบ้านและสมาชิกในครอบครัวและเคยมารับบริการ 2 ครั้งขึ้นไป มารับการรักษาโดยการนวด รับประทานสมุนไพรและประคบสมุนไพร ร้อยละ 65.5, 50.0 และ 30.5 ตามลำดับ ร้อยละ 90.5 จะกลับมารับการรักษาอีกครั้ง และร้อยละ 95.5 จะแนะนำญาติหรือเพื่อนบ้านให้มารับการรักษา โดยระดับความพึงพอใจส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุดในการรับการรักษาแบบแพทย์แผนไทย ความสนใจและกระตือรือร้นของผู้ให้บริการ การซักถาม ถามปัญหาและคำแนะนำ มีระดับความพึงพอใจมากในระยะเวลารอคอยการรักษา ค่าใช้จ่ายและความมั่นใจ

สรุป ระบบกระบวนการจัดบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ โดยที่สามารถนำการจัดการและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องรวมทั้งแนวคิดทฤษฎีมาพัฒนาคุณภาพการจัดบริการในเชิงระบบให้เป็นรูปธรรมและเกิดรูปแบบการจัดบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทุกด้าน โดยผสมผสานการใช้ระบบการจัดการและการจัดการเทคโนโลยี ซึ่งทำให้เข้าใจเรื่องร่างกายการเจ็บไข้และกลไกของยารักษาโรค ตลอดจนช่วยการวินิจฉัยโรคให้เกิดความแม่นยำ ทำให้รักษาโรคถูกต้องและได้ผลดียิ่งขึ้น ซึ่งเทคโนโลยีที่นำมาใช้จะนำไปใช้ได้แก่ ถ่ายทอดความรู้ โดยการจัดการทำเว็บไซต์ การเก็บข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์การจัดทำทะเบียนประวัติ ซึ่งจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น ค่ายาและประหยัดเวลารวมทั้งแรงงานคนอีกด้วย

อาการของโรค คอ บ่า ไหล่

โรคคอ บ่า ไหล่ เป็นกลุ่มอาการของโรคที่ผู้วิจัยพบว่ามีสถิติผู้เป็นโรคดังกล่าวนี้มาก (ข้อมูล คลินิกสุวรรณ 2554-2553, น.) จึงได้ทำการศึกษาวิจัยกลุ่มเหล่านี้โดยมีรายละเอียดดังนี้

โรคกระดูกคอ (Medical Link)

สถาบันวิจัยสมุนไพรและการแพทย์แผนจีน (2555, น.9) ระบุว่า ภาวะกระดูกคอเสื่อมส่วนมากเกิดจากอิริยาบถหรือท่าที่ผิดสุขลักษณะ เช่น การหนุนหมอนสูงเกินไป การทำงานในท่าเดียนานๆ นั่งเขียนหนังสือ นั่งดูเอกสาร นั่งทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์ นั่งดูทีวี รวมถึงคอเคล็ด

หรือยก ที่เกิดจากคอมมีการเคลื่อนไหวเร็วเกินไปหรือรุนแรงเกินไปหรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การมีภาวะโรคข้ออักเสบ ข้ออักเสบเรื้อรังบางชนิดอาจทำให้กระดูกข้ออักเสบไปด้วย เช่น ข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นต้น ทั้งนี้ ยังนับรวมถึงอาการอักเสบของร่างกาย เช่น คออักเสบ หูอักเสบ เป็นต้น อาจทำให้เป็นโรคกระดูกคอหรือกระดูกสันหลังมีอาการหนักขึ้นและความเครียดทางจิตใจ ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อคอตึงตัวเป็นประจำจนส่งผลกระทบต่อกระดูกคอได้ กลุ่มอาการที่เป็นกันมาก ได้แก่

โรคลัยในสถานที่ทำงาน (Office Syndrome)

เป็นโรคที่เกิดกับคอ บ่า ไหล่ โดยอาจเกิดในขณะที่ทำงานซึ่งจะกล่าวขึ้นลักษณะอาการที่พบบ่อยๆ ดังนี้

กระดูกสันหลังย่นหรือยุบตัวลงไป (VCF)

กระดูกคอมีรูให้เส้นประสาทและหลอดเลือดแดงสอดผ่าน เมื่อกระดูกคอและหมอนรองกระดูกเสื่อมลงจะทำให้รูนี้แคบลง หลอดเลือดแดงก็จะเป็นตะคริวหรือถูกกดทับ เลือดจึงไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอทำให้เกิดอาการปวดหรือเวียนศีรษะ ปวดตื้อๆ ที่ท้ายทอย สายตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อนคลื่นไส้ อาเจียน หูอื้อ วูบล้มลงอย่างกะทันหัน แต่ไม่หมดสติ สามารถลุกขึ้นได้เองอย่างรวดเร็ว เหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น แขนขาอ่อนแรง หยิบของแล้วร่วง เวลาเงยหน้าหรือหันคออย่างกะทันหันจะมีอาการแขนขาอ่อนแรง ฯลฯ

โรคปวดเรื้อรังและปวดศีรษะ (Chronic Pain)

หากกระดูกคอหรือหมอนรองกระดูกคอเสื่อมและกดทับเส้นประสาทซิมพาเทติก ก็จะเกิดอาการปวดศีรษะ ไมเกรน รู้สึกศีรษะหนักๆ ปวดท้ายทอย สายตาพร่า ปวดแน่นเข้าตา ตาแห้งเห็นแสงว๊อบแว็บ ใจสั่น หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ แน่นหน้าอกความดันโลหิตสูงขึ้น ฯลฯ

ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System)

กล้ามเนื้อบริเวณคอมีโครงสร้างซับซ้อน และทอสานเกี่ยวพันกันเป็นจำนวนมาก เมื่อเราอยู่ในท่าเดียนานๆ กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นบริเวณคอก็จะตึงตัว ทำให้เลือดไหลเวียนไม่ดีจนเกิดอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยต้นคอและไหล่ แล้วจะลามไปที่สะบักและแขนด้วย เมื่อกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นตึงเกร็งนานๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อกระดูกคอ ทำให้กระดูกคอเคลื่อนและเกยทับกันได้เช่นกัน ส่วนการหมุนหมอนที่สูงเกินไปหรือผิดท่าทำให้เกิดอาการคอตกหมอนนั้น ก็เกิดจากการตึงตัวของเส้นเอ็นและกล้ามเนื้อคอเช่นกัน แต่ผู้ที่อาการคอตกหมอนเป็นประจำแสดงว่ากระดูกคอเริ่มเสื่อมแล้ว

ข้อกระดูกเสื่อม (Bone Degeneration)

การแพทย์จีนได้จัดโรคกระดูกคอให้อยู่ในกลุ่มโรคชาและปวดเมื่อย (ปี้เจิ้น) จากเส้นลมปราณติดขัด ซึ่งมีสาเหตุจากพลังลมปราณพร่องลงตามวัย ทำให้เลือดไหลเวียนช้าลงและเกิด

ภาวะเลือดคั่งกีดขวาง การไหลเวียนของโลหิตจนเกิดอาการปวด ตามหลักการวินิจฉัยและรักษาอันสำคัญของการแพทย์จีน ปวดแสดงว่าไม่โล่ง โล่งแล้วก็จะไม่ปวด ส่วนพิษของลมและเย็นชื้น (เพื่องานซือเถียว) ที่สะสมในเส้นลมปราณบริเวณคอและไหล่จะจับตัวเป็นก้อน ทำให้เส้นลมปราณและหลอดเลือดคดขัดมากยิ่งขึ้น เส้นเอ็น กล้ามเนื้อและกระดูกคอ จะได้รับการหล่อเลี้ยงไม่เพียงพอจึงเสื่อมลงได้เร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติหลายๆ อย่าง

โรคเอ็นอักเสบ (Tendinitis)

การรักษาโรคกระดูกคอด้วยยาแก้ปวด ยาลดการอักเสบ ยาคลายกล้ามเนื้อหรือยาสเตียรอยด์อาจไม่ใช่ทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นเพียงการระงับอาการปวดและอักเสบไว้ชั่วคราวเท่านั้นและมีได้หยุดยั้งการลุกลามโรคที่สำคัญคือ พิษของยาจะก่อให้เกิดการระคายเคืองของกระเพาะอาหาร ทำให้อาหารไม่ย่อยและเลือดออกในกระเพาะอาหาร พร้อมทั้งส่งผลกระทบต่ออวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย ส่วนในรายที่มีอาการรุนแรงนั้น วิธีการผ่าตัดอาจได้ผลดีแต่อาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอีกทั้งผู้ป่วยหลายๆ คนก็ยังลังเลในเรื่องค่าใช้จ่าย ความยุ่งยากและความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจตามมา

ดังนั้น การแพทย์จีนจึงนิยมบำบัดโรคกระดูกคอด้วยวิธีแบบองค์รวม ดังนี้ อาการปวดคันทอ ไหล่และสะบัก อาการปวดร้าวและอ่อนแรงที่แขนและมือ อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ สายตาพร่าและอาการอื่นๆ ที่เกิดจากโรคกระดูกคอ จึงค่อยๆ ทูเลาลงหรืออาจหายไปในที่สุด (ชมรมรักสุขภาพ, 2555, ออนไลน์)

1. อาการปวดคอ บ่า ไหล่

อาการปวดคอ ไหล่ หลัง อันเนื่องมาจากการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะคนที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์และกลุ่มคนไอทีทั้งหลาย ที่ต้องทำงานอยู่หน้าเครื่องคอมพิวเตอร์ทั้งวัน ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานในการใช้ชีวิตประจำวัน บางท่าทางจะทำให้เกิดการโค้งงอผิดรูปของกระดูกได้และบางท่าทางทำให้เกิดอาการตึง ยึด จนเกิดอาการปวดในที่สุด แบบนี้เรียกว่า "ออฟฟิศ ซินโดรม" (Office Syndrome) (สุนันทา, 2554, น.1)

อาการปวดโดยทั่วไปที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากสาเหตุหลัก 3 ประการ คือ กระดูกและข้อ เส้นประสาทและกล้ามเนื้อ ซึ่งทำงานประสานกันอยู่ โดยอาการปวดที่เกิดจากกระดูกและข้อ อาทิ ขยับแล้วมีเสียง กรอบแกรบ ขยับแล้วเจ็บเสียวแปลบๆ คอยื่น ไปข้างหน้า หลังค่อม หลังทรุด กระดูกสันหลังคด กระดูกสันหลังแอ่นงอ อาการปวดที่เกิดจากเส้นประสาท อาทิ กล้ามเนื้อไม่ค่อยมีแรง ชา กล้ามเนื้อกระดูก

อาการปวดที่เกิดจากกล้ามเนื้อ อาทิ ปวดเมื่อย อ่อนล้า เพลีย ตึง ยึด ปวดขึ้นไปที่ยับกล้ามเนื้ออกเสบ พังผืดสังขมบริเวณกล้ามเนื้อ รวมไปถึงอาการปวดกล้ามเนื้อต้นคอ ร้าวขึ้นไปบริเวณขมับ ปวดไปที่กระบอกตา ซึ่งเข้าใจผิดว่าเป็นไมเกรน

1.1 แนวทางการรักษา แบ่งออกเป็น

1.1.1 การรักษาที่สาเหตุของโรค คือ การผ่าตัด และการไม่ผ่าตัด

1.1.2 การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ อาทิ การกินยา ฉีดยา ซึ่งคนไทยหลายคนคิดว่าเมื่อไม่มีอาการแล้ว แปลว่า "หาย" ในความเป็นจริงแล้ว การไม่มีอาการนั้น อาจจะได้หายจากอาการปวดอย่างถาวร

การที่จะทำให้ "หาย" จากอาการปวดอย่างถาวรนั้น คือ การรักษาที่สาเหตุของปัญหาให้สภาพของกระดูกและข้อ กล้ามเนื้อ และเส้นประสาท คืนสู่สภาวะปกติ และดีกว่าปกติ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้กลับมาเกิดอาการปวดอีก วิธีการรักษาดังกล่าวเรียกว่า เป็นการรักษาในเชิงป้องกันที่สาเหตุ (Active Therapy) ซึ่งเป็นวิธีการที่ดีที่สุด

1.2 เทคนิคการยืดเส้นยืดสายระหว่างทำงาน

1.2.1 การบริหารกล้ามเนื้อคอ เริ่มจากนำมือข้างซ้ายอ้อมไปจับศีรษะด้านขวา ดึงมาทางด้านซ้ายจนรู้สึกตึง นับ 1-10สลับใช้มือข้างขวา นับ 1-10เช่นเดียวกัน จากนั้นประสานมือบริเวณท้ายทอย ดันไปด้านหน้าจนรู้สึกตึง นับ 1-10

1.2.2 การบริหารกล้ามเนื้อหัวไหล่ สำหรับผู้ที่มีปัญหาเรื่องของการปวดไหล่เป็นประจำ โดยยกไหล่ขึ้นไปจนสุด แล้วเกร็งค้างไว้ นับ 1-10 การกดไหล่ลงไปให้สุด แล้วเกร็งค้างไว้ นับ 1-10

1.2.3 การบริหารกล้ามเนื้อด้านหน้าอกและแก้ปัญหาไหล่ห่อ ให้ลุกขึ้นยืน จากนั้นนำมือประสานกันด้านหลังค่อยๆ ยกขึ้นมาจนถึงระดับที่เราารู้สึกว่าตึง นับ 1-10การยืดด้านหลัง โดยการกอดตัวเองให้แน่นที่สุด ให้มือไขว้กันเยอะที่สุด โดยเอามือโอบด้านหลังของตัวเองให้มากที่สุด นับ 1-10

1.2.4 การบริหารบริเวณช่วงสะโพก บางคนมีปัญหาปวดบริเวณสะโพก ชาลงเท้า ชาลงขา จะสามารถบริหารทำนี้ได้ดี ทำบริหารนี้จะช่วยบริหารกล้ามเนื้อบริเวณสะโพก ซึ่งมักจะไปกดทับเส้นประสาททำให้รู้สึกมีปัญหาได้ ทำโดยยกเท้าซ้ายขึ้นมาวางทับเหนือเข่าขวา จากนั้นเอนตัวมาด้านหน้า จะรู้สึกบริเวณต้นขาด้านซ้าย นับ 1-10จากนั้นสลับทำด้านขวา

1.2.5 การบริหารกล้ามเนื้อด้านข้าง ยึดมือขึ้นบนสุดประกบกัน จากนั้นเอนตัวทางด้านซ้าย นับ 1-10จากนั้นเอนตัวมาด้านขวา นับ 1-10ทำบริหารดังกล่าวควรทำบ่อยๆ ประมาณ 1-2

ชั่วโมงต่อครั้ง เพื่อเป็นการยืดกล้ามเนื้อมัดหลักๆ ในร่างกาย สละเวลา 3-5 นาที เพื่อสุขภาพร่างกายที่ดีและแข็งแรง

1.3 เคล็ดลับการป้องกันโรคออฟฟิศซินโดรม

1.3.1 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (Be Fit)

1.3.2 ระวังเรื่องของการท่าทาง บุคลิกของตัวเอง อย่าไหล่ห่อ อย่านั่งค่อม

1.3.3 ในเรื่องของการยกของจากพื้นควรระวัง ใช้ท่าทางที่เหมาะสม เพื่อเป็นการป้องกันโรคหมอนรองกระดูกเคลื่อน

1.3.4 วางแผนการเคลื่อนไหวบนโต๊ะทำงาน โดยการจัดโต๊ะทำงานหรือพื้นที่ทำงานให้เหมาะสม ควรจัดวางของที่ต้องใช้ให้ใกล้ตัว ใกล้มือ จะได้ไม่ต้องเอี้ยวตัวอยู่บ่อยครั้งและไม่ต้องก้มตัวขึ้นลง หันซ้ายหันขวา ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการเคล็ดได้

1.3.5 เมื่อเกิดอาการปวดเมื่อย อย่าฝืนร่างกาย ให้เดินไปดื่มน้ำ ไปเข้าห้องน้ำ 3-5 นาที เป็นการแก้ปัญหาได้แล้ว เป็นการป้องกันปัญหาได้อีกด้วย

1.3.6 ระวังการใส่ส้นสูง ถ้าไม่จำเป็นก็ให้หลีกเลี่ยง แต่ถ้าจำเป็นต้องใส่ ควรใส่ไม่เกิน 2 นิ้ว หรือ 4-5 เซนติเมตรเท่านั้น

1.3.7 การระวังเรื่องความเครียด เพราะความเครียดทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยได้เช่นกัน

1.3.8 ควรยกของให้ถูกต้อง ถูกท่าทาง ท่ายกที่ดี มุมจุดหมุนและน้ำหนักควรอยู่ใกล้กัน พยายามให้หลังตรงตลอด เพราะมีเช่นนั้นช่วงล่างจะเกิดอาการหมอนรองกระดูกเคลื่อนได้ (2555, ออนไลน์)

อาการปวดคอและไหล่ เกิดจากหลายสาเหตุ ทั้งจากการที่ก้มคอทำงานมากเกินไป เกิดจากอุบัติเหตุ หรือจากโรคที่เกี่ยวกับกระดูกสันหลังส่วนคอ เช่น กระดูกเสื่อม เหล่านี้มีข้อควรระวัง และทำบริหารคอและไหล่ เพื่อที่จะได้บรรเทาจากการเจ็บปวด

การปฏิบัติตน

1. ไม่อยู่ในอิริยาบถเดิวนาน ๆ
2. ไม่ก้มหรือเงยมากเกินไป ไม่หมุนคออย่างรวดเร็ว
3. หลีกเลี่ยงการก้ม เงย การนอนศีรษะสูง
4. ไม่นั่งค่อมตัว สัปหงกและไม่นั่งหลังตาขณะรถวิ่ง
5. โต๊ะทำงานควรสูงพอกับระดับมือ ศอกสูงกว่าระดับโต๊ะเล็กน้อย เก้าอี้มีที่วางแขน
6. ลูกและลงนอนโดยใช้ท่านอนตะแคง ขึ้นและลงจากที่นอนโดยใช้ข้อศอกยันพื้น ไม่ควรนอนคว่ำ

นอนคว่ำ

7. ที่นอนและหมอนแน่นพอดี หมอนกว้างรับส่วนแอ่นของคอในท่านอนหงาย และสูงกว่าระดับไหล่

8. ถ้ามีอาการปวดรุนแรง ใช้น้ำอุ่นประคบ ถ้าไม่ทุเลาควรไปพบแพทย์

9. ถ้ามีอาการปวดห้ามเดินทางในถนนที่ขรุขระ มีหลุมบ่อ ห้ามเล่นกีฬาที่กระทบกระเทือนต่อคอ เช่นกระโดดเชือก แบดมินตัน

10. บริหารกล้ามเนื้อคอและไหล่สม่ำเสมอ

ทำบริหารคอและไหล่

ท่าที่ 1 วิธีการปฏิบัติ

1. หมุนศีรษะไปทางขวาช้า ๆ ค้างไว้ 3 นาที
2. หมุนกลับมาหน้าตรง หยุด
3. หมุนศีรษะไปทางซ้ายช้า ๆ ค้างไว้ 3 นาที
4. ทำ 1 - 3 ซ้ำ 5 - 10 ครั้ง

ท่าที่ 2 วิธีการปฏิบัติ

1. ก้มศีรษะ พยายามให้คางสัมผัสอกหยุดค้างไว้สักครู่
2. เงยหน้าขึ้นช้า ๆ ไปด้านหลัง เท่าที่จะทำได้
3. ทำ 1 - 2 ซ้ำ 5 ครั้ง

ท่าที่ 3 วิธีการปฏิบัติ

1. วางบนหน้าผาก ผลักศีรษะด้านกับมือ โดยศีรษะไม่เคลื่อนไหว ค้างไว้ 10 วินาที
2. ทำซ้ำ 3 ครั้ง

ท่าที่ 4 วิธีการปฏิบัติ

1. ประสานมือบริเวณท้ายทอย ผลักศีรษะด้านกับมือ โดยศีรษะไม่เคลื่อนไหว ค้างไว้ 10 วินาที

2. ทำซ้ำ 3 ครั้ง

ท่าที่ 5 วิธีการปฏิบัติ

1. วางมือขวาที่ด้านขวาของใบหน้า ผลักศีรษะด้านกับมือ โดยศีรษะไม่เคลื่อนไหว ค้างไว้ 10 วินาที

2. พัก แล้วเริ่มทำใหม่ ในด้านซ้าย
3. ทำ 1 - 2 ซ้ำ 3 รอบ

ท่าที่ 6 วิธีการปฏิบัติ

1. เอียงคอไปด้านขวา พยายามให้หูเข้าใกล้ไหล่ หยุดพักสักครู่ เอียงคอกลับในด้าน
ศีรษะตรง
2. เอียงคอไปด้านซ้าย เช่นกัน คิดเป็น 1 รอบ
3. ทำซ้ำ ข้อ 1 - 2 ครบ 5 รอบ

ท่าที่ 7 วิธีการปฏิบัติ

1. หมุนคอเป็นรูปวงกลมไปด้านขวา 3 รอบ
2. หมุนคอรูปวงกลมไปด้านซ้าย 3 รอบ
3. หยุดพัก คิดเป็น 1 ครั้ง
4. ทำซ้ำ ข้อ 1 - 3 ครบ 3 ครั้ง

ท่าที่ 8 วิธีการปฏิบัติ

1. ยกแขน 2 ข้างออกนอกลำตัว งอข้อศอกขนานกับพื้น นิ้วมือเกี่ยวกันดึงต้านกัน
นับ 1-10 พัก
2. ทำซ้ำ 3 ครั้ง

ท่าที่ 9 วิธีการปฏิบัติ

1. ยกแขน 2 ข้างออกนอกลำตัว งอข้อศอกขนานกับพื้น ฝ่ามือเสมอกัน ออกแรงต้าน
กัน นับ 1-7
2. ทำซ้ำ 3 ครั้ง

ท่าที่ 10 วิธีการปฏิบัติ

1. ยืนตรง หายใจเข้าลึก ๆ พร้อมกับยกไหล่ขึ้นสูงเท่าที่จะทำได้
2. หายใจออกพร้อมกับลดระดับไหล่ลง
3. ทำซ้ำ ข้อ 1 - 2 20 ครั้ง

ท่าบริหารคอและไหล่ทั้ง 10 ท่านี้ ควรเริ่มต้นโดยเคลื่อนไหวช้าๆ และระมัดระวัง
อย่าหักโหม หากมีอาการปวดมากๆ ควรไปพบแพทย์ (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2555, น.9)

การรักษาและป้องกันปวดคอและปวดไหล่

อารีวรรณ นพัญญา (2555, น.2) ได้กล่าวถึง อาการปวดคอ ปวดไหล่ ไว้ดังนี้

ลำคอเป็นอวัยวะที่ต้องแบกรับน้ำหนักของศีรษะไว้ทั้งวัน ตั้งแต่ตื่นจนเข้านอน ลำคอมีการ
เคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา กัมเมยเอี้ยวหมุน จึงเป็นจุดอ่อนที่จะเกิดอันตรายกับกระดูกคอได้ง่าย

สาเหตุของอาการปวด

มักจะเกิดจากอิริยาบถที่ผิดสุขลักษณะในชีวิตประจำวัน เช่น

1. นอนคว่ำเป็นประจำ (คอบิดนานๆ)
2. นอนหมอนสูงเกินไป (กระดูกคอโค้งลงล่าง)
3. สลัดคอบ่อยๆ เช่น สลัดผมที่ปรกหน้าผาก หรือผมลงข้างคอหรือบ่า
4. ใช้ออกและไหล่หนีบโทรศัพท์เป็นประจำ เล่นดนตรีที่ต้องวางบนบ่า ใช้ออกยันไว้
5. งานที่ต้องเกร็งไหล่ 2 ข้าง ก้มเขย่นานๆ บ่อยๆ เช่น งานถือโครเช เย็บผ้า สอยผ้า

พิมพ์ดีด คอมพิวเตอร์

6. นั่งทำงานกับโต๊ะที่ไม่ได้สัดส่วนกับร่างกายผู้นั้น
7. นั่งหลังระยະยาว เดินทางไปต่างจังหวัดกลางคืน นั่งสัปหงกในรถเมล์
8. อุบัติเหตุที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวคอทันที เช่น รถชนท้าย คอกระชากไปหน้า สะบัดไปหลัง (Whiplash Injury) ตกจักรยาน หกล้ม ล้วนแต่ทำให้คอกระชาก กระตุกไปข้างๆ ไปหน้าหรือหลัง

อาการปวดคอ

1. เริ่มจากปวดเมื่อยต้นคอ คอเคล็ด เอี้ยวคอไม่ถนัด อาจเจ็บเป็นๆ หายๆ มีอาการน้อยจนมากได้ ถ้าเกิดจากอุบัติเหตุมักจะเกิดทันทีหรือภายใน 1 อาทิตย์แล้วแต่ความรุนแรงของอุบัติเหตุ
2. ต่อมาจะมีอาการปวดมากขึ้น ระคายเคืองในต้นคอ บ่าผู้ป่วยมักจะสะบัดคอ ดัดคอเพื่อรู้สึกโล่งไป แต่มักจะทำบ่อยขึ้นจนมีอาการร้าวลงบ่า ลงแขน ลงสะบัก (โบราณเรียกว่าสะบักจม) มีอาการเจ็บสอก เวลาหัวของยกของอาจเป็นด้านนอกหรือเป็นด้านในด้วยก็ได้ (Tennis Elbow หรือ Polf Elbow) บางทีมีอาการคล้ายข้อมือชัน เริ่มอ่อนแรง หยิบของหลุดตก เปิดฝาขวดไม่ได้ มือไม่มีแรง ลายมือเปลี่ยน หยิบสตางค์ไม่ขึ้นจนถึงด้วยตกแตก อาจเจ็บโคนนิ้วมือ โคนหัวแม่มือเหยียดงอติดก๊กๆ (Trigger Fingers)
3. ต่อมาจะเจ็บไหล่ นอนตะแคงไม่ได้เพราะไหล่ติดแระร้าวลงไปทีกล้ามเนื้อรอบๆ ต้นแขน กล้ามเนื้อไหล่และต้นแขนข้างนั้นจะลีบลงเรื่อยๆ ส่วนมากมักจะพบบริเวณที่ประสาทกำลังถูกกดทับ ทำให้กล้ามเนื้อหน้าอกข้างนั้นลีบ แขนเสื้อตคบ่อยๆ
4. เป็นมากจะปวดหัวข้างเดียวหรือสองข้าง หรือปวดทั้งหัว ตาพร่าคล้ายตาอักเสบ ปวดรอบกระบอกตา ลมออกหู หายใจไม่เต็มอิม เวียนหัวบ้านหมุน คลื่นไส้อาเจียนได้ ทำให้ต้องคิดไปถึงโรคเนื้องอกในสมอง โรคตา โรคหู คอ จมูก โรคหัวใจ โรคปอด ได้

การรักษาและป้องกัน

1. ใช้หมอนหนุนต้นคอ (ไม่ใช่หมอนแข็ง หรือสูงเกินไปหนุนหัว จะทำให้คอเสียความโค้ง เวลานอนหงายหน้าผากกระดกขึ้น เวลาตะแคงขมับจะกระดกขึ้นบ้าง) ซึ่งจะทำให้คอเป็นรูปสะพานโค้งหน้าขนานเพดาน เวลาตะแคงส่วนแน่นของข้างหมอนจะหนุนที่ชอกคอ ทำให้ก้านคอขนานกับพื้น ขมับไม่กระดก เรื่องหมอนควรปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อจะจัดหมอนตามขนาดให้เหมาะสมกับแต่ละท่าน เพราะความยาวของคอความอ้วนของคอ ความหนาแบนของหัว และลำตัวเป็นปัจจัยในการพิจารณา

2. แก่นิสัยนอนคว่ำ เพราะคอจะบิดเป็นเวลานานๆ แรมเดือนแรมปีได้

3. ทรงผมก็เป็นส่วนสำคัญเช่นกัน ควรสลัดผมไม่ให้ปิดตา ปิดหน้าบ่อยๆ เพราะถ้าทรงผมปิดหน้าปิดตาบ่อยๆ จะเป็นการเร่งให้เกิดความเสื่อมของข้อเร็วขึ้น

4. สภาพการทำงาน ต้องถูกสุขลักษณะ

5. ถ้าต้องทำงานท่าใดนานๆ ก็ให้เปลี่ยนอิริยาบถสลับกัน

6. ใช้เครื่องพยุงคอ เช่น ใช้ผ้าขนหนูม้วนหน้าและแนบยาวพอให้ออกรอบคอ เพื่อพยุงหัวไม่ให้กดประสาทและกันหัวกระเทือนเวลารถกระแทก เวลานั่งฟังคอจะไม่แอ่นกลับไปหลัง ลดน้ำหนักหัวที่คอต้องแบกอยู่ตลอดเวลาและยังลดการอักเสบให้น้อยลง

รักษาตัวเอง เมื่อมีอาการเจ็บปวด

1. เมื่อเกิดเจ็บร้าวทันทีที่ใช้ความเย็น หลัง 24 ชั่วโมง แล้วจึงใช้ความร้อนอบบริเวณที่ปวดและดึง จากนั้นให้ทายาแก้ปวดและนอนพัก

2. ถ้าไม่หายควรปรึกษาแพทย์

การนวดลดอาการปวดบ่าและคอ

ปัจจุบันการนวดได้รับความนิยมเพราะเมื่อได้รับการนวดแล้วทำให้สุขภาพดีขึ้น (กรุงไกร เจนพาณิชย์, 2534, น.40-41)

1. ผลของการนวดแผนไทยมีผลดีต่อทุกระบบร่างกาย

1.1 เพิ่มการไหลเวียนและเลือดน้ำเหลือง

1.2 เพิ่มการทำงานของหัวใจ กล้ามเนื้อลาย กล้ามเนื้อเรียบ สมองและระบบประสาท

1.3 ลดความเครียด ความกังวล

1.4 ลดการบีบเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบและกล้ามเนื้อลาย

2. คนไข้ได้ผลดีทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้เพราะ

2.1 อาการปวดเมื่อยตามตัวหายไป

2.2 กินได้นอนหลับ ผ่อนคลายทั้งตัว

- 2.3 รู้สึกแสบใส หายปวดหัว วิงเวียน
 - 2.4 ตาสว่าง สดชื่น กระปรี้กระเปร่า
 - 2.5 หายเหนื่อยเร็ว (หัวใจ ปอด)
 - 2.6 ท้องเบาสบาย ไม่อึดอัด
 - 2.7 หายใจเต็มอิ่มและปลอดโปร่ง
 - 2.8 การนำ "นวดไทย" มาประยุกต์ใช้ (ยามจำเป็น ลงเนื้อชอบกลางยา)
 - 2.9 การป้องกัน - กินไม่ได้ นอนไม่หลับ วิตกกังวล (เครียด) นวดถอนอมสายตา
 - 2.10 การรักษาอาการ ปวดเมื่อย ปวดหัว มึนงง วิงเวียน นวดรักษา สายตา
 - 2.11 การรักษาสาเหตุ ปวดข้อมือ ข้อไหล่ติด ตกหมอน หลังแข็ง ข้อ แผลง
 - 2.12 การพิเคราะห์แยกโรค ปวดท้อง แน่นอก หายใจขัด ตามัว
 - 2.13 การรักษาเร่งด่วน (ปัจจุบันพยาบาล) ปวดกระเพาะ ลำไส้ หอบเหนื่อย (หืด) ปวดหัวอย่างรุนแรง (ความดัน ไม่เกรน)
 - 2.14 การฟื้นฟูสภาพ เป็นโรคที่ทำให้ต้องนอนนาน ผู้ป่วยสูงอายุหลังหายจากหัตถ์ลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด
 - 2.15 การทำให้มีอายุยืน ช่วยจัดการทำงานของอวัยวะต่างๆ ให้เหมาะสม
- ข้อสังเกต การใช้สมาธิร่วมด้วยจะทำให้ได้ผลดียิ่งขึ้นและควรอนุรักษ์การนวดไทยและพัฒนาด้วยการค้นคว้าวิจัยต่อไปให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น

อาการการปวดบ่าและต้นคอ

คอ มีลักษณะบอบบางกะทัดรัดเมื่อเปรียบเทียบกับศีรษะและลำตัวที่เชื่อมอยู่นี้ เป็นศูนย์รวมของระบบประสาทจากสมอง ที่ควบคุมสั่งการไปยังส่วนของร่างกายทั้งหมดนับจากคอลงมา คอจึงมีหน้าที่สำคัญที่จะปกป้องคุ้มครองไขสันหลัง เส้นประสาทต่างๆ ที่ออกจากสมอง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง รวมทั้งทำหน้าที่แบกรับน้ำหนักของหัวกะโหลกและมันสมองซึ่งเป็นชิ้นส่วนที่หนักและสำคัญที่สุดของคน

เนื่องจากส่วนคอ ต้องทำหน้าที่ที่สำคัญและยิ่งใหญ่ประกอบด้วยโครงสร้างที่บอบบางและละเอียดอ่อน ทำให้คอมีโอกาสได้รับความชอกช้ำหรือบาดเจ็บได้ง่าย และบ่อยมาก การปวดคอหรือบริเวณใกล้เคียง จึงพบได้มากรองลงมาจากระยะปวดหลัง

การบาดเจ็บของคอที่พบบ่อยและค่อนข้างมีอาการเจ็บปวดมาก คือ อาการคอแข็ง หรือที่ชาวบ้านเรียกว่า "ตกหมอน" ซึ่งเกิดเนื่องจากมีการเคลื่อนของข้อต่อกระดูก เพียงเล็กน้อยเป็นผลทำให้เอียงคอหรือเคลื่อนไหวนิ้วศีรษะไปในทางใดทางหนึ่งไม่ได้และอาจมีการหดเกร็งแข็งของ

กล้ามเนื้อคอร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะหายได้เองภายใน 2-3 วัน ภายหลังจากคอได้ "พักผ่อน" ตัวเอง เพราะการที่คอไม่ยอมเคลื่อนไหวเลยก็เป็นการหยุดพักในตัวเบ็ดเสร็จอยู่แล้ว

สาเหตุของการปวดคอที่พบบ่อย

1. อิริยาบถหรือท่าที่ผิดสุขลักษณะ

ในกิจวัตรประจำวันทีกล้ามเนื้อของคอบางมัดถูกใช้งานจนเมื่อยล้าเกินไป เช่น คนที่ชอบยืนท่าท่างหลังค่อม พุงยื่นจะทำให้คอต้องก้มมาข้างหน้ามาก ซึ่งพบได้บ่อยในคนอ่อนที่มีไขมันหน้าท้องมากและกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแอ การนั่งก้มหน้าก้มตาทำงานทั้งวัน เช่น งานนั่งโต๊ะเขียนหนังสือ งานเย็บจักร ซักผ้าหรือตรงกันข้าม พวกกรรมกรก่อสร้าง ช่างไม้ที่ต้องเงยหน้าทำงานอยู่นานๆ การยกคอบอยู่ตลอดเวลาทำให้ปวดคอได้เช่นกัน การนอนในท่าที่นอนคอพับหรือบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือนอนหนุนหมอนที่สูงเกินไป จะทำให้ปวดคอหรือคอเคล็ดหลังจากตื่นนอนได้

2. ความเครียดทางจิตใจ

การดำรงชีวิตในปัจจุบันทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย เช่น จากหน้าที่การงานที่ทำประจำ เศรษฐกิจที่รัดตัว ปัญหาชีวิตครอบครัว ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ทำลายสุขภาพทางกาย ทางใจและการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ อาจทำให้กล้ามเนื้อคอเกิดการหดเกร็งมากและนานผิดปกติ ทำให้เกิดอาการปวดต้นคอหรือปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยภายหลังจากการทำงานหรือมีปัญหาขัดแย้งต่างๆ ในที่ทำงาน

3. อันตรายบริเวณกระดูกคอ

3.1 คอเคล็ดหรือยอก ไม่ว่าจะในขณะที่เคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันหรือทำงานตามปกติอาจเกิดเหตุบังเอิญทำให้คอต้องเคลื่อนไหวมากหรือรวดเร็วรุนแรงกว่าปกติ ซึ่งมีผลทำให้เส้นเอ็นหรือกล้ามเนื้อต้องถูกยืดมากจนมีการฉีกขาดบางส่วนเกิดอาการปวดและกล้ามเนื้อหดตัวเกร็งในทิศใดทิศหนึ่ง ทำให้เคลื่อนไหวไม่ถนัด ภาวะที่ทำให้เกิดคอเคล็ดหรือยอกได้บ่อยๆ ได้แก่ การนั่งหรือยืน โหนรถเมล์ เมื่อรถหยุดกะทันหันคอจะถูกเหวี่ยงไปข้างหลังแล้วพับมาข้างหน้าอย่างแรง การยืดหรือก้มคอเพื่อมองหาของที่ตกใต้โต๊ะ ใต้เตียง ตลอดจนการหกล้มศีรษะถูกกระแทกทำให้คอหัก นอกจากนี้ที่พบได้บ่อย คือ การนอนบนหมอนที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ภายหลังจากตื่นนอนแล้วจะพบว่ามีอาการ "ตกหมอน" ได้

3.2 การบาดเจ็บของกระดูกคอ อาจเกิดขึ้นได้จากอุบัติเหตุต่างๆ เช่น ตกจากที่สูง ถูกทำร้ายร่างกาย รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์พลิกคว่ำหรือรถชนกัน ผู้ป่วยมักมีอาการปวดคอรุนแรงหรือร่วมกับการบาดเจ็บส่วนอื่นๆ ของร่างกาย กรณีเกิดอาการดังกล่าว ควรนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยที่ใกล้ที่สุดและต้องระวังในขณะที่โยกย้ายผู้ป่วย อย่าพับคอผู้ป่วยหรือให้คออยู่ในท่าก้มศีรษะโดยเด็ดขาด ควรหาไม้กระดานรองรับส่วนศีรษะ คอและทรวงอกให้อยู่ในท่านอนราบ

ตรงๆ มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจถึงตายหรืออาการเกิดอัมพาตของแขนขาทั้งสองข้างอย่างทันทีทันใดได้ เนื่องจากกระดูกคอหักเคลื่อนที่ไปกดทับถูกไขสันหลังเข้า

4. ภาวะข้อเสื่อม

จากภาระหน้าที่ที่กระดูกคอต้องแบกศีรษะตลอดเวลาตั้งแต่เด็กเมื่อเริ่มชันคอได้ ข้อต่อของกระดูกข้อมือเสื่อมสภาพไปตามสังขารและความสมบุกสมบันในการใช้งาน การเสื่อมเกิดขึ้นได้ทั้งข้อต่อของหมอนรองกระดูกที่อยู่ด้านหน้าและที่อยู่ด้านหลัง การเปลี่ยนแปลงของข้อเสื่อมคือ มีปุ่มกระดูกหรือกระดูกงอกที่ขบๆ ของข้อต่อ ซึ่งอาจไปกดทับถูกปลายประสาทที่ออกมาจากช่องระหว่างป่องกระดูกหรือการเสื่อมของหมอนกระดูกเองที่เคลื่อนไปกดทับถูกไขสันหลังหรือเส้นประสาท

5. ข้ออักเสบ

โรคข้ออักเสบเรื้อรัง บางชนิดจะทำให้ข้อต่อที่กระดูกอักเสบด้วย เช่น ข้ออักเสบรูมาตอยด์ เกิดได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ข้อกระดูกสันหลังอักเสบยึดติด เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้ผู้ป่วยมักปวดข้อรุนแรง ไม่ควรรักษาตนเอง ควรรีบไปปรึกษาแพทย์

6. กลุ่มอาการปวดเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ

เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดคอได้มากกว่าสาเหตุใดๆ ดังกล่าวข้างต้น พบได้ตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจนถึงวัยสูงอายุ โดยเฉพาะในวันสูงอายุมักทำให้เกิดความเข้าใจผิดคิดว่าเกิดจากกระดูกคองอกไปกดทับเส้นประสาท ซึ่งความจริงแล้วเกิดจากมีปัญหาหรือพยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อบริเวณคอหรือสะบักโดยตรง ซึ่งจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป นอกจากนี้มีอาการปวดคอแล้ว อาจมีอาการปวดมีนศีรษะร่วมด้วย หรือมีอาการปวดร้าวไปที่ไหล่ แขน มือและร่วมกับมีความรู้สึกชาที่แขนและปลายนิ้วมือ คล้ายกับเส้นประสาทถูกกดทับด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มกล้ามเนื้อที่มีปัญหา ซึ่งมีอาการแสดงแตกต่างกันออกไปของแต่ละกลุ่มกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่จะมีอาการปวดในกล้ามเนื้อและปวดมากขึ้นเมื่อกกล้ามเนื้อนั้นถูกใช้งานมากมีบริเวณ (โชน) ของการปวดร้าว พบจุดกดเจ็บในกล้ามเนื้อ เมื่อกดจะเจ็บมากขึ้นและอาจปวดร้าวได้ ตัวคำพบพียงมีลักษณะเป็นก้อนหรือแถบแข็งเป็นลำ บริเวณจุดกดเจ็บ อาจพบว่ามีอาการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อใกล้เคียงและกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้

การรักษาอาการปวดคอ

1. สำหรับผู้ที่มีอาการปวดคอหรือคอแข็งอย่างเฉียบพลัน หลังจากการเอี้ยว บิดผิดท่าหรือภายหลังการตื่นนอน

1.1 พยายามพักผ่อนให้มาก ทางที่ควรหาโอกาสนอนราบชั่วคราว เพราะจะทำให้คอไม่ต้องแบกน้ำหนักของศีรษะ

1.2 กินยาแก้ปวด ถ้าปวดไม่มากอาจกินยาพาราเซตามอล ขนาด 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง หรือถ้าปวดมากให้กินแอสไพริน ขนาด 300 มิลลิกรัม 2-3 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยไม่เกิน 12 เม็ดต่อวัน ต้องกินยาพร้อมกันกับหรือหลังอาหารทันที อาจกินควบกับยาลดกรด เช่น อัลมาเจล อะลัมมิลค์ เป็นต้น อาการปวดจะทุเลาลงภายใน 2 ชั่วโมง บางครั้งกินยาเพียง 1-2 วัน อาการก็จะหายสนิท หายคุยาได้

1.3 การประคบด้วยน้ำแข็งหรือน้ำร้อนในระยะแรกอาจใช้น้ำแข็งหุบใส่ถุงพลาสติก ห่อผ้าขนหนูบริเวณที่ปวด หรือจะใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบประมาณ 10-15 นาทีก็ได้ จะบรรเทาอาการปวดได้

1.4 การตัดยึดกระดูกคอด้วยตนเอง ใช้สองมือประสานกันที่บริเวณท้ายทอย ค่อยๆ ออกแรงตัดกระดูกคอในท่าก้มหรือตัดในท่าก้มร่วมกับบิดศีรษะไปในทิศทางที่หันไปไม่ได้เต็มที่ ทำเป็นจังหวะอย่างช้า ๆ จนรู้สึกเจ็บเสียวเล็กน้อย แล้วค้างไว้ประมาณ 30 วินาที ทำชุดละ 5-10 ครั้ง วันละ 3 ชุด ภายหลังการตัดยึดแล้วอาการเจ็บปวดจะลดลงการเคลื่อนไหวคอจะมากขึ้นแล้วจะหายดีภายใน 3 วัน

1.5 การใส่ปลอกคอ มักไม่มีความจำเป็น ยกเว้นในรายที่ปวดมากจริงๆ กินยาแล้วยังไม่ทุเลาอาจทำปลอกคอง่ายๆ โดยใช้ผ้าขนหนูขนาดกลางพับเป็นแถบกว้าง 3-4 นิ้ว พันรอบคอแล้วใช้เข็มกลัดซ่อนปลายกลัดให้แน่นพอที่จะกั้นไม่ให้ก้มหรือตะแคงคอได้ แต่ต้องไม่แน่นมากจนอึดอัดหายใจไม่สะดวก

1.6 การยืดกล้ามเนื้อท่านต้องทราบว่ากล้ามเนื้อมัดใดที่มีปัญหา โดยคำขอปรึกษาจากนักกายภาพบำบัดแล้วค่อยๆ ยืดเนื้อเยื่อไปตามความยาวของกล้ามเนื้อ ยืดค้างนาน 10-20 วินาทีแล้วพัก ทำชุดละ 10 ครั้ง วันละ 2-3 ชุด

1.7 หลีกเลี่ยงการใช้งานหลักของกล้ามเนื้อมัดที่มีปัญหาหรือท่าทางที่ทำให้มีอาการปวดมากขึ้นลำดับการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจนอวัยวะไม่สามารถทำงานได้ นอกจากนี้ การที่ข้อต่อเคลื่อนไหว ไม่สะดวกเกิดจากปฏิกิริยาของใยกล้ามเนื้อ การหดตัวของกล้ามเนื้อ ข้อต่อเคลื่อนไหวลำบาก ลดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เอ็นเคลื่อนไหวลำบากและอวัยวะส่วนนั้นไม่สามารถใช้งานได้อาการปวดศีรษะ

การปวดศีรษะ เป็นอาการปวดอย่างหนึ่งซึ่งแพทย์มักจะได้รับคำบอกเล่า จากคนไข้บ่อยที่สุด เป็นอาการที่พบได้บ่อยโดยปราศจากโรคร้ายแรง แต่สามารถคุกคามต่อชีวิตประจำวันของมนุษย์ได้ (Diamond, Solomon, Frietag, 1989, p.249) ปวดศีรษะ หมายถึง ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับหน้าผากขึ้นไป อาจเป็นอาการตึงๆ หนักๆ มีนงงจนถึงปวดศีรษะและมักจะรวมความเจ็บปวดบริเวณใบหน้าและต้นคอ อาการปวดศีรษะมีอยู่หลายชนิดและหลายรูปแบบเป็น

อาการแสดงของโรค แต่มีใช้ตัวโรคสามารถเป็นผลมาจากการได้รับบาดเจ็บ การเปลี่ยนแปลงของสารฮอร์โมน

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2553, น.3) ได้จำแนกสาเหตุของอาการปวดศีรษะไว้เป็นกลุ่มๆ ดังนี้

1. ปวดศีรษะจากเส้นเลือด (Vascular Headache) เกิดจากการขยายตัวของหลอดเลือดแดง บริเวณศีรษะที่พบบ่อย ได้แก่ ไมเกรน (Migraine) กลุ่มอาการปวดศีรษะ (Cluster Headache) เป็นต้น

2. ปวดศีรษะจากกล้ามเนื้อตึงตัว ความเครียด (Muscle Contraction Headache, Tension Headache) เป็นอาการปวดศีรษะที่พบได้บ่อยที่สุดและเป็นสาเหตุของการปวดศีรษะในประชาชนทั่วไป

3. ปวดศีรษะจากการบาดเจ็บของศีรษะ (Headache Associated with Head Trauma)

4. ปวดศีรษะจากความดันในสมองเพิ่มขึ้น (Meningeal Irritation Type of Headache)

5. ปวดศีรษะจากความดันในสมองเพิ่มขึ้น (Increase Intracranial Pressure Type of Headache)

6. ปวดศีรษะจากการติดเชื้อ (Headache Associated with Systemic or Focal Infection)

7. ปวดศีรษะจากโรคตา หู จมูก ฟันและอวัยวะในช่องปาก เช่น ต้อหินเฉียบพลัน โพรงอากาศอักเสบเฉียบพลัน เป็นต้น

8. ปวดศีรษะจากประสาทอักเสบ (Cranial Neuralgia) จะมีอาการปวดเฉพาะเหมือนถูกไฟดูดหรือถูกหลอดไฟเผา จะปวดช่วงสั้นๆ เป็นวินาทีในแต่ละครั้ง

9. ปวดศีรษะจากภาวะจิตใจ (Psychogenic headache) เกิดจากสาเหตุทางจิตใจ ไม่สามารถปรับชีวิตให้เข้ากับสังคม สิ่งแวดล้อมได้

10. ปวดศีรษะจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะจากการไอ จากการได้รับยาบางอย่างจากการขาดออกซิเจน เป็นต้น

กลไกการปวดศีรษะจากความเครียด

ความเครียดสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการปวดศีรษะได้ โดยเป็นสิ่งที่อยู่ในร่างกายและจิตใจเป็นเวลานานซึ่งจะกระตุ้นกล้ามเนื้อให้หดตัวโดยตรงหรือกระตุ้นเส้นเลือดให้หดตัวในกรณีร่วมกับไมเกรนซึ่งมีผลส่งเสริมให้การปวดศีรษะยังคงอยู่ต่อไป

อาการปวดศีรษะจากความเครียดเป็นอาการผิดปกติทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจเนื่องจากความถี่ ความรุนแรงและระยะเวลาที่ปวดศีรษะมีความสัมพันธ์กับความเครียด (Gannon et al. 1981, p.272) เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตอารมณ์ โดยมีกลไกคือสิ่งก่อความเครียด เช่น ความคับข้องใจ ความวิตกกังวลจะกระตุ้นประสาทการรับรู้

(Sensory Receptors) จะมีสัญญาณประสาทส่งผ่านไปยังสมองส่วนคอร์เท็กซ์ (Cerebral Cortex) ซึ่งทำหน้าที่แปลผลสิ่งก่อความเครียด และทำให้มีการตอบสนองทางด้านพฤติกรรม นอกจากนี้บริเวณของด้านบนของสมองส่วนคอร์เท็กซ์ มีการเชื่อมต่อกับระบบลิมบิก (Limbic System) ซึ่งเป็นส่วนของสมองที่มีหน้าที่ตอบสนองต่อความเครียดทางด้านอารมณ์และเชื่อมติดต่อกับเรติคิวลาร์ ฟอร์เมชัน (Reticular Formation) ซึ่งควบคุมระบบของการตื่นตัวตั้งนั้น แรงกระตุ้นหรือสัญญาณประสาทจากสมองส่วนคอร์เท็กซ์จะถูกส่งมายังระบบลิมบิกก่อให้เกิดการตอบสนองด้านอารมณ์และส่งต่อไปยังไฮโปทาลามัส ซึ่งเป็นส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ นอกจากนี้ไฮโปทาลามัส ยังเชื่อมต่อกับต่อมพิทูอิทารี ซึ่งควบคุมการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต บูลี (Boore, 1987, p.162) ผลของความเครียดต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระซึ่งเป็นผลจากการกระตุ้นสมองส่วนคอร์เท็กซ์ ทำให้ร่างกายมีการเตรียมพร้อมโดยการหดตัวของกล้ามเนื้อลายและการกระตุ้นไฮโปทาลามัสกับต่อมพิทูอิทารีทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนเฟรินจากต่อมหมวกไตชั้นในเข้าสู่กระแสเลือดเพิ่มมากขึ้นทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อลาย เมื่อกล้ามเนื้อลายหดตัวจะทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อนั้นถูกกดให้ตีบตันร่วมกับการหดตัวของหลอดเลือดเองด้วยทำให้ปริมาณ การไหลเวียนของโลหิตมายังกล้ามเนื้อดังกล่าว ลดลงเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนลดลงไปด้วย ในขณะที่การเผาผลาญเพิ่มขึ้น เนื้อเยื่อของร่างกายจึงเกิดการเผาผลาญ แบบไม่ใช้ออกซิเจนยังผลให้มีกรดแลคติกสะสมอยู่ในบริเวณกล้ามเนื้อและเกิดภาวะกรดเฉพาะที่ กรดแลคติกที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นปลายประสาท รับความรู้สึกเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้เนื้อเยื่อที่ขาดออกซิเจนจะปล่อยสารเบรดีไคนินและฮีสตามีน ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความเจ็บปวดมากขึ้น (อุดมบุญทรพ, 2552, น.28) ดังที่กล่าวมาแล้วว่าระบบลิมบิกมีหน้าที่ควบคุมด้านอารมณ์ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นนอกจากจะเป็นการกระตุ้นให้มีการตอบสนองทางด้านสรีระแล้ว ยังมีการกระตุ้นระบบลิมบิกทำให้มีการตอบสนองในด้านอารมณ์ร่วมด้วย เช่น ความโกรธ ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรงขึ้น โดยที่ความกลัวและความวิตกกังวลต่างๆ ทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนอง โดยการเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นได้และเมื่อเกิดความเจ็บปวดจะเป็นปฏิกิริยาสะท้อนกลับ โดยมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเป็นผลให้ความเจ็บปวดยิ่งเพิ่มขึ้น ความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นก็มักทำให้เกิดความวิตกกังวล ถ้ามีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดก็มากตามไปด้วย

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียดนั้น สิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดมีอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความกดดันทางจิตใจสูงหรืออยู่ในเหตุการณ์ที่ไม่สงบสุขเป็นประจำมีการเกร็งของกล้ามเนื้อจนกลายเป็นพฤติกรรมที่ประพฤตินเป็นนิสัยและเมื่อมีเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล ด้วยแล้วกล้ามเนื้อที่เคยเกร็งก็จะถูกทบทวนกระเทือนได้ง่าย

ขึ้นไปอีก ทำให้อาการปวดศีรษะเพิ่มความรุนแรงขึ้น จะเห็นได้ว่าแต่ละองค์ประกอบมีส่วนทำให้ อาการปวดศีรษะเพิ่มขึ้นและเกิดเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป ดังนั้นวิธีบรรเทาความเจ็บปวดมีหลักการ อยู่ที่ว่า การตัดวงจรใดวงจรหนึ่งมีผลลดความเจ็บปวดลงได้ สำหรับการนวด ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดไม่ตีบตันซึ่งจะส่งผลให้ไม่เกิดอาการปวดศีรษะ แมค แคฟเฟอร์รี่ (Mc Caffery, 1979, p.250)

โรคปวดศีรษะ (ลมปะกำเป็นอีกโรคหนึ่งที่พบได้บ่อยมากในสถานะเศรษฐกิจปัจจุบัน)

ปวดศีรษะข้างเดียว มี 2 ชนิด คือ

1. ปวดศีรษะ มีอาการอาเจียนร่วมด้วยมักเป็นลมบ่อย ๆ รักษายาก
2. ปวดศีรษะ ไม่มีอาเจียนร่วมด้วย

สาเหตุ เกิดจากมีเลือดแข็งตัวทำให้การส่งน้ำเลี้ยงขึ้นสมองไม่ได้มีอาการ อาการปวดศีรษะข้างเดียว เป็น ๆ หาย ๆ มีเหตุส่งเสริมให้เป็นหลายอย่าง เช่น ภาวะเครียด ในสตรีอาจมีอาการก่อนมีรอบเดือน

การรักษา นวดพื้นฐาน (นวดใต้หลังท่าหุนุมานถวายแหวน) เพื่อส่งน้ำเลี้ยงขึ้นสมอง นวดพื้นบ่า กดจุดสัญญาณ 4 สัญญาณ 5 หลัง และสัญญาณ 1-5 ศีรษะด้านหลัง

คำแนะนำ

1. การพักผ่อนให้เพียงพอ
2. ลดความเครียด หากิจกรรมทำ
3. ออกกำลังกาย
4. การประคบน้ำร้อน

การประคบด้วยน้ำร้อน

มนุษย์รู้จักการนำความร้อนมาใช้บำบัดร่างกายตั้งแต่อดีตกาล เช่น การอาบน้ำพุร้อน ช่วยรักษาอาการปวดเมื่อยที่เกิดจากการตรากตรำทำงานหนักหรือช่วยบรรเทาอาการปวดข้อที่เกิดจากกล้ามเนื้อถูกใช้งานมากเกินไป

ผลของความร้อนต่อร่างกาย

1. ทำให้หลอดเลือดบริเวณนั้นขยายตัว เป็นเหตุให้เลือดมาเลี้ยงมากขึ้น นำสารอาหารต่างๆ รวมทั้งออกซิเจนมาให้เซลล์
2. ความร้อนที่สูงขึ้นจะช่วยเร่งปฏิกิริยาเคมีต่างๆ ภายในเนื้อเยื่อ
3. เร่งการทำงานของต่อมเหงื่อให้มากขึ้นเพื่อขับถ่ายความร้อนออกไป ซึ่งทำให้ร่างกายขับสารบางอย่างที่อยู่เหนื่อออกไปด้วย เช่น น้ำ เกลือแร่ ยูเรียและกรดไขมันบางจำพวก
4. ช่วยทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และมีประสิทธิภาพในการทำงานสูงขึ้น
5. ช่วยให้พังผืดยึดตัวออก

6. ความร้อนน้อยๆ จะมีผลต่อปลายประสาทสัมผัส ทำให้รู้สึกสบายขึ้นลดความเจ็บปวด ข้อควรระวัง

จากประสบการณ์การรักษา พบว่า เมื่อใช้ความร้อนรักษา ส่วนของแขนขา จะทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังระบบทางเดินอาหารลดลงและการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร ตลอดจนน้ำหลังต่างๆ น้อยลงด้วย เพราะฉะนั้นไม่ควรให้ความร้อนแก่ส่วนของแขนขาเป็นบริเวณกว้างและนานภายหลังรับประทานใหม่ๆ เนื่องจากจะทำให้ระบบการย่อยอาหารทำงาน ลดลงทำให้เกิดท้องอืดท้องเฟ้อได้

สำหรับเพศชายอย่าแช่ในน้ำอุ่นอุณหภูมิสูงกว่า 35 องศาเซลเซียสเป็นเวลานานๆ เพราะจะทำให้ท่านเป็นหมันชั่วคราวได้ เนื่องจากต่อมอัณฑะจะไม่ทำงาน เมื่ออยู่ในอุณหภูมิสูงกว่า 35 องศาเซลเซียสเป็นเวลานานๆ

ประโยชน์ของการประคบน้ำร้อน

มีคนจำนวนมากที่ไม่รู้จักคุณค่าของการประคบน้ำร้อน อธิบายไว้ดังนี้

1. ลดการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
2. ทำให้กล้ามเนื้อคลายความเกร็งตัว
3. ลดการอักเสบต่างๆ
4. บรรเทาอาการปวด

ขั้นเตรียมอุปกรณ์

1. น้ำต้มเดือด
2. ชั้นอะลูมิเนียมหรือภาชนะกันความร้อนพร้อมที่รองภาชนะ
3. ผ้าขนหนูผืนเล็ก 1 ผืน

วิธีการประคบน้ำร้อน

1. ต้มน้ำให้เดือดเทลงในชั้นอะลูมิเนียมหรือภาชนะที่เตรียมไว้
2. ใช้ผ้าขนหนูจุ่มน้ำเย็นบิดให้แห้งพอหมาดๆ แบ่งผ้าออกเป็น 3 ส่วน
3. จุ่มผ้าส่วนที่ 1 ลงในน้ำร้อนแล้วพับผ้าเป็นรูปสี่เหลี่ยมแล้วนำผ้าไปประคบส่วนที่

ต้องการ

4. ทำเหมือนข้อ 3 คือ จุ่มผ้าส่วนที่ 2, 3
5. ประคบน้ำร้อนแต่ละส่วนนาน 1-2 นาที ทำซ้ำกันจนกระทั่งน้ำเย็น 3-5 นาที

ข้อควรระวัง

1. อย่าให้ผ้าร้อนเกินไป จะทำให้บริเวณที่ถูกประกบความร้อนพอง ควรจะทดสอบกับห้องแขนก่อนประกบส่วนที่ต้องการ
2. ผู้เป็นโรคเบาหวาน อัมพาต ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ควรระมัดระวังให้มากอาจเกิดแผลพองเพราะความรู้สึกรู้สึกช้า

ท่ากายบริหาร

สุรศักดิ์ ศรีสุข (2538, น.24) อธิบายว่า การออกกำลังกายหรือการทำท่าบริหาร ไว้ว่าสามารถป้องกันและบรรเทาอาการปวดคอได้ อธิบายไว้ดังนี้

1. การออกกำลังกายให้คอเคลื่อนไหวได้ดี การออกกำลังกายที่จะกล่าวถึงนี้ แต่ละท่าทำ 5-10 ครั้ง วันละ 2-3 เวลา ก้มและเงยหน้าค่อยๆ ก้มหน้าให้คางจรดกับอก แล้วเงยซ้ำๆ ให้มากที่สุด ตะแคงซ้ายขวา หน้าตรงๆ ค่อยๆ ตะแคงซ้าย พยายามให้หูจรดไหล่ซ้าย โดยไม่ยกไหล่ขึ้นกลับที่เดิมแล้วค่อยๆ ตะแคงให้หูขวาในลักษณะเดียวกัน จากนั้นหันหน้าซ้ายขวา หมุนศีรษะหันหน้าไปทางซ้ายซ้ำๆ โดยพยายามให้ปลายคางอยู่ในแนวเดียวกับไหล่ซ้าย แล้วหมุนศีรษะกลับมา และไปยังด้านตรงข้ามเช่นกัน

2. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

การออกกำลังกายข้อนี้ ควรทำหลังจากท่านทำท่าออกกำลังกายชุด ก. ได้โดยไม่มีอาการเจ็บปวดใดๆ มีวิธีการทำคล้ายคลึงกับชุด ก. เพียงแต่ให้ใช้มือด้านการเคลื่อนไหวของศีรษะในทิศทางตรงกันข้าม (แรงต้านพอประมาณ) เกร็งไว้ 5-10 วินาที แล้วพัก แต่ละท่าทำ 5-10 ครั้ง วันละ 2-3 เวลา

ก้มคอ ใช้มือกดที่หน้าผกด้านกับความพยายามที่จะก้มศีรษะลง

เงยหน้า เอาฝ่ามือประสานเหนือท้ายทอย กดมาด้านหน้า ขณะที่ทำพยายามจะเงยศีรษะไปข้างหลัง

ตะแคงคอ ใช้มือซ้ายวางที่ศีรษะเหนือหูซ้าย ด้านกับความพยายามที่ท่านจะตะแคงหน้าให้หูซ้ายไปจรดไหล่ ใช้มือขวาวางที่ศีรษะเหนือหูขวาทำแบบเดียวกัน

หันหน้า ใช้มือซ้ายออกแรงยันที่หน้าหูซ้ายขณะที่พยายามหันหน้าไปทางซ้ายแล้วทำสลับกันโดยใช้มือขวายันหน้าหูขวาขณะที่หันหน้าไปทางขวา (สุวรรณ ตั้งจิตรเจริญ หมอนิวเพชร การนวดแผนราชสำนัก, 2555, น.5)

วิญญู กัมพรทิพย์ (2555, น.13) กล่าวในการประชุมวิชาการ เรื่อง โรคภัยในออฟฟิศ (Office Syndrome) หรือโรคภัยในสถานที่ทำงาน ว่าโรคภัยในออฟฟิศเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในคนทำงานออฟฟิศ มักมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดคอ หลัง ไหล่และปวดศีรษะ

เนื่องจากมีสภาพแวดล้อมในที่ทำงานไม่เหมาะสม โดยเฉพาะคนที่นั่งทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานๆ ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลให้กล้ามเนื้อตึงเครียด กล้ามเนื้ออักเสบ และปวดเมื่อยตามอวัยวะต่างๆ ส่วนบางรายที่มีอาการของหมอนรองกระดูกเคลื่อนอยู่แล้ว หากทำงานในอิริยาบถไม่เหมาะสม จะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น

รายงานระบุว่า จากการสำรวจพนักงานออฟฟิศในประเทศยุโรป พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มคนทำงานอายุระหว่าง 16-24 ปี มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะปวดคอ หลัง และไหล่สูง เพราะได้รับมอบหมายมากและทำงานแข่งกับเวลา ส่วนคนทำงานอายุ 55 ปีขึ้นไป มักมีอาการปวดศีรษะ เพราะสภาพการทำงานต้องรับผิชอบการตัดสินใจเรื่องสำคัญ

สรุป อาการ โรคคอ บ่า ไหล่ พบมากในกลุ่มสตรีเป็นอาการที่เกิดจากการปฏิบัติงานติดต่อกันเป็นเวลานานๆ ความเครียด ขาดการระมัดระวังและอุบัติเหตุ การเกิดโรคดังกล่าว สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วย การจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสม การนั่งทำงานให้ถูกท่าทาง รู้จักการพักสายตาจากจอคอมพิวเตอร์ทุกๆ ชั่วโมง ควรบริหารข้อมือด้วยท่ากำมือ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เช่น บิดขี้เกียจ เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ควรเปลี่ยนจอคอมพิวเตอร์จากแบบเก่าเป็นจอแอลซีดี มีต้นไม้มงคลวางเล็กๆ กรองรังสีจากจอคอมพิวเตอร์ รวมถึงการเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ และการรับการรักษาจากแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะด้านการรักษาต้องใช้เวลา ความอดทน ความสม่ำเสมอ วินัยในการปฏิบัติตนหลังเข้ารับการรักษาและต่อรักษาโดยพิจารณาจากระบบการจัดการบริการของคลินิกที่มีการจัดการที่ดีน่าเชื่อถือ ซึ่งผู้รับบริการมารับบริการต้องเกิดความรู้สึกพึงพอใจในคุณภาพในคุณภาพบริการ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศ

คารณี อ่อนชมจันทร์ (2555, น.81) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง การแพทย์แผนไทยประยุกต์ เบื้องหลังอนาคตและความหวังของการพัฒนาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ให้ก้าวไกลสู่สากล พบว่าการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ต่างเป็นภูมิปัญญาที่แสดงอัตลักษณ์ความเป็นชาติไทย เป็นความภาคภูมิใจของคนไทยที่ยังคงรักษาศาสตร์การแพทย์ของชาติไว้ในท่ามกลางการแสวงหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพและกระแสการเข้ามาของศาสตร์การแพทย์ทางเลือกต่างๆ ดังนั้นในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมาจึงได้แบ่งแยกว่าเป็นการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เนื่องจากการแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นการพัฒนาต่อยอดภูมิปัญญาเพื่อรักษาและฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยให้กลับคืนมาและได้มีการนำเทคโนโลยีมาผสมผสานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการบริการ ซึ่งจะส่งผลต่อการรักษา แม้แต่ในพระราชบัญญัติการ

ประกอบโรคศิลป์ พ.ศ.2542 ก็ยัง กำหนดให้มีสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทย ประยุกต์เคียงคู่กันเพื่อทำหน้าที่ไปตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดในกฎกระทรวง ดังนั้น ผู้ที่พัฒนา การแพทย์แผนไทยต้องเข้าใจในจิตวิญญาณของการแพทย์แผนไทยอย่างแท้จริง จะไม่มีการ แบ่งแยกการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ แต่จะสร้างความร่วมมือร่วมใจให้ ภูมิปัญญาของชาติก้าวเดินไปด้วยกันอย่างภาคภูมิใจในความเป็นไทย ยกย่องภูมิปัญญาของชาติ ให้ทัดเทียมนานาชาติและก้าวไกลสู่สากลอย่างยั่งยืน ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนาการ ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย มีผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้นและผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดย ให้ความร่วมมือต่อการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย อยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการ พัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจทุก ข้อเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกัน โดยสรุป การ พัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด ของ เคมมิสและแมค แทรกการ์ท (Kemmis and Mc Taggart, 2007, p.211) ทำให้ผู้มารับบริการมี ความพึงพอใจและมารับบริการเพิ่มมากขึ้น ข้อสรุปนี้เป็นประโยชน์ในการให้บริการด้านอื่นๆ ใน สถานีอนามัยและการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยกับสถานีอนามัยอื่นๆ ที่มีบริบทที่คล้ายคลึง กัน

พชรมน พรหมสุวรรณและปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2554, น.92) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง สัตว์สวนและ บังคับที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรมการแสวงหาบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิก แพทย์แผนไทยประยุกต์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเป็นลำดับแรกในครั้งนี้มี ร้อยละ 15.4, 95 และ CI = 12.39, 16.28 โดยเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว พบว่า ระดับของการเจ็บป่วยและ ความพอใจผลการรักษาต่อที่คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ มีผลต่อการมารับบริการที่คลินิกแพทย์ แผนไทยประยุกต์เป็นแห่งแรก

พัลลภ วาณิช (2545, น.22) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้บริโภคที่เข้ามารับ บริการนวดแผนไทย ในกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 30 - 39 ปี มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อ เดือน 10,001 - 20,000 บาท มีระดับ การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ปวช.หรือต่ำกว่าและระดับ ปริญญาตรี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมเลือกใช้บริการนวดทั้งตัว มากที่สุดมีวัตถุประสงค์นวดเพื่อสุขภาพและเลือกเข้ารับบริการในช่วงวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 09.00-12.00 นาฬิกา ใช้เวลานวดต่อครั้งเท่ากับ 2 ชั่วโมง โดยตนเองเป็นผู้พิจารณาตัดสินใจเลือกใช้ บริการนวดแผนไทย การทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางด้านประชากรศาสตร์กับ

พฤติกรรมผู้บริโภค พบว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทุกตัว ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับบุคคลที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมผู้บริโภคในทุกๆ ด้าน ได้แก่ การเลือกใช้รูปแบบการให้บริการ วัตถุประสงค์ที่มาใช้บริการ การใช้บริการเฉลี่ยต่อเดือนระยะเวลาในการเข้ารับบริการนวด บุคคลที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเวลาที่สะดวกในการเข้ารับบริการ นวดแผนไทย ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญกับปัจจัยส่วนประสมการตลาดสำหรับงานบริการทุกตัวในเกณฑ์ "มาก" ซึ่งปัจจัยทางด้านผลิตภัณฑ์ ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก โดยให้ความสำคัญในเรื่องของการรักษาโรคบรรเทาอาการปวดเมื่อยสามารถผ่อนคลายความเครียดได้อันดับรองลงมา ได้แก่ สภาพแวดล้อม บรรยากาศ กระบวนการนวด บุคลากรและสถานที่ให้บริการตามลำดับ

วราภรณ์ หมอนสะอาด (2546, น.84) ได้ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมในการเลือกใช้บริการนวดแผนไทยของผู้บริโภคในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบว่าผู้บริโภคส่วนใหญ่เลือกใช้บริการนวดทั้งตัว ร้อยละ 51.33 รองลงมา คือ นวดฝ่าเท้า ร้อยละ 44 โดยสาเหตุที่เลือกใช้บริการนวดแผนไทย คือ เพื่อบำบัดและรักษาโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ ผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คือ ตัดสินใจด้วยตนเอง ค่าใช้จ่ายต่อครั้งในการรับบริการ คือ 101-200 บาท ความถี่ในการใช้บริการ คือ ใช้บริการไม่แน่นอน ช่วงเวลาในการใช้บริการ คือ 18.01-21.00 นาฬิกา วันที่มาใช้บริการ คือ วันเสาร์ถึงอาทิตย์ มีระยะเวลาใช้บริการแต่ละครั้ง คือ 1-2 ชั่วโมง ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการ สรุปได้ ดังนี้ ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์และบริการให้ความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการนวด เช่น น้ำมันหรือสมุนไพร ปัจจัยด้านราคา เช่น มีอัตราค่าบริการที่เหมาะสม ส่วนปัจจัยด้านสถานที่ที่ให้ความสำคัญมากที่สุด เช่น มีสถานที่ตั้งใกล้แหล่งชุมชน มีสถานที่จอดรถสะดวกและปลอดภัยนอกจากนั้นปัจจัยด้านการส่งเสริมการตลาด เช่น มีการให้ข่าวและการประชาสัมพันธ์ตามสถานที่ต่างๆ สำหรับแหล่งที่ได้รับข้อมูลด้านนวดแผนไทย คือ เพื่อน ผู้บริโภคส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจมากหลังใช้บริการนวดแผนไทยโดยจะกลับมาใช้บริการนวดแผนไทยอีกและจะแนะนำผู้อื่นมาใช้บริการนวดแผนไทยด้วย

ศศิวิมล ดีโนนโพธิ์ (2547, น.50) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง พฤติกรรมในการเลือกใช้บริการนวดแผนไทยในสถานบริการแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ทำให้ทราบถึงลักษณะพฤติกรรมของผู้บริโภคในการเลือกใช้บริการนวดแผนไทยและความต้องการของผู้ใช้บริการในการเลือกสถานบริการ รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้บริโภคในการเลือกใช้บริการสถานบริการนวดแผนไทยอีกด้วย ผู้ทำการศึกษาจึงได้จัดทำข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อผู้ประกอบการที่ให้บริการนวดแผนไทยที่จะนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางใน

การจัดการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้บริโภคและเป็นแนวทางแก่ผู้สนใจในธุรกิจ
 นวดแผนไทยที่จะเข้ามาเป็นผู้ประกอบการรายใหม่ในธุรกิจด้านนี้ต่อไป ดังนี้ ปัจจัยในด้านบริการ
 ผู้ใช้บริการให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยด้านบริการในระดับมาก เช่น ด้านบริการมีคุณภาพได้
 มาตรฐานปลอดภัย น่าเชื่อถือมากที่สุด ปัจจัยด้านบุคลากรหรือหมอนวด ผู้ใช้บริการได้ให้
 ความสำคัญต่อบุคลากรที่เป็นผู้ให้บริการเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้ประกอบการควรมีการคัดเลือก
 บุคลากรที่มีมนุษยสัมพันธ์ ยิ้มแย้มแจ่มใสและมีความสุภาพ เป็นพนักงานที่ผ่านอบรมการนวดมา
 อย่างถูกวิธีและได้รับการรับรองในการผ่านการฝึก อบรม ตลอดจนมีประสบการณ์และฝีมือด้วย
 ปัจจัยด้านราคา ผู้ที่มาใช้บริการได้ให้ความสำคัญในเรื่องราคามากที่สุด ดังนั้นผู้ประกอบการควรมี
 การสำรวจราคาจากสถานประกอบการอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ประกอบการกำหนดอัตราค่าบริการให้
 เหมาะสมกับคุณภาพการให้บริการของสถานประกอบการของตน พร้อมทั้งมีการแจ้งอัตรา
 ค่าบริการที่ชัดเจนไว้ โดยทำเป็นป้ายประกาศไว้บริเวณที่ ผู้ใช้บริการสามารถมองเห็นได้ง่าย เพื่อให้
 ผู้ใช้บริการได้ตัดสินใจเลือกใช้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการได้ ปัจจัยด้านสถานที่
 ผู้ประกอบการควรให้ความสำคัญกับการตกแต่งสถานที่ให้เป็นสัดส่วนสวยงามมีความเป็น
 ธรรมชาติและมีบรรยากาศที่ดี และการตั้งสถานที่ควรจะมีความสะดวกในการเดินทางมาใช้บริการ
 มีห้องนวดที่เพียงพอ กว้างขวาง สะอาดสะดวกสบาย เพื่อความผ่อนคลายของผู้ใช้บริการตลอดจน
 สถานที่จอดรถสะดวกปลอดภัยและเพียงพอด้วย

สุชล แว่นแก้ว (2550, น.138) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง การยอมรับในการผสมผสานการแพทย์
 แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัด
 ชายแดนใต้ พบว่า 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่มี
 อายุ ระหว่าง 41-50 ปี ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนานมากที่สุด นับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วน
 ใหญ่มีประสบการณ์ทำงานระหว่าง 21 -30 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการประชุม สัมมนา ฝึกอบรม
 ด้านการแพทย์แผนไทยและปัจจัยเสริมเห็นว่านโยบายการผสมผสานด้านการแพทย์แผนไทยเข้าสู่
 ระบบบริการสาธารณสุขไม่ชัดเจน และงบประมาณของหน่วยงานไม่เพียงพอในการดำเนินงาน
 ด้านการแพทย์แผนไทยและจากการศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะและปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับ
 การยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข พบว่า ศาสนาที่
 ผู้บริหารนับถือมีความสัมพันธ์กับการยอมรับโดยรวมในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่
 ระบบบริการสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตำแหน่งของผู้บริหารมี
 ความสัมพันธ์กับการยอมรับในด้านประโยชน์ของการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ 0.05 ส่วนอายุ ประสบการณ์ทำงาน ประสบการณ์การให้บริการ การเข้ารับการประชุม
 สัมมนา ฝึกอบรมความชัดเจนของนโยบาย และความเพียงพอของงบประมาณ ไม่มีความสัมพันธ์

กับการยอมรับโดยรวมในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขและไม่มี ความสัมพันธ์กับการยอมรับในด้านประโยชน์และด้านประสิทธิภาพของการแพทย์แผน ไทย 2) ผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขมีการยอมรับโดยรวมต่อการผสมผสานการแพทย์ แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก มีการยอมรับในด้านประโยชน์ของ การแพทย์แผนไทย ในระดับมาก เกี่ยวกับ ช่วยลดอันตรายจากการใช้ยาชุดยาแก้ปวดอย่างไม่ เหมาะสมของประชาชน ลดการจ่ายยาโดยไม่จำเป็น ช่วยให้ประชาชนมีทางเลือกในการรักษามาก ขึ้นและส่งเสริมการพึ่งตนเองของประชาชนและมีการยอมรับในด้านประสิทธิภาพของการแพทย์ แผนไทยในระดับมาก ทั้งในเรื่องของยาสมุนไพรมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคตามสรรพคุณการ นวดไทยช่วยกระตุ้นความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการไหลเวียนโลหิตให้ดีขึ้น การประคบสมุนไพร ช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิตให้ดีขึ้นและการอบไอน้ำสมุนไพรช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตทำ ให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น ยอมรับว่าการแพทย์แผนไทยมีประสิทธิภาพ สามารถป้องกัน รักษา พิ้นฟูและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนได้

โสมนัสสา โสมนัส (2549, น.96) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวใน การเลือกใช้บริการนวดแผนไทย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยที่นักท่องเที่ยว ชาวไทยและชาวต่างชาติมีความคิดเห็นว่ามีผลต่อการใช้บริการนวดแผนไทยในเขตอำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่แตกต่างกันคือ ปัจจัยด้านบริการ ได้แก่ มีการให้บริการนวดทั้งในและนอกสถานที่ โดยที่ นักท่องเที่ยวชาวไทยส่วนใหญ่เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการใช้บริการนวดแผนไทย ในขณะที่ นักท่องเที่ยวต่างชาติเห็นว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีผลต่อการใช้บริการนวดแผนไทย ปัจจัยด้าน บุคลากร ได้แก่ พนักงานให้บริการตรงตามความต้องการลูกค้า โดยที่นักท่องเที่ยวชาวไทยส่วนใหญ่มีความเห็นว่าไม่มีผลต่อการใช้บริการนวดแผนไทย ในขณะที่นักท่องเที่ยวต่างชาติส่วนใหญ่มีความเห็นว่า มีผลต่อการใช้บริการนวดแผนไทย ปัจจัยด้านราคา ได้แก่ มีการแจ้งอัตรา ค่าบริการที่ชัดเจน โดยที่นักท่องเที่ยวชาวไทยส่วนใหญ่มีความเห็นว่าไม่มีผลต่อการใช้บริการใน ขณะที่นักท่องเที่ยวต่างชาติส่วนใหญ่มีความเห็นว่าไม่มีผลต่อการใช้บริการนวดแผนไทย ปัจจัยด้าน สถานที่ได้แก่ มีสถานที่จอดรถเพียงพอสะดวกและปลอดภัยโดยที่นักท่องเที่ยวชาวไทยส่วนใหญ่ เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการใช้บริการในขณะที่นักท่องเที่ยวต่างชาติส่วนใหญ่มีความเห็น ว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีผลต่อการใช้บริการ ปัจจัยด้านส่งเสริมการตลาด ได้แก่ มีการโฆษณาและ ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ โดยที่นักท่องเที่ยวชาวไทยส่วนใหญ่มีความเห็นว่าไม่มีผลต่อการ ใช้ บริการนวดแผนไทยในขณะที่นักท่องเที่ยวต่างชาติส่วนใหญ่มีความเห็นว่าไม่มีผลต่อการ ใช้ บริการนวดแผนไทย

อัญญา อยู่ประเสริฐ (2552, น.42) ได้ศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการนวดแผนไทยของผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อและโครงร่างทั่วไป ที่มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองลำพูน พบว่า 1) ความรู้ด้านนวดแผนไทยของผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อและโครงร่างทั่วไป กลุ่มที่เลือกรับบริการนวดแผนไทยมีความรู้ด้านนวดแผนไทยอยู่ในระดับมากและผู้ที่ไม่เลือกรับบริการนวดแผนไทยมีความรู้ด้านนวดแผนไทยอยู่ในระดับปานกลาง 2) ผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อและโครงร่างทั่วไปทั้ง 2 กลุ่ม มีความคิดเห็นโดยรวมต่อปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยเสริมในเชิงบวก 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกรับบริการนวดแผนไทย ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ วิธีการรักษาการเจ็บป่วยในอดีต อาการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ข้อมูลด้านนวดแผนไทยที่ได้รับและระดับความรู้ด้านนวดแผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04 0.01 0.01 0.03 < 0.01, 0.01 < 0.01 และ < 0.01 ตามลำดับ ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยหลัก เช่น การนวดแผนไทยต้องมาหลายครั้งกว่าจะหาย ความเชื่อมั่นต่อความรู้ความชำนาญของผู้ให้บริการนวด การนวดแผนไทยมีผลดีต่อสุขภาพ นวดแผนไทยเป็นการรักษาอาการปวดแทนยาแผนปัจจุบัน ผู้หญิงหรือผู้ชายก็ให้บริการนวดแผนไทยได้และการนวดแผนไทยสามารถพิสูจน์ผลการรักษาได้ มีความสัมพันธ์กับการเลือกรับบริการนวดแผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 < 0.01 < 0.01 < 0.01, 0.03 และ < 0.01 ตามลำดับ ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน เช่น ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการไม่นานมาก สถานที่จอดรถมีเพียงพอสะดวก ปลอดภัย สถานที่ควรจัดเป็นสัดส่วนมีความเป็นส่วนตัว สถานที่ตั้งอยู่ใกล้ สะดวก การรับบริการใช้เวลา 1- 3 ชั่วโมง เป็นระยะเวลาเหมาะสมและการเปิดให้บริการวันจันทร์-เสาร์ เวลา 09.00-18.00 นาฬิกา เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการเลือกรับบริการนวดแผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเสริม เช่น การนวดแผนไทยใช้เวลารักษานานกว่าจะเห็นผล นวดแผนไทยอาจได้รับบาดเจ็บจากการนวดและผู้ให้บริการควรมีความรู้ที่ มีความสัมพันธ์กับการเลือกรับบริการนวดแผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01, 0.02 และ 0.03 ตามลำดับ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ คาดว่าจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงการให้บริการนวดแผนไทยของคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองลำพูน เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพสูงสุด ขณะเดียวกันก่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดแก่ผู้มารับบริการรวมไปถึงข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่มีความสนใจจะเปิดให้บริการด้านนวดแผนไทยต่อไป

อุทัยวรรณ ศรีนุชกรและคณะ (2554, น.98) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การติดตามผลหลังดำเนินโครงการเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านการรักษาทางการแพทย์แผนไทยในหลักสูตร วิชาการสาธารณสุขของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดพระบรมราชชนก สรุปผลการศึกษา

1) จำนวนผู้ผ่านการอบรมโครงการที่ได้ให้บริการด้านการรักษาทางการแพทย์แผนไทย พบว่าสถานีนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ผ่านการอบรมไปปฏิบัติงานมีคลินิกให้บริการการแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 68.56 และไม่มีคลินิกให้บริการการแพทย์แผนไทยจำนวน คิดเป็นร้อยละ 31.44 2) ระดับความสอดคล้องของโครงการฝึกอบรมกับวัตถุประสงค์ของโครงการ พบว่า ผู้ผ่านการอบรมจากทุกวิทยาลัยเห็นว่าวัตถุประสงค์ของโครงการมีความสอดคล้องกับทุกรายวิชาอยู่ในระดับมาก จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการอบรมแต่ละรายวิชามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการอบรมแต่ละรายวิชาที่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ทุกวิชากลุ่มนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชนมีความสอดคล้องกับการจัดอบรมหลักสูตรนี้ เพราะต้องนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงและควรเพิ่มกลุ่มเป้าหมายผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรทันตสาธารณสุขและหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรมเพราะจะสามารถเพิ่มทางเลือกให้ประชาชนด้านการรักษาพยาบาลแพทย์แผนไทย 3) ระดับความสอดคล้องของโครงการฝึกอบรมด้านต่างๆ กับการนำไปปฏิบัติจริงในสถานบริการ พบว่า ผู้ผ่านการอบรมจากทุกวิทยาลัยเห็นว่าเนื้อหาวิชาทุกรายวิชาที่มีความเหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติอยู่ในระดับมากทุกวิชา ควรปรับในส่วนของเวชกรรมให้นักศึกษาสามารถตรวจ วินิจฉัยโรค ทางการแพทย์แผนไทยเพื่อสามารถคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยไปรักษากับแพทย์แผนไทย วิชาที่มีเนื้อหาเหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติมากที่สุด คือวิชาการตรวจประเมินระบบกระดูก กล้ามเนื้อและข้อต่อและพบว่า ผู้ผ่านการอบรมจากทุกวิทยาลัยเห็นว่ามี การนำความรู้ไปปฏิบัติตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก ด้านบุคลากรอยู่ในระดับมาก ด้านการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ด้านการควบคุมคุณภาพอยู่ในระดับมาก ด้านการจัดบริการอยู่ในระดับปานกลาง เสนอว่าควรเพิ่มเรื่องการทับหม้อเกลือและอบไอน้ำมากขึ้น 4) ระดับจิตความสามารถด้านการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ผ่านการอบรมโครงการ ในความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชาเห็นว่าผู้ผ่านการอบรมมีจิตความสามารถในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเรียงลงลำดับคือด้านการปฏิบัติงานมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านบุคลากรและด้านการควบคุมคุณภาพ 5) ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อโครงการอบรมโครงการเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านการรักษาทางการแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างให้เห็นความว่าเป็นการจัดการอบรมให้มีความรู้เบื้องต้น นับว่าเป็นสิ่งที่ดีวิธีการจัดอบรมที่ปฏิบัติอยู่เหมาะสมแล้ว คือ มีทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ แต่เวลาในการจัดอบรมน้อย

เกินไปควรเพิ่มชั่วโมงการฝึกการนวดทุกด้าน ควรมีการศึกษาดูงานที่ทำงานของครู เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษาได้เห็นภาพและการปฏิบัติจากสถานที่จริง การประเมินผลการอบรมในภาคทฤษฎีโดยการสอบมีความเหมาะสมและภาคปฏิบัติควรมีการสอบปฏิบัติแยกเป็นรายบุคคล ควรจัดต่อเนื่องทุกปี ควรมีการทบทวนความรู้ปีละครั้ง ควรมีการนำหลักสูตรไปบรรจุหรือบูรณาการในหลักสูตรปกติของวิชาการสาธารณสุขของวิทยาลัยฯ ต่างๆ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัยต่อไป ควรส่งเสริมให้มีการปรับปรุงเนื้อหาในหลักสูตรและสนับสนุนการจัดการอบรมอย่างต่อเนื่อง ควรมีงานวิจัยเกี่ยวกับการสำรวจปัญหาและความต้องการในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสุขภาพระดับตำบล

สรุป จากการศึกษางานวิจัยจากภายในประเทศและภายนอกประเทศ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการและการจัดการเทคโนโลยีในหัวข้อด้านคุณภาพบริการ ในส่วนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการจัดบริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เกี่ยวกับปัจจัยด้านระบบบริการ ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านบริการข้อมูล ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมาใช้ในการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ) เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการและเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษา เรื่อง การจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้ทั้งการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ การศึกษาวิจัยเชิงทดลองและการศึกษารายกรณี มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การเก็บและรวบรวมข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยสาเหตุที่ทำให้การจัดการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ไม่มีคุณภาพ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างแบบปลายเปิด

2. ขั้นตอนการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เป็นการวิจัยแบบเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการแล้ว รูปแบบ 1 กลุ่ม จัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design)

O_1 ————— X ————— O_2

โดยการผสมผสานวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Triangulation Method) คือ การนำวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มาใช้ร่วมกับวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปลายปิดรวมกับการศึกษารายกรณี ซึ่งการผสมผสานวิธีการดังกล่าวนี้ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงมากน้อยเพียงใด การเปลี่ยนแปลงนั้นเนื่องมาจากอะไร ตลอดจนได้ข้อมูลที่เป็นรายละเอียดเพิ่มขึ้น

ในขั้นตอนที่ 2 นี้เป็นการเก็บรวบรวมเชิงปริมาณก่อนการทดลอง (O_1)

3. ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ) โดยการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ที่ค้นพบจากขั้นตอนที่ 1 และทดลองใช้เป็นเวลา 1 เดือน

4. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลอง ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการศึกษากรณี จำนวน 10 ราย โดยใช้การวิเคราะห์ปัญหา (PRECEDE Model) และวิธีการพัฒนาคุณภาพ (PROCEDE Model)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากรขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 23 แห่งและในจังหวัดนนทบุรี ทั้งหมด 3 แห่ง รวม 26 แห่ง จำนวน 300 คน

กลุ่มตัวอย่างขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่คัดเลือกอย่างเจาะจงจากประชากร โดยผู้วิจัยกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีจำนวนผู้ให้บริการอย่างน้อย เดือนละ 100 คน
2. มีจำนวนแพทย์แผนไทยประยุกต์ ประจำอยู่อย่างน้อย 2 คน
3. มีจำนวนเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนอื่นๆ ประจำอยู่อย่างน้อย 2 คน

ปรากฏว่ามีคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ตามลักษณะที่กำหนดจำนวน 5 แห่ง จากนั้นผู้วิจัยจึงสุ่มตัวอย่างจากผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการในคลินิกแต่ละแห่ง โดยกำหนดจำนวนตัวอย่าง ดังนี้

ผู้ให้บริการ	ได้แก่	เจ้าของคลินิก	จำนวน	1 คน
	ได้แก่	แพทย์หรือเจ้าหน้าที่	จำนวน	2 คน
		รวมจำนวนผู้ให้บริการ 5 แห่ง	จำนวน	15 คน
ผู้ใช้บริการ	ได้แก่	ผู้ป่วย	จำนวน	5 คน
		รวมจำนวนผู้ให้บริการ 5 แห่ง	จำนวน	25 คน

ดังนั้นในขั้นตอนที่ 1 จึงมีกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 40 คน ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Random Sampling) โดยยึดความสะดวกของตัวอย่างในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ จากประชากรข้างต้นในสถานบริการ ทั้ง 5 แห่ง จนได้ครบ 100 คน

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาวิจัยเชิงทดลอง

ประชากรขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ ผู้ใช้บริการทั้งหมดในคลินิกสุวรรณ ซึ่งเป็นคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์หรือคลินิกทดลอง ที่มารับบริการระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2555 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ.2555 โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ลักษณะของประชากรเพื่อการศึกษาวิจัยแบบเชิงทดลองมีประสิทธิผลสูงสุด ดังต่อไปนี้

1. เพศหญิง อายุ ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
2. มีอาการปวดคอ บ่า ไหล่และปวดตึงบริเวณบั้นเอวมานานกว่า 1 เดือน
3. เป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยมาใช้บริการในคลินิกสุวรรณแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง

เหตุผลในการกำหนดลักษณะของประชากร

1. การกำหนดให้ประชากรเป็นเพศหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป และมีอาการปวดตึงบริเวณบั้นเอว คอ บ่าและไหล่ มานานกว่า 1 เดือน ก็เนื่องจากอาการของโรคนี้เมื่อได้รับการตรวจรักษาแล้วส่วนใหญ่จะเห็นผลได้ในระยะเวลา 3-4 เดือน และจำนวนผู้หญิง อายุ 40 ปี ที่ป่วยด้วยอาการนี้มีจำนวนมากเพียงพอที่จะเลือกเป็นตัวอย่างในการวิจัย

2. การกำหนดให้ประชากรเป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยมาใช้บริการในคลินิกสุวรรณอย่างน้อย 1 ครั้ง ก็เนื่องจากต้องการข้อมูลของผู้ป่วยที่เคยมาใช้บริการแล้วก่อนและหลังการทดลอง อีกทั้งการเป็นผู้ป่วยใหม่จะต้องมีการซักประวัติ ทำบัตรใหม่และอื่นๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดตัวแปรแทรกซ้อนและผลการศึกษามีการคลาดเคลื่อนได้

พบว่า ประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนดมีจำนวนประมาณ เดือนละ 100 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 เป็นเวลา 3 เดือน จำนวนประชากรจึงมีประมาณ 300 คน

กลุ่มตัวอย่างขั้นตอนที่ 2

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีของ ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) ซึ่งใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรตามลักษณะที่ต้องการศึกษาและสามารถประมาณจำนวนได้

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร (300)

e แทน ความคลาดเคลื่อนเท่าที่จะยอมรับได้ (0.1)

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{300}{1 + 300 \times (.01)^2} \\ &= 75 \text{ คน} \end{aligned}$$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 75 คน

ดังนั้น เพื่อป้องกันความผิดพลาดและเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดเป็น 100 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Random Sampling) จากประชากรที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดจนได้ครบ 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ทั้ง 3 ขั้นตอน มีดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ แบบสอบถามเจตคติของผู้ให้และผู้ให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์
2. เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ)

3. เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนที่ 3 ได้แก่ แบบสอบถามปลายปิดและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (การศึกษาเฉพาะกรณี)

เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนที่ 1 (แบบสอบถามชุดที่ 1)

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์มีคุณภาพบกพร่อง โดยใช้แบบสอบถามแบบปลายเปิด (Questionnaire) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรที่เป็นปัจจัยด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการจัดบริการ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อคุณภาพบริการที่ได้รับ (เจตคติต่อการจัดบริการ) แยกเป็น 5 ปัจจัย ได้แก่

- | | |
|-----------------------------------|--------------|
| 1. ปัจจัยด้านระบบบริการ | จำนวน 6 ข้อ |
| 2. ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ | จำนวน 4 ข้อ |
| 3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ | จำนวน 10 ข้อ |
| 4. ปัจจัยด้านบริการข้อมูล | จำนวน 3 ข้อ |
| 5. ปัจจัยอื่นๆ | จำนวน 1 ข้อ |

ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามปลายเปิด

แบบสอบถามปลายเปิด (Questionnaire) มีขั้นตอนการสร้าง 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบการสำรวจเบื้องต้น โดยการสังเกตการณ์และสัมภาษณ์บุคคลต่างๆ ทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ 3 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

2. นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาสร้างเป็นข้อคำถามในแบบสอบถามปลายเปิด (Questionnaire) โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน ตามปัจจัยด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการจัดบริการ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อคุณภาพบริการที่ได้รับ (เจตคติต่อการจัดบริการที่ได้รับ) แยกเป็น 5 ปัจจัย ได้แก่

- | | |
|-----------------------------------|--------------|
| 1. ปัจจัยด้านระบบบริการ | จำนวน 6 ข้อ |
| 2. ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ | จำนวน 4 ข้อ |
| 3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ | จำนวน 10 ข้อ |
| 4. ปัจจัยด้านบริการข้อมูล | จำนวน 3 ข้อ |
| 5. ปัจจัยอื่นๆ | จำนวน 1 ข้อ |

วิธีการตรวจสอบแบบสอบถามปลายเปิด

ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเทคโนโลยี 3 ท่าน ได้แก่ รศ.ดร.วันทนีย์ สว่างอารมณ์ ผศ.ดร.สมชาย รัศมี และ ผศ.ดร.กิตติรัตน์ ฐานสุวรรณศรี ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 1 ท่าน คือ อาจารย์บุษราภรณ์ ธนสีลังกูร และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการสุขภาพ 1 ท่าน คือ ดร.กุสุมา ศรียาภูถ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) จากนั้นผู้วิจัยได้แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนที่ 2 (แบบสอบถามชุดที่ 2 และแบบสัมภาษณ์)

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการแล้ว โดยใช้แบบสอบถามปลายปิดที่ให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านและตอบเอง (Self Administered Questionnaire) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. แบบสอบถาม (Self Administered Questionnaire) แบ่งเป็น 2 ส่วน เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรทุกตัวในปัจจัยทุกด้านในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการที่ได้รับในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ) แยกเป็น 6 ปัจจัย ได้แก่

- | | |
|-----------------------------------|-------------|
| 1. ปัจจัยด้านระบบบริการ | จำนวน 3 ข้อ |
| 2. ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ | จำนวน 5 ข้อ |
| 3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ | จำนวน 9 ข้อ |
| 4. ปัจจัยด้านบริการข้อมูล | จำนวน 3 ข้อ |
| 5. ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา | จำนวน 3 ข้อ |
| 6. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม | จำนวน 3 ข้อ |

ซึ่งข้อคำถามในส่วนที่ 2 นี้ เป็นข้อคำถามถึงระดับความพึงพอใจในแต่ละปัจจัย ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบตามแบบการวัดเจตคติของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบได้ 5 ตัวเลือก และให้คะแนน ดังนี้

ถ้าข้อความที่แสดงเจตคติในทางบวก (Positive Statement)

พึงพอใจมากที่สุด	ให้คะแนน	5
พึงพอใจมาก	ให้คะแนน	4
พึงพอใจปานกลาง	ให้คะแนน	3
พึงพอใจน้อย	ให้คะแนน	2
ไม่พึงพอใจ	ให้คะแนน	1

ถ้าข้อความที่แสดงเจตคติในทางลบ (Negative Statement)

พึงพอใจมากที่สุด	ให้คะแนน	1
พึงพอใจมาก	ให้คะแนน	2
พึงพอใจปานกลาง	ให้คะแนน	3
พึงพอใจน้อย	ให้คะแนน	4
ไม่พึงพอใจ	ให้คะแนน	5

มีช่วงคะแนน ดังนี้

ปัจจัยด้านระบบบริการ

จำนวน 6 ข้อ ช่วงคะแนน 6-30 คะแนน

ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ

จำนวน 5 ข้อ ช่วงคะแนน 5-25 คะแนน

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

จำนวน 10 ข้อ ช่วงคะแนน 10-50 คะแนน

ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

จำนวน 3 ข้อ ช่วงคะแนน 5-15 คะแนน

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

จำนวน 3 ข้อ ช่วงคะแนน 5-15 คะแนน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

จำนวน 3 ข้อ ช่วงคะแนน 5-15 คะแนน

ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม

แบบสอบถาม (Self Administered Questionnaire) มีขั้นตอนการสร้าง 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จาก แบบสอบถามปลายเปิด (Questionnaire) ในขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์และสรุปผล ปรากฏว่า ปัจจัยเดิม ทั้ง 4 ด้าน มีประเด็นที่เพิ่มขึ้นและมีบางประเด็นที่ถูกตัดออก ดังนี้

1.1 ปัจจัยด้านระบบบริการ ถูกตัดออก 3 ประเด็น ได้แก่ ความหลากหลายของบริการ คุณค่าประโยชน์ผลลัพธ์และการพัฒนาระบบบริการ

1.2 ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ มีประเด็นเพิ่มขึ้น 2 ประเด็น ได้แก่ ระยะเวลาการรอคอยและบริการระหว่างการรอคอย

1.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ มีประเด็นเพิ่มขึ้น 1 ประเด็น ได้แก่ การต้อนรับ

1.4 ปัจจัยด้านบริการข้อมูล มีประเด็นเพิ่มขึ้น 1 ประเด็น ได้แก่ วิธีการป้องกันและมีปัจจัยใหม่เพิ่มขึ้นอีก 2 ปัจจัย โดยมีประเด็นเพิ่มขึ้น ดังนี้

1.5 ปัจจัยด้านประสิทธิภาพการรักษา มีประเด็น 3 ประเด็น ได้แก่ ผลการตรวจวินิจฉัยโรค ผลการรักษาและลดระยะเวลาการเจ็บป่วย

1.6 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีประเด็น 3 ประเด็น ได้แก่ ความสะอาด ความสะดวกสบายและความสวยงาม

2. สร้างข้อคำถามให้ครอบคลุมและตรงตามประเด็นที่ต้องการวัดในแต่ละตัวแปรตามปัจจัยและประเด็นที่วิเคราะห์ได้ในขั้นตอนที่ 1

วิธีการหาคุณภาพแบบสอบถาม

1. ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์แผนไทยประยุกต์ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการสุขภาพ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 1 ท่าน (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Construct Validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) แล้วผู้วิจัยนำมาแก้ไขปรับปรุงตามคำชี้แนะ

2. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) โดยวิเคราะห์รายข้อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์งานวิจัยด้านสถิติ ถ้าค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของทุกข้อคำถาม (Corrected Item total Correlation) รายข้อมีค่าติดลบหรือมีค่าน้อยกว่า 0.02 จะตัดคำถามข้อนั้นออกหรือปรับปรุงข้อคำถามใหม่ ซึ่งผลการตรวจสอบค่าความเที่ยงปรากฏผลว่า

2.1 ปัจจัยด้านระบบบริการ จำนวน 3 ข้อ ค่าความเที่ยง 0.6889 ได้ตัดข้อคำถาม ออก 1 ข้อ และแก้ไขปรับปรุงข้อคำถาม 1 ข้อ

2.2 ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ จำนวน 5 ข้อ ค่าความเที่ยง 0.7590 ได้แก้ไข ปรับปรุงข้อคำถาม 2 ข้อ

2.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ จำนวน 9 ข้อ ค่าความเที่ยง 0.6930 ได้ตัดข้อ คำถามออก 1 ข้อ และแก้ไขปรับปรุงข้อคำถาม 3 ข้อ

2.4 ปัจจัยด้านบริการข้อมูล จำนวน 3 ข้อ ค่าความเที่ยง 0.7584 ได้ตัดข้อคำถาม ออก 1 ข้อ และแก้ไขปรับปรุงข้อคำถาม 1 ข้อ

2.5 ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา จำนวน 3 ข้อ ค่าความเที่ยง 0.7895 ได้แก้ไข ปรับปรุงข้อคำถาม 1 ข้อ

2.6 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 3 ข้อ ค่าความเที่ยง 0.7588 ได้ตัดข้อคำถามได้ แก้ไขปรับปรุงข้อคำถาม 1 ข้อ

นำผลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามทั้งฉบับ ให้สมบูรณ์มากที่สุด หากค่าอำนาจจำแนก (**Discrimination Power**) ในส่วนของปัจจัยด้านระบบบริการ ปัจจัย ด้านกระบวนการให้บริการ ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านบริการข้อมูล ปัจจัยด้าน ประสิทธิภาพการรักษาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยวิเคราะห์หากค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วย เทคนิคการแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าสถิติที่ให้ค่า p-value น้อยกว่า 0.05 ซึ่ง ปรากฏว่าสอดคล้องกับผลที่ได้จากการหาความเที่ยง (Reliability) เช่นกัน

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบ่งเป็น 2 ส่วน เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปร ทุกตัวในปัจจัยทุกด้านและข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอื่นๆ ในการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการใน คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ระดับความพึงพอใจ เหตุผล ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ เกี่ยวกับคุณภาพ บริการที่ผู้ใช้ได้รับในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ) ได้รับ แยกเป็น 6 ปัจจัย ได้แก่

- | | |
|-----------------------------------|-------------|
| 1. ปัจจัยด้านระบบบริการ | จำนวน 3 ข้อ |
| 2. ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ | จำนวน 5 ข้อ |
| 3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ | จำนวน 9 ข้อ |
| 4. ปัจจัยด้านบริการข้อมูล | จำนวน 3 ข้อ |
| 5. ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา | จำนวน 3 ข้อ |
| 6. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม | จำนวน 3 ข้อ |

ขั้นตอนการสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) มีขั้นตอนการสร้างโดยการนำข้อสรุปที่ได้จากการสร้างเครื่องมือในขั้นตอนที่ 3 ขั้นที่ 1 มาสร้างเป็นข้อคำถามให้ครอบคลุมและตรงตามประเด็นที่ต้องการวัดในแต่ละตัวแปรตามปัจจัยและประเด็นที่วิเคราะห์ได้ทั้ง 6 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยด้านระบบบริการ มี 3 ประเด็น ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ความเพียงพอและความคุ้มค่ายุติธรรมในราคา
2. ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ มี 2 ประเด็น ได้แก่ การติดต่อขอรับบริการ ขั้นตอนการรับบริการ ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของบริการ ระยะเวลาในการรอคอยและบริการระหว่างการรอคอย
3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ มี 9 ประเด็น ได้แก่ การต้อนรับ เอาใจใส่ การตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว นับถือให้เกียรติ ยิ้มแย้มเต็มใจ รักษาภาพลักษณ์ อ่อนน้อม อ่อนโยน สุภาพ มีมารยาท กระฉับกระเฉง กระตือรือร้น เสมอภาคและซื่อสัตย์สุจริต
4. ปัจจัยด้านบริการข้อมูล มี 3 ประเด็น ได้แก่ สาเหตุของโรค แผนการและวิธีการรักษา และวิธีการป้องกัน
5. ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา มี 3 ประเด็น ได้แก่ ผลการตรวจวินิจฉัยโรค ผลการรักษาและลดระยะเวลาการเจ็บป่วย
6. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มี 3 ประเด็น ได้แก่ ความสะอาด ความสะดวกสบายและความสวยงาม

วิธีการหาคุณภาพแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

ตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการสุขภาพ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 1 ท่าน (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) แล้วผู้วิจัยนำมาแก้ไขปรับปรุงตาม

เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการสร้างโมเดล (Model) คลินิกสุวรรณ เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการก่อนการทดลองใช้ในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการสร้างโมเดล (Model) คลินิกสุวรรณ

โมเดลการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ) มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจในขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์ข้อค้นพบเพื่อให้รู้ถึงส่วนขาดของปัจจัยต่างๆ ทุกปัจจัยที่มีผลให้การบริการในคลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์มีคุณภาพบกพร่องทำการสรุปผลเพื่อพัฒนาคุณภาพต่อไป

2. นำผลสรุปในขั้นตอนที่ 1 มาจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งเป็นผลมาจากการวิเคราะห์ปัญหา (Precede Model) และวิธีการพัฒนาคุณภาพ (Procede Model) ตามลำดับขั้นตอน โดยยึดหลักให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการและการจัดการโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เข้ามาใช้ เพื่อพัฒนาคุณภาพตลอดจนให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ภาวะเศรษฐกิจและการเมือง โดยเลือกใช้ “คลินิกสุวรรณ” คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ตั้งอยู่เลขที่ 966 ตลาดศรีเสมา ถนนประชาราษฎร์ สาย 1 แขวงบางซื่อ จังหวัดกรุงเทพมหานคร เป็นคลินิก ในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองและดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 1 เดือน ดังนี้

ตารางที่ 3 แผนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ)

ปัจจัย/ประเด็น	ปัญหา/ข้อค้นพบ	วิธีการพัฒนาคุณภาพ	ระยะเวลา	หมายเหตุ
ปัจจัยด้านระบบบริการ				
1. ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ	1. ที่จอดรถไม่สะดวก	- ติดต่อสถานที่จอดรถ - แนะนำให้ผู้มาใช้บริการใช้บริการรถมวลชน	1 มิ.ย.-7 มิ.ย. 55	
2. ความพอเพียงของบริการ	1. จำนวนแพทย์ไม่เพียงพอ 2. แพทย์มีความรู้ความชำนาญไม่เท่าเทียมกัน	- เพิ่มจำนวนแพทย์ - ติดตามและกระตุ้นเตือนแพทย์เพื่อเพิ่มความรู้และความชำนาญ - สนับสนุนให้แพทย์ได้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม	1 มิ.ย.-7 มิ.ย. 55 1 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	
3. ความคุ้มค่ายุติธรรมในราคา	1. ค่าบริการแพงเกินไป	- ปรับอัตราบริการหรือเพิ่มเติมด้านข้อมูลการรักษา	1 มิ.ย.-7 มิ.ย. 55	
ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ				
1. การติดต่อขอรับบริการ	1. ผู้ป่วยต้องมีการนัดหมายล่วงหน้าเท่านั้น	- แนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่ใกล้บ้านที่สุดเพื่อวิเคราะห์อาการเบื้องต้น	10 มิ.ย.-17 มิ.ย. 55	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย/ประเด็น	ปัญหา/ข้อค้นพบ	วิธีการพัฒนาคุณภาพ	ระยะเวลา	หมายเหตุ
2. ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของบริการ	1. ผู้ใช้บริการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง	- ติดตามโดยการใส่โทรศัพท์และใช้อีเมลล์ติดต่อกับผู้ให้บริการ	10 มิ.ย.-17 มิ.ย. 55	
3. ระยะเวลาในการรอคอย	1. ผู้ใช้บริการมาคอยล่วงหน้า 15-30 นาที ทำให้รู้สึกเบื่อและเสียเวลา	- ฉายวิดิทัศน์เกี่ยวกับการรักษาโรคต่างๆ ให้ดู	10 มิ.ย.-17 มิ.ย. 55	
4. บริการระหว่างรอคอย	1. เจ้าหน้าที่มีจำนวนจำกัด 2. จัดเอกสารแผ่นพับและเอกสารเกี่ยวกับสุขภาพให้อ่าน 3. บริการเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น น้ำตะไคร้ น้ำใบเตย เป็นต้น	- เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ - มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ดูแลผู้มาใช้บริการอย่างทั่วถึง	10 มิ.ย.-17 มิ.ย. 55	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย/ประเด็น	ปัญหา/ข้อค้นพบ	วิธีการพัฒนาคุณภาพ	ระยะเวลา	หมายเหตุ	
ปัจจัยด้านพฤติกรรม ผู้ใช้บริการ	1. เจ้าหน้าที่ขาด ความคล่องแคล่ว	- ติดตามกระตุ้นเตือน เจ้าหน้าที่ เพื่อให้มี ความคล่องแคล่วใน การต้อนรับ	10 มิ.ย.-30 ส.ค. 55		
		2. เจ้าหน้าที่ให้ บริการและเอา ใจใส่ต่อผู้ใช้ บริการไม่ทั่วถึง	- แสดงความเอาใจใส่ ต่อผู้ใช้บริการมากขึ้น	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	
		3. เจ้าหน้าที่ ขาดความ กระตือรือร้น ในการต้อนรับ ต่อผู้มาใช้บริการ	- กระตุ้นเตือนและ ตรวจสอบอย่าง สม่ำเสมอ - ให้คำชมเชยเมื่อ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ได้ดี - สร้างขวัญและกำลังใจ โดยการให้โบนัส	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	
2. การสนองความ ต้องการอย่าง รวดเร็ว	1. ขาดอุปกรณ์ สื่อสารที่จะ สนองความ ต้องการของ ผู้ใช้อย่าง รวดเร็ว	- จัดซื้ออุปกรณ์สื่อสาร เพิ่มเติม ฝึกวิธีใช้เพื่อ ตอบสนองความ ต้องการของผู้มาใช้ บริการให้รวดเร็วและ แม่นยำยิ่งขึ้น	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55		
3. นับถือ ให้เกียรติ	1. เจ้าหน้าที่ขาด ความนอบน้อม	- กระตุ้นเตือนให้มี กิริยามารยาทที่ดีมี ความนอบน้อม	10 มิ.ย.-30 ส.ค. 55		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย/ประเด็น	ปัญหา/ข้อค้นพบ	วิธีการพัฒนาคุณภาพ	ระยะเวลา	หมายเหตุ
4. ยิ้มแย้ม เต็มใจ	1. เจ้าหน้าที่บางคน ขาดการยิ้มแย้ม แจ่มใสบางครั้ง อาจมีสีหน้า เฉยเมย	- ปรับบุคลิกภาพให้มีสี หน้ายิ้มแย้มแจ่มใส - ทุกสัปดาห์จะจัดให้ มีการสรุปการ ทำงานและมอบ หลักการ 3 ย. คือ ยิ้มแย้ม ยกย่องและ ยอมรับ(ข้อคิดเห็น จากผู้มาใช้บริการ)	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55 10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	
5. รักษาภาพลักษณ์	1. ประเมินสถาน การณ์ผิดพลาด และละเอียด เกี่ยวกับสิ่งเล็กๆ น้อยๆ เช่น การ แต่งกายและผล ตอบแทน	- ปรับปรุงด้านการ แต่งกาย - ปรับปรุงแบบการ รักษาให้มี เอกลักษณ์เฉพาะ เช่น ความสุภาพ ความมีมารยาทขณะ รักษา การเอาใจใส่ ดูแลผู้ใช้ บริการ เช่น สอบถามอาการทันที เมื่อทำการรักษา - การจัดระบบบริการ ให้เป็นสากล - ปรับตำแหน่งและ ค่าตอบแทนเพิ่ม ขึ้นตามผลงาน	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย/ประเด็น	ปัญหา/ข้อค้นพบ	วิธีการพัฒนาคุณภาพ	ระยะเวลา	หมายเหตุ
6. อ่อนนุ่ม อ่อน โชน สุภาพ และมีมารยาท	1. ขาดการฝึกฝน อย่างต่อเนื่อง 2. ไม่สามารถ คัดเลือก บุคลากร ให้ตรงกับ ภาระงาน 3. เกิดปัญหาการ ขาดแคลน บุคลากร	- ปรับปรุงเกี่ยวกับ มารยาท - คัดเลือกเจ้าหน้าที่ ให้เหมาะสมกับงาน และพอเพียง	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	
7. กระชับกระเฉง และกระตือรือร้น	1. การปฏิบัติงาน ขาดความ กระชับกระเฉง ในบางครั้ง	- สร้างเสริมความเป็น เจ้าของและความรัก ในองค์กรให้เกิดกับ เจ้าหน้าที่ เช่น ให้มี ส่วนร่วมในการ จัดบริการ สามารถ เสนอแนะข้อคิดเห็น เมื่อมีการประชุม	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	
8. เสมอภาค	1. มีการเลือก ปฏิบัติกับผู้มา ใช้บริการอัน เนื่องมาจาก ความคุ้นเคย	- ปฏิบัติกับผู้ป่วยเสมอ ญาติสนิทไม่ลำเอียง - ดูแลผู้ป่วยทุกคน อย่างเท่าเทียมกัน		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย/ประเด็น	ปัญหา/ข้อค้นพบ	วิธีการพัฒนาคุณภาพ	ระยะเวลา	หมายเหตุ
9. ชื่อสัตย์สุจริต	1. เจ้าหน้าที่บาง คนขาดความ ชื่อสัตย์สุจริต	- ใช้เทคโนโลยีเข้ามา ช่วยในการดำเนิน กิจการ เช่น ติดกล้อง วงจรปิด	10 มิ.ย.-30 ส.ค. 55	
ปัจจัยด้านบริการ ข้อมูล				
1. สาเหตุของโรค	1. แพทย์/เจ้าหน้าที่ ไม่บอกถึง สาเหตุของโรค 2. แพทย์/เจ้าหน้าที่ บอกแล้วแต่ผู้ใช้ บริการไม่เข้าใจ 3. ผู้ใช้บริการ ไม่กล้าถามหรือ ซักถามเพิ่มเติม	- ประชุมแพทย์และ เจ้าหน้าที่ให้บอกและ อธิบายให้ผู้มาใช้ บริการและญาติได้ เข้าใจกระจ่างชัดถึง สาเหตุของโรคและ อาการเจ็บป่วย - แจกเอกสารประกอบ การอธิบาย - เปิดวิดีโอทัศน์ (VCD) ให้ผู้ใช้บริการ สอบถาม ซักถามข้อ สงสัยในเว็บไซต์	1 เดือน / ครั้ง หรือ อาจมากกว่ากรณีมี เหตุเร่งด่วน	
2. แผนการและ วิธีการรักษา	1. เจ้าหน้าที่ยังไม่ ชำนาญขาดการ เรียนรู้เกี่ยวกับ แผนและระบบ การรักษา	- จัดเจ้าหน้าที่ แพทย์ ที่มีความรู้แต่ละด้าน ชี้แจงแผนการและ ตรงจุดก่อนเข้ารับ การรักษา โดยจัด เจ้าหน้าที่ที่มีความ ชำนาญ ชี้แจงหรือดู วิดีโอทัศน์ก่อนใน เบื้องต้น	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย/ประเด็น	ปัญหา/ข้อค้นพบ	วิธีการพัฒนาคุณภาพ	ระยะเวลา	หมายเหตุ
3. วิธีการป้องกัน	1. ผู้ใช้บริการมัก ละเลยต่อคำ แนะนำหรือลืม ปฏิบัติตาม ขั้นตอนและ วิธีการรักษา	- เชิญชวนหรือกำชับ ให้ผู้ใช้บริการเรียนรู้ วิธีการป้องกันการ เกิดโรคที่อาจจะ ตามมาหากละเลยไม่ ปฏิบัติตามขั้นตอน - แจกแผ่นวีดิทัศน์	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	
ปัจจัยด้าน ประสิทธิผล การรักษา				
1. ผลการตรวจ วินิจฉัยโรค	1. แพทย์วินิจฉัย โรคยากเพราะ มีปัจจัย แทรกซ้อน หลายประการ 2. แพทย์แต่ละคน มีความสามารถ ไม่เท่าเทียมกัน ในการวินิจฉัย โรค	- จัดหาแพทย์ที่มีความ เชี่ยวชาญเฉพาะโรค - คัดเลือกแพทย์ที่มี ความสามารถ ใกล้เคียงกัน - จัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์และนำ เทคโนโลยีที่ทันสมัย มาช่วยในการ วินิจฉัยโรค	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย/ประเด็น	ปัญหา/ข้อค้นพบ	วิธีการพัฒนาคุณภาพ	ระยะเวลา	หมายเหตุ
2. ผลการรักษา	1. ใช้เวลาในการรักษานาน 2. ผู้ใช้บริการให้ความชื่นชอบและรักษาอย่างต่อเนื่อง	- รักษาที่สาเหตุไม่เลี้ยงไข้ - รักษามาตรฐานการรักษา	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	
3. ลดระยะเวลาการเจ็บป่วย	1. โรคแต่ละโรคใช้เวลาในการรักษาไม่เท่ากัน	- พัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพ เช่น ระบุขั้นตอนการรักษาชัดเจนระบุสภาพหลังการรักษาได้แม่นยำ (อาการ)	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม				
1. ความสะอาด	1. บางจุดในคลินิกยังไม่สะอาดเท่าที่ควร	- กำหนดให้พนักงานทำความสะอาดโดยให้ดูแลอย่างทั่วถึง - แจ้งเตือนบุคลากรทุกคนให้ช่วยกันใส่ใจดูแลสิ่งแวดล้อม - ตรวจตรา สังเกตและกระตุ้นให้ทำอย่างต่อเนื่อง	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย/ประเด็น	ปัญหา/ข้อค้นพบ	วิธีการพัฒนาคุณภาพ	ระยะเวลา	หมายเหตุ
2. ความสะอาด สบาย	2. ผ้าปูที่นอน หมอนยังไม่ สะอาด	- กำหนดระยะเวลาใน การเปลี่ยนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น ที่นอน ผ้าปูที่นอน ปลอก หมอนต้องเปลี่ยน ทุกวัน	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	
	3. เสื้อผ้าสำหรับ ผู้ป่วยมีรอย เปราะเปื้อน	- กำหนดให้ผู้ให้บริการ เปลี่ยนชุดทุก ครั้งที่มารักษา - จัดชุด เช่น เสื้อผ้า ผู้ใช้บริการที่สะอาด	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	
	1. สถานที่คับแคบ	- ปรับเปลี่ยนสถานที่ ให้ดูกว้างขึ้น โดย ตกแต่งภายใน เพิ่มเติมเพื่อให้ผู้มา ใช้บริการเกิดความ ประทับใจ	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	
3. ความสวยงาม	1. บริเวณภายใน และบริเวณ รอบๆ คลินิก ขาดความ สวยงาม	- จัดตกแต่งด้วย ดอกไม้ ต้นไม้ เพื่อ เพิ่มความสวยงาม หรือสิ่งอำนวยความสะดวก เพิ่มเติม เช่น เปลี่ยนชุดรับแขก ใหม่ จัดมุม เครื่องดื่ม สมุนไพรโดยใช้ อุปกรณ์ที่ทันสมัย	10 มิ.ย.-30 มิ.ย. 55	

3. ลงมือดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพการจั้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ) ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดเกณฑ์ เพื่อให้พร้อมในการทดลองใช้และการเก็บข้อมูลภายหลังการทดลอง

การเก็บและรวบรวมข้อมูล

การเก็บและรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 5 แห่งในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี ที่ผู้วิจัยได้เลือกเป็นตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์กำหนดลักษณะ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ให้และผู้ให้บริการในคลินิก ทั้ง 5 แห่ง ดังกล่าวแห่งละ 8 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน ได้แก่

คลินิก	ผู้ให้บริการ	- เจ้าของคลินิก	จำนวน	1 คน
		- แพทย์หรือเจ้าหน้าที่	จำนวน	2 คน
	ผู้ให้บริการ	- ผู้ป่วย	จำนวน	5 คน

โดยมีขั้นตอนการเก็บและรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ติดต่อขออนุญาตเข้าไปสังเกตการณ์และใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างภายในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์แต่ละแห่ง
2. เข้าพบและแนะนำตัว พร้อมทั้งถามความสมัครใจและความสะดวกในการตอบแบบสอบถามของตัวอย่างแต่ละราย
3. อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามและให้ความช่วยเหลือตัวอย่างบางราย
4. ตรวจสอบข้อมูล เมื่อตัวอย่างแต่ละรายตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์หรือผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติม
5. รวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างแต่ละรายจนครบ 40 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลในขั้นตอนที่ 1

เริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายน – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 รวมเป็นเวลา 3 เดือน

การเก็บและรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อคุณภาพการจั้บริการ โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพการจั้บริการแล้ว โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล

เชิงปริมาณ จำนวน 100 คน และใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นรายกรณี จำนวน 10 ราย ภายหลังจากทดลอง เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ใช้บริการในคลินิกทดลองที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการแล้ว (คลินิกสุวรรณ) ที่มีลักษณะตามเกณฑ์กำหนด จำนวน 100 คน โดยการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวกและความสมัครใจ

จากกลุ่มตัวอย่างนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและสอบถามความสมัครใจ เพื่อเลือกบางรายมาเป็นตัวอย่างในการศึกษารายกรณี จำนวน 10 คน ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย

โดยมีขั้นตอนการเก็บและรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ก่อนการทดลอง

1. ติดต่อขออนุญาตเข้าไปเก็บข้อมูลภายในคลินิกสุวรรณตลอดระยะเวลาของการวิจัย (1 มีนาคม พ.ศ.2555 - สิงหาคม พ.ศ.2555)

2. เมื่อพบว่าตัวอย่างมีลักษณะครบถ้วนตามเกณฑ์กำหนด ผู้วิจัยจึงขอเข้าพบและแนะนำตัว พร้อมทั้งถามความสมัครใจและความสะดวกในการตอบแบบสอบถามของตัวอย่างแต่ละราย

3. อธิบายแผนการวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถาม ให้เวลากลุ่มตัวอย่างได้ซักถามเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยอิสระเป็นส่วนตัวและให้ความช่วยเหลือตัวอย่างในรายที่ต้องการ

4. ตรวจสอบข้อมูล เมื่อกกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ ถ้าแบบสอบถามฉบับใดไม่สมบูรณ์ก็ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมให้สมบูรณ์

5. รวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างจนครบ 10 คน

หลังการทดลอง

6. ผู้วิจัยเข้าพบและแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างรายเดิม (ซึ่งเคยตอบแบบสอบถามแล้วก่อนการทดลอง) ทบทวนวิธีการตอบแบบสอบถาม ให้เวลากลุ่มตัวอย่างได้ซักถาม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามโดยอิสระเป็นส่วนตัวและให้ความช่วยเหลือตัวอย่างในรายที่ต้องการ

7. ตรวจสอบข้อมูล เมื่อกกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ ถ้าแบบสอบถามฉบับใดไม่สมบูรณ์ก็ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมให้สมบูรณ์

8. รวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างจนครบ 10 คน

9. นัดหมายและทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างรายกรณี ตามความสะดวกและความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแต่ละราย

10. รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างรายกรณีจนครบ 10 คน

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลในขั้นตอนที่ 2

ก่อนการทดลอง

เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2555 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2555 รวมเป็นเวลา 3 เดือน

หลังการทดลอง

เริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2555 - เดือนสิงหาคม พ.ศ.2555 รวมเป็นเวลา 3 เดือน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนการวิจัยเชิงทดลอง

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถาม จัดทำคู่มือลงรหัสและบันทึกข้อมูลลงในแผ่นบันทึก (Diskette) และคอมพิวเตอร์ (Computer) นำไปวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัยด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์งานวิจัยด้านสถิติ ซึ่งกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistic) ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยลักษณะประชากร โดยวิธีการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยนำเสนอข้อมูลเป็นตาราง

2. สถิติวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยกำหนดความเชื่อมั่นในระดับร้อยละ 95 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับหรือปฏิเสธสมมติฐาน ทำการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในกลุ่มเดียวกัน ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยใช้แนวคิด ทฤษฎี PRECEDE Framework ซึ่งเป็นการพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาโดยมีรายละเอียดปัจจัยดังต่อไปนี้ประกอบในการวิเคราะห์

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)
2. ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors)
3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)
4. การดำเนินงานตามแผน (Implementation)

5. การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation)
6. การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation)
7. การประเมินผลลัพธ์ (Out-Come Evaluation)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนการวิจัยแล้ว ปรากฏว่ากลุ่มทดลองได้ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังทดลอง อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 100 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำมาเสนอผลการวิเคราะห์ 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านเจตคติต่อการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ)

ส่วนที่ 4 การศึกษาเฉพาะกรณี

โดยจะนำเสนอการวิเคราะห์ผลการวิจัย ดังปรากฏในตารางที่ 3-7

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการนำเสนอผลของการวิจัยประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ จำนวน 100 คน ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 100 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 โดยจำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย อาการของโรค การใช้บริการ และจำนวนครั้งที่ใช้บริการ โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละ จำแนกตามเพศ สถานภาพ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย อาการของโรค การใช้บริการและจำนวนครั้งที่ใช้บริการ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=100)	ร้อยละ (n=100)
1. สถานภาพ		
ผู้ให้บริการ	15	15.00
ผู้ใช้บริการ	85	85.00
รวม	100	100.00
2. เพศ		
ชาย	41	41.00
หญิง	59	59.00
รวม	100	100.00
3. ปัจจุบันท่านอายุ		
40-49 ปี	38	38.00
50 ปีขึ้นไป	50	50.00
อื่นๆ	12	12.00
รวม	100	100.00
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	18	18.00
ปริญญาตรี	49	49.00
ปริญญาโท	21	21.00
สูงกว่าปริญญาโท	12	12.00
รวม	100	100.00
5. รายได้ปัจจุบัน		
15,001-25,000 บาท	42	42.00
25,001-35,000 บาท	31	31.00
35,001-45,000 บาท	27	27.00
รวม	100	100.00

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=100)	ร้อยละ (n=100)
6. ระยะเวลาที่ท่านเจ็บป่วย		
1-2 ปี	39	39.00
2-5 ปีขึ้นไป	61	61.00
รวม	100	100.00
7. ท่านเป็นผู้ป่วย		
เก่า	60	60.00
ใหม่	40	40.00
รวม	100	100.00
8. โรค/อาการเจ็บป่วยของท่านที่ทำให้มาใช้บริการที่นี่		
ปวดคอ	38	38.00
ปวดบ่า	21	21.00
ปวดไหล่	13	13.00
ปวดเอว	11	11.00
ปวดข้อเท้า	17	17.00
รวม	100	100.00
9. เคยใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์มาก่อน		
เคย	62	62.00
ไม่เคย	38	38.00
รวม	100	100.00
10. ถ้าเคย ใช้มาแล้วกี่ครั้ง		
1-3 ครั้ง	42	42.00
3 ครั้งขึ้นไป	58	58.00
รวม	100	100.00

จากตารางที่ 4 พบว่า

- 1.1 สถานภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการ ร้อยละ 85 และผู้ให้บริการร้อยละ 15
- 1.2 เพศ ประกอบด้วย เพศหญิง ร้อยละ 59 เพศชาย ร้อยละ 41
- 1.3 อายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 38 อื่นๆ ร้อยละ 12
- 1.4 ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 49 ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 18 ปริญญาโท ร้อยละ 21 และสูงกว่าปริญญาโท ร้อยละ 12
- 1.5 รายได้ปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เดือนละ 15,001-25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42 รองลงมา มีรายได้เดือนละ 25,001-35,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31 และมีรายได้เดือนละ 35,001-45,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27
- 1.6 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 2-5 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61 รองลงมา คือ 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 39
- 1.7 สถานภาพผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยเก่า ร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 40
- 1.8 โรคและอาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาการปวดคอ มีอาการปวดคอ ร้อยละ 38 รองลงมา คือ ปวดบ่า ร้อยละ 21 ปวดข้อเท้า ร้อยละ 17 ปวดไหล่ ร้อยละ 13 และปวดเอว ร้อยละ 11
- 1.9 เคยใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์มาก่อน คือ เคยใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์มาก่อน ร้อยละ 62 ไม่เคยใช้บริการ ร้อยละ 38
- 1.10 จำนวนครั้งที่เคยใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยใช้บริการ 3 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 58 ใช้บริการ 1-3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับด้านเจตคติต่อการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ของผู้ให้และผู้ให้บริการ

การเปรียบเทียบจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ด้านเจตคติต่อการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำแนกตามก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ดังปรากฏผลตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เจตคติต่อการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำแนกตามก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ข้อความถาม	กลุ่มทดลอง (n=100)				<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	
	ก่อน		หลัง					$\bar{d} \pm s\bar{d}$
	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ				
1. ปัจจัยด้านระบบบริการ								
1.1 สะดวกในการเข้าถึงบริการ								
สะดวกมากที่สุด	28	(28)	45	(45)	- 0.62±0.95	-4.38	100	0.53
สะดวกมาก	30	(30)	45	(45)				
ไม่สะดวกในบางครั้ง	31	(31)	9	(9)				
ไม่สะดวกเลย	11	(11)	1	(1)				
$\bar{X} \pm S.D.$	3.70±1.06		4.33±0.69					
1.2 ความหลากหลาย / เพียงพอของการบริการ								
มีความหลากหลายและพอเพียงมาก	48	(48)	52	(52)	- 0.51±1.13	2.31	97	0.02
มีความหลากหลายและพอเพียงปานกลาง	35	(35)	38	(38)				
ไม่มีความหลากหลายและไม่พอเพียง	17	(17)	10	(10)				
$\bar{X} \pm S.D.$	3.19±1.10		3.55±1.04					

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง (n=100)				$\bar{d} \pm s\bar{d}$	t	df	P
	ก่อน		หลัง					
	จำนวน/ร้อยละ		จำนวน/ร้อยละ					
1.3 เคยได้สร้างคุณค่าประโยชน์โดยการนำความรู้การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ไปถ่ายทอดแก่ผู้อื่นหรือไม่และผลลัพธ์เป็นอย่างไร					- 0.50±0.91	-4.23	100	0.40
เคยบ่อยมาก ผลตอบรับดีมาก	58	(58)	59	(59)				
เคยเป็นระยะๆ ผลตอบรับดีมาก	42	(42)	41	(41)				
ไม่เคยเลย	0	(0)	0	(0)				
$\bar{X} \pm S.D.$	3.56±1.11		3.71±1.01					
1.4 ด้านความคุ้มค่าในการรักษาและความยุติธรรมในราคา					- 0.77±1.03	-5.77	100	0.56
คุ้มค่าและยุติธรรมมาก	41	(41)	42	(42)				
คุ้มค่าและยุติธรรมบางกรณี	38	(38)	52	(52)				
ไม่คุ้มค่าและไม่ยุติธรรม	21	(21)	6	(6)				
$\bar{X} \pm S.D.$	3.38±1.14		3.51±1.05					

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง (n=100)				$\bar{d} \pm s\bar{d}$	t	df	P
	ก่อน		หลัง					
	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ				
1.5 การพัฒนาระบบบริการ ในส่วนของการนัดหมาย								
ระบบบริการนัดหมายดี มาก	75	(75)	76	(76)	-0.70±0.86	-5.72	98	0.26
ระบบบริการนัดหมาย บ้างครั้งมีปัญหา	23	(23)	22	(22)				
ระบบบริการนัดหมาย ไม่ดี	2	(2)	2	(2)				
$\bar{X} \pm S.D.$	3.72 ± 0.90		3.96 ± 0.87					
1.6 การพัฒนาระบบบริการ ด้านข้อมูล								
ระบบบริการด้านข้อมูล ดีมาก	30	(30)	35	(35)	-0.74±0.76	-5.11	100	0.05
ระบบบริการด้านข้อมูล ดี	54	(54)	56	(56)				
ระบบบริการด้านข้อมูล ต้องปรับปรุง	16	(16)	9	(9)				
$\bar{X} \pm S.D.$	3.80 ± 0.97		4.02 ± 0.91					

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง (n=100)			t	df	P	
	ก่อน		หลัง				
	จำนวน/ร้อยละ		จำนวน/ร้อยละ				
			$\bar{d} \pm s\bar{d}$				
2. ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ				-0.65±0.91	-5.72	100	0.16
2.1 ติดต่อขอรับบริการ							
การติดต่อขอรับบริการ	63	(63)	71	(71)			
สะดวกมาก							
การติดต่อขอรับบริการ	37	(37)	29	(29)			
ไม่สะดวก							
$\bar{X} \pm S.D.$	3.87±1.04		4.52±0.63				
2.2 ขั้นตอนการรับบริการ				-1.45±1.33	-7.68	100	0.88
มีการกำหนดชัดเจน	92	(92)	93	(93)			
บางครั้งเกิดความ	8	(8)	7	(7)			
สับสน							
$\bar{X} \pm S.D.$	3.74±1.22		4.48±0.77				
2.3 ความสม่ำเสมอในการ							
ขอรับบริการ				-0.68±0.97	-4.32	98	0.04
มีความสม่ำเสมอมาก	70	(70)	76	(76)			
มีความสม่ำเสมอปาน	25	(25)	22	(22)			
กลาง							
ไม่แน่นอน	5	(5)	2	(2)			
$\bar{X} \pm S.D.$	4.07±1.12		4.75±0.56				

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง (n=100)				$\bar{d} \pm s\bar{d}$	t	df	P
	ก่อน		หลัง					
	จำนวน/ร้อยละ		จำนวน/ร้อยละ					
2.4 ความต่อเนื่องของการ รับบริการและระยะเวลาใน การรับบริการ					- 1.34 ± 1.31	-7.14	100	0.67
มีความต่อเนื่องดีมาก และระยะเวลาในการรับ บริการเหมาะสม	68	(68)	69	(69)				
มีความต่อเนื่องปาน กลางและระยะเวลาในการรับ บริการปานกลาง	30	(30)	29	(29)				
ไม่มีความต่อเนื่องและ ระยะเวลาในการรับบริการไม่ แน่นอน	2	(2)	2	(2)				
$\bar{X} \pm S.D.$	4.11 ± 1.01		4.20 ± 0.53					
3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ ให้บริการ					- 0.53 ± 0.80	-4.23	100	0.47
3.1 ความเอาใจใส่ต่อผู้มา รับบริการ								
เอาใจใส่ต่อผู้มารับ บริการดีมาก	65	(65)	67	(67)				
เอาใจใส่ต่อผู้มารับ บริการดี	31	(31)	31	(31)				
บางครั้งไม่เอาใจใส่	4	(4)	2	(2)				
$\bar{X} \pm S.D.$	4.12 ± 1.03		4.26 ± 0.88					

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง (n=100)				$\bar{d} \pm s\bar{d}$	t	df	P
	ก่อน		หลัง					
	จำนวน/ร้อยละ		จำนวน/ร้อยละ					
3.2 การตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว					-0.65 ± 0.94	-3.59	100	0.02
การสนองตอบความต้องการรวดเร็วมาก	79	(79)	82	(82)				
การสนองตอบความต้องการบางครั้งล่าช้า	20	(20)	18	(18)				
ไม่มีการสนองตอบความต้องการเลย	1	(1)	0	(0)				
$\bar{X} \pm S.D.$	4.51 ± 0.75		4.76 ± 0.55					
3.3 การแสดงออกในส่วนของ การนับถือและการให้เกียรติ					-0.64 ± 0.87	-5.69	100	0.51
มีการนับถือและให้เกียรติมาก	69	(69)	70	(70)				
มีการนับถือและให้เกียรติในบางครั้ง	30	(30)	30	(30)				
ไม่มีการนับถือและให้เกียรติ	1	(1)	0	(0)				
$\bar{X} \pm S.D.$	4.47 ± 0.99		4.59 ± 0.83					
3.4 ผู้ให้บริการยิ้มแย้มแจ่มใสและเต็มใจให้บริการ					-0.81 ± 0.89	-5.01	100	0.05
ปฏิบัติประจำ	58	(58)	53	(53)				
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	40	(40)	45	(45)				
ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	1	(1)	1	(1)				
ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคยปฏิบัติ	1	(1)	1	(1)				
$\bar{X} \pm S.D.$	4.12 ± 1.03		4.38 ± 0.71					

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง (n=100)				$\bar{d} \pm s\bar{d}$	t	df	P
	ก่อน		หลัง					
	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ				
3.5 การรักษาภาพลักษณ์					- 0.94±1.09	-6.07	100	0.10
ปฏิบัติมากที่สุด	69	(69)	69	(69)				
ปฏิบัติมาก	28	(28)	29	(29)				
ปฏิบัติปานกลาง	3	(3)	2	(2)				
ปฏิบัติน้อย	0	(0)	0	(0)				
$\bar{X} \pm S.D.$	4.42 ± 0.62		4.45 ± 0.60					
3.6 การอ่อนน้อมสุภาพ					- 0.79±0.92	-7.20	100	0.21
ปฏิบัติเป็นประจำ	55	(55)	60	(60)				
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	38	(38)	38	(38)				
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	5	(5)	2	(2)				
ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	2	(2)	0	(0)				
$\bar{X} \pm S.D.$	4.00 ± 1.01		4.19 ± 0.97					
3.7 ความมีมารยาททุกด้าน					- 0.64±0.74	-4.11	98	0.18
ปฏิบัติเป็นประจำ	48	(48)	50	(50)				
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	36	(36)	36	(36)				
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	12	(12)	12	(12)				
ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	4	(4)	2	(2)				
$\bar{X} \pm S.D.$	4.06 ± 0.98		4.26 ± 0.82					
3.8 มีความกระฉับกระเฉง								
กระตือรือร้น					- 0.62±0.94	-5.63	90.5	0.77
ปฏิบัติเป็นประจำ	55	(55)	66	(66)				
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	26	(26)	23	(23)				
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	15	(15)	11	(1)				
ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	4	(4)	0	(0)				
$\bar{X} \pm S.D.$	4.02 ± 1.01		4.24 ± 0.94					

ข้อความ	กลุ่มทดลอง (n=100)				$\bar{d} \pm s\bar{d}$	t	df	P
	ก่อน		หลัง					
	จำนวน/ร้อยละ		จำนวน/ร้อยละ					
3.9 มีความเสมอภาคในการ บริการและรักษา					- 0.48±0.87	-5.63	100	0.00
ปฏิบัติเป็นประจำ	66	(66)	75	(75)				
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	20	(20)	24	(24)				
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	10	(10)	1	(1)				
ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	4	(4)	0	(0)				
$\bar{X} \pm S.D.$	4.31±0.86		4.42±0.61					
3.10 มีความซื่อสัตย์สุจริต					- 0.39±0.79	-3.91	94.5	0.10
ปฏิบัติเป็นประจำ	71	(71)	76	(76)				
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	22	(22)	22	(22)				
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	6	(6)	1	(1)				
ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	1	(1)	1	(1)				
$\bar{X} \pm S.D.$	4.36±0.88		4.46±0.79					
4. ปัจจัยด้านบริการข้อมูล								
4.1 สาเหตุของโรค					- 0.81±0.89	-3.81	96.5	0.37
อธิบายสาเหตุของโรค	56	(56)	69	(69)				
ปฏิบัติเป็นประจำ								
อธิบายสาเหตุของโรค	30	(30)	27	(27)				
เป็นส่วนมาก								
อธิบายสาเหตุของโรค	10	(10)	2	(2)				
เป็นบางครั้ง								
อธิบายสาเหตุของโรค	4	(4)	2	(2)				
เป็นส่วนน้อย								
$\bar{X} \pm S.D.$	3.70±1.11		3.99±1.02					

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง (n=100)				$\bar{d} \pm s\bar{d}$	t	df	P
	ก่อน		หลัง					
	จำนวน/ร้อยละ		จำนวน/ร้อยละ					
4.2 การวางแผนการรักษา					- 0.62±0.94	-6.06	100	1.10
ปฏิบัติเป็นประจำ	67	(67)	79	(79)				
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	23	(23)	20	(20)				
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	6	(6)	1	(1)				
ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	4	(4)	0	(0)				
$\bar{X} \pm S.D.$	3.80±1.09		4.31±0.79					
4.3 วิธีการรักษา					- 0.27±0.68	-2.71	87	0.27
ปฏิบัติตามขั้นตอนการ	80	(80)	84	(84)				
รักษาตามวิธีการรักษาที่								
ถูกต้องเป็นประจำ								
ปฏิบัติตามขั้นตอนการ	14	(14)	14	(14)				
รักษาตามวิธีการรักษาที่								
ถูกต้องเป็นส่วนมาก								
ปฏิบัติตามขั้นตอนการ	4	(4)	2	(2)				
รักษาตามวิธีการรักษาที่								
ถูกต้องเป็นบางครั้ง								
ปฏิบัติตามขั้นตอนการ	2	(2)	0	(0)				
รักษาตามวิธีการรักษาที่								
ถูกต้องเป็นส่วนน้อย/ไม่เคย								
ปฏิบัติ								
$\bar{X} \pm S.D.$	4.59±0.53		4.70±0.47					

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง (n=100)				$\bar{d} \pm s\bar{d}$	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
	ก่อน		หลัง					
	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ				
5. ปัจจัยอื่นๆ								
5.1 จำนวนแพทย์พอเพียง กับความต้องการของผู้ป่วย และความชำนาญของแพทย์ ทุกคนเท่าเทียมกัน					-0.61±0.85	-5.04	100	0.71
จำนวนแพทย์พอเพียง กับความต้องการของผู้ป่วย มากและชำนาญมาก	60	(60)	72	(72)				
จำนวนแพทย์พอเพียง กับความต้องการของผู้ป่วย ปานกลางและชำนาญน้อย	35	(35)	28	(28)				
จำนวนแพทย์ไม่ พอเพียงและแพทย์ไม่มีความ ชำนาญ	5	(5)	0	(0)				
$\bar{X} \pm S.D.$	3.77 ± 1.14		3.91 ± 1.03					

จากตารางที่ 5 พบว่า

2.1 ปัจจัยด้านระบบบริการ

2.1.1 ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.70 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.06 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.33 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.1.2 ความหลากหลายและพอเพียงของบริการ

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.19 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.10 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.55 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.10 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความหลากหลายและพอเพียงของบริการ มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.1.3 เคยได้สร้างคุณประโยชน์โดยการนำความรู้การจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ไปถ่ายทอดแก่ผู้อื่นหรือไม่และผลเป็นอย่างไร

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.56 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.11 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.71 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า เคยได้สร้างคุณประโยชน์โดยการนำความรู้การจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ไปถ่ายทอดแก่ผู้อื่นและผล คือ มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.1.4 ด้านความคุ้มค่าในการรักษาและยุติธรรมในราคา

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.14 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.51 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ด้านความคุ้มค่าในการรักษาและยุติธรรมในราคา มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.1.5 การพัฒนาระบบบริการในส่วนของการนัดหมาย

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.72 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.90 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.96 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การพัฒนาระบบบริการในส่วนของการนัดหมาย มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.1.6 การพัฒนาระบบบริการด้านข้อมูล

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.80 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.97 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.02 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.91 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การพัฒนาระบบบริการด้านข้อมูล มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.2 ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ

2.2.1 การติดต่อขอรับบริการ

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.87 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.04 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.52 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การติดต่อขอรับบริการ มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.2.2 ขั้นตอนการรับบริการ

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.74 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.22 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.48 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ขั้นตอนการรับบริการ มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.2.3 ความสม่ำเสมอในการขอรับบริการ

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.07 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.12 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.75 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.56 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความสม่ำเสมอในการขอรับบริการ มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.2.4 ความต่อเนื่องของการรับบริการ

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.11 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.26 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.85 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความต่อเนื่องของการรับบริการ มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

2.3.1 ความเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.12 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.26 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 เมื่อเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความเอาใจใส่ต่อผู้มารับบริการ มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.3.2 การตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.55 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.76 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.3.3 การแสดงออกในส่วนของกรนับถือและการให้เกียรติ

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.47 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.99 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.59 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การแสดงออกในส่วนของกรนับถือและการให้เกียรติ มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.3.4 ผู้ให้บริการยิ้มแย้มแจ่มใส

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.12 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้ให้บริการยิ้มแย้มแจ่มใส มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.3.5 การรักษาภาพลักษณ์

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.42 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.45 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การรักษาภาพลักษณ์ มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.3.6 ความอ่อนน้อม สุภาพ

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.19 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.97 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความอ่อนน้อม สุภาพ มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.3.7 ความมีมารยาททุกด้าน

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.06 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.98 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.26 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความมีมารยาททุกด้าน มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.3.8 มีความกระฉับกระเฉง กระตือรือร้น

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.02 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.24 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.94 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความกระฉับกระเฉง กระตือรือร้น มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.3.9 มีความเสมอภาคในการบริการและรักษา

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.31 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.86 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.42 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.61 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความเสมอภาคในการบริการและรักษา มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.3.10 มีความซื่อสัตย์สุจริต

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.36 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.42 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความซื่อสัตย์สุจริต มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.4 ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

2.4.1 สาเหตุของโรค

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.70 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.11 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.99 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.02 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การอธิบายสาเหตุของโรค มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.4.2 การวางแผนการรักษา

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.80 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.09 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.31 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79 เมื่อเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การวางแผนการรักษา มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.4.3 วิธีการรักษา

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.59 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.70 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า วิธีการรักษา มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

2.5 ปัจจัยอื่นๆ

2.5.1 จำนวนแพทย์พอเพียงกับความต้องการของผู้ป่วยและความชำนาญของแพทย์ทุกคนเท่าเทียมกัน

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.77 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.14 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.91 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า จำนวนแพทย์พอเพียงกับความต้องการของผู้ป่วยและความชำนาญของแพทย์ทุกคนเท่าเทียมกัน มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2

การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ จำนวน 100 คน ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืน 100 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 โดยจำแนกตาม อายุ อาการป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพผู้ป่วย การใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์ การนับถือสัญชาติ เชื้อชาติ การนับถือศาสนา ค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการ ระยะเวลาในการเดินทางมาใช้บริการและเหตุผลในการใช้บริการ โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. ปัจจุบันทำนอายุ ปี เดือน		
30-39 ปี	42	42.00
40 ปี ขึ้นไป	58	58.00
รวม	100	100.00
2. ป่วยด้วยอาการ		
ปวดตึงหลังบริเวณบั้นเอว	37	37.00
อื่นๆ ปวดคอ บ่า ไหล่	63	63.00
รวม	100	100.00
3. มีอาการเจ็บป่วยมานาน (จำนวนเดือน)		
1 เดือน	76	76.00
2 เดือน ขึ้นไป	24	24.00
รวม	100	100.00
4. เป็นผู้ป่วย		
เก่า	68	68.00
ใหม่	32	32.00
รวม	100	100.00
5. เคยใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์มาก่อน		
1 ครั้ง	27	27.00
2 ครั้ง ขึ้นไป	72	72.00
รวม	100	100.00
6. ทำนถือสัญชาติ เชื้อชาติ		
สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย	88	88.00
สัญชาติไทย เชื้อชาติจีน	12	12.00
รวม	100	100.00

3.1.2 อาการป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ป่วยด้วยอาการปวดคอ บ่า ไหล่ ร้อยละ 63 รองลงมา คือ ปวดตึงบริเวณบั้นเอว

3.1.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาการเจ็บป่วยมานาน 1 เดือน ร้อยละ 76 รองลงมา คือ 2 เดือน ขึ้นไป

3.1.4 เป็นผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยเก่า ร้อยละ 68 รองลงมา คือ เป็นผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 32

3.1.5 เคยใช้บริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์

กลุ่มตัวอย่างเคยใช้บริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 2 ครั้ง ขึ้นไป คือ ร้อยละ 72 รองลงมา คือ 1 ครั้ง ร้อยละ 27

3.1.6 สัญชาติ เชื้อชาติ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ร้อยละ 88 รองลงมา คือ เป็นสัญชาติไทย เชื้อชาติจีน ร้อยละ 12

3.1.7 การนับถือศาสนา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95 รองลงมา คือ นับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 5

3.1.8 ค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เสียค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการ 600-1,000 บาท ร้อยละ 56 รองลงมา คือ 200-500 บาท ร้อยละ 44

3.1.9 ระยะเวลาในการเดินทางมาใช้บริการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ใช้เวลาในการเดินทางมาใช้บริการ 2 ชั่วโมง ขึ้นไป ร้อยละ 81 รองลงมา คือ 1 ชั่วโมง ร้อยละ 19

3.1.10 เหตุผลในการมาใช้บริการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มาใช้บริการเพราะชื่อเสียงผู้ให้บริการ คือ ร้อยละ 78 รองลงมา คือ การโฆษณา ร้อยละ 22

จากการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 พบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลองเดียวกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ) และตัวแปรปัจจัยด้านระบบบริการกระบวนการให้บริการ ด้านพฤติกรรมกรให้บริการ ด้านบริการข้อมูล ด้านประสิทธิผลการรักษาและด้านสิ่งแวดล้อม สูงกว่าก่อนการทดลอง

ในส่วนของค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านต่างๆ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน พบว่า มีความแตกต่างกัน จึงต้องทำการเปรียบเทียบด้วยค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง (\bar{d}) ในกลุ่มทดลองเดียวกัน ด้วยสถิติ t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร/ปัจจัย	กลุ่มทดลอง $\bar{d} \pm s\bar{d}$ (n = 100)	หลังการทดลอง $\bar{d} \pm s\bar{d}$ (n = 100)	t	df	p-value
ระบบบริการ	0.89 \pm 0.46	- 0.18 \pm 0.33	18.80	99	< 0.01
กระบวนการ ให้บริการ	0.45 \pm 0.40	- 0.09 \pm 0.39	9.45	100	< 0.01
พฤติกรรมผู้ให้บริการ	1.10 \pm 0.49	- 0.29 \pm 0.30	19.80	98	< 0.01
บริการข้อมูล	0.85 \pm 0.41	- 0.01 \pm 0.21	17.28	100	< 0.01
ประสิทธิผล การรักษา	0.81 \pm 0.44	0.02 \pm 0.41	11.10	99	< 0.01
สิ่งแวดล้อม	0.78 \pm 0.43	0.05 \pm 0.46	11.05	97	< 0.01

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างด้านความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ความหลากหลายเพียงพอของการบริการ เคยได้สร้างคุณค่าประโยชน์โดยการนำความรู้การจัดการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ไปถ่ายทอดแก่ผู้อื่น ความคุ้มค่าในการรักษาและความยุติธรรมในราคา การพัฒนาระบบบริการในส่วนของการนัดหมายและการพัฒนาระบบบริการด้านข้อมูลสูงกว่ากลุ่มก่อนการทดลอง

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านต่างๆ ดังกล่าวหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกัน จึงต้องทำการเปรียบเทียบด้วยค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง (\bar{d}) ของกลุ่มทดลองด้วยค่าสถิติ t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 96 ดังรายละเอียดตารางที่ 7

จากตารางที่ 7 พบว่า

3.2.1 ปัจจัยด้านระบบบริการ

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนการทดลอง 0.89 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46 หลังการทดลอง - 0.18 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนการเปลี่ยนแปลงด้านระบบบริการของหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

3.2.2 ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนการทดลอง 0.45 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.40 หลังการทดลอง - 0.19 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.39 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการให้บริการของหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

3.2.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนการทดลอง 1.10 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.09 หลังการทดลอง - 0.29 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.30 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการของหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

3.2.4 ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนการทดลอง 0.85 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.41 หลังการทดลอง - 0.01 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนการเปลี่ยนแปลงด้านบริการข้อมูลของหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

3.2.5 ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนการทดลอง 0.81 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44 หลังการทดลอง - 0.01 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนการเปลี่ยนแปลงด้านประสิทธิผลการรักษาของหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

3.2.6 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนการทดลอง 0.78 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.43 หลังการทดลอง 0.05 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมของหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ส่วนที่ 4 การศึกษาเฉพาะกรณี

การศึกษาเฉพาะกรณีเป็นการศึกษาเพื่อให้เห็นถึงการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเฉพาะกรณีโดยกำหนดลักษณะและเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่างที่เน้นเฉพาะอาการป่วยบริเวณคอ บ่า ไหล่ ของลักษณะประชากรที่มีกลุ่มทดลอง (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก) หลังจากพิจารณาความหลากหลายด้านต่างๆ แล้ว ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาเฉพาะกรณีศึกษา จำนวน 10 ราย ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ลักษณะของตัวอย่างที่ศึกษาเฉพาะกรณี

รายที่	อายุ	เพศ	ระดับฐานะ	ภูมิลำเนา	ที่พักอาศัย	อาการป่วย	ประสบการณ์การรักษา	ผลการรักษา
1	42	หญิง	ปานกลาง	กทม.	คอนโดฯ	บ้ำ-ไหล่	เคย	อาการดีขึ้น
2	45	หญิง	ปานกลาง	ปริมณฑล	บ้าน	คอ	เคย	อาการดีขึ้น
3	50	หญิง	สูง	ปริมณฑล	บ้าน	คอ	เคย	อาการดีขึ้น
4	57	หญิง	ปานกลาง	ปริมณฑล	บ้าน	คอ	เคย	ไม่หาย
5	60	หญิง	สูง	กทม.	บ้าน	บ้ำ-ไหล่	เคย	อาการดีขึ้น
6	55	หญิง	สูง	กทม.	บ้าน	คอ	เคย	อาการดีขึ้น
7	50	หญิง	สูง	กทม.	บ้าน	คอ	เคย	อาการดีขึ้น
8	49	หญิง	ปานกลาง	กทม.	บ้าน	บ้ำ-ไหล่	เคย	อาการดีขึ้น
9	52	หญิง	สูง	กทม.	บ้าน	คอ	เคย	เหมือนเดิม
10	76	หญิง	สูง	กทม.	บ้าน	คอ-บ้ำ-ไหล่	เคย	ไม่หาย

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเฉพาะกรณีทั้ง 10 ราย โดยการสังเกตและการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลตามประเด็นที่ตั้งไว้ โดยทำการสัมภาษณ์ ครั้งละ 15-30 นาที รวม 6 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ก่อนการทดลอง

ครั้งที่ 1 การสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ อายุ อาการป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานะของผู้ป่วย การใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์ การนับถือ สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ ระยะเวลาในการเดินทางมาใช้บริการ เหตุผลในการมาใช้บริการ ระบบการบริการ กระบวนการให้บริการ พฤติกรรมผู้ให้บริการ บริการข้อมูล ประสิทธิภาพการรักษาและสิ่งแวดล้อม

ระหว่างการทดลอง

ทำการสัมภาษณ์ 3 ครั้ง เพื่อสัมภาษณ์ความพึงพอใจของการจัดบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังเข้ารับการรักษาต่างๆ ดังนี้

1. ระบบการบริการ
2. กระบวนการให้บริการ
3. พฤติกรรมผู้ให้บริการ
4. บริการข้อมูล

5. ประสิทธิภาพการรักษา

6. สิ่งแวดล้อม

หลังการทดลอง

ทำการสัมภาษณ์ 1 ครั้งทันที เมื่อสิ้นสุดการทดลองเพื่อสัมภาษณ์ถึงความพึงพอใจเกี่ยวกับระบบการบริการ กระบวนการให้บริการ พฤติกรรมผู้ให้บริการ บริการข้อมูล ประสิทธิภาพการรักษา และสิ่งแวดล้อม โดยในระหว่างทำการทดลองได้มีการสัมภาษณ์ อีก 2 ครั้ง (ทุกเดือน) เพื่อสังเกตพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิดของผู้มาใช้บริการ

การศึกษาเฉพาะกรณี รายที่ 1

เพศหญิง อายุ 42 ปี 6 เดือน

ลักษณะรูปร่าง สูงใหญ่ ผิวขาว ใบหน้ากลม ตาโต คิ้วเข้ม แต่งกายดี สวมเครื่องประดับเช่นสร้อยคอ แหวนและนาฬิกา ลักษณะการเดินมีอาการไหล่ก้มเล็กน้อยและหลังงอ

ปัจจัยด้านระบบบริการ

มีความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านระบบบริการ ที่เกี่ยวกับความสะดวกในการเข้าถึงบริการมาก ด้านความพอเพียงของแพทย์ยังขาดแคลนและการบริการของแพทย์ยังไม่ทั่วถึง ส่วนความคุ้มค่าและความยุติธรรมในราคามีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ปัจจัยด้านกระบวนการบริการ

การติดต่อขอรับบริการ ควรมีการปรับปรุง เพราะบางครั้งเกิดความล่าช้า ขั้นตอนการรับบริการ มีการพัฒนาขึ้นในระดับดีมาก มีการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นและเน้นการบริการมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการให้บริการ ระยะเวลาในการรอคอยไม่นานมากและการบริการระหว่างคอย มีการปรับปรุงจากเดิมอย่างชัดเจน เช่น มีการฉายวิดีโอทัศน์และมีเจ้าหน้าที่คอยบริการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

การต้อนรับความเอาใจใส่ดีมาก การตอบสนองความต้องการมีความรวดเร็วดี การนับถือและการให้เกียรติ มีความสม่ำเสมอ ควรปรับปรุงให้พนักงานรู้จักยิ้มแย้มด้วยความเต็มใจ การรักษาภาพลักษณ์ดีมาก แพทย์ผู้รักษา มีความสุภาพและมีมารยาทมาก ด้านความกระชับกระฉ่งกระตือรือร้นมากถึงมากที่สุด มีความเสมอภาคกับผู้มาใช้บริการและมีความซื่อสัตย์สุจริต

ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านบริการข้อมูล ในประเด็นการอธิบายถึงสาเหตุของโรคมีความชัดเจน แผนการและวิธีการรักษา มีขั้นตอนการรักษาที่ดีและวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดอาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

ผลการวินิจฉัยโรคมีความถูกต้องแม่นยำ ผลการรักษามีอาการดีขึ้น การลดระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถลดระยะเวลาการเจ็บป่วยได้มาก

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับความสะอาดควรมีการทำความสะอาดทั้งภายในและภายนอกบริเวณอาคาร

ด้านความสะดวกสบาย มีการพัฒนามากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น การเข้า-ออกและการบริการเรื่องจอดรถ

ส่วนความสวยงามของคลินิก ควรมีการปรับปรุงโดยการทาสีอาคารใหม่และมีการตกแต่งบริเวณภายนอกให้สวยงาม

การศึกษาเฉพาะกรณี รายที่ 2

เพศหญิง อายุ 45 ปี 3 เดือน

ลักษณะรูปร่าง ผอม สูง โปรง ผิวสองสี ใบหน้ายาวรี ตาเล็กกริ การแต่งกายสุภาพ สวมกระโปรงแบบสบายๆ รองเท้าหุ้มส้น ลักษณะอาการของโรค ปวดร้าวบริเวณต้นคอและหัวไหล่

ปัจจัยด้านระบบบริการ

มีความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านระบบบริการ ในส่วนของความสะดวกในการเข้าถึงบริการปานกลาง ด้านความพึงพอใจของแพทย์มีความเหมาะสม การบริการของแพทย์อยู่ในระดับดีมาก ส่วนความคุ้มค่าและความยุติธรรมในราคามีความพึงพอใจปานกลาง

ปัจจัยด้านกระบวนการบริการ

การติดต่อขอรับบริการ ควรมีความชัดเจนกรณีที่ยุติให้บริการ ควรมีการแจ้งล่วงหน้า เน้นๆ ขั้นตอนการรับบริการมีการพัฒนาขึ้นในระดับดีถึงดีมาก มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการให้บริการระยะเวลาในการรอคอยน้อยลงและการบริการวิดิทัศน์มีเจ้าหน้าที่มาคอยบริการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ และบริการข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคต่างๆ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

การต้อนรับความเอาใจใส่ดีมากทุกครั้ง การตอบสนองความต้องการมีความรวดเร็วดี การนับถือและการให้เกียรติ มีความสม่ำเสมอ ควรปรับปรุงให้พนักงานรู้จักยิ้มแย้มด้วยความ

เต็มใจการรักษาภาพลักษณ์ดีมาก แพทย์ผู้รักษา มีความสุภาพและมีมารยาทดี มีความเสมอภาคกับผู้มาใช้บริการและมีความซื่อสัตย์สุจริต มีจรรยาบรรณในการประกอบวิชาชีพดี

ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านบริการข้อมูล ในประเด็นการอธิบายถึงสาเหตุของโรคมีความละเอียดและชัดเจน แผนการและวิธีการรักษา มีขั้นตอนการรักษาที่ดีและวิธีการป้องกันไม่เกิดอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

ผลการวินิจฉัยโรคมีความถูกต้องช่วยให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น ผลการรักษามีอาการดีขึ้น การลดระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถลดระยะเวลาการเจ็บป่วยได้มาก

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับความสะอาด คลินิกควรมีการให้ความสำคัญในด้านความสะอาดให้มากที่สุดโดยเฉพาะในส่วนของผ้าปูที่นอน หมอนและห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้มาใช้บริการ

ด้านความสะดวกสบาย มีการพัฒนามากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น สถานที่นั่งรอพบแพทย์ มีการเปลี่ยนโซฟาใหม่ มีบริการด้านข้อมูลโดยจัดให้มีการค้นคว้าจากเว็บไซต์

ส่วนความสวยงามของคลินิก ควรปรับปรุงบริเวณภายนอกอีกเล็กน้อย

การศึกษาเฉพาะกรณี รายที่ 3

เพศหญิง อายุ 50 ปี 10 เดือน

ลักษณะรูปร่างอวบ ท้วม เตี้ย ผิวสองสี ใบหน้ารูปไข่ ตาสองชั้น การแต่งกายสุภาพ สวมกางเกงขาขาวใส่เสื้อแขนสั้น สวมรองเท้าหุ้มส้น ใส่ทอง มีฐานะ มีภูมิฐานะอยู่ในกรุงเทพมหานคร ลักษณะอาการของโรค

ปัจจัยด้านระบบบริการ

มีความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านระบบบริการ ในส่วนของความสะดวกในการเข้าถึงบริการดีมาก ด้านความพอเพียงของแพทย์ยังขาดแคลน การบริการของแพทย์ มีความเหมาะสม ส่วนความคุ้มค่าและความยุติธรรมในราคามีความพึงพอใจระดับมาก

ปัจจัยด้านกระบวนการบริการ

การติดต่อขอรับบริการ มีความสะดวกสามารถติดต่อได้สะดวกมีความรวดเร็ว ขั้นตอนการรับบริการมีการพัฒนาขึ้นในระดับดีมาก มีความพอใจมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการให้บริการระยะเวลาในการรอคอยน้อยลงและการบริการวิดิทัศน์มีเจ้าหน้าที่มาคอยบริการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

การต้อนรับความเอาใจใส่ดีมีความเอาใจใส่ การตอบสนองความต้องการมีความรวดเร็ว การนับถือและการให้เกียรติ มีความสม่ำเสมอพนักงานรู้จักยิ้มแย้มแจ่มใส มีความเต็มใจในการให้บริการการรักษาภาพลักษณ์ของแพทย์ดีมาก แพทย์ผู้รักษา มีความสุภาพและมีมารยาททุกครั้งที่ได้พบ มีความเสมอภาคกับผู้มาใช้บริการและมีความซื่อสัตย์ดี

ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านบริการข้อมูล ในประเด็นการอธิบายถึงสาเหตุของโรคมีความชัดเจนเหมาะสมแต่บางครั้งแพทย์ให้ข้อมูลไม่หมดอาจเป็นเพราะกลัวว่าคนไข้จะรับไม่ได้ แผนการและวิธีการรักษา มีขั้นตอนการรักษาที่ดีและมีการแนะนำวิธีการป้องกันไม่เกิดอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการปฏิบัติตนหลังจากได้รับการรักษาไปแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ผู้มาใช้บริการไม่ค่อยให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามเท่าที่ควร

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

ผลการวินิจฉัยโรคมีความแม่นยำตรงกับอาการของโรค ผลการรักษามีอาการดีขึ้น การลดระยะเวลาการเจ็บป่วยได้มาก มีบางครั้งที่อาการกลับมาเป็นเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากการเกิดอุบัติเหตุเล็กๆ น้อย การปลั่งผลของผู้มาใช้บริการ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับความสะอาด ควรมีการจัดตกแต่งภูมิทัศน์เพิ่มเติม

ด้านความสะดวกสบาย มีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนที่นอนได้มาตรฐาน แอร์เย็นสบายและเจ้าหน้าที่หรือผู้ช่วยแพทย์ดูแลอย่างใกล้ชิด

ส่วนความสวยงามของคลินิก ควรมีการจัดตกแต่งด้วยดอกไม้เพื่อสดชื่น

การศึกษาเฉพาะกรณี รายที่ 4

เพศหญิง อายุ 57 ปี 9 เดือน

ลักษณะรูปร่างอ้วน เตี้ย ผิวคล้ำ ใบหน้าอ้วนกลม ตาเล็กกริ การแต่งกายสุภาพเรียบร้อยสวมกางเกงขายาวเสื้อลายดอก ลักษณะอาการของโรคปวดกล้ามเนื้อบริเวณลำตัว แขนและคอ

ปัจจัยด้านระบบบริการ

มีความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านระบบบริการ ในส่วนของความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ปานกลาง ด้านความพอเพียงของแพทย์ควรมีการเพิ่มแพทย์ การบริการของแพทย์ อยู่ในระดับดี ส่วนความคุ้มค่าและความยุติธรรมในราคามีความพึงพอใจปานกลาง

ปัจจัยด้านกระบวนการบริการ

การติดต่อขอรับบริการ ค่อนข้างยาก คิวการรักษานาน เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ขั้นตอนการรับบริการมีการพัฒนาขึ้นในระดับปานกลาง มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการให้บริการ ระยะเวลาในการรอคอยน้อยลงและการบริการระหว่างรอคอยมีการปรับปรุงจากเดิมอย่างชัดเจน เช่น มีการฉายวิดีโอ มีเจ้าหน้าที่มาคอยบริการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ และช่วยตอบข้อสงสัยต่างๆ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

การต้อนรับความเอาใจใส่ดี มีความเอาใจใส่ดี การตอบสนองความต้องการมีความรวดเร็ว การนัดถือและการให้เกียรติ มีความสม่ำเสมอพนักงานรู้จักยิ้มแย้มแจ่มใส มีความเต็มใจในการให้บริการรักษาภาพลักษณ์ดี นอกจากนี้ แพทย์ผู้รักษา มีความสุภาพและมีมารยาทที่ดีมาก มีความเสมอภาคกับผู้มาใช้บริการและมีความซื่อสัตย์สุจริตเป็นที่น่าพอใจ สำหรับผู้มาใช้บริการ

ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านบริการข้อมูลในประเด็นการอธิบายถึงสาเหตุของโรคบางครั้งไม่ค่อยเข้าใจ แผนการและวิธีการรักษา มีขั้นตอนการรักษาที่ดีและมีการแนะนำวิธีการป้องกันไม่เกิดอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น ได้มีการแนะนำด้านการปฏิบัติตนเมื่อกลับถึงบ้าน

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

ผลการวินิจฉัยโรคมีความถูกต้อง แม่นยำ แต่การรักษาต้องอาศัยระยะเวลานาน การลดระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถลดระยะเวลาการเจ็บป่วยได้มากพอสมควร แต่ยังไม่หายจากอาการที่เป็น

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับความสะอาด ควรมีการบริหารจัดการด้านภูมิทัศน์เพิ่มเติม

ด้านความสะดวกสบาย มีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น เปลี่ยนเฟอร์นิเจอร์ใหม่ อุปกรณ์ในห้องนวด มีความสะดวกสบาย

ส่วนความสวยงามของคลินิก ควรมีการตกแต่งภายในให้ดูสวยงามเพิ่มขึ้น

การศึกษาเฉพาะกรณี รายที่ 5

เพศหญิง อายุ 60 ปี 3 เดือน

ลักษณะรูปร่างโปร่ง ผิวดำแดง ใบหน้าสีเหลือง ตาสองชั้น การแต่งกายภูมิฐาน สวมรองเท้าส้นสูง ลักษณะอาการของโรคปวดบริเวณคอ บ่า ไหล่และหลัง

ปัจจัยด้านระบบบริการ

มีความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านระบบบริการ ในส่วนของความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ระดับมาก ด้านความพอเพียงของแพทย์ควรมีการเพิ่มแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น การบริการของแพทย์ มีการบริการดีเอาใจใส่ผู้มาใช้บริการ ส่วนความคุ้มค่าและความยุติธรรมในราคามีความพึงพอใจมาก

ปัจจัยด้านกระบวนการบริการ

การติดต่อขอรับบริการ มีขั้นตอนที่ชัดเจนดี แต่ควรมีการเพิ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านนี้ ขั้นตอนการรับบริการมีการพัฒนาขึ้นในระดับดีมาก มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการให้บริการ ระยะเวลาในการรอคอยน้อยลงและการบริการ ระหว่างรอคอยมีการปรับปรุงจากเดิมอย่างชัดเจน เช่น มีการฉายวิดีโอทัศน์ มีเจ้าหน้าที่มาคอยบริการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

การต้อนรับความเอาใจใส่ดีมาก สำหรับการตอบสนองความต้องการมีความรวดเร็ว การนับถือและการให้เกียรติ มีความสม่ำเสมอพนักงานรู้จักยิ้มแย้มแจ่มใส มีความเต็มใจในการให้บริการการรักษาภาพลักษณ์อยู่ในเกณฑ์ดี แพทย์ผู้รักษา มีความสุภาพและมีมารยาทที่ดีมาก นอกจากนี้ มีความเสมอภาคกับผู้มาใช้บริการและมีความซื่อสัตย์สุจริตดีมาก

ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านบริการข้อมูลในประเด็นการอธิบายถึงสาเหตุของโรคมีความชัดเจนและละเอียด แผนการและวิธีการรักษา มีขั้นตอนการรักษาที่ดีและมีการแนะนำวิธีการป้องกันไม่เกิดอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น หลังการรับการรักษา

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

ผลการวินิจฉัยโรคมีความถูกต้อง แม่นยำ ผลการรักษามีอาการดีขึ้น การลดระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถลดระยะเวลาการเจ็บป่วยได้มากกว่าการรักษาจากสถานที่อื่นๆ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับความสะอาด ควรมีการปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มทั้งภายนอกและภายในตัวอาคาร

ด้านความสะดวกสบาย มีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น การจัดบริการข้อมูล การซักถามข้อสงสัยต่างๆ

ส่วนความสวยงามของคลินิก ควรจ้างสถาปนิกมาทำการตกแต่ง เพื่อเป็นจุดขายและเป็น การตอบแทนผู้มาใช้บริการ

การศึกษาเฉพาะกรณี รายที่ 6

เพศหญิง อายุ 55 ปี 7 เดือน

ลักษณะรูปร่างอ้วน สูงใหญ่ น้ำหนัก 83 กิโลกรัม ผิวสองสี ใบหน้ากลม ตาโต ผมสองสี การแต่งกายจัดว่ามีระดับฐานะดีมากคุณภูมิจำนวนสามเครื่องประดับประเภทเพชร พลอย ทอง มีบ้านเป็นของตนเองอยู่ในกรุงเทพมหานคร ลักษณะอาการของโรคปวดหลัง ปวดต้นคอ จากการสัมภาษณ์ทำให้ทราบว่าในแต่ละวันต้องนั่งทำงานที่บริษัท ประมาณ 8-10 ชั่วโมง

ปัจจัยด้านระบบบริการ

มีความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านระบบบริการ ในส่วนของความสะดวกในการเข้าถึงบริการดีและพอใจ ด้านความพอเพียงของแพทย์ ควรเพิ่มจำนวนแพทย์เฉพาะทางอีก การบริการของแพทย์ มีความเชี่ยวชาญและบริการดี ส่วนความคุ้มค่าและความยุติธรรมในราคามีความพึงพอใจพอสมควรราคาค่ารักษามีความเหมาะสม

ปัจจัยด้านกระบวนการบริการ

การติดต่อขอรับบริการ มีความสะดวกสบายพอสมควร เมื่อติดต่อมาก็จะทำการนัดหมายให้ทันที ขั้นตอนการรับบริการมีการพัฒนาขึ้นในระดับปานกลาง มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการให้บริการระยะเวลาในการรอคอยน้อยลงและการบริการระหว่างรอคอยมีการปรับปรุงจากเดิมอย่างชัดเจน เช่น มีการฉายวิดีโอทัศน์ มีเจ้าหน้าที่มาคอยบริการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ นอกจากนี้ยังมีเอกสารแนะนำขั้นตอนการรักษาไว้คอยบริการ พร้อมทั้งมีการบริการเครื่องดื่ม ซึ่งช่วยให้ผู้มาใช้บริการประทับใจ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

การต้อนรับความเอาใจใส่ดี มีต้อนรับที่ดีมาก การตอบสนองความต้องการมีความรวดเร็ว การนับถือและการให้เกียรติ มีความสม่ำเสมอพนักงานรู้จักยิ้มแย้มแจ่มใส มีความเต็มใจในการให้บริการการรักษาภาพลักษณ์แพทย์ดีมากเช่นกัน แพทย์ผู้รักษา มีความสุภาพและมีมารยาทดี มีความเหมาะสม มีความเสมอภาคกับผู้มาใช้บริการและมีความซื่อสัตย์สุจริตต่อผู้มาใช้บริการ จึงทำให้มีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับ

ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านบริการข้อมูลในประเด็นการอธิบายถึงสาเหตุของโรคบางครั้งยังคลุมเครือ แผนการและวิธีการรักษา มีขั้นตอนการรักษาที่ดีและมีการแนะนำวิธีการป้องกันไม่เกิดอาการของโรคเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มการรักษาได้ผลดี

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

ผลการวินิจฉัยโรคมีความชัดเจน มีรายละเอียดน่าเชื่อถือ ผลการรักษามีอาการดีขึ้น การลดระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถลดระยะเวลาการเจ็บป่วยได้มาก แต่ยังไม่หาย

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับความสะดวก ควรมีการปรับปรุงบริเวณภายในคลินิก

ด้านความสะดวกสบาย มีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น การบริการเรื่องที่จอดรถ

ส่วนความสวยงามของคลินิก ต้องมีการปรับปรุงเช่นกัน

การศึกษาเฉพาะกรณี รายที่ 7

เพศหญิง อายุ 50 ปี 10 เดือน

ลักษณะรูปร่างอวบอ้วน ผิวขาว ใบหน้ากลม ตาสองชั้น การแต่งกายสุภาพสวมกางเกงขายาว สวมเสื้อคลุมสะโพก ลักษณะอาการของโรคปวดบริเวณคอ บ่าและหัวไหล่

ปัจจัยด้านระบบบริการ

มีความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านระบบบริการ ในส่วนของความสะดวกในการเข้าถึงบริการในระดับมาก ด้านความพอเพียงของแพทย์มีความพอเพียง การบริการของแพทย์มีความเอาใจใส่ต่อผู้มาใช้บริการดีมาก ส่วนความคุ้มค่าและความยุติธรรมในราคามีความพึงพอใจปานกลาง

ปัจจัยด้านกระบวนการบริการ

การติดต่อขอรับบริการ บางครั้งประสบปัญหาเรื่องเวลาและแพทย์ไม่เพียงพอ ขั้นตอนการรับบริการมีการพัฒนาขึ้นในระดับดีมาก มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการให้บริการระยะเวลาในการรอคอยน้อยลงและการบริการระหว่างรอคอยมีการปรับปรุงจากเดิมอย่างชัดเจนเช่น มีการฉายวิดีโอทัศน์ มีเจ้าหน้าที่มาคอยบริการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ มีการบริการเสริมฟรีเครื่องดื่ม เพื่อดับกระหาย

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

การต้อนรับความเอาใจใส่ดี อยู่ในระดับดี การตอบสนองความต้องการมีความรวดเร็ว การนับถือและการให้เกียรติ มีความสม่ำเสมอพนักงานรู้จักยิ้มแย้มแจ่มใส มีความเต็มใจในการให้บริการการรักษาภาพลักษณ์ดีมาก แพทย์ผู้รักษา มีความสุภาพและมีมารยาทพอสมควร มีความเสมอภาคกับผู้มาใช้บริการและมีความซื่อสัตย์สุจริตในการประกอบสัมมาอาชีพดี

ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านบริการข้อมูลในประเด็นการอธิบายถึงสาเหตุของโรคมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แผนการและวิธีการรักษา มีขั้นตอนการรักษาที่ดีและมีการแนะนำวิธีการป้องกันไม่เกิดอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น พร้อมทั้งแนะนำการดูแลสุขภาพหลังการรักษา

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

ผลการวินิจฉัยโรคมีความแม่นยำ ถูกต้อง ผลการรักษามีอาการดีขึ้น การลดระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถลดระยะเวลาการเจ็บป่วยได้มาก

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับความสะอาด ควรมีการจัดตกแต่งภายในและบริเวณภายนอกให้สวยงาม อาจจะมีการเพิ่มความร่มรื่นโดยการนำไม้ประดับมาตกแต่ง

ด้านความสะดวกสบาย มีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น การจัดบริการที่จอดรถ การมีพนักงานมาดูแลขณะจอดรถและแนะนำขั้นตอนการปฏิบัติต่างๆ

ส่วนความสวยงามของคลินิก ควรมีการปรับปรุงบริเวณภายนอกและตัวอาคารเพิ่มเติม

การศึกษาเฉพาะกรณี รายที่ 8

เพศหญิง อายุ 49 ปี 3 เดือน

ลักษณะรูปร่างสูงโปร่งเด่น หลังโก่ง ผิวสองสี ใบหน้ายาวรี ตาโต แก้มตอปก การแต่งกายสุภาพไม่แต่งหน้า สวมเครื่องประดับที่ไม่ค่อยมีราคามากนัก ทำทางไม่ค่อยพูด มีลักษณะเสียงขริม ลักษณะอาการของโรค

ปัจจัยด้านระบบบริการ

มีความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านระบบบริการ ในส่วนของความสะดวกในการเข้าถึงบริการปานกลาง ด้านความพอเพียงของแพทย์มีพอเพียงสำหรับการรักษา การบริการของแพทย์ อยู่ในเกณฑ์ที่พอใจ ส่วนความคุ้มค่าและความยุติธรรมในราคามีความพึงพอใจปานกลาง

ปัจจัยด้านกระบวนการบริการ

การติดต่อขอรับบริการ ต้องรอคิวนาน บางครั้งมีการเลื่อนนัดและทำให้เสียเวลา ขั้นตอนการรับบริการมีการพัฒนาขึ้นในระดับปานกลาง มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการให้บริการ ระยะเวลาในการรอคอยน้อยลงและการบริการระหว่างรอคอยมีการปรับปรุงจากเดิมอย่างชัดเจน เช่น มีการฉายวิดีโอ มีเจ้าหน้าที่มาคอยบริการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ และมีแผนภูมิแสดงขั้นตอนการเข้ารับบริการซึ่งดีมาก

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

การต้อนรับความเอาใจใส่ดี มีความพึงพอใจดี การตอบสนองความต้องการมีความรวดเร็ว การนับถือและการให้เกียรติ มีความสม่ำเสมอพนักงานรู้จักยิ้มแย้มแจ่มใส มีความเต็มใจในการให้บริการการรักษาภาพลักษณ์ต้องทำอย่างต่อเนื่อง แพทย์ผู้รักษา มีความสุภาพและมีมารยาทเป็นที่น่าพอใจ มีความเสมอภาคกับผู้มาใช้บริการและมีความซื่อสัตย์สุจริตดีมาก

ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านบริการข้อมูลในประเด็นการอธิบายถึงสาเหตุของโรค มีความแม่นยำแต่บางครั้งขาดรายละเอียดอาจเป็นเพราะข้อจำกัดด้านเวลา แผนการและวิธีการรักษามีขั้นตอนการรักษาที่ดีและมีการแนะนำวิธีการป้องกันไม่เกิดอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ให้บริการที่มีอาการเจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

ผลการวินิจฉัยโรค ผลการรักษามีอาการดีขึ้น การลดระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถลดระยะเวลาการเจ็บป่วยได้มาก แต่ต้องทำการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับความสะอาด ควรมีการปรับปรุงเพิ่มเติมทุกด้าน เช่น บริเวณที่นั่งรอรับการรักษาและภายในห้องที่ทำการรักษา

ด้านความสะอาดกสบาย มีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น การบริการเรื่องที่จอดรถ การดูแลผู้มาใช้บริการ

ส่วนความสวยงามของคลินิก ควรมีการปรับปรุงโดยหาของสวยๆ งามๆ เช่น ต้นไม้และดอกไม้มาตกแต่ง

การศึกษาเฉพาะกรณี รายที่ 9

เพศหญิง อายุ 52 ปี 1 เดือน

ลักษณะรูปร่างอ้วนมาก ผิวขาวเหลือง ใบหน้ากลม ตาสองชั้น การแต่งกายภูมิฐานแบบผู้มีฐานะสูง มีบ้านของตนเองอยู่ในกรุงเทพมหานคร การแต่งกายสวยงาม สวมเครื่องประดับหลายชนิด ลักษณะอาการของโรคมีอาการปวดบริเวณคอและบ่ามานานเคยเข้ารับการรักษามาหลายแห่ง

ปัจจัยด้านระบบบริการ

มีความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านระบบบริการ ในส่วนของความสะดวกในการเข้าถึงบริการในระดับดี ด้านความพอเพียงของแพทย์ควรเพิ่มจำนวนแพทย์ การบริการของแพทย์ มีการดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนความคุ้มค่าและความยุติธรรมในราคามีความพึงพอใจพอสมควร

ปัจจัยด้านกระบวนการบริการ

การติดต่อขอรับบริการบางครั้งต้องรอคิวนาน ทำให้เกิดอาการของโรครุนแรงขึ้น ขั้นตอนการรับบริการมีการพัฒนาขึ้นในระดับดีมาก มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการให้บริการ ระยะเวลาในการรอคอยน้อยลงและการบริการระหว่างรอคอยมีการปรับปรุงจากเดิมอย่างชัดเจน เช่น มีการฉายวิดีโอทัศน์ มีเจ้าหน้าที่มาคอยบริการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ และเจ้าหน้าที่ให้ความเอาใจใส่มากขึ้น

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

การต้อนรับความเอาใจใส่เน้นการบริการ การตอบสนองความต้องการมีความรวดเร็ว การนับถือและการให้เกียรติ มีความสม่ำเสมอพนักงานรู้จักยิ้มแย้มแจ่มใส มีความเต็มใจในการให้บริการการรักษาภาพลักษณ์ดีมาก แพทย์ผู้รักษา มีความสุภาพและมีมารยาทน่านับถือ มีความเสมอภาคกับผู้มาใช้บริการและมีความซื่อสัตย์สุจริตบางครั้งผู้มาใช้บริการล้มทรัพย์สินมีค่าไว้ ก็มีการโทรแจ้งและให้มารับคืน

ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านบริการข้อมูลในประเด็นการอธิบายถึงสาเหตุของโรคยังไม่เข้าใจในบางกรณี แผนการและวิธีการรักษา มีขั้นตอนการรักษาที่ดีและมีการแนะนำวิธีการป้องกันไม่เกิดอาการของโรคเพิ่มมากขึ้นและให้แนวทางการปฏิบัติตนระหว่างรอรับการรักษาในครั้งต่อไป

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

ผลการวินิจฉัยโรคมีความถูกต้อง แม่นยำ ผลการรักษามีอาการดีขึ้นแต่ช่วงระยะหนึ่งก็กลับมีอาการเหมือนเดิม การลดระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถลดระยะเวลาการเจ็บป่วยได้มาก แต่พอผ่านมาระยะหนึ่งอาการเจ็บปวดก็กลับมาอีก

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับความสะอาด ควรมีการวางแผนด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะเรื่องความสะอาดภายในตัวอาคารอย่างจริงจังและเร่งด่วน

ด้านความสะดวกสบาย มีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น การบริการเรื่องที่จะจอดรถและการดูแลจากเจ้าหน้าที่

ส่วนความสวยงามของคลินิก ควรมีการปรับปรุงภูมิทัศน์ โดยเฉพาะภายนอกให้ดูสวยงาม เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและความสบายตาสบายใจของผู้มาใช้บริการ

การศึกษาเฉพาะกรณี รายที่ 10

เพศหญิง อายุ 76 ปี 9 เดือน

ลักษณะรูปร่างอวบ ท้วม ผิวขาวมาก ใบหน้าอวบอูบ ตาหยีหนังตาตก การแต่งกายสวมกางเกงใส่เสื้อยืด ไม่สวมเครื่องประดับฐานะปานกลางอาศัยอยู่กับลูกสาว ลักษณะอาการของโรคปวดคอ บ่า ไหล่และเป็นอัมพฤกษ์

ปัจจัยด้านระบบบริการ

มีความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านระบบบริการ ในส่วนของความสะดวกในการเข้าถึงบริการมากที่สุด ด้านความพอเพียงของแพทย์ มีความพอเพียง การบริการของแพทย์พึงพอใจมาก ส่วนความคุ้มค่าและความยุติธรรมในราคามีความพึงพอใจปานกลาง เพราะมีความรู้สึกราคาค่ารักษาแต่ละครั้งแพงเกินไป

ปัจจัยด้านกระบวนการบริการ

การติดต่อขอรับบริการบางครั้งต้องรอคิวนาน แพทย์จัดคิวยังไม่เหมาะสมมากนัก ขั้นตอนการรับบริการมีการพัฒนาขึ้นในระดับดีกว่าเดิม มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการให้บริการระยะเวลาในการรอคอยน้อยลงและการบริการระหว่างรอคอยมีการปรับปรุงจากเดิมอย่างชัดเจน เช่น มีการฉายวีดิทัศน์ มีเจ้าหน้าที่มาคอยบริการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ และแนะนำรายละเอียดต่างๆ ไป

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

การต้อนรับความเอาใจใส่ต่อผู้มาใช้บริการดี การตอบสนองความต้องการมีความรวดเร็ว การนับถือและการให้เกียรติ มีความสม่ำเสมอพนักงานรู้จักยิ้มแย้มแจ่มใส มีความเต็มใจในการให้บริการการรักษาภาพลักษณ์ ควรทำอย่างต่อเนื่อง แพทย์ผู้รักษา มีความสุภาพและมีมารยาทสุภาพ มีความเสมอภาคกับผู้มาใช้บริการและมีความซื่อสัตย์สุจริตในระดับดี

ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านบริการข้อมูลในประเด็นการอธิบายถึงสาเหตุของโรคบางครั้งเกิดความไม่เข้าใจ แผนการและวิธีการรักษา มีขั้นตอนการรักษาที่ดีและมีการแนะนำวิธีการป้องกันไม่เกิดอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้มาใช้บริการมักปฏิบัติตามไม่ค่อยได้

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

ผลการวินิจฉัยโรคมีความแม่นยำ ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ผลการรักษายังไม่หาย การลดระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถลดระยะเวลาการเจ็บป่วยได้มาก สาเหตุที่ยังไม่หายอาจเป็นเพราะเกิดอาการเจ็บป่วยมานาน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับความสะอาด ควรมีการจ้างพนักงานทำความสะอาดประจำและดูแลให้ทั่วถึง

ด้านความสะดวกสบาย มีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น การเปลี่ยนโซฟาใหม่ การทำสีภายในใหม่

ส่วนความสวยงามของคลินิก ควรมีการปรับปรุงอาคารภายนอกเพิ่มเติม โดยซ่อมแซมส่วนที่แตกหักให้ดูสวยงามขึ้น

สรุป การจัดบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ (คลินิกสุวรรณ) จากการศึกษาเฉพาะกรณี 10 ราย สามารถสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยด้านระบบบริการ

สรุปได้ว่า ภายหลังจากปรับปรุงเกี่ยวกับความสะอาด การให้บริการ ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในระดับปานกลางถึงมาก ความพอเพียงของแพทย์และการบริการของแพทย์ บางครั้งยังบริการไม่ทั่วถึงส่วนความคุ้มค่าและความยุติธรรมในราคามีความเหมาะสมและพึงพอใจในระดับปานกลางถึงมาก

ปัจจัยด้านกระบวนการบริการ

สรุปได้ว่า การติดต่อขอรับบริการ ควรมีการปรับปรุง เพราะบางครั้งเกิดความล่าช้า ควรมีการแจ้งล่วงหน้ากรณีมีวันหยุด แต่โดยภาพรวมผู้ใช้บริการติดต่อขอรับบริการได้สะดวกรวดเร็ว

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

สรุปได้ว่า การต้อนรับเอาใจใส่มีความพึงพอใจ ในระดับปานกลางถึงดีมาก การตอบสนองความต้องการของผู้มาใช้บริการมีความรวดเร็วเพิ่มขึ้น การนับถือและให้เกียรติมีความสม่ำเสมอ พนักงานรู้จักยิ้มแย้มแจ่มใสมากกว่าเดิมมีความเต็มใจในการให้บริการ การรักษาภาพลักษณ์อยู่ในระดับดีถึงดีมาก แพทย์ผู้รักษามีความสุภาพและมารยาทดี มีความเสมอภาคกับผู้มาใช้บริการและมีความซื่อสัตย์สุจริตดี

ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านบริการข้อมูลในประเด็นการอธิบายถึงสาเหตุของโรคมีความชัดเจน ละเอียดแต่บางครั้งที่ผู้มาใช้บริการคิดว่าแพทย์ไม่ให้ข้อมูลทั้งหมด ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าเกรงว่าผู้มาใช้บริการหรือญาติอาจจะไม่ได้รับ แผนการและวิธีการรักษามีขั้นตอนการรักษาที่ดี มีการแนะนำวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดอาการเพิ่มมากขึ้นและให้แนวทางการปฏิบัติตนระหว่างรอรับการรักษาในครั้งต่อไป

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

สรุปได้ว่า ผลการวินิจฉัยโรคมีความแม่นยำตรงกับอาการของโรค ผลการรักษามีอาการดีขึ้นมีเพียง 1 ท่านที่อาการคงเดิมผลการรักษาในภาพรวมช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วยในได้มากแต่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สาเหตุของปัญหาที่ทำให้การรักษาขาดประสิทธิผลเป็นเพราะผู้มาใช้บริการหลายคนไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในระยะแรกๆ เกี่ยวกับความสะอาดผู้มาใช้บริการมีความพึงพอใจปานกลางแต่หลังจากมีการปรับปรุง โดยมีการทำความสะอาดทั้งบริเวณภายในภายนอกอาคาร ผู้มาใช้บริการก็มีความพึงพอใจมากขึ้น ด้านความสะอาดความสะดวกสบายมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น มีการจัดตกแต่งภูมิทัศน์เพิ่มเติมและอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการจองรถเพิ่มขึ้น

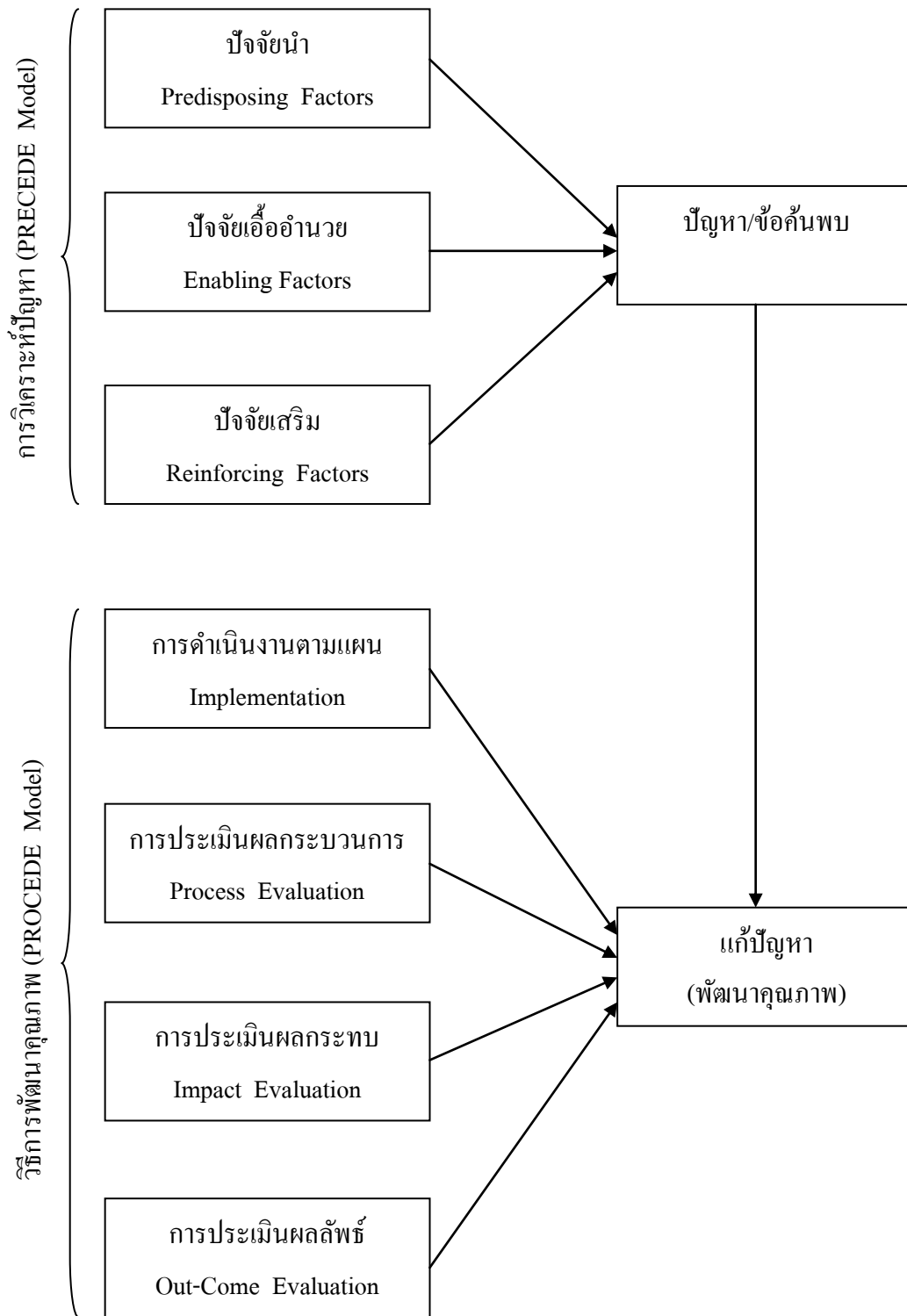
หลังการทดลองการจัดบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยด้านระบบบริการ ปัจจัยด้านกระบวนการการให้บริการ ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านบริการ ปัจจัยด้านประสิทธิผล การรักษาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลอง

ในการวิเคราะห์การจัดบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ (คลินิกสุวรรณ) โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองของตัวแปรในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 พบว่า วิธีการพัฒนาคุณภาพ (คลินิกสุวรรณ) วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEDE MODEL ซึ่งเป็นการพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาโดยมีรายละเอียดปัจจัยดังต่อไปนี้เป็นกรอบในการวิเคราะห์

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)
2. ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors)
3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)
4. การดำเนินงานตามแผน (Implementation)
5. การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation)
6. การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation)
7. การประเมินผลลัพธ์ (Out-Come Evaluation)

ดังรายละเอียด ในภาพที่ 9

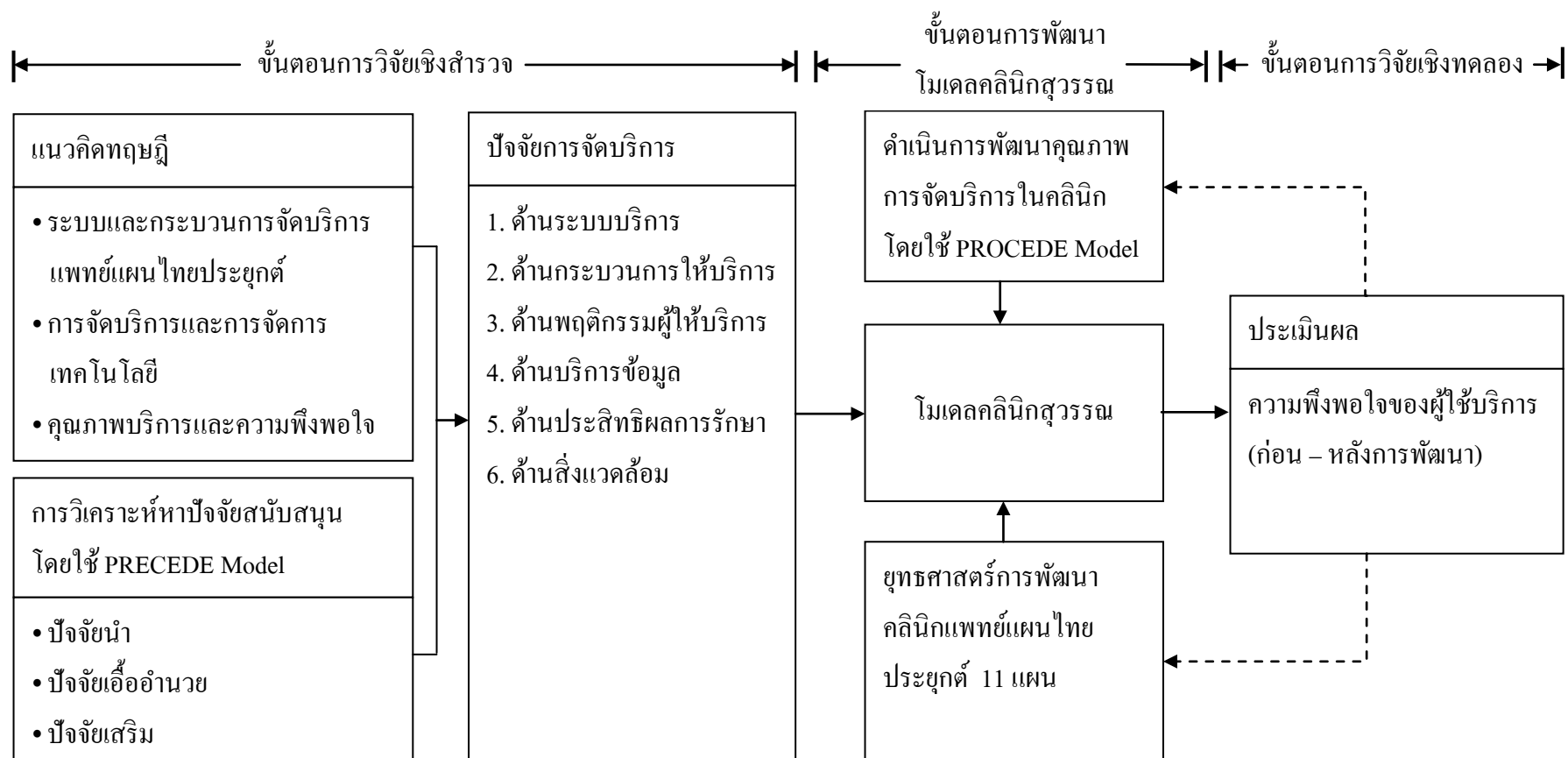
การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา



ภาพที่ 9 การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดย PRECEDE-PROCEDE MODEL

ข้อค้นพบในการวิจัยและพัฒนาการจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ สามารถสรุปได้ดังนี้

โมเดลคลินิกสุวรรณ (Suwan's Model)



ภาพที่ 10 ข้อค้นพบในการวิจัยและพัฒนาการจัดการบริการคลินิกแพทย์

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้การจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ 2) เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ และ 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ก่อนและหลัง การพัฒนาคุณภาพการจัดบริการ โดยใช้วิธีการผสมผสานการเก็บข้อมูล (Triangulation Method) คือ นำวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และใช้ PRECEDE-PROCEDE MODEL เป็นกรอบในการวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุของปัญหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้มาใช้บริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์แบบเจาะลึก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ในขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ให้และผู้ใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 26 แห่ง ที่มีลักษณะครบถ้วนตามเกณฑ์กำหนด รวมทั้งสิ้น 100 คน ในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555

ในขั้นตอนที่ 2 การศึกษาเชิงทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ใช้บริการในคลินิกทดลอง (คลินิกสุวรรณ) ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 ซึ่งสุ่มตัวอย่างตามความสะดวกและความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 40 คน จากประชากรที่มีลักษณะตามเกณฑ์กำหนด (ภาคผนวก ค)

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าสถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่างๆ ด้วยสถิติ Paired t-test และวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ มีรายละเอียด ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 สถานภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้บริการ ร้อยละ 85 และผู้ให้บริการ ร้อยละ 15

1.2 เพศ ประกอบด้วย เพศหญิง ร้อยละ 59 เพศชาย ร้อยละ 41

1.3 อายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 38 อื่นๆ ร้อยละ 12

1.4 ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 49 ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 18 ปริญญาโท ร้อยละ 21 และสูงกว่าปริญญาโท ร้อยละ 12

1.5 รายได้ปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เดือนละ 15,001-25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42 รองลงมา มีรายได้เดือนละ 25,001-35,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31 และมีรายได้เดือนละ 35,001-45,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27

1.6 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 2-5 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61 รองลงมา คือ 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 39

1.7 สถานภาพผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยเก่า ร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 40

1.8 โรคและอาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาการปวดคอ มีอาการปวดคอ ร้อยละ 38 รองลงมา คือ ปวดบ่า ร้อยละ 21 ปวดข้อเท้า ร้อยละ 17 ปวดไหล่ ร้อยละ 13 และปวดเอว ร้อยละ 11

1.9 เคยใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์มาก่อน คือ เคยใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์มาก่อน ร้อยละ 62 ไม่เคยใช้บริการ ร้อยละ 38

1.10 จำนวนครั้งที่เคยใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยใช้บริการ 3 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 58 ใช้บริการ 1-3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42

1.11 อายุปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 58 รองลงมา คือ อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 42

1.12 อาการป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ป่วยด้วยอาการปวดคอ บ่า ไหล่ ร้อยละ 63 รองลงมา คือ ปวดตึงบริเวณบั้นเอว

1.13 ระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาการเจ็บป่วยมานาน 1 เดือน ร้อยละ 76 รองลงมา คือ 2 เดือน ขึ้นไป

1.14 ผู้ป่วยเก่า/ใหม่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยเก่า ร้อยละ 68 รองลงมา คือ เป็นผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 32

1.15 เคยใช้บริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์ กลุ่มตัวอย่างเคยใช้บริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 2 ครั้ง ขึ้นไป คือร้อยละ 72 รองลงมา คือ 1 ครั้ง ร้อยละ 27

1.16 สัญชาติ เชื้อชาติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ร้อยละ 88 รองลงมาคือ เป็นสัญชาติไทย เชื้อชาติจีน ร้อยละ 12

1.17 การนับถือศาสนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95 รองลงมา คือ นับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 5

1.18 ค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เสียค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการ 600-1,000 บาท ร้อยละ 56 รองลงมา คือ 200-500 บาท ร้อยละ 44

1.19 ระยะเวลาในการเดินทางมาใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ใช้เวลาในการเดินทางมาใช้บริการ 2 ชั่วโมง ขึ้นไป ร้อยละ 81 รองลงมา คือ 1 ชั่วโมง ร้อยละ 19

1.20 เหตุผลในการมาใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มาใช้บริการเพราะชื่อเสียงผู้ให้บริการ คือ ร้อยละ 78 รองลงมา คือ การโฆษณา ร้อยละ 22

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

ภายหลังการเปรียบเทียบ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับเจตคติต่อการจัดบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ด้านระบบบริการ ด้านกระบวนการบริการ ด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ ด้านบริการข้อมูล ด้านประสิทธิผลการรักษาและด้านสิ่งแวดล้อม ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ภายหลังการเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการจัดบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ (คลินิกสุวรรณ) ของตัวแปรด้านระบบบริการ ด้านกระบวนการให้บริการ ด้านพฤติกรรมการให้บริการ ด้านบริการข้อมูล ด้านประสิทธิผลการรักษาและสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2

4. การศึกษาเฉพาะกรณี

พบว่า การจัดบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ประเด็นที่เป็นปัญหาและข้อค้นพบ คือ ปัจจัยด้านบริการ ในส่วนของความสะดวกในการเข้ารับบริการ การนัดหมายและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในส่วนของความสะอาด เช่น การเปลี่ยนแปลงหมอน ผ้าปูที่นอนใหม่ การรักษาความสะอาดโดยรวม ซึ่งจะช่วยให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้มาใช้บริการ

ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการในส่วนของการติดต่อขอรับบริการ ขั้นตอนรับบริการ ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของบริการ ระยะเวลาการรอคอยและบริการระหว่างรอคอยเข้ารับการรักษาส่งผลต่อการจัดบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ (คลินิกสุวรรณ)

นอกจากนี้ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการที่เกี่ยวกับการต้อนรับเอาใจใส่ การตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว ต้องมีการปรับปรุงปัจจัยด้านบริการ ประเด็นการวิเคราะห์สาเหตุของโรคบางครั้งผู้ใช้บริการยังไม่เข้าใจแผนการและวิธีการรักษาที่มีความชัดเจน ผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บป่วยบริเวณคอ บ่า ไหล่ ผลการรักษาต้องใช้เวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง วิธีป้องกันต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษาในประเด็นผลการตรวจวินิจฉัยมีความถูกต้องแม่นยำ ผลการรักษาผู้มารับการรักษาส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น การลดระยะเวลาการเจ็บป่วยใช้เวลาน้อยลง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต้องปรับปรุงด้านความสะอาด ความสะดวกสบายความสวยงามด้านภูมิทัศน์

การอภิปรายผล

การอภิปรายผล ผู้วิจัยจะกล่าวในรายละเอียดตามผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

ปัจจัยด้านระบบบริการ

ก่อนการทดลอง พบว่า เจตคติที่มีต่อการจัดบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ (คลินิกสุวรรณ) และระดับความพึงพอใจของปัจจัยด้านระบบบริการเกี่ยวกับความสะดวกในการเข้าถึงบริการยังเป็นปัญหาและเน้นข้อค้นพบ เพื่อหาวิธีการแก้ไขในการพัฒนาคุณภาพต่อไป นี้ นอกจากนี้ความหลากหลาย เพียงพอของการรับบริการ เช่น มีที่จอดรถ ความสะดวกสบายจำนวนที่จอดรถมีมากเพียงพอ ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ (คลินิกสุวรรณ) บกพร่องและขาดคุณภาพจึงได้ทำการหาวิธีการพัฒนาคุณภาพปัจจัยด้านระบบบริการ โดยขอความร่วมมือผู้ที่อยู่ในละแวกใกล้เคียงกับคลินิกขอเช่าที่จอดรถเพิ่มขึ้นและจัดพนักงานไว้ดูแลตลอดเวลาเพื่อให้ผู้มาใช้บริการรู้สึกปลอดภัยในทรัพย์สินขณะมาทำการใช้บริการ

ปัญหาที่เป็นข้อค้นพบอีกประเด็นหนึ่งคือ การติดต่อจองคิวหรือนัดหมาย บางครั้งได้ทำการนัดหมายทางโทรศัพท์แต่เมื่อมีการเลื่อนนัดไม่สามารถติดต่อกับผู้ใช้บริการได้ทันท่วงที สาเหตุเพราะจำนวนแพทย์มีน้อยหรือติดภารกิจเร่งด่วน วิธีการแก้ปัญหาได้ทำการดำเนินงานตามแผนของการจัดตั้งคลินิก โดยการเพิ่มจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านให้มาทำการรักษาและจัดให้มี

แพทย์ประจำคลินิกตลอดเวลา การประเมินผลกระบวนการในการแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพ พบว่า ผู้มาใช้บริการมีความพึงพอใจมาก ส่วนการประเมินผลกระทบบ จากการแก้ไขปัญหา พบว่า ได้ใช้เทคโนโลยีเข้ามาแก้ปัญหาโดยการส่งอีเมลล์ (E-mail) ส่งข้อความผ่านทางไลน์ (Line) และเฟสบุ๊ก (Facebook) การประเมินผลลัพธ์ผู้ให้บริการได้รับข้อมูลได้ทันทั่วถึงและสามารถวางแผนการเข้ารับการรักษา นัดหมายครั้งต่อไป

หลังการทดลอง พบว่า ผู้ใช้บริการมีเจตคติที่ดีและพึงพอใจในปัจจัยด้านระบบบริการเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับปัจจัยนำหรือปัจจัยหลัก (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) มาวิเคราะห์ ปัญหา (PRECEDE Model) และวิธีการพัฒนาคุณภาพ (PROCEDE Model) ซึ่งประกอบด้วย การดำเนินงานตามแผน (Implementation) การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation) การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) และการประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation) ดังภาพที่ 10

นอกจากนี้ยังได้ศึกษาสถานการณ์ของปัญหาในแต่ละปัจจัยโดยใช้ PRECEDE-PROCEDE MODEL มาวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (ดังภาพที่ 10) และใช้แนวคิดทฤษฎีคุณภาพบริการและความพึงพอใจของ ลิวอิสและบลูม (Lewis and Bloom, 1983, p.46) ที่กล่าวถึง คุณภาพของการให้บริการว่าเป็นสิ่งชี้วัดถึงระดับการให้บริการโดยผู้ให้บริการได้ดำเนินการตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการได้ดีเพียงใดสอดคล้องกับ กรอสบี้ (Grosby, 1988, p.15) ที่กล่าวว่าคุณภาพการให้บริการหรือ “Service Quality” เป็นแนวคิดที่ถือหลักการดำเนินงานที่ปราศจากข้อบกพร่องและตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้บริการและสามารถที่จะทราบความต้องการของผู้ใช้บริการด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ พาราซุรามานและเบอร์รี่ (Ziethamal, Parasuraman, and Berry, 1999, p.19) ที่ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพในการให้บริการ สรุปว่าการให้บริการเป็นการมุ่งตอบคำถามสำคัญ 3 ข้อ ประกอบด้วย (1) คุณภาพในการให้บริการ คืออะไร (2) อะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาคุณภาพในการให้บริการ (3) องค์กรสามารถแก้ปัญหาคุณภาพในการให้บริการที่เกิดขึ้นได้อย่างไร ที่พบว่าก่อนการทดลองผู้บริการไม่พึงพอใจในการให้บริการภายหลังการทดลองมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา

ก่อนการทดลอง พบว่า เจตคติและความพึงพอใจต่อประสิทธิผลการรักษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยโรคและผลการรักษา ยังมีความไม่แน่ใจว่าจะรักษาให้หายได้

ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ใช้บริการมีเจตคติที่ดีและพึงพอใจมากกว่าการทดลองทั้งนี้ เพราะผู้ให้บริการเน้นการใช้ปัจจัยหลักปัจจัยเอื้ออำนวยเข้ามาเสริมเช่นกัน กรณีที่แพทย์ไม่เพียงพอ

ก็ได้จัดให้มีแพทย์เฉพาะทางที่รักษาคอ บ่า ไหล่ เพิ่มขึ้นและยังนำวิธีการใช้ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) มาใช้โดยนำเสนอเอกสาร วิทยุทัศน์ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ประสบความสำเร็จ เช่น ญาติผู้มาใช้บริการ ผู้มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับ เมื่อมาทำการรักษาแล้วอาการดีขึ้นหรือลดระยะเวลาเจ็บป่วยมาเป็นกรณีตัวอย่าง

นอกจากนี้กระบวนการ (PROCEDE Model) โดยมีการดำเนินงานตามแผน การรักษา การประเมินผลการรักษาในแต่ละกระบวนการ การประเมินผลกระทบทและติดตามประเมินผลลัพธ์ ซึ่งสอดคล้องกับ กรีนและครูเออร์ (Green and Krueger, 1987, p.46) ที่ระบุถึง การส่งเสริมสุขภาพที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

ก่อนการทดลอง พบว่า เจตคติและความพึงพอใจในการจัดบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ (คลินิกสุวรรณ) ในประเด็นที่เกี่ยวกับสาเหตุของโรคแผนการและวิธีการรักษาและวิธีการป้องกันยังต้องมีการพัฒนา

หลังการทดลอง พบว่า ผู้ใช้บริการมีเจตคติที่ดีและความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านการบริการข้อมูลมากขึ้น โดยคลินิกได้มีการพัฒนาปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ เช่น การจัดทำคู่มือเพื่ออธิบายสาเหตุของโรค มีการจัดแพทย์อธิบายแผนการและวิธีการรักษาและการป้องกันโรค รวมทั้งมีการฉายวิทยุทัศน์เพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับ เรวัต แสงสุริยงค์และสมบัติ ทิมทรัพย์ (2533, น.12) ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงด้านการจัดการและด้านเทคโนโลยีที่กระจายไปสู่องค์กรจะก่อให้เกิดความก้าวหน้าและพัฒนาองค์กรไปสู่จุดหมายเช่นการจัดทรัพยากรที่ต่างๆ ให้เพียงพอถูกต้องและแม่นยำ

ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ

ก่อนการทดลอง พบว่า เจตคติต่อกระบวนการจัดบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ (คลินิกสุวรรณ) และความพึงพอใจของปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการในส่วนของ การจองคิวรักษา ขั้นตอนการรับบริการ ความสม่ำเสมอในการขอรับบริการ ความต่อเนื่องของการรับบริการ ยังเป็นปัญหา

หลังการทดลอง พบว่า ผู้ใช้บริการมีเจตคติที่ดีและพึงพอใจต่อปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ โดยวิธีการพัฒนาคุณภาพที่แนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านที่สุด เพื่อวิเคราะห์อาการเบื้องต้นในกรณีที่เจ็บป่วยกะทันหัน มีการติดตามรักษาอย่างสม่ำเสมอ ส่วนประเด็นของระยะเวลาในการรอคอยได้จัดให้มีการฉายวิทยุทัศน์เกี่ยวกับการรักษาโรคต่างๆ ให้และเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ดูแลผู้มาใช้บริการอย่างทั่วถึง สอดคล้องกับทฤษฎีความพึงพอใจของ คอทเลอร์ (Kotler, 1994, p.74) ที่กล่าวว่ากระบวนการรูปแบบและปัจจัยที่ทำให้

เกิดความพึงพอใจ คือ การสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ปฏิบัติงานถ้าผู้ปฏิบัติงานมีแรงจูงใจมาก เช่น รางวัลตอบแทนก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานนั้นคือ ผู้มาใช้บริการก็จะได้รับการปฏิบัติที่ดี

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมและระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการโรงพยาบาลของ สราลี ตั้งเจริญและคณะ (2554, น.167) ที่สรุปว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการพึงพอใจต่อการจัดกระบวนการให้บริการ เช่น การปฏิบัติงานของห้องระเบียน (ห้องบัตร) ห้องตรวจโรค ห้องอุปกรณ์รักษา ห้องการเงิน ห้องยาและการจัดคิวรักษาครั้งต่อไป

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการให้บริการ

ก่อนการทดลอง พบว่า เจตคติต่อปัจจัยด้านพฤติกรรมการให้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ (คลินิกสุวรรณ) และความพึงพอใจของปัจจัยด้านพฤติกรรมการให้บริการในส่วนของการเอาใจใส่ ตอบสนองความต้องการรวดเร็ว นับถือ ให้เกียรติ ยิ้มแย้ม เต็มใจ รักษาภาพลักษณ์ อ่อนน้อม สุภาพ มีมารยาท กระฉับกระเฉง กระตือรือร้น ความเสมอภาคและซื่อสัตย์สุจริต ผู้มาใช้บริการรู้สึกว่าการเอาใจใส่ เกิดความล่าช้า บุคลากรขาดการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถคัดเลือกบุคลากรให้เหมาะสมกับงาน ขาดความกระฉับกระเฉงในบางครั้ง มีการเลือกปฏิบัติและบางครั้งขาดความซื่อสัตย์สุจริต

หลังการทดลอง พบว่า ผู้ใช้บริการมีเจตคติที่ดีและพึงพอใจต่อปัจจัยด้านพฤติกรรมการให้บริการ โดยวิธีพัฒนาคุณภาพที่จัดให้มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับมารยาทมีขั้นตอนการคัดเลือกเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับงานและพอเพียง สร้างเสริมให้มีเจตคติในการเป็นเจ้าของและความรักในองค์กร มีการอบรมให้เห็นคุณค่าของการบริการที่มีความเสมอภาคและใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการดำเนินงาน เช่น ติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อการตรวจสอบกรณีเกิดปัญหา สอดคล้องกับทฤษฎีด้านการจัดการเทคโนโลยีของ พงศ์ ทรดาล (2550, น.16) ที่กล่าวว่า การนำเทคโนโลยีมาใช้ให้ถูกต้องเหมาะสมจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรในการดำเนินงานต่างๆ เพราะสามารถช่วยให้เกิดความถูกต้องในการตรวจสอบกรณีการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ก่อนการทดลอง พบว่า เจตคติและความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความสะอาด ความสะดวกสบายและความสวยงาม ควรมีการปรับปรุงให้ดีขึ้น

หลังการทดลอง พบว่า ความรู้สึกนึกคิดและความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นไปมาก ผู้มาใช้บริการมีความพึงพอใจมากกว่าการทดลอง โดยเฉพาะในประเด็นของความสะอาดของห้องที่ทำการรักษา มีการทาสีใหม่ เปลี่ยนปลอกหมอนและผ้าปูที่นอนให้ใหม่อยู่เสมอ สถานที่มีความสะดวกสบายและมีการปรับปรุงภูมิทัศน์ให้สวยงามขึ้นสอดคล้องกับ

สาธิต สมศิริ (2553, น.3) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพของสถานบริการต่างๆ (คลินิก) ให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องทั้งสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

พบว่า หลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านบริการ ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ใช้บริการ ปัจจัยด้านบริการข้อมูล ปัจจัยด้านประสิทธิภาพผลการรักษาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สูงกว่าการทดลองเนื่องจากผู้ใช้บริการได้เข้ามาใช้บริการและเห็นความแตกต่างในการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการโดยประยุกต์โดยผู้วิจัยใช้กระตุ้นให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในการมาใช้บริการของกลุ่มหลังการซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีของ พาราซุรามานและเบอร์รี่ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry, 1998, p.14) ที่สรุปว่าความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นการแสดงออกถึงความต้องการของผู้รับบริการที่จะได้รับบริการจากหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่ในการให้บริการ ซึ่งความคาดหวังของผู้รับบริการประกอบด้วยการบอกแบบปากต่อปาก ความต้องการส่วนบุคคล ประสบการณ์ในอดีตและการโฆษณาประชาสัมพันธ์ซึ่งเป็นการคาดหวังที่เกิดจากการติดต่อสื่อสารเพื่อโน้มน้าวผู้รับบริการเป็นการสื่อสารทั้งทางตรงและทางอ้อมเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการหรือผู้มาใช้บริการ เช่น การบริหารด้วยความจริงใจเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการให้บริการและยุติธรรมในราคา สอดคล้องกับ อดเคย์และแอนเดอร์เซน (1975, p.52-80) กล่าวว่า ความสะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการที่ยุติธรรมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการในการรักษาพยาบาลและความรู้สึกนึกคิดที่ผู้รับบริการได้รับบริการ เป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นจะเห็นว่ากลุ่มหลังการทดลองมีความรู้ที่นึกคิดและมีความพึงพอใจไปในทางที่ดีขึ้น

2.1 ปัจจัยด้านระบบบริการ

ผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุได้ว่า หลังการทดลองผู้ใช้บริการมีเจตคติและพึงพอใจ มากทุกประเด็น ได้แก่ ความสะดวกในการเข้ารับบริการอาหารที่มีที่จอดรถสะดวกสบาย และจำนวนที่จอดรถมีมากเพียงพอ (ดังรายละเอียดภาคผนวก ง)

ส่วนก่อนการทดลอง พบว่า มีเพียง 1 ประเด็นที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทางมาคลินิก

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างที่เพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความพึงพอใจปัจจัยด้านระบบบริการในระดับมากเป็นเพราะเกิดจากการที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้ความสะดวกในด้านต่างๆ เช่น มีที่จอดรถสะดวกและพอเพียงจะเห็นได้จากระดับความพึงพอใจของปัจจัยด้านระบบบริการ ในประเด็นที่มีที่จอดรถสะดวกสบาย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.20 - 4.33$) (ดังรายละเอียดภาคผนวก ง)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านระบบบริการ โดยการศึกษาเฉพาะกรณีพบว่า มีความพึงพอใจต่อปัจจัยระบบบริการในประเด็นความสะดวกในการเข้าถึงบริการในระดับมาก-มากที่สุด มีเพียง 1 กรณีที่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ในส่วนของความพอเพียงของแพทย์ ยังไม่ทั่วถึงและความคุ้มค่า ยุติธรรมในราคามีความพึงพอใจในระดับปานกลาง-มาก สอดคล้องกับ วราภรณ์ รัชตะวรรณ (2550, น.18) เกศินี ศรีคงอยู่ (2553, น.72) และ โอลิเวอร์ (Oliver, 1997, p.63) ที่พบว่า ปัจจัยมีอิทธิพลความพึงพอใจในการบริการประกอบด้วย ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย สภาพแวดล้อม ลักษณะทางสังคม ปัจจัยส่วนบุคคล ความสะดวกในการรับบริการ ความพอเพียงของพื้นที่บริเวณที่รอรับบริการและความยุติธรรมในการให้บริการ

2.2 ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ

ผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุได้ว่า หลังการทดลองผู้ใช้บริการมีเจตคติและพึงพอใจ มากทุกประเด็น ได้แก่ การติดต่อจองคิวหรือนัดหมายทางโทรศัพท์ ขั้นตอนการรับบริการ ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของบริการ ระยะเวลาการรอคอยและบริการระหว่างรอคอย

ก่อนการทดลอง มีความรู้สึกนึกคิดและความพึงพอใจในระดับมาก ทุกประเด็นเช่นกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างที่เพิ่มขึ้นภายหลังการทดลองพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงโดยมีระดับความพึงพอใจด้านกระบวนการให้บริการมากขึ้น อาจเกิดจากการที่ ผู้วิจัย ได้จัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ โดยการดำเนินงานตามแผน (Implementation) ด้วยการใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มจากปรับเปลี่ยนกระบวนการขอรับบริการได้หลายช่องทาง เช่น ทางโทรศัพท์ (E-mail) และการส่งไลน์ (Line) ลดขั้นตอนการรับบริการที่ยุงยากตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป ให้ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการบริการ ลดระยะเวลาการรอคอยปรับเปลี่ยนระบบการทำงานของเจ้าหน้าที่ให้รวดเร็วและมีบริการระหว่างรอคอย เช่น บริการน้ำดื่ม บริการสื่อที่เป็นเอกสารเพื่อให้ความรู้คู่วิถีทัศน์รวมทั้ง จัดเจ้าหน้าที่มาให้ข้อมูลเพิ่มเติมตลอดเวลาผลปรากฏว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X} = 3.69-3.91$) (ดังรายละเอียดภาคผนวก ง)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ โดยการศึกษาเฉพาะกรณีพบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด มีประเด็นการติดต่อขอรับบริการ การจัดคิว การนัดหมาย มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ทั้งนี้เพราะเกิดจากสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกเจ้าหน้าที่ไม่สามารถติดต่อเลื่อนนัดกับผู้ใช้บริการ ได้ทันท่วงทีแพทย์ไม่เพียงพอและการเดินทางมาใช้บริการของผู้ใช้บริการคลาดเคลื่อนทำให้เสียเวลาและต้องรอกว้าน วิธีการแก้ไขได้พยายามให้เจ้าหน้าที่เลื่อนนัดล่วงหน้าแต่เนิ่นๆ กรณีที่แพทย์ติดภารกิจกะทันหันและเมื่อผู้ใช้บริการมาผิดเวลาแพทย์ก็

ยีนคือยู่ล่วงเวลาเพื่อทำการรักษาอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับ เพลินพิศ เชื้ออ่อนและคณะ (2554, น.97) เบญจพร พุฒคำ (2549, น.111-112) ที่พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประกอบการให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา อธิยาศัยไมตรี ความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ การตรงต่อเวลาความน่าเชื่อถือไว้วางใจ

2.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ

ผลการวิเคราะห์รายข้อ ประเด็นการต้อนรับเอาใจใส่ ยิ้มแย้มแจ่มใสและเต็มใจให้บริการสามารถระบุถึงความเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดได้ว่า ภายหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงและมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะไม่มากที่สุดแต่ก็มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ผู้ให้บริการให้การต้อนรับเอาใจใส่อย่างจริงใจดูแลในรายละเอียดและอธิบายวิธีขั้นตอนการมาใช้บริการรวมทั้งเพิ่มความระมัดระวังในการดูแลผู้มาใช้บริการ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการหรือลักษณะที่ช่วยตัวเองไม่ได้ (ดังรายละเอียดภาคผนวก ง)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างที่เพิ่มขึ้นภายหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการในระดับมาก อาจเกิดการที่ผู้วิจัยได้จัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ โดยปัจจัยเสริม(Reinforcing Factors) ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อผู้ให้บริการซึ่งเป็นญาติและคนในครอบครัว โดยให้การต้อนรับเอาใจใส่ที่ดีเสมอต้นเสมอปลาย สร้างความประทับใจแก่บุคคลทั่วไปและใช้การประเมินผลลัพธ์ (Out-Come Evaluation) ในแต่ละประเด็น เช่น การตอบแบบสอบถาม การให้คะแนน 5 4 3 2 1 กรณีที่พึงพอใจมากที่สุดก็กดหมายเลข 5 เป็นต้น ผลปรากฏว่าผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในประเด็นการตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว นับถือและให้เกียรติต่อผู้ให้บริการ ยิ้มแย้มแจ่มใสและเต็มใจให้บริการรักษาภาพลักษณ์ของการรักษาและบริการ อ่อนน้อม อ่อนโยน สุภาพ และมีมารยาท กระจกเงา กระจกใส กระจกใส ความเสมอภาคในการรักษาและความซื่อสัตย์สุจริตในระดับมาก ($\bar{X} = 3.69 - 4.76$) (ดังรายละเอียดภาคผนวก ง)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ โดยการศึกษาเฉพาะกรณี พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก – มากที่สุด โดยเฉพาะในประเด็นการตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว การนับถือและให้เกียรติ ความเสมอภาคและซื่อสัตย์สุจริต เบญจพร พุฒคำ (2547, น.111-112) บังอร ผงผ่าน (2550, น.90) และเพลินพิศ เชื้ออ่อนและคณะ (2554, น.97) ที่พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจมากที่สุดคือการให้เกียรติ มีมารยาทที่ดีและอำนวยความสะดวก มีความรวดเร็ว ความเสมอภาคและซื่อสัตย์ในการให้บริการ ซึ่งช่วยให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพจิต เจตคติและทัศนคติที่ดีต่อการมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

2.4 ปัจจัยด้านบริการข้อมูล

ผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุได้ว่าหลังการทดลองผู้ใช้บริการมีเจตคติและพึงพอใจมาก ทุกประเด็นได้แก่ การค้นหาสาเหตุของโรค การวางแผนและวิธีการรักษาและวิธีป้องกันการเกิดโรคหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์

ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ด้านการบริการข้อมูล มี 2 ประเด็น ที่ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจระดับมาก ($\bar{X} = 3.71 - 3.76$) คือ การวางแผนและวิธีการรักษาและการค้นหาสาเหตุของโรค มีเพียง 1 ประเด็นที่ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.30$) คือ วิธีป้องกันการเกิดโรคหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างที่เพิ่มขึ้นภายหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านบริการข้อมูลในระดับมากอาจเกิดจากการที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้บริการในคลินิกสุวรรณ โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้มาใช้บริการในคลินิกสุวรรณ จัดทำระบบการกรอกประวัติใหม่และการค้นหาประวัติเก่า โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญด้านคอมพิวเตอร์โดยเฉพาะ ซึ่งช่วยให้เกิดความรวดเร็ว จัดบริการข้อมูลทางวิชาการด้วยการฉายวิดีโอทัศน์เกี่ยวกับดารุณสุขภาพ ส่วนการค้นหาสาเหตุของโรคใช้วิธีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสัญญาณชีพจร การวัดความดันได้นำเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาช่วยเพื่อความถูกต้องแม่นยำ ด้านการวางแผนและวิธีการรักษา ได้มีการดำเนินการวางแผนไว้เป็นปัจจุบันและเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับอาการ กรณีที่มีอาการบริเวณคอ บ่า ไหล่ จะมีทำการบริหารเทคนิคการรักษาที่ชัดเจนถูกต้องตามหลักวิชาการ การนวดรักษาโรคบริเวณคอ บ่า ไหล่และส่วนอื่นๆ ของร่างกายจำเป็นต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านและมีประสบการณ์ คลินิกสุวรรณ โดยหมอสุวรรณ ตั้งจิตรเจริญ ซึ่งเป็นแพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นแพทย์ประจำที่ได้รับฉายาหมอ “นิ้วเพชร” จากหน่วยงานองค์กรต่างๆ (ภาคผนวก จ) โดยใช้วิธีการรักษาโดยการนวด การประคบสมุนไพรเหล่านี้ต้องมีการวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตลอดจนให้คำแนะนำโรคทั่วไปแก่ผู้ใช้บริการ (Model สุวรรณคลินิก, 2555, น.204) สำหรับวิธีป้องกันการเกิดโรคหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ได้ทำการวิเคราะห์ปัญหา โดยใช้ปัจจัยหลัก ปัจจัยเอื้ออำนวย ปัจจัยเสริม (PRECEDE Model) ที่จะทำให้ทราบปัญหาหรือข้อค้นพบ (จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์, 2555, น.1) เอกสารประกอบการบรรยาย อ้างถึงในสุวรรณ จัดเจน (2533, น.126) ของวิธีการป้องกันการเกิดโรคหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ จากการวิเคราะห์อาการที่เกิดจากคอ บ่า ไหล่ พบว่า ปัจจัยหลัก ได้แก่ การมีพฤติกรรมการนั่งทำงานที่ไม่ถูกต้อง ปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ การหาแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อการรักษาค่อนข้างยากจำนวนแพทย์มีน้อยจึงเป็นการยากที่จะช่วยให้ผู้มาใช้บริการได้รับการรักษา

อย่างต่อเนื่องและครบถ้วน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากญาติและคนในครอบครัวหรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลมีความน่าเชื่อถือ แนะนำให้มารักษา

จากการวิเคราะห์ปัญหา (PRECEDE Model) นำไปสู่วิธีการพัฒนาคุณภาพ (PROCEDE Model) ในการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการซึ่งประกอบด้วย การดำเนินงานตามแผน การประเมินผลกระบวนการ การประเมินผลกระทบ การประเมินผลลัพธ์ สำหรับปัจจัยด้านบริการข้อมูลนี้หลังจากได้ดำเนินการตามวิธีพัฒนาคุณภาพดังกล่าวข้างต้นแล้วพบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจมาก-มากที่สุด 2 ประเด็นคือ การค้นหาสาเหตุของโรคและการวางแผนและวิธีการรักษา ส่วนวิธีป้องกันการเกิดโรคหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันก่อให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ อีกทั้งยังต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติและบุคคลที่เกี่ยวข้องให้การดูแลแนะนำไม่ให้เกิดอาการทรุดลงหรือกำเริบขึ้นอีก รวมทั้งยังต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดอีกด้วย ดังนั้นหลังจากวิธีการพัฒนาคุณภาพดังกล่าวไปแล้ว พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอยู่ในระดับปานกลาง (ดังรายละเอียดภาคผนวก ง)

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาดังกล่าวจึงเป็นข้อค้นพบใหม่ในการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ (ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อ 2 ข้อ 3)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านบริการข้อมูล โดยการศึกษาเฉพาะกรณี พบว่า มีความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านบริการข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การค้นหาสาเหตุของโรค การวางแผนและวิธีการรักษาและวิธีป้องกันการเกิดโรคหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ในระดับมาก สอดคล้องกับสถาบันวิจัยสมุนไพรและการแพทย์แผนจีน (2555, น.9) ที่ระบุว่าสาเหตุของโรคมักเกิดจากการวางอิริยาบถหรือท่าที่ผิดพิศุขลักษณะ เช่น การนั่งท่าเดี๋ยวนานๆ การนั่งทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นต้น และยังสอดคล้องกับ อารีวรรณ นพชญญา (2555, น.2) ที่กล่าวว่า อาการปวดคอ ปวดไหล่เป็นเพราะท่าคอกำหนดน้ำที่แบกรับน้ำหนักของศีรษะไว้ทั้งวัน ท่าคอกมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลาจึงเป็นจุดอ่อนที่เกิดอันตรายได้ง่ายและยังได้กล่าวถึงวิธีการรักษาและป้องกันไว้ว่า ควรใช้หมอนหนุนต้นคอ แกนีสัยที่ส่งผลกระทบต่อคอ บ่า ไหล่ นอกจากนี้ ยังระบุว่า ภาวะเครียดก็เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคคอ บ่า ไหล่ วิธีการรักษาต่อมีความอดทนและรักษาอย่างต่อเนื่องตามแผนและวิธีการรักษาของแพทย์เฉพาะทาง

2.5 ปัจจัยด้านประสิทธิผล

ผลการวิเคราะห์รายชื่อ สามารถสรุปได้ว่า หลังการทดลองผู้บริการมีเจตคติและพึงพอใจระดับปานกลางถึงมาก ได้แก่ ผลการตรวจวินิจฉัยโรค ผลการรักษา การลดระยะเวลาการเจ็บป่วย (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง)

ส่วนหลังการทดลอง พบว่า มี 1 ประเด็นที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ผลการตรวจวินิจฉัยโรค

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างที่เพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความพึงพอใจปัจจัยด้านประสิทธิผลในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62-3.69$) (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง)

อาจเป็นเพราะผู้วิจัยได้ดำเนินงานตามแผนการรักษาจากการสะสมประสบการณ์ และศึกษาเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญและเชิญแพทย์ที่มีทักษะเฉพาะด้านมาร่วมตรวจวินิจฉัยโรค ประกอบกับการดำเนินการให้บริการตามขั้นตอนของคลินิกสุวรรณที่ได้ปรับปรุงใหม่ทุกประการ (ภาคผนวก ง)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านประสิทธิผล โดยการศึกษาเฉพาะกรณี พบว่า มีความพึงพอใจต่อปัจจัยด้านประสิทธิผล ในประเด็น ผลการตรวจวินิจฉัยโรค ผลการรักษา การลดระยะเวลาการเจ็บป่วย มีเพียง 1 กรณี ที่ยังไม่หาย มีความพึงพอใจระดับปานกลาง แต่โดยภาพรวมอีก 9 กรณี มีความพึงพอใจมาก-มากที่สุด เพราะมีอาการดีขึ้น สามารถลดระยะเวลาการเจ็บป่วยได้มากสอดคล้องกับ วุฒิชัย จำนงค์ (2550, น.256-257) จินดาลักษณ์ วัฒนสินธุ์และอเนก ณ นคร (2538, น.7-8 อ้างถึงในเจริญ เกษญาวัลย์ 2553, น.42-43) ที่พบว่า การตรวจวินิจฉัยโรคและผลการรักษาต้องอาศัยวิธีการผสมผสาน (Integration Approach) ช่วยในการวินิจฉัยและรักษา นอกจากนี้ ต้องอาศัยการปฏิบัติการที่ต้องใช้เทคโนโลยีและเทคนิคต่างๆ ร่วมด้วยและสอดคล้องกับ เอ็ดดี้ (Eddy, 1981, p.107) ที่กล่าวว่า การวิเคราะห์ประสิทธิผล ต้องคำนึงถึงระดับในการวิเคราะห์ 3 ระดับ คือ ระดับจัดการและระดับองค์กร โดยต้องมีวิธีวัดประสิทธิผล 4 แนวทาง คือ ความสามารถเฉพาะบุคคล วัดโดยอาศัยความคิดเชิงระบบ วัดจากความสามารถขององค์กรในการเอาชนะอิทธิพลที่เป็นอุปสรรคต่อองค์กรและวัดจากค่านิยม จึงอาจกล่าวได้ว่า การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านประสิทธิผลในทุกประเด็นและต้องสร้างมาตรฐานการรักษาให้เป็นที่ยอมรับพร้อมทั้งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2.6 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ผลการวิเคราะห์รายชื่อ สามารถสรุปได้ถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดได้ว่า ภายหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทุกประเด็นได้แก่ ความสะอาดในภาพรวม ความสะดวกสบายของสถานที่ ความสวยงามและภูมิทัศน์ ประเด็นความสะอาดในภาพรวมที่ได้เพิ่ม เจ้าหน้าที่มาดูแลความสะอาดเป็นประจำส่วนต่างๆ เช่น ห้องอาบน้ำ ห้องนวด ห้องสำหรับผู้มารับบริการได้นั่งพักผ่อนทำให้ความสะดวกสบายของสถานที่ดีขึ้น ความสวยงามของภูมิทัศน์โดยรวมมีการปรับปรุง

ทาสีใหม่ นำต้นไม้ ดอกไม้มาประดับให้สวยงาม ในส่วนของภูมิทัศน์ภายนอกอาคารได้ดำเนินการเพิ่มเติมตกแต่งบริเวณโดยรอบให้ร่มรื่น สะอาด สวยงามขึ้น

จากการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า ก่อนการทดลอง ความสะอาดในภาพรวม ความสะอาดของสถานที่ ความสวยงามและภูมิทัศน์ ผู้ใช้บริการยังไม่พึงพอใจมากทั้งนี้เพราะ บางครั้งพบว่าห้องนวดไม่สะอาด ปลอดภัย ฟุ้งที่นอนและห้องเปลี่ยนเสื้อผ้ามีความสะอาดในระดับปานกลางเท่านั้น ความสะอาดสบายของสถานที่ ความสวยงามของภูมิทัศน์ยังต้องปรับปรุงเพิ่มเติม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างที่เพิ่มขึ้นภายหลังการทดลองพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงความพึงพอใจของการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เกิดจากการที่ผู้วิจัยได้จัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาคลินิกที่พึงประสงค์โดยเชิญเจ้าหน้าที่เข้ามาทำการอบรม ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์ในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็แนวทางในการดำเนินชีวิตที่มีความสุข (Healthful Lifestyles) ทั้งในที่ทำงาน และที่บ้าน จากนั้นได้มีการปฏิบัติจริง โดยรณรงค์เรื่องความสะอาด ให้ช่างมาตกแต่งและจัดภูมิทัศน์โดยรวม การประเมินผลลัพธ์พบว่า ผู้มาใช้บริการพึงพอใจเพิ่มขึ้นในระดับมาก ($\bar{X} = 3.68$)

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจจากการศึกษาเฉพาะกรณี พบว่า ความพึงพอใจนี้เกิดขึ้น ภายหลังการทดลอง การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นในประเด็นความสะอาดในภาพรวม โดยเฉพาะความสะอาดในห้องนวดและบริเวณห้องรับรอง ซึ่งได้เปลี่ยน โซฟาและประเด็นตกแต่งเพิ่มขึ้น ความสะอาดสบายของสถานที่ ความสวยงามและภูมิทัศน์ได้ดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่การทดลองครั้งที่ 1-3 ทุกเดือนการดำเนินงานวิจัยด้านสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กู๊ด (Good, 1973, p.320) กุลชน ธนาพงศ์ธร (2550, น.303-304) ฟิลลิป คอทเลอร์ (Philip, 2000, p.29) ที่กล่าวว่า สภาพคุณภาพหรือคุณภาพหรือระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการขึ้นอยู่กับแนวทางการบริการของผู้ให้บริการและสภาพแวดล้อมในการบริการ หลักการบริการต้องตอบสนองความต้องการของบุคคล ความเสมอภาค ความสม่ำเสมอ ความประหยัดและความสะดวก การเข้าถึงบริการจะพิจารณาจาก ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของ แหล่งบริการ (Accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้รับบริการยอมรับในคุณภาพบริการ (Acceptability) และผลประโยชน์หรือผลลัพธ์ คือ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

สรุปผลการวิจัยนี้พบว่า นอกจากจะเกิดจากการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ) เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจดังได้อธิบายแล้ว ข้างต้นยังมีข้อที่น่าสังเกตและค้นพบว่า การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้เกิดขึ้น

ภายหลัง จากการนำเทคโนโลยีมาใช้ในกระบวนการจัดการและการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาด้วย PRECEDE Model ประกอบด้วย ปัจจัยนำ (ปัจจัยหลัก) ปัจจัยเอื้ออำนาจและปัจจัยเสริม ซึ่งนำไปสู่การศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้การจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ มีคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพการจัดบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์ อ่างถึงโนกรีนและคูเลอร์ Green and Krueter, 1987, p.46) ที่พบว่า การประยุกต์ใช้ PRECEDE Model มาพัฒนาคุณภาพและแก้ปัญหาด้วยการดำเนินการตามแผนการประเมินผลกระบวนการ การประเมินผลกระทบและการประเมินผลลัพธ์ PRECEDE-PROCEDE MODEL ซึ่งถือว่าเป็นการจัดการที่ดีมากและเป็นผลดีต่อการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในทุกประเด็นดังกล่าว ซึ่งเป็นข้อค้นพบในการวิจัย และพัฒนาการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (ภาพที่ 10) ประกอบด้วยรายละเอียด ขั้นตอน การวิจัยเชิงสำรวจ ขั้นตอนการพัฒนาโมเดลคลินิกสุวรรณและขั้นตอนการวิจัยเชิงทดลอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (PRECEDE Model) และวิธีการพัฒนาคุณภาพ (PROCEDE Model) มาใช้ในการจัดการการบริการในหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ โดยเน้นปัจจัยนำปัจจัยเอื้ออำนาจและปัจจัยเสริม ซึ่งอาจจะนำหลักการไปวิเคราะห์ในระดับนโยบายแล้วจัดทำแผนปฏิบัติการอย่างเป็นรูปธรรม
2. ควรมีการเลือกใช้กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่สอดคล้องกับปัจจัย สาเหตุของปัญหาและสภาพการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะแนวคิดทฤษฎีด้านระบบและกระบวนการจัดบริการและการจัดการเทคโนโลยีรวมทั้งคุณภาพบริการและความพึงพอใจ
3. ควรมีการผสมผสานทฤษฎีการใช้วิธีการเก็บข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินผลข้อมูลด้านปัจจัยในแต่ละประเด็น เพื่อวัดระดับความพึงพอใจ
4. ควรนำผลการวิจัยที่ได้รับไปประยุกต์ในการบริหารจัดการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยใช้ข้อค้นพบ (ภาพที่ 10) เป็นกรอบในการพัฒนาการจัดบริการคลินิก โดยคำนึงถึงขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการคลินิก โดยใช้ PRECEDE Model ประกอบกับโมเดลคลินิกสุวรรณ โดยเน้นการดำเนินการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ การพัฒนาคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ทั้งแผน นอกจากนี้ ในขั้นตอนการวิจัยเชิงทดลอง ควรมีการประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทั้งก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งจะทำได้ทำให้สามารถประเมินผลในแต่ละปัจจัยได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการทำวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ผู้วิจัยควรเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ ให้มากขึ้น เช่นในส่วนของ การใช้คอมพิวเตอร์ การจัดระบบเกี่ยวกับประวัติผู้มาใช้บริการ ผลสัมฤทธิ์ทางการรักษา การใช้เครื่องมือทางการแพทย์แผนปัจจุบันมาช่วย เพื่อความแม่นยำในการรักษา
2. ในการศึกษาเฉพาะกรณี ควรระบุประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน
3. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยการให้องค์กรที่น่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับเข้าร่วมในการทำวิจัยเพิ่มเติมและเพื่อเป็นมาตรฐานของคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรทิพย์ จันทร์แจ่ม. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกร้านนวดแผนไทยเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคในจังหวัดนนทบุรี. วารสารบัณฑิตศึกษา. หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมการปกครอง. (2550). หลักการให้บริการ. ค้นเมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2555
จาก <http://www.dopa.go.th/>
- กฤษณ์ ศุภนราพรศักดิ์. (2552). ความพึงพอใจในการใช้บริการสนามกีฬาโรงเรียนชุมชน แผลมงอบฯ ของผู้ปกครองนักเรียนและชุมชน. ม.ป.ท.
- กองการแพทย์ทางเลือก. (2550). กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. กระทรวงสาธารณสุข.
- กันยา ปาละวิวัฒน์. (2545). ร้อน เย็น รักษาโรค. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- กิตติมา สนธิ์ขาวและคณะ. (2551). การสำรวจพฤติกรรมในการใช้บริการนวดแผนไทย : กรณีศึกษางานแพทย์แผนไทย. คณะการแพทย์แผนไทย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เกศินี ศรีคงอยู่. (2543). ความพึงพอใจของผู้มารับบริการการตรวจการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากท่อ จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรุงไกร เจนพาณิชย์. (2555). การนวดลดอาการปวดบ่าและคอ. ค้นเมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2555
จาก <http://health.kapook.com/view11063.html>
- กุสุมา ศรียากุล. (2553). รูปแบบที่พึงประสงค์ในการให้บริการในสถานการณและทิศทางการวิจัย การแพทย์. กรุงเทพฯ : องค์การทหารผ่านศึก.
- คณิต ดวงหัตถ์. (2537). สุขภาพจิตกับความพึงพอใจในงานของข้าราชการตำรวจชั้น ประทวนใน เขตเมืองและเขตชนบท ของจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ครรชิต มาลัยวงศ์. (2548). การจัดการเทคโนโลยี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- จินดาลักษณ์ วัฒนสินธุ์. (2550). การประเมินประสิทธิผล. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

- จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์. (2535). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตร์ดุขฎีบัณฑิต บัณชิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณธิตา วงศ์จันทร์. (2551). พฤติกรรมการใช้บริการศูนย์การแพทยัแผนไทยประยุกต์. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดารณี อ่อนชมจันทร์. (2555). การแพทยัแผนไทยประยุกต์ เบื้องหลัง อนาคต และความหวังของการพัฒนาการแพทยัแผนไทยให้ก้าวไกลสู่สากล. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- ดั่งการ สังแก้ว. (2545). ความพร้อมการจัดบริการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและความต้องการใช้บริการแบบผสมผสานการแพทยัแผนไทยในระบบการแพทยัแผนปัจจุบันของประชาชนจังหวัดขอนแก่น. การวิจัยและพัฒนาาระบบสาทรณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่.
- ดุขฎี ยี่ร้อสา. (2549). การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการแพทยัแผนไทยในจังหวัดภูเก็ต. สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา. จังหวัดภูเก็ต.
- โดแรนและนีเวลต์. (2550). ผลของการนวดในการบำบัดรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เทพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ. (2540). พฤติกรรมองค์การ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- ทับทิม สัมฤทธิ์เปี่ยม. (2552). การพัฒนาการให้บริการด้านการแพทยัแผนไทย ของสถานีอนามัยตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธัญธร ธรรมรักษ์. (2549). ความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่มารับบริการการตรวจการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต (สาทรณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาทรณสุข บัณชิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีรกิติ นวรัตน์ ณ อยู่ธยา. (2547). การตลาดสำหรับการบริการ. แนวคิดและกลยุทธ์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2553). หลอดเลือดสมองผิดปกติ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์

- นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ. (2543). การพัฒนารูปแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันในโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- บั้งอร ผงผ่าน. (2550). ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการของโรงพยาบาลชุมชน: ศึกษากรณีโรงพยาบาลก้นตลุก จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- เบญจพร พุฒคำ. (2547). ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ปรีชา หนูทิม. (2546). ประสิทธิภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านหน่วยส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2546. สถาบันการแพทย์แผนไทย.
- ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2554). สัดส่วนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทย. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2554. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปิยวรรณ ประคุณคงชัย. (2533). ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลของรัฐ: ศึกษากรณี จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะบุตร วานิชพงษ์พันธุ์และคณะ. (2553). ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แสงสุวรรณ.
- ภัทรพล จึงสมเจตไพศาลและคณะ. (2539). ความเป็นมาของการนวดแบบไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พชรมน พรหมสุวรรณและปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2554). สัดส่วนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2554. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พรธัญมนพร มนประณีต. (2553). ผลระหว่งการนวดไทยแบบราชสำนักกับการรับประทานยาต่อการลดอาการปวดข้อในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- พัลลภ วานิช. (2545). **พฤติกรรมผู้บริโภคที่เข้ามาใช้บริการนวดแผนไทย ในกระทรวงสาธารณสุข**. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพลินพิศ เชื้ออ่อนและคณะ. (2554). **พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข**. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- พรณี ภิญญรัตน์ และเสาวภา พรศิริพงษ์. (2543). **การพัฒนาสถานพยาบาลแผนโบราณ**. ม.ป.ท. : ม.ป.พ., 2543.
- ไพรพนา ศรีเสน. (2554). **ความคาดหวังของผู้รับบริการและความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช**. คณะแพทยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2549). **การสร้างคุณภาพบริการ**. ค้นเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2555 จาก <http://www.stou.ac.th>
- มณีวรรณ เจียและแม็กซ์เจีย. (2548). **นวดไทย "การนวดไทยแผนโบราณ"**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : The Knowledge Center.
- มันวาท สุวรรณเรือง. (2536). **ประสิทธิผลของการนำนโยบายป้องกันปราชญ์จิตเลือกตั้งของโครงการ ท.ม.ก. ไปปฏิบัติ: กรณีวิจัยปฏิบัติการเขตเลือกตั้ง ค. จังหวัด นครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). **ความพึงพอใจ**. ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นานมีบุ๊คส์.
- . (2538). **ลักษณะนามฉบับราชบัณฑิตยสถาน**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ :
- รุ่งระวี ชวนชม. (2554). **ความคาดหวังของผู้รับบริการและความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล**. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรียม ศรีทอง. (2542). **พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน**. กรุงเทพฯ. เวิร์ดเวฟเอ็ดดูเคชัน.
- เรวัต แสงสุริยงค์. (2547). **การบริการอิเล็กทรอนิกส์**. ตัวแบบสำหรับการให้บริการสาธารณะของไทย. ศูนย์นิพนธ์รัฐศาสตรุษภักดิ์บัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลดอนพุด. (2555). **ขั้นตอนการบริการ**. ค้นเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2555 จาก <http://www.dphos.com/infopage.php>
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (2555). **ปวดคอ ปวดไหล่ ทำอย่างไรดี ?**. ค้นเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2555 จาก <http://kanchanapisek.or.th/kp4/book144/helth.html>

- โรงเรียนอายุรเวท. (2555). **ประโยชน์ของการประคบน้ำร้อน**. ค้นเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2555
จาก http://www.clinicsuwan.com/wizContent.asp?wizConID=64&txtmMenu_ID=7
- ลลิตา กระจ่างโพธิ์. (2546). **ความพึงพอใจของผู้มารับบริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคและเป็นผู้ที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา. การค้นคว้าแบบอิสระ (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช)). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- วรงค์ จันทรร. (2544). **การพัฒนาต้นแบบการใช้บริการสาธารณสุขที่เป็นเลิศ.**
กรณีศึกษาจากต่างประเทศ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สกายบล็อกและการพิมพ์.
- วราภรณ์ หมอนสะอาด. (2546). **พฤติกรรมการเลือกใช้บริการนวดแผนไทยของผู้บริโภคใน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน.การค้นคว้าแบบอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม. (2555). **ประวัติการแพทย์แผนไทย**. ค้นเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2555
จาก <http://www.watpomassage.com>
- วิษณุ กัมทรทิพย์. (2555). **โรคภัยในออฟฟิศ (Office Syndrome)**. ค้นเมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2555
จาก <http://health.kapook.com/view3192.html>
- วิรุฬ พรรณเทวี. (2542). **ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของหน่วยงาน กระทรวงมหาดไทยในอำเภอเมืองจังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญา ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2532). **ผลของการกดจุดและนวดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลัง ส่วนล่าง. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- วิรัตน์ ประชุมพันธ์และคณะ. (2552). **จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยใน โรงพยาบาลพนา. จังหวัดนครราชสีมา.**
- วีระพล กิมศิริและคณะ. (2548). **ประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น ภายใต้การสังเกตโดยตรงของโรงพยาบาลสอยดาวจังหวัดจันทบุรีในปีงบประมาณ 2548. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- วีรพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์. (2539). **คุณภาพในงานบริการ 1 = Quality in services**. กรุงเทพฯ : ดวงกมลสมัย.

- วุฒิชัย จ้านงค์. (2530). **การผสมผสานปฏิบัติการเพื่อผลิตภาพ**. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ศศิวิมล ดีโนน โปธิ์. (2547). **พฤติกรรมในการเลือกใช้บริการนวดแผนไทยในสถานบริการแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่**. รายงานการวิจัยเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ. (2542). **องค์การและการจัดการ**. กรุงเทพฯ. วิถีชีวิตพัฒนา.
- ศูนย์ประสานงานการแพทย์แผนไทยภาคเหนือ. (2540). **การแพทย์แผนไทยประยุกต์**. สถาบันการแพทย์แผนไทยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์เครือข่ายความรู้และวัฒนธรรม สถาบันศิลปะและวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยบูรพา. (2555). **แพทย์แผนไทย**. ค้นเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2555. จาก <http://srayaisom.dyndns.org/nectec/siamculture/index.html/>
- ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2555). **การให้บริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย**. ค้นเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2555. จาก <http://ittm.dtam.moph.go.th/health/index.html/>
- สุรเดช รอดจินดา. (2550). **การบริหารงานกิจการนักเรียนเกี่ยวกับปัญหาสารเสพติดในสถานศึกษาของจังหวัดพะเยา**. หลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาบริหารการศึกษา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สุรศักดิ์ ศรีสุข. (2550). **ปวดหลัง ปวดไหล่ ปวดคอ**. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สุนันทา เพช. (2554). **อาการปวดคอ บ่า ไหล่**. ค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2555. จาก <http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/article/20518/>
- สาธิต สมสิริ. (2555). **กลยุทธ์การใช้พนักงาน มีอาชีพในการให้บริการ**. ค้นเมื่อวันที่ 4 เมษายน 2555. จาก <http://202.28.94.55/web/320491/>
- สถาบันวิจัยสมุนไพรและการแพทย์จีน. (2555). **ภาวะกระดูกคอเสื่อม**. ค้นเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2555. จาก http://www.enwei.co.th/about_enwei.html/
- โสภณ พงศ์สุพัต. (2544). **ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการของโรงพยาบาล ชุมพร จังหวัดชุมพร**. บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2546). **ประสิทธิผลการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์งานด้านการแพทย์แผนไทย**. สถาบันการแพทย์แผนไทย จังหวัดนนทบุรี.

- . (2547). การแพทย์แผนไทย. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
จังหวัดนนทบุรี.
- สราลี ตั้งเจริญและคณะ. (2554). พฤติกรรมและระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อ
การบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์และคณะ. (2550). ทักษะคติของผู้รับบริการญาติและผู้ให้บริการที่สถาน
บริการสาธารณสุขของรัฐ เกี่ยวกับการนำการนวดไทยมาใช้ในสถานบริการสาธารณสุข.
ในสถานการณ์และทิศทางการวิจัยการแพทย์. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก.
- สมหมาย แต่งสกุลและธาดา วิมลวัตรเวที.(2548). สุขศึกษาและพลศึกษา มัธยม 5.
บริษัท วัฒนาพานิช จำกัด : พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์ วัฒนาพานิช, ISBN 974-249-632-3.
- สมวงศ์ พงศ์สถาพร. (2550). เคล็ดไม่ลับการตลาดบริการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
ยูบีซีแอล บুকส์
- สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง
สาธารณสุข. (2547). เอกสารประกอบการอบรมการแพทย์แผนไทยเบื้องต้น
(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุชล แวนแก้ว. (2550). การยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการ
สาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนใต้.
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- สุดสงวน คำคุณ. (2542). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการนวดไทยในคลินิกการแพทย์แผนไทย
อำเภออดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
ส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. (2552). ได้สำรวจความนิยมการใช้สมุนไพรและยา
แผนโบราณ ของประชาชน ใน พ.ศ.2528. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- โสมนัสสา โสมนัส. (2549). พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวในการเลือกศูนย์เครือข่ายความรู้และ
วัฒนธรรม สถาบันศิลปะและวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยบูรพา. แพทย์แผนไทย.
ค้นเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2550. จาก <http://www.siamculture.org/>
- . (2549). พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวในการเลือกใช้บริการนวดแผนไทยใน
เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ เศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อนงค์ เอื้อวัฒนา. (2542). ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล
อานาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีวรรณ นพัญญา. (2555). อาการปวดคอ ปวดไหล่. ค้นเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2555
 จาก <http://www.kodhit.com/~article/>
- อิสรา ทะชาดา. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการนวดแผนไทยของผู้ป่วยโรคปวด
กล้ามเนื้อ ที่มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์โรงพยาบาล
เจ้าพระยาอภัยภูเบศร. คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุทัยวรรณ ตรีนุชกรและคณะ. (2554). การติดตามผลหลังดำเนินโครงการเพิ่มศักยภาพบุคลากร
ด้านการรักษาทางการแพทย์แผนไทยในหลักสูตร วิชาการสาธารณสุขของวิทยาลัยการ
สาธารณสุขสิรินธร สังกัดพระบรมราชชนก. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
 จังหวัดตรัง.
- เอนก ณ นคร. (2538). **ประสิทธิผลการปราบปรามอาชญากรรมของตำรวจนครบาลใน**
กรุงเทพมหานคร. ภาคนิพนธ์พัฒนาสังคมมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิต
 พัฒนบริหารศาสตร์.
- อรุณ รักธรรม. (2525). **ทฤษฎีองค์การสมัยใหม่**. การบริหารองค์การ. กรุงเทพฯ:
 สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- อวย เกตุสิงห์. (2554). แพทย์อายุรเวท. ค้นเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2554. จาก
http://www.clinicsuwan.com/wizContent.asp?wizConID=66&txtmMenu_ID=7/
 ----- . (2550). **แพทย์แผนไทยประยุกต์**. สถาบันวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
- อัจฉริยา อยู่ประเสริฐ. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการนวดแผนไทยของผู้ป่วย
โรคปวดกล้ามเนื้อและโครงร่างทั่วไป ที่มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์
ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองลำพูน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Aday, Lu Ann, and R.Andersen.Ronald. (2000). **Development of induces of Access to Medical**
Care. Michigan Ann Arbor : Health Administration Press.
- Bloom, Benjamin S.,et al. 1956. **Taxonomy of Educational Objective Handbook I :**
Cognitive Domain. New York : David Mckay Company,Inc.
- Buzzell, Robert D., and Bradley, T. Gale. 1987. **The PIMS Principles**. NewYork:
 The Free Press.

- Crosby, P. B. (1979). **Quality is Free**. New York: McGraw-Hill Cronin.
- Eddy, W. B. (1981). **Public organization behavior and development**. Cambridge MA: Winthrop.
- Good, c. V. (Ed.). (1973). **Dictionary of education (3rded.)**. New York: McGraw-Hill.
- Good, Carter V. (1973). **Dictionary of education**. New York: McGraw – Hill book.
- Gronroos. C. (1990). **Relationship Approach to Marketing in Service Contexts: The Marketing and Organizational Behavior Interface**. Journal of Business Research.
- (1992). **Strategic Management and Marketing in the Public Sector**. Finland: Swedish School of Economics and Business Management.
- Gundlach, James, and Nelson P. Reid. (1983). **A Scale for Measurement of Consumer Satisfaction with Social Service**. Journal of Social Service Research 7 (Fall).
- Hoffman, K. D., & Bateson, J. E. G. (2006). **Services marketing**. Concepts, strategies, & Cases. Mason, OH: Thomson South-Western.
- Holzemer, W. L., and Reilly, C. A. (1995). **Variable, Variability, Variation Research: Implications for Medical Informatics**. Journal of Medical Informatics Association 2.
- Koehler, J.W. and J. M. Pankowski. (1996). **Quality Government: Designing, Developing and Implementing TQM**. N.J.: St. Lucie Press.
- Kotler, P. (2000). **Marketing Management**. The Millennium ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kotler, P., and Anderson, A. R. (1987). **Strategic Marketing for Nonprofit Organizations**. New Jersey : Prentice-Hall.
- Kraus, Stephen J. (1995). **Attitude and the Prediction of Behavior: A Meta-Analysis of the Empirical Literature**. Personality and Social Psychology Bulletin 21 (No.1, January).
- Lovelock, C. H. (1996). **Service Marketing**. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
Online[URL]http://www.opdc.go.th/special.php?spc_id=1&content_id=160
- McQuail, D. (1994). **Mass communication theory: An introduction (3rd ed.)**. London: Sage.
- Katz, E., Blumler, J. G., & Gurevitch, M. (1983). Utilization of mass communications by the individual. London: Sage.
- Millet, J. D. (1954). **Management in the public service**. New York: McGraw-Hill.

- Oliver, Pamela E. (1993). **Formal Models of Collective Action**. Annual Review of Sociology
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1985). **A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research**. Journal of Marketing.
- (1988). **SERVQUAL: A Multi-item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality**. Journal of Retailing 64 (1).
- (1991). **Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale**. Journal of Retailing 67.
- (1994). **Reassessment of Expectation of Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implication for Further Research**. Journal of Marketing 58 (January).
- Schmenner, Roger W. (1995). **Service operations management**. Englewood Cliffs, NJ Prentice-Hall.
- Sharp, Byron, Page, Narelle, and Dawes, John. (2000). **A New Approach to Customer Satisfaction, Service Quality and Relationship Quality Research**. In Visionary Marketing for the 21st Century: Facing the Challenge. ANZMAC 2000 Marketing Science Center, University of South Australia.
- V. K. Narayanan.(2001). **Managing Technology and Innovation for Competitive Advantage**, Prentice-Hall.
- Vroom, V. H. (1990).**Manage people not personnel: Motivation and performance appraisal**. Boston: Harvard Business School Press.
- Wolman, B. B. (1973). **Dictionary of behavioral science (1st ed.)**. New York: Van nor strand.
- Hornby, A. F. (2000). Advance learner's dictionary (6th ed.). London, England: Oxford University.
- Wisher, J.D. and Corney, W.J., (2001). **Comparing practices for capturing bank customer feed back – Internet versus traditional banking**. Benchmarking: An International Journal 8(3).
- Youssef, F. N., Nel, D. and Bovaird, T. (1996). **Health care quality in NHS hospitals**. International Journal of Health Care Quality Assurance.

Zeithaml, V. A., and Bitner, M. J. (2000). **Services Marketing: Customer Focus Across the Firm**. 2nd ed. Boston, Massachusetts: McGraw-Hill.

Zeithaml, V. A., Parasuraman, and L. L., Berry. (1985). **Problem and Strategic in Services Marketing**. *Journal of Marketing* 49 (2).

Zeithaml, V. A., Parasuraman, and L. L., Berry. (1990). **Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions**. New York: The Free Press.

Zineldin, M. (1996). **Bank Strategy Portioning and Some Determinants of Bank Selection**. *International Journal of Bank Marketing* 14 (6).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. รศ.ดร.วันทนีย์ สว่างอารมณ์
 สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
 วุฒิการศึกษา Ph.D. (สาขาการจัดการเทคโนโลยี)
 ประสบการณ์หรือความชำนาญ - อาจารย์สอนประจำสาขาวิชาชีววิทยา
 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
 มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
 หน้าที่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง

2. ผศ.ดร.สมชาย รัศมี
 สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
 วุฒิการศึกษา ศศ.ม. (ดนตรีวิทยา)
 Ph.D. (สาขาการจัดการเทคโนโลยี)
 ประสบการณ์หรือความชำนาญ - อาจารย์สอนประจำสาขาวิชาดนตรีตะวันตก
 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
 มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
 หน้าที่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง

3. ผศ.ดร.กิตติรัตน์ ฐานสุวรรณศรี
 สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
 วุฒิการศึกษา ศศ.ม. (บริหารการศึกษา)
 Ph.D. (สาขาการจัดการเทคโนโลยี)
 ประสบการณ์หรือความชำนาญ - อาจารย์สอนประจำสาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
 คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
 มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
 - ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการ
 หน้าที่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง

4. ดร.กุสุมา ศรียากุล

สถานที่ทำงาน ศูนย์การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี

วุฒิการศึกษา วท.ม. (สุขศึกษา)

Ph.D. (การแพทย์แผนไทยประยุกต์)

ประสบการณ์หรือความชำนาญ - อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการบริการ

หน้าที่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง

5. อาจารย์บุษราภรณ์ ธนสีลังกูร

สถานที่ทำงาน สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

วุฒิการศึกษา วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ประสบการณ์หรือความชำนาญ - ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย
ประเภทการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (บป.),
การผดุงครรภ์ไทย (บผ.) เภสัชกรรมไทย (บก.)
เวชกรรมไทย (บว.) และการนวดไทย (พท.น)

- ปฏิบัติงานตำแหน่งแพทย์แผนไทยประยุกต์

โรงพยาบาลวังน้ำเย็น อ.วังน้ำเย็น จ.สระแก้ว

หน้าที่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง

ภาคผนวก ข
ตำแหน่งสื่อราชการ



ที่ ศธ.0564.14/ 129

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
1061 ถนนอิสรภาพ แขวงหิรัญรูจี
เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600

4 พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน รศ.ดร.วันที สว่างอารมณ์

เนื่องด้วย นายสุวรรณ ตั้งจิตรเจริญ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการจัดการเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี” โดยมีคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. ผศ.ดร.จันทร์วิภา คิลกสัมพันธ์ ประธานกรรมการ
2. รศ.ดร.ปิยนุตร วานิชพงษ์พันธ์ กรรมการ
3. รศ.ดร.พงศ์ หรดาล กรรมการ

ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้เครื่องมือวิจัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่นักศึกษาด้วยจะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สรายุทธ์ เศรษฐขจร)

รองอธิการบดี ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร 0-2473-7000 ต่อ 1810



ที่ ศธ.0564.14/ 129

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
1061 ถนนอิสรภาพ แขวงหิรัญรูจี
เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600

4 พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน ผศ.ดร.สมชาย รัศมี

เนื่องด้วย นายสุวรรณ ตั้งจิตรเจริญ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการจัดการเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี” โดยมีคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. ผศ.ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์ ประธานกรรมการ
2. รศ.ดร.ปิยบุตร วานิชพงษ์พันธ์ กรรมการ
3. รศ.ดร.พงศ์ หรดาล กรรมการ

ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้เครื่องมือวิจัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่นักศึกษาด้วยจะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สรายุทธ์ เศรษฐขจร)

รองอธิการบดี ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร 0-2473-7000 ต่อ 1810



ที่ ศธ.0564.14/ 129

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
1061 ถนนอิสรภาพ แขวงหิรัญรูจี
เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600

4 พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน ผศ.ดร.กิตติรัตน์ ฐานสุวรรณศรี

เนื่องด้วย นายสุวรรณ ตั้งจิตรเจริญ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎี
บัณฑิต สาขาการจัดการเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กำลังทำวิทย
นิพนธ์ เรื่อง “การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัด
นนทบุรี” โดยมีคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. ผศ.ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์ ประธานกรรมการ
2. รศ.ดร.ปิยบุตร วานิชพงษ์พันธ์ กรรมการ
3. รศ.ดร.พงศ์ หรดาล กรรมการ

ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้เครื่องมือวิจัย
จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่นักศึกษาด้วยจะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สรายุทธ์ เสรยฐขจร)
รองอธิการบดี ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร 0-2473-7000 ต่อ 1810



ที่ ศธ.0564.14/ 129

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
1061 ถนนอิสรภาพ แขวงหิรัญรูจี
เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600

4 พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน อาจารย์บุษราภรณ์ ธนสีลังกูร

เนื่องด้วย นายสุวรรณ ตั้งจิตรเจริญ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎี
บัณฑิต สาขาการจัดการเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กำลังทำวิทย
นิพนธ์ เรื่อง “การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัด
นนทบุรี” โดยมีคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. ผศ.ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์ ประธานกรรมการ
2. รศ.ดร.ปิยบุตร วานิชพงษ์พันธ์ กรรมการ
3. รศ.ดร.พงศ์ หรดาล กรรมการ

ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้เครื่องมือวิจัย
จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่นักศึกษาด้วยจะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สรายุทธ์ เสรยฐขจร)
รองอธิการบดี ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร 0-2473-7000 ต่อ 1810



ที่ ศธ.0564.14/ 129

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
1061 ถนนอิสรภาพ แขวงหิรัญรูจี
เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600

4 พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน ดร.กุสุมา ศรียากุล

เนื่องด้วย นายสุวรรณ ตั้งจิตรเจริญ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการจัดการเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี” โดยมีคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. ผศ.ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์ ประธานกรรมการ
2. รศ.ดร.ปิยบุตร วานิชพงษ์พันธ์ กรรมการ
3. รศ.ดร.พงศ์ หรดาล กรรมการ

ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้เครื่องมือวิจัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่นักศึกษาดังกล่าวจะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สรายุทธ์ เสรยฐขจร)
รองอธิการบดี ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร 0-2473-7000 ต่อ 1810

ภาคผนวก ค

แบบสอบถาม

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย
เรื่อง
การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์
เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ คือ

แบบสอบถามเจตคติของผู้ให้และผู้ให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 เจตคติต่อการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ)

ส่วนที่ 4 การศึกษาเฉพาะกรณี

**แบบสอบถามเจตคติของผู้ให้และผู้ให้บริการต่อการจัดบริการ
ในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความหรือตัวเลขลงในช่องว่าง และขีดเครื่องหมาย ✓ ลงใน ()
หน้าข้อความที่เป็นจริงของท่าน

1. สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม () ผู้ให้บริการ () ผู้ใช้บริการ
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. ปัจจุบันท่านอายุปี
4. ระดับการศึกษา
 () ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี
 () ปริญญาโท () สูงกว่าปริญญาโท
5. รายได้ปัจจุบัน
 () 15,001-25,000 บาท () 25,001-35,000 บาท
 () 35,001-45,000 บาท () 45,001 บาทขึ้นไป
6. ระยะเวลาที่ท่านเจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
7. ท่านเป็นผู้ป่วย () เก่า () ใหม่
8. โรค/อาการเจ็บป่วยของท่านที่ทำให้มาใช้บริการที่นี่
 ระบุโรค/อาการ.....
9. เคยใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์มาก่อน () เคย () ไม่เคย
10. ถ้าเคย ใช้มาแล้วกี่ครั้ง ครั้ง

ส่วนที่ 2 เจตคติต่อการจัดบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์

คำชี้แจง กรุณาเขียนหรือบอกความรู้สึกนึกคิดของท่านที่มีต่อปัจจัยและประเด็นในการบริการอย่างแท้จริง

1. ปัจจัยด้านระบบบริการ

1.1 ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ

- () สะดวกมากที่สุด
- () สะดวกมาก
- () ไม่สะดวกในบางครั้ง
- () ไม่สะดวกเลย

1.2 ความหลากหลาย/เพียงพอของการบริการ

- () มีความหลากหลายและพอเพียงมาก
- () มีความหลากหลายและพอเพียงปานกลาง
- () ไม่มีความหลากหลายและไม่พอเพียง

1.3 เคยได้สร้างคุณค่าประโยชน์โดยการนำความรู้การจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ไปถ่ายทอดแก่ผู้อื่นหรือไม่และผลลัพธ์เป็นอย่างไร

- () เคยบ่อยมาก ผลตอบรับดีมาก
- () เคยเป็นระยะๆ ผลตอบรับดีมาก
- () ไม่เคยเลย

1.4 ด้านความคุ้มค่าในการรักษาและความยุติธรรมในราคา

- () คุ้มค่าและยุติธรรมมาก
- () คุ้มค่าและยุติธรรมบางกรณี
- () ไม่คุ้มค่าและไม่ยุติธรรม

1.5 การพัฒนาระบบบริการในส่วนของกรณีศึกษา

- () ระบบบริการกรณีศึกษามาก
- () ระบบบริการกรณีศึกษาบ้างครั้งมีปัญหา
- () ระบบบริการกรณีศึกษาไม่ดี

1.6 การพัฒนาระบบบริการด้านข้อมูล

- () ระบบบริการด้านข้อมูลดีมาก
- () ระบบบริการด้านข้อมูลดี
- () ระบบบริการด้านข้อมูลต้องปรับปรุง

2. ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ
 - 2.1 การติดต่อขอรับบริการ
 - () การติดต่อขอรับบริการสะดวก
 - () การติดต่อขอรับบริการไม่สะดวก
 - 2.2 ขั้นตอนการรับบริการ
 - () มีการกำหนดชัดเจน
 - () บางครั้งเกิดความสับสน
 - 2.3 ความสม่ำเสมอในการขอรับบริการ
 - () มีความสม่ำเสมอดีมาก
 - () มีความสม่ำเสมอปานกลาง
 - () ไม่แน่นอน
 - 2.4 ความต่อเนื่องของการรับบริการและระยะเวลาในการรับบริการ
 - () มีความต่อเนื่องดีมากและระยะเวลาในการรับบริการเหมาะสม
 - () มีความต่อเนื่องปานกลางและระยะเวลาในการรับบริการปานกลาง
 - () ไม่มีความต่อเนื่องและระยะเวลาในการรับบริการไม่แน่นอน
3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ
 - 3.1 ความเอาใจใส่ต่อผู้มารับบริการ
 - () เอาใจใส่ต่อผู้มารับบริการดีมาก
 - () เอาใจใส่ต่อผู้มารับบริการดี
 - () บางครั้งไม่เอาใจใส่
 - 3.2 การตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว
 - () การสนองตอบความต้องการรวดเร็วมาก
 - () การสนองตอบความต้องการบางครั้งล่าช้า
 - () ไม่มีการสนองตอบความต้องการเลย
 - 3.3 การแสดงออกในส่วนของ การนับถือและการให้เกียรติ
 - () มีการนับถือและให้เกียรติมาก
 - () มีการนับถือและให้เกียรติในบางครั้ง
 - () ไม่มีการนับถือและให้เกียรติ

- 3.4 ผู้ให้บริการ ยิ้มแย้ม แจ่มใสและเต็มใจให้บริการ
- () ปฏิบัติประจำ
 - () ปฏิบัติเป็นส่วนมาก
 - () ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย
 - () ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคยปฏิบัติ
- 3.5 การรักษาภาพลักษณ์
- () ปฏิบัติมากที่สุด
 - () ปฏิบัติมาก
 - () ปฏิบัติปานกลาง
 - () ปฏิบัติน้อย
- 3.6 การอ่อนน้อมสุภาพ
- () ปฏิบัติเป็นประจำ
 - () ปฏิบัติเป็นส่วนมาก
 - () ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
 - () ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย
- 3.7 ความมีมารยาททุกด้าน
- () ปฏิบัติเป็นประจำ
 - () ปฏิบัติเป็นส่วนมาก
 - () ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
 - () ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย
- 3.8 มีความกระฉับกระเฉง กระตือรือร้น
- () ปฏิบัติเป็นประจำ
 - () ปฏิบัติเป็นส่วนมาก
 - () ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
 - () ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย
- 3.9 มีความเสมอภาคในการบริการและรักษา
- () ปฏิบัติเป็นประจำ
 - () ปฏิบัติเป็นส่วนมาก
 - () ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
 - () ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย

- 3.10 มีความซื่อสัตย์สุจริต
- () ปฏิบัติเป็นประจำ
 - () ปฏิบัติเป็นส่วนมาก
 - () ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
 - () ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย
4. ปัจจัยด้านบริการข้อมูล
- 4.1 สาเหตุของโรค
- () อธิบายสาเหตุของโรคปฏิบัติเป็นประจำ
 - () อธิบายสาเหตุของโรคเป็นส่วนมาก
 - () อธิบายสาเหตุของโรคเป็นบางครั้ง
 - () อธิบายสาเหตุของโรคเป็นส่วนน้อย
- 4.2 การวางแผนการรักษา
- () ปฏิบัติเป็นประจำ
 - () ปฏิบัติเป็นส่วนมาก
 - () ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
 - () ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย
- 4.3 วิธีการรักษา
- () ปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาตามวิธีการรักษาที่ถูกต้องเป็นประจำ
 - () ปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาตามวิธีการรักษาที่ถูกต้องเป็นส่วนมาก
 - () ปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาตามวิธีการรักษาที่ถูกต้องเป็นบางครั้ง
 - () ปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาตามวิธีการรักษาที่ถูกต้องเป็นส่วนน้อย/ไม่เคยปฏิบัติ
5. ปัจจัยอื่นๆ
- 5.1 จำนวนแพทย์พอเพียงกับความต้องการของผู้ป่วยและความชำนาญของแพทย์ทุกคนเท่าเทียมกัน
- () จำนวนแพทย์พอเพียงกับความต้องการของผู้ป่วยมากและชำนาญมาก
 - () จำนวนแพทย์พอเพียงกับความต้องการของผู้ป่วยปานกลางและชำนาญน้อย
 - () จำนวนแพทย์ไม่พอเพียงและแพทย์ไม่มีความชำนาญ

**แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการจัดบริการ
ในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ)**

เลขที่/รหัส.....

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความหรือตัวเลขลงในช่องว่าง และขีดเครื่องหมาย ✓ ลงใน ()

หน้าข้อความเป็นจริงของท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ ปี เดือน
 30-39 ปี 40 ปี ขึ้นไป
2. ป่วยด้วยอาการ ปวดตึงหลังบริเวณบั้นเอว
 อื่นๆ ปวดคอ บ่า ไหล่
3. มีอาการเจ็บป่วยมานาน (จำนวนเดือน)
 1 เดือน 2 เดือน ขึ้นไป
4. เป็นผู้ป่วย เก่า ใหม่
5. เคยใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์มาก่อน 1 ครั้ง 2 ครั้ง ขึ้นไป
6. ท่านถือสัญชาติ เชื้อชาติ
 สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย
 สัญชาติไทย เชื้อชาติจีน
7. ท่านนับถือศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม
 อื่นๆ
8. ค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการ 200-500 บาท 600-1,000 บาท
9. ระยะเวลาในการเดินทางมาใช้บริการ 1 ช.ม. 2 ช.ม. ขึ้นไป
10. เหตุผลในการมาใช้บริการ การโฆษณา ชื่อเสียงผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทย
ประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ)

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านอย่างแท้จริงตามปัจจัยและ
ประเด็นในการให้บริการในคลินิกสุวรรณที่ท่านได้รับ

ปัจจัย/ประเด็นการจัดบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ
ปัจจัยด้านระบบบริการ 1. ความสะดวกในการเดินทางมาคลินิก 2. มีที่จอดรถสะดวกสบาย 3. จำนวนที่จอดรถมีมากเพียงพอ ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ 1. การติดต่อจองคิวหรือนัดหมายทางโทรศัพท์ 2. ขั้นตอนการรับบริการ 3. ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของบริการ 4. ระยะเวลาการรักษา 5. บริการระหว่างรอคอย ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ 1. การต้อนรับ เอาใจใส่ 2. การตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว 3. นับถือและให้เกียรติต่อผู้ใช้บริการ 4. ยิ้มแย้ม แจ่มใสและเต็มใจให้บริการ 5. รักษาภาพลักษณ์ของการรักษาและบริการ 6. อ่อนน้อม อ่อนโยน สุภาพและมีมารยาท 7. กระฉับกระเฉง กระตือรือร้น 8. ความเสมอภาคในการรักษา 9. ซื่อสัตย์ สุจริต					

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย/ประเด็นการจัดบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ
ปัจจัยด้านบริการข้อมูล 1. การค้นหาสาเหตุของโรค 2. การวางแผนและวิธีการรักษา 3. วิธีป้องกันการเกิดโรคหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ ปัจจัยด้านประสิทธิผล 1. ผลการตรวจวินิจฉัยโรค 2. ผลการรักษา 3. การลดระยะเวลาการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม 1. ความสะอาดในภาพรวม 2. ความสะอาดความสะดวกสบายของสถานที่ 3. ความสวยงามและภูมิทัศน์					

ส่วนที่ 4 การศึกษาเฉพาะกรณี (แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview))

คำชี้แจง ในการศึกษารายกรณีถึงความพึงพอใจ เหตุผล ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ เกี่ยวกับ
คุณภาพการบริการที่ผู้ใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คลินิกสุวรรณ)

1. ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการด้านระบบบริการแต่ละประเด็นมากน้อยเพียงใด เพราะเหตุใด
 - 1.1 ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ
 -
 - 1.2 ความเพียงพอของแพทย์และบริการ
 -
 - 1.3 ความคุ้มค่าและความยุติธรรมในราคา.....
 -
2. ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการด้านกระบวนการให้บริการแต่ละประเด็นมากน้อยเพียงใด เพราะเหตุใด
 - 2.1 การติดต่อขอรับบริการ.....
 -
 - 2.2 ขั้นตอนการรับบริการ.....
 -
 - 2.3 ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของบริการ.....
 -
 - 2.4 ระยะเวลาในการรอคอย
 -
 - 2.5 บริการระหว่างรอคอย.....
 -
3. ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการในแต่ละประเด็นมากน้อยเพียงใด เพราะเหตุใด
 - 3.1 การต้อนรับ ความเอาใจใส่.....
 -
 - 3.2 การตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว.....
 -

- 3.3 การนับถือและการให้เกียรติ.....
.....
- 3.4 ความขี้มั่วและเต็มใจ.....
.....
- 3.5 การรักษาภาพลักษณ์.....
.....
- 3.6 ความสุภาพและมีมารยาท.....
.....
- 3.7 มีความกระฉับกระเฉง กระตือรือร้น.....
.....
- 3.8 มีความเสมอภาค.....
.....
- 3.9 มีความซื่อสัตย์สุจริต.....
.....
4. ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการข้อมูล แต่ละประเด็นมากน้อยเพียงใด
- 4.1 สาเหตุของโรค.....
.....
- 4.2 แผนการและวิธีการรักษา.....
.....
- 4.3 วิธีการป้องกัน.....
.....
5. ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการประสิทธิภาพการรักษาแต่ละประเด็นมากน้อยเพียงใด
- 5.1 ผลการวินิจฉัย.....
.....
- 5.2 ผลการรักษา.....
.....
- 5.3 ลระยะเวลาการเจ็บป่วย.....
.....

6. ท่านมีความพึงพอใจต่อด้านปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมแต่ละประเด็นมากน้อยเพียงใด

6.1 ความสะอาด.....

.....

6.2 ความสะอาดสวยงาม

.....

6.3 ความสวยงาม.....

.....

ภาคผนวก ง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่าง

การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจและปัจจัยการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์
แต่ละตัวแปร

ในการวิเคราะห์ในแต่ละตัวแปร โดยการพิจารณาจากค่าเฉลี่ย \bar{X} ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความพึงพอใจและปัจจัยการจัดบริการ
คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์แต่ละตัวแปร การให้บริการในคลินิกสุวรรณ

ข้อที่	ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง		ระดับ
		\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	
ปัจจัยด้านระบบบริการ							
1.	ความสะดวกในการเดินทางมา คลินิก	3.76	.605	ปานกลาง	4.33	.547	มาก
2.	มีที่จอดรถสะดวกสบาย	3.44	.694	ปานกลาง	4.20	.499	มาก
3.	จำนวนที่จอดรถมีมากเพียงพอ	3.48	.794	ปานกลาง	3.69	.752	มาก
ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ							
1.	การติดต่อของคิวหรือนัดหมาย ทางโทรศัพท์	2.79	.987	ปานกลาง	3.91	.701	มาก
2.	ขั้นตอนการรับบริการ	3.07	.909	ปานกลาง	3.71	.731	มาก
3.	ความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ของบริการ	3.10	.629	ปานกลาง	3.70	.734	มาก
4.	ระยะเวลาการรักษา	3.46	.788	ปานกลาง	3.71	.731	มาก
5.	บริการระหว่างรอคอย	3.18	.711	ปานกลาง	3.69	.731	มาก
ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ							
1.	การต้อนรับ เอาใจใส่	3.00	.899	ปานกลาง	3.33	.602	ปานกลาง
2.	การตอบสนองความต้องการ อย่างรวดเร็ว	2.93	.845	ปานกลาง	3.69	.706	มาก
3.	นับถือและให้เกียรติต่อ ผู้ใช้บริการ	3.96	.738	ปานกลาง	3.62	.694	มาก

ข้อที่	ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง		ระดับ
		\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	
4.	ยิ้มแย้ม แจ่มใสและเต็มใจให้บริการ	2.94	.933	ปานกลาง	3.30	.591	ปานกลาง
5.	รักษาภาพลักษณ์ของการรักษาและบริการ	3.59	.679	มาก	4.37	.680	มาก
6.	อ่อนน้อม อ่อนโยน สุภาพ และมีมารยาท	3.46	.738	ปานกลาง	3.65	.691	มาก
7.	กระฉับกระเฉง กระตือรือร้น	3.07	.909	ปานกลาง	4.00	.560	มาก
8.	ความเสมอภาคในการรักษา	3.65	.691	มาก	4.76	.599	มาก
9.	ซื่อสัตย์ สุจริต	3.76	.681	มาก	3.75	.720	มาก
ปัจจัยด้านบริการข้อมูล							
1.	การค้นหาสาเหตุของโรค	3.90	.623	มาก	3.76	.701	มาก
2.	การวางแผนและวิธีการรักษา	3.30	.591	ปานกลาง	3.71	.734	มาก
3.	วิธีป้องกันการเกิดโรคหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์	3.10	.628	ปานกลาง	3.30	.591	ปานกลาง
ปัจจัยด้านประสิทธิผล							
1.	ผลการตรวจวินิจฉัยโรค	2.91	.842	ปานกลาง	3.07	.909	ปานกลาง
2.	ผลการรักษา	3.46	.738	ปานกลาง	3.62	.694	มาก
3.	การลดระยะเวลาการเจ็บป่วย	3.40	.728	ปานกลาง	3.69	.611	มาก
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม							
1.	ความสะอาดในภาพรวม	2.81	.905	ปานกลาง	2.94	.933	ปานกลาง
2.	ความสะอาดสบายของสถานที่	3.08	.990	ปานกลาง	3.41	1.196	ปานกลาง
3.	ความสวยงามและภูมิทัศน์	2.80	.899	ปานกลาง	2.91	.842	ปานกลาง
	รวม	3.28		ปานกลาง	3.68		มาก

ภาคผนวก จ
ลักษณะเกณฑ์ที่กำหนดและเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ในการศึกษาเฉพาะกรณี

ลักษณะและเกณฑ์ที่กำหนด (กระทรวงสาธารณสุข, 2549, น.212)

ผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะและเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างโดยการแบ่งกลุ่ม เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่มีความหลากหลายในการศึกษาเฉพาะกรณี ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ใช้บริการที่มีอาการเจ็บป่วยบริเวณ คอ บ่า ไหล่
2. อายุ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ
 - 2.1 อายุ 40 ปี ขึ้นไป
 - 2.2 อายุ 60 ปี ขึ้นไป
3. มีอาการเจ็บป่วยบริเวณ คอ บ่า ไหล่
 - 3.1 เล็กน้อย (10-30 %)
 - 3.2 ปานกลาง (40-50 %)
 - 3.3 มาก-มากที่สุด (50 % ขึ้นไป)
4. ความถี่ในการใช้บริการ
 - 4.1 ทุกสัปดาห์
 - 4.2 ทุก 2 สัปดาห์
5. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย
 - 5.1 3-6 เดือน
 - 5.2 6 เดือน ขึ้นไป
6. ผลการรักษา
 - 6.1 อาการดีขึ้นเล็กน้อย (10-30 %)
 - 6.2 อาการดีขึ้นปานกลาง (40-50 %)
 - 6.3 อาการดีขึ้นมาก-มากที่สุด (50 % ขึ้นไป)

ลักษณะและเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาเฉพาะกรณี

ผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะและเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างโดยการแบ่งกลุ่ม เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่มีความหลากหลายในการศึกษาเฉพาะกรณี ดังต่อไปนี้

1. เพศ
 - 1.1 เพศหญิง
2. อายุ
 - 2.1 อายุ สูงกว่า 40 ปี
3. ระดับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ
 - 3.1 มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมระดับสูง
 - 3.2 มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมระดับกลาง
 - 3.3 มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมระดับต่ำ
4. ภูมิลำเนา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ
 - 4.1 กรุงเทพมหานคร
 - 4.2 ปริมณฑล
5. ที่พักในปัจจุบัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ
 - 5.1 พักอาศัยอยู่ในบ้านของตัวเอง
 - 5.2 พักอาศัยตามลำพัง
6. อาการป่วย
 - 6.1 ปวดบริเวณคอ
 - 6.2 ปวดบริเวณบ่าและไหล่
 - 6.3 อื่นๆ
7. ประสบการณ์การรักษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ
 - 7.1 เคยได้รับการรักษามาแล้ว
 - 7.2 ได้รับการรักษามาอย่างต่อเนื่อง
8. ผลการรับการรักษา
 - 8.1 อาการดีขึ้น
 - 8.2 ไม่หาย

ภาคผนวก ฉ
สำเนาประกาศนียบัตร



BANSOMDEJCHAOPRAYA
RAJABHAT UNIVERSITY

This is to certify that

Suwan Tangchitharoen

Attended

Academic English for Technology Management

Short Course

From

6th April 2006 – 19th April 2006

James Cross

Associate Professor Jim Cross
Associate Dean
International & Commercial
Edith Cowan University

Supol

Dr Supol Wuthisen
President
Bansomdejchaopraya
Rajabhat University



This is to certify that

Suwan Tangchitharoen

Attended

**University English for Postgraduate
Study Course**

16-27th October, 2006

and is awarded this

Certificate of Attendance

This course was delivered and assessed by
Edith Cowan University

A handwritten signature in black ink, reading 'Supol Wuthisen', is positioned above the name of the President of Bansomdejchaopraya Rajabhat University.

.....
A/Professor Supol Wuthisen
President
Bansomdejchaopraya Rajabhat University
Thailand

A handwritten signature in black ink, reading 'Jim Cross', is positioned above the name of the Associate Dean of International at Edith Cowan University.

.....
A/Professor Jim Cross
Associate Dean, International
Edith Cowan University
Australia



Faculty of Education

This is to certify that

Mr. Suwan Tangchitharoen

has participated in the PhD Seminar:

**RESEARCHING ON
TECHNOLOGY FOR
SUSTAINABILITY**

from 11th April 2007 – 16th April 2007

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bob Elliott'.

Associate Professor Bob Elliott
Director, International Development
Faculty of Education
16 April 2007

Queensland University of Technology



phone +64 9 849 4180 fax +64 9 815 2901 web www.unitec.ac.nz
address Carrington Rd, Mt Albert, Private Bag 92025, Auckland, New Zealand

Unitec New Zealand

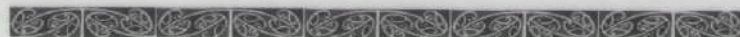
Would like to acknowledge and thank

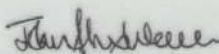
Mr. Suwan Tangchitharoen

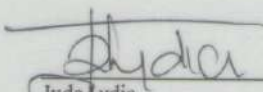
For your participation in a one day workshop in
Restructuring Society; Sustainability and the Role of Technology
Presented by Dr Logan Muller



He aha te mea nui o te ao? Maaku e Kī atu. He tangata, he tangata, he tangata.
What is the greatest thing in the world? I will say it is people, it is people, it is people




Dr John Webster
President


Jude Lydia
Director, International

Presented April 2007

experience
Te Whare Wānanga o Wairaka

ภาคผนวก ข
สำเนาเอกสารการเผยแพร่งานวิจัย



ที่ ศบ ๐๔๖๔.๐๘/ว. ๖๗๕

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
๑๐๖๑ ถนนอิสรภาพ แขวงหิรัญรูจี
เขตธนบุรี กรุงเทพฯ ๑๐๖๐๐

๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๔

เรื่อง ตอบรับการส่งบทความ

เรียน คุณสุวรรณ ตังจิตรเจริญ

ตามที่ คุณสุวรรณ ตังจิตรเจริญ ได้ส่งบทความวิจัยในหัวข้อเรื่อง “การจัดบริการคลินิก แพทย์แผนไทยประยุกต์ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี” เพื่อนำเสนอในงานประชุมวิชาการ ระดับชาติ “วิจัยเพื่อพัฒนาไทยอย่างยั่งยืน” ระหว่างวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๕๕ นั้น

บัดนี้ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ได้รับ บทความเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และทางคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความได้พิจารณาเห็นชอบให้ นำเสนอในการประชุมวิชาการในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณ ชามุขชัยเชาว์วิวัฒน์)

บรรณาธิการ

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

โทรศัพท์ ๐-๒๔๗๓-๗๐๐๐ ต่อ ๓๐๐๐

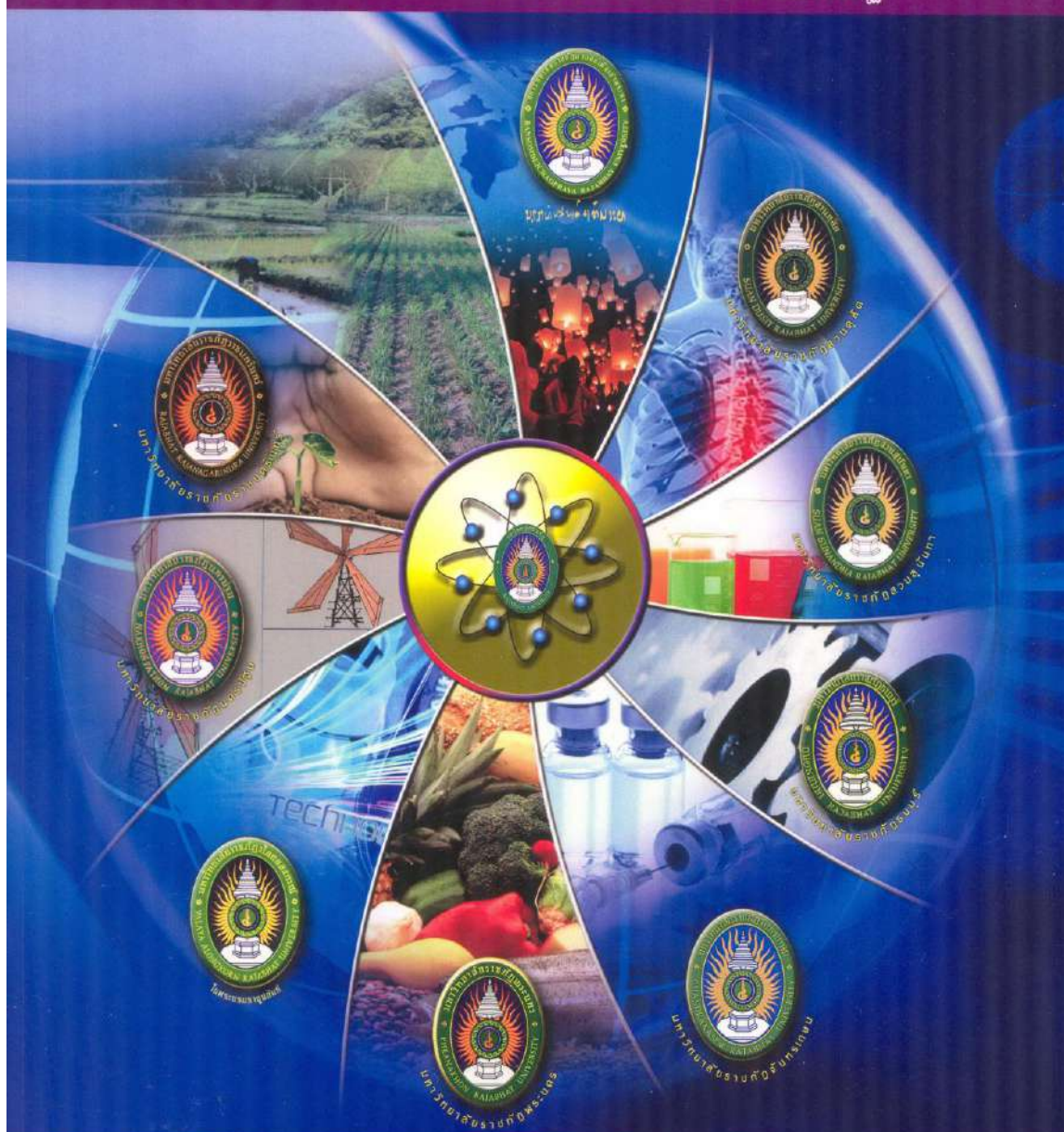
โทรสาร ๐-๒๔๗๒-๕๗๑๔

E-mail : arun_46@hotmail.com

การประชุมวิชาการระดับชาติ วิจัยเพื่อพัฒนาไทยอย่างยั่งยืน

Research for Thai Sustainable Development


จัดโดย
เครือข่ายคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 9 มหาวิทยาลัยราชภัฏ



วันที่ 17 มกราคม 2555
ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพฯ

ISBN 978-974-373-585-1

สารบัญ

	หน้า
 ภาคบรรยาย "วิจัยเพื่อพัฒนาไทยอย่างยั่งยืน"	
การจัดการความรู้ในการเคลื่อนย้ายปลาสวยงามของเกษตรกรในจังหวัดราชบุรี สุวรรณีย์ สิมะกรพันธ์	1
การเปรียบเทียบการจัดการการเลี้ยงไก่พื้นเมืองในระบบการเลี้ยงตามมาตรฐาน ปศุสัตว์อินทรีย์กับระบบการเลี้ยงทั่วไป: กรณีศึกษาในเขตภาคกลาง อนุสรา แซ่ตั้ง มณฑิชา พุทธาคำ และ จิตติมา กันตนาวัลลกุล	11
การวิจัยและถ่ายทอดเทคโนโลยีรูปแบบการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำในคลองสำโรง กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลบางปลา จังหวัดสมุทรปราการ รติมา เกตุแก้ว สุวรรณีย์ สิมะกรพันธ์ และ ปราณีย์ แซ่เจ็ง	22
การศึกษาสภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมของชุมชนเมือง แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร สายพิน แก้วชินดวง	31
การประเมินหุ่นฝึกทักษะเย็บแผลจากยางพารา วินัย สยอวรรณ และ นลินภัทร์ รตนวิบูลย์สุข	43
การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี สุวรรณ ตั้งจิตรเจริญ	52
สุขภาวะและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของชาวไทยมุสลิมในระหว่างการถือศีลอด: กรณีศึกษาชุมชนหมู่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ธนวรรณ์ อิมสมบุญณ์ ยามิละ ดอแม และ เสริมศักดิ์ กิจสุขุม	60
การศึกษาเปรียบเทียบการทำงานของตู้อบแห้งพริกชี้ฟ้าด้วยพลังงานแสงอาทิตย์ และพลังงานจากหลอดอินฟราเรด มยุรี แจ้งประจักษ์ และ จุมพล ขอบขำ	70
การศึกษาอิทธิพลของสภาวะการตัดเฉือนงานกลึงเหล็กกล้าเครื่องมืองานเย็น ด้วยเม็ดมิดคาร์ไบด์เคลือบด้วยไททาเนียมที่มีผลต่อความขรุขระของพื้นผิว วสันต์ นาคเสนีย์	79
การสร้างชุดทดสอบเพื่อหาระยะการโก่งของคาน ภูมิไฉ สอาดโถม จักรพล จันลือไชย และ อนุรัตน์ เทวตา	92
เครื่องอัดไส้กรอกอีสานด้วยไฟฟ้ากระแสตรง มินเรศน์ เตชะวงศ์	107



วิจัยเพื่อพัฒนาไทยอย่างยั่งยืน

การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี

The Clinical Service Management of Applied Thai Traditional Medicine
in Bangkok and Nonthaburi Province

สุวรรณ ตั้งจิตรเจริญ

Suwan Tangchitcharoen

สาขาวิชาการจัดการเทคโนโลยี คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

1061 ถนนอิสรภาพ แขวงหิรัญรูจี เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

E-mail: suwanclinic@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์และรูปแบบการจัดบริการคลินิก เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการรักษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 45 คน ประกอบด้วยสถานประกอบการการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทั้งหมด 5 แห่ง ได้แก่ คลินิก Health Land แพทย์แผนไทยประยุกต์ (สาขาพระราม 2) คลินิกภาคภูมิแพทย์แผนไทยประยุกต์ คลินิกสุพรหมอาศรมแพทย์แผนไทยพบว่า การจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ในจังหวัด กรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี โดยภาพรวมมีประยุกต์ คลินิกจันทร์ไม้หอมแพทย์แผนไทยประยุกต์และคลินิกอายุเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เจาะลึกการวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย ผลการวิจัยความจำเป็นอยู่ในระดับมากและเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านปรากฏว่ามีความจำเป็นอยู่ในระดับมากทุกด้าน คุณลักษณะที่จำเป็นของการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วย คุณธรรม จริยธรรม บุคลิกภาพ มนุษยสัมพันธ์ คุณสมบัติพิเศษ ทักษะในการประกอบอาชีพ ความรู้ความสามารถทางวิชาการและจากการวิจัยพบว่า ขั้นตอนของการบริหารจัดการ เช่น การทำบัตร การชั่งประวัติ การรอตรวจ การพบแพทย์ทำการรักษา การนัดหมายครั้งต่อไป มีความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมาก ด้านเจ้าหน้าที่และเจ้าของคลินิก โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การจัดการบริการคลินิก / แพทย์แผนไทยประยุกต์/ กรุงเทพมหานคร/ จังหวัดนนทบุรี

Abstract

This study was to investigate the clinical services management of applied Thai traditional medicine and the clinical services management model for promoting efficient care. The 45 sample members in this study were from 5 applied Thai traditional medical centers; Health Land Applied Thai Traditional Medical Clinic including Ramall, Pakphum Applied Thai Traditional Medical Clinic, Suphrom Applied Thai Traditional Medical Clinic, Chanmaihom Applied Thai Traditional Medical Clinic and Medical Science of Applied Thai Traditional Medical Clinic. The research instruments were the questionnaire and the in-depth interview questionnaire. The data was analyzed by the frequency, percentage, mean, standard deviation, *t*-test and descriptive statistics. The results of the study showed that on average, the clinical services management of applied Thai traditional medicine in Bangkok and Nonthaburi province was needed at a high level. The analysis of the aspects of the clinical services management revealed that each aspect was needed at a high level. The attributes of the persons in the clinical services management of applied Thai traditional medicine in Bangkok and Nonthaburi province included moral, ethics, personality, human relation, special qualification, professional skills, and academic knowledge and abilities. The result also indicated that the management process—patient's card making, medical history taking, medical examination waiting, seeing the doctor for treatments, next appointment making – was significant at a highest level. The satisfaction of the patients and their relatives was found at a high level. And the aspect of the officers and the owners of the clinics were found at a high level.

Keywords: Clinical services management / Applied Thai Traditional Medicine/ Bangkok/ Nonthaburi province

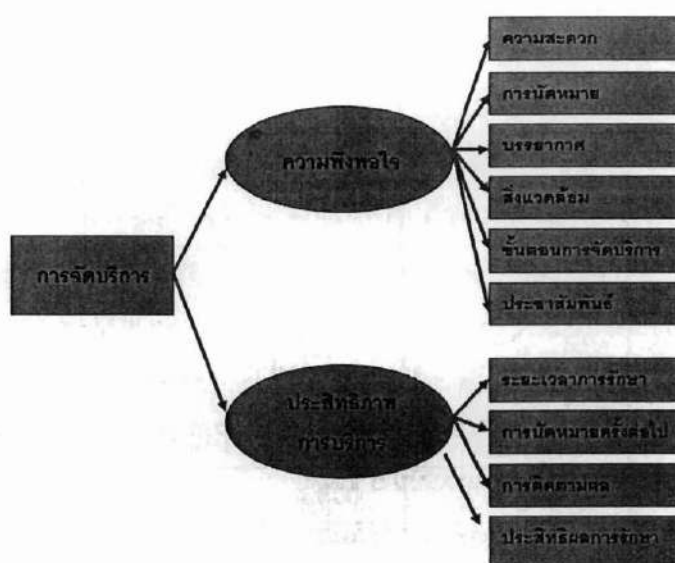
บทนำ

ประเทศที่มีประชากรมีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์ย่อมเป็นพลังอำนาจสำคัญในการพัฒนาประเทศให้เจริญรุ่งเรือง งานส่งเสริมสุขภาพพลานามัยของประชาชน จึงเป็นพันธกิจสำคัญของรัฐบาล ปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขและการแพทย์ของไทย ยังไม่ตอบสนองกับระบบสุขภาพของคนไทย ซึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้เน้นการพึ่งตนเอง การใช้ภูมิปัญญาไทย เช่น การแพทย์แผนไทย การ



นวดแผนไทยและปราชญ์ชาวบ้าน มารับใช้สังคมไทย โดยยึดหลักปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง ของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาใช้ เพื่อสร้างสุขภาวะให้คนไทย เทคโนโลยีภูมิปัญญาการแพทย์แผน ไทยมีจุดเด่นเหมาะกับคนไทยและชาวเอเชียในการพึ่งพาทรัพยากรความหลากหลายทางชีวภาพ และสมุนไพรที่มีอยู่มาก มีต้นทุนทางภูมิปัญญาและองค์ความรู้เป็นทุนเดิมและเป็นมรดกตกทอดมา จากบรรพบุรุษ เป็นงานฝีมือและสร้างสรรค์ที่มีมานานและสืบต่อรุ่นต่อรุ่น โดยใช้หลักธรรมชาติ พึ่งพาธรรมชาติ สอดคล้องกับธรรมชาติ สามารถตอบสนองและดูแลรักษาสุขภาพของคนไทยมาโดย ตลอด ไม่เป็นพิษภัยต่อร่างกายและชีวิตจากยาสังเคราะห์จากเคมี องค์การอนามัยโลก ได้ให้ ความสำคัญกับเรื่องแพทย์ทางเลือกที่เน้นการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ภายในประเทศและภูมิ ปัญญาไทย อีกทั้งยังได้มีการก่อกำเนิดแพทย์ แผนไทยประยุกต์ขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2525

ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลรักษา สุขภาพของประชาชนมากขึ้น โดยมีผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 1,222 คน และเปิดดำเนินการสถานพยาบาลเอกชนประมาณ 100 แห่งทั่วประเทศ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 23 แห่ง และจังหวัดนนทบุรี จำนวน 3 แห่ง สถานพยาบาลแพทย์แผนไทยประยุกต์แต่ละแห่ง ได้ดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักการแพทย์แผนไทยประยุกต์ การนวดรักษาแบบราชสำนักการจ่ายยาและ โดยใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นตัวช่วยวินิจฉัยโรคได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ รูปแบบการจัดบริการคลินิกเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาในจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



อุปกรณ์และวิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ สถานประกอบการการแพทย์แผนไทยประยุกต์ทั้งหมด 5 แห่ง ดังนี้ Health Land พระราม 2 คลินิกภาคภูมิแพทย์แผนไทยประยุกต์ คลินิกสุพรรณอาศรมแพทย์แผนไทยประยุกต์ คลินิกจันทร์ไม้หอมแพทย์แผนไทยประยุกต์ และคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 45 คน แบ่งเป็นเจ้าของ 5 แห่งๆ 1 คนรวม 5 คน ผู้ให้บริการ 5 แห่งๆ 3 คนรวม 15 คน ผู้รับบริการ 5 แห่งๆ 5 คน รวม 25 คน จำนวนทั้งสิ้น 45 คน โดยแบ่งตามพื้นที่ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ลักษณะปลายปิด ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานประกอบการการแพทย์แผนไทยประยุกต์จังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรีและผู้รับการรักษา มีลักษณะแบบตัวเลือก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการจัดบริการและความพึงพอใจ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการกำหนดรูปแบบการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสัมภาษณ์ สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเรื่องการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี

นำข้อมูลที่ได้ประมวลไว้มาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางด้านสถิติการวิจัยและใช้ค่าสถิติในการวิเคราะห์ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสถานประกอบการและผู้เข้ารับการรักษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการหาค่าความถี่และร้อยละ

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการจัดบริการและความพึงพอใจใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางควบคู่กับการบรรยายและสรุปผลการวิจัย ได้กำหนดการให้คะแนนคำตอบของแบบสอบถามเป็น 5 ระดับ และเกณฑ์การแปลความหมายเพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นกำหนดช่วงคะแนนเป็น 5 ช่วง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก ดำเนินการตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพของอรุณ รักธรรม และณรงค์ กุลนิเทศ (2552: 104) และ Miles and Huberman (1984: 104) การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยทั้ง 2 ระเบียบวิธีนี้ เป็นการนำผลการวิจัยมาตอบซึ่งกันและกัน



ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า การจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี โดยภาพรวมมีความจำเป็นอยู่ในระดับมาก คิดเป็น ร้อยละ 92 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านปรากฏว่ามีความจำเป็นอยู่ในระดับมากทุกด้าน คุณลักษณะที่จำเป็นของการจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วย คุณธรรม จริยธรรม บุคลิกภาพมนุษยสัมพันธ์ คุณสมบัติพิเศษ ทักษะในการประกอบอาชีพ ความรู้ความสามารถทางวิชาการและจากการวิจัยพบว่า ขั้นตอนของการบริหารจัดการ เช่น การทำบัตร การชั่งประวัติการรอตตรวจ การพบแพทย์ทำการรักษา การนัดหมายครั้งต่อไป มีความสำคัญอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 90 ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 98 ด้านเจ้าหน้าที่และเจ้าของคลินิก โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจ

การจัดการบริการคลินิก	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
คุณลักษณะที่จำเป็น	4.216	0.480	มาก
คุณธรรม	3.940	0.553	มาก
จริยธรรม	3.710	0.434	มาก
บุคลิกภาพ	3.517	0.304	มาก
มนุษยสัมพันธ์	3.695	0.354	มาก
คุณสมบัติพิเศษ	3.607	0.324	มาก
ทักษะในการประกอบอาชีพ	4.219	0.783	มาก
ความรู้ความสามารถทางวิชาการ	4.016	0.623	มาก
การทำบัตร	4.320	0.863	มาก
การชั่งประวัติ	4.110	0.786	มาก
การรอตตรวจ	3.820	0.523	มาก
การพบแพทย์ทำการรักษา	4.329	0.767	มาก
การนัดหมายครั้งต่อไป	4.660	0.783	มาก
ความพึงพอใจของผู้ป่วย	4.520	0.885	มากที่สุด
ด้านความพึงพอใจของญาติ	4.650	0.981	มากที่สุด



การอภิปรายผล

จากการวิจัย เรื่อง การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยได้ค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้สรุปประเด็นต่างๆ โดยภาพรวมดังนี้

1. ความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดบริการ ด้านความสะดวกของผู้รับการรักษา มีความสะดวกมาก พบว่า สถานประกอบ แพทย์และผู้รับการรักษาต่างเอื้ออำนวยความสะดวกซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข (2546) การนัดหมายมีความแน่นอน ด้านบรรยากาศทั่วไปมีความพึงพอใจในระดับมาก ด้านสิ่งแวดล้อมมีการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในระดับมาก ขั้นตอนการจัดบริการ เช่น การทำบัตร การซักประวัติ การรอตรวจ การพบแพทย์ ทำการรักษา การนัดหมายครั้งต่อไป ได้มีการจัดรูปแบบไว้อย่างชัดเจนและมีมาตรฐาน มีการประชาสัมพันธ์ โดยเจ้าหน้าที่ของสถานประกอบการเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพรปวีณ์ ศิริรักษ์ (2551)

2. ประสิทธิภาพการบริการ ด้านระยะเวลาในการรักษาขึ้นอยู่กับอาการของโรค ระยะเวลาที่ป่วยและวิธีการรักษา ด้านการนัดหมาย เพื่อรับการรักษา มีการระบุวันเวลาที่ชัดเจน ผู้เข้ารับการรักษาให้ความร่วมมือในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพรปวีณ์ ศิริรักษ์ (2551) ด้านการติดตามผลการรักษามีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

สรุปผล

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ 2 ข้อ คือ การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์และรูปแบบการจัดบริการคลินิกเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการรักษาในจังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดนนทบุรี พบว่า การจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดนนทบุรี โดยภาพรวมมีความจำเป็นอยู่ในระดับมาก ขั้นตอนของการบริหารจัดการ เช่น การทำบัตร การซักประวัติ การรอตรวจ การพบแพทย์ ทำการรักษา การนัดหมายครั้งต่อไป มีความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากและมีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์มาใช้ในคลินิกสุวรรณและคลินิกอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ ควรจัดสถานที่สำหรับจอดรถเพิ่มขึ้น
2. ด้านประชาสัมพันธ์ ควรมีการจัดเอกสารประชาสัมพันธ์ วิดีทัศน์และอินเทอร์เน็ต เพื่อให้ลูกค้าที่มาใช้บริการได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา



3. ด้านประสิทธิภาพการบริการสถานประกอบการ ควรมีใบประกอบวิชาชีพหรือใบรับประกันการรักษา เพื่อเพิ่มความสะดวกรวดเร็วของคนที่ใช้พร้อมทั้งติดตามผลของผู้เข้ารับการรักษารูปแบบเป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุพล วุฒิสเสน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยนุตร วานิชพงษ์พันธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ดิลก บุญเรืองรอด ดร.พงศ์ หรดาล รองศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญมี กวินเสกสรรค์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ เขี่ยมสะอาด ที่ให้คำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย ขอขอบคุณสมาคมแพทย์อายุรเวทแผนไทยประยุกต์แห่งประเทศไทย สถานประกอบการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัย ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติรัตน์ ฐานสุวรรณศรี และ อาจารย์ศิริกาญจน์ โพธิ์เขียว และอาจารย์นกุล สาระวงศ์ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย และตรวจสอบความถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**: ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2551.
- คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ดอกเตอร์แคร์. (2551). **โรคปวดเรื้อรัง**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.drcareclinic.com>. (24 ตุลาคม 2551)
- พรปวีณ์ ศิริรักษ์. (2551). **ความพึงพอใจของลูกค้าที่มีต่อการให้บริการของร้านจัดรูขาคีคลินิกแพทย์แผนไทยและสปา อำเภอหัวหิน**. หลักสูตรปริญญาตรีศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาธุรกิจศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรพชร มนพรม มนประณีต. (2552). **ผลระหว่างการนวดไทยแบบราชสำนักกับการรับประทานยาต่อการลดอาการปวดข้อในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี**. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- รัชณี จันทร์เกษและคณะ. (2551). **สถานการณ์การบริการและกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). **ประสิทธิผลและความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการนวด ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข**



พ.ศ. 2546. สถาบันการแพทย์แผนไทย.

Doran, D.M.L., Newell, D.J. (1975). Manipulation in the treatment of low back pain. a multicenter study. Br Med J.

Kotler, P. (1997). **Marketing Management: analysis, Planning, implementation, and Control.** 9th ed. New Jersey: simon & Schuster.

Tomseth, Wallapa. (2002). **Thailand Spa and Health Centers Guide Book 2002.** Bangkok: Amarin Printing.

Walden-Schartz, J. (2003). **The Spa Industry.** Thailand Opportunities Magazine: 2 August 2003.

ประวัติผู้วิจัย

ข้อมูลส่วนตัว

นายสุวรรณ ตั้งจิตรเจริญ

วัน เดือน ปีเกิด 30 มีนาคม 2506

ที่อยู่ 57/422 หมู่บ้าน ดิโอรียนตัล เฮาส์ ถนนบางกรวย-ไทรน้อย ตำบลบางบัวทอง
อำเภอบางบัวทอง จังหวัด นนทบุรี 11110

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2543 วท.บ. (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
พ.ศ.2547 วท.บ. (แพทย์แผนไทยประยุกต์) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
พ.ศ.2547 รปม. (รัฐประศาสนศาสตร์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ.2549 ศึกษาต่อปริญญาเอกคุณวุฒิบัณฑิต (สาขาการจัดการเทคโนโลยี)
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2545-2548 อดีตคณะกรรมการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย
พ.ศ. 2545-2548 อดีตกรรมการวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์
อดีตกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อดีตกรรมการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของสถาบันการแพทย์
แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
พ.ศ. 2551-2555 อดีตเลขานุการวิชาการสมาคมแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย
พ.ศ. 2553-2554 อดีตกรรมการยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
พ.ศ. 2556 ผู้ดำเนินการสุวรรณคลินิก การแพทย์แผนไทยประยุกต์
พ.ศ. 2555 เลขาธิการสมาคมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไทย
พ.ศ. 2555 รองประธานคณะกรรมการธุรกิจสุขภาพ สภาหอการค้าไทย
พ.ศ. 2555 กรรมการเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

- พ.ศ. 2555 ประธานกองทุนเพื่อผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตด้วยการแพทย์แผนไทย
- พ.ศ. 2555 อาจารย์พิเศษด้านการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- พ.ศ. 2555 อาจารย์ฝึกประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- พ.ศ. 2555 วิทยากรรับเชิญรายการสบายๆ ยามเย็นวิทยุรัฐสภา FM 87.50
- พ.ศ. 2555 วิทยากรรับเชิญ รายการอโรคา สัมภาษณ์ประจำวัน
ทาง MV Variety News เวลา 07.05-08.00 น.
- พ.ศ. 2555 นักเขียนประจำ นิตยสาร บีเวลล์
- พ.ศ. 2551-2555 อธิบดีนายกสมาคม แพทย์อายุรเวทแผนไทยประยุกต์แห่งประเทศไทย
ในพระสังฆราชูปถัมภ์

ประวัติการอบรม

- พ.ศ. 2549 ศึกษาคุณงาน ประเทศลาว มหาวิทยาลัยแห่งชาติเวียงจันทน์
ศึกษาคุณงาน ประเทศออสเตรเลีย ณ เมืองเพิร์ล ครั้งที่ 1
ศึกษาคุณงานด้านการจัดการเทคโนโลยี ประเทศเวียดนาม ครั้งที่ 1
- พ.ศ. 2549 อบรม Academic English for Technology Management Shot
Course from EDITH COWAN UNIVERSITY ประเทศออสเตรเลีย
ครั้งที่ 2
- พ.ศ. 2549 อบรม In recognition of the attendance of the training course on
“Technology Application in Global Living: Vietnamese Case”
From UNIVERSITY OF SOCIAL SCIENCES AND
HUMANITIES-HANOI
ศึกษาคุณงานประเทศนิวซีแลนด์และประเทศออสเตรเลีย ครั้งที่ 3
- พ.ศ. 2552-2554 ศึกษาคุณงาน ประเทศเวียดนาม
ศึกษาคุณงาน ประเทศเกาหลีใต้