

การพัฒนาคุณภาพบริการในสถานอนามัย

Development of Quality of Service in Health Centers

ประจักษ์ บัวพันธ์ (Prachak Bouphan)* ดร. สุรนาท ขมะณะรงค์ (Dr. Suranart Khamanarong)**

ดร. พรเทพ ขอบข่ายเกียรติ (Dr. Porntep Khokhajaikait)*** ดร. อารีย์ พรหมโม้ (Dr. Aree Prohmmo)****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานอนามัย
ภาคประชาชนผู้รับบริการ 2) หาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานอนามัย 3) พัฒนาเกณฑ์ในการพัฒนา
คุณภาพบริการในสถานอนามัย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วย ประชาชนผู้รับบริการในสถานอนามัยในจังหวัดขอนแก่น เลือก
ภาค 3 อำเภอ ที่มีระดับรายได้ของประชาชนแตกต่างกัน หัวหน้าสถานอนามัย เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสถานอนามัย และคณะ
กรรมการพัฒนาสถานอนามัย ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานอนามัย ประกอบ
ด้วยปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ การสนับสนุนบริการ โครงสร้างองค์กรและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม 2) การ
ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่าความรู้ของผู้ให้บริการความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ทักษะในการปฏิบัติงาน มนุษย์
สัมพันธ์และความคุ้นเคยกับชาวบ้าน อธิบายที่ดี การให้คำแนะนำ การนัดหมายผู้รับบริการ ความตั้งใจในการทำงาน การให้
บริการเชิงรุก การศึกษาวิจัย ความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้รับบริการ การสนับสนุนจากภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน สิ่งแวดล้อม
ทางกายภาพและสังคม โครงสร้างองค์กร และคุณภาพในการบริการ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3)
การพยากรณ์คุณภาพบริการในสถานอนามัย พบว่า มีตัวแปร 8 ตัวร่วมกันพยากรณ์คุณภาพบริการในสถานอนามัยได้ 53.30%
4) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพบริการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตก
ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 5) เกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานอนามัยประกอบด้วย 5 ส่วนคือ
การตอบสนองความต้องการผู้รับบริการ จิตบริการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม โครงสร้างองค์กร กฎระเบียบในการ
ปฏิบัติงาน และกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน และความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

ABSTRACT

The objectives of this research were to 1) study the current situation, problems and needs of the Development of Quality
of Care in Health center, 2) study the factors which could predict the Quality of Care in Health Center, and 3) develop the indicators
of Quality of Care and take intervention in the Health Center after completed. The sample of this research were : populations of 3
districts in Khon Kaen Province, chiefs of health centers, staff of health centers, and health centers committee. The results of
indicated that : 1) the problems of quality of care in health centers were composed of the following factors : providers, customers,
service supported, the structure of the organization and physical and social environment, 2.) the correlation between the knowledge
of providers, role understanding, work skills, relationships and customer familiarity, kindness, health education, making appointment,
attempts to provide service, active providing, doing research, customer concerns, government support, private sector support, customer
support, physical and social environment, the structure of the organization and quality of care were significant respectively at the .05
level, 3) there were 8 factors that have influenced the Quality of Care in Health centers, 4) there was a statistically significant
difference between the quality of care in health center when comparing evaluations of the pre-test and the post-test in stages of
intervention, and 5) the indicators quality of care in health center consisted of customer needs responsiveness, service mind,
physical and social environment, the structure of the organization and primary health care activities, and the knowledge of providers.

คำสำคัญ : คุณภาพบริการ สถานอนามัย

Key word : Quality of service, Health center

*นักศึกษาลัทธิศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหการ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****นักวิจัยอิสระ

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงของโลกปัจจุบัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมของสังคม เศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อระบบสุขภาพ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบบริการสุขภาพ จะต้องมีการปรับเปลี่ยนให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงระบบสุขภาพจะต้องมีการพัฒนาให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ และตรงตามความต้องการ และเกิดความพึงพอใจแก่ประชาชนผู้มารับบริการมากที่สุด (Kloetzel et. al, 1998; Andaleeb, 2001) ถึงแม้ว่าการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศจะได้รับความสนใจเสมอมา แต่ในทางปฏิบัติยังคงให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

สถานีนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่มีขนาดเล็กที่สุดและมีอยู่ทั่วถึงในทุกตำบล ตามระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ประชาชนในชนบท ซึ่งทำหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน (อำพล, 2534) การพัฒนาและรักษาคุณภาพการบริการของสถานีนามัยจะต้องอาศัยความรู้ความสามารถและการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย (จรัส, 2541) ดังนั้น คุณภาพของการบริการในสถานบริการของสถานบริการของรัฐจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาโดยเฉพาะในระดับสถานีนามัย เพราะสถานีนามัยถือว่าเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนมากที่สุด

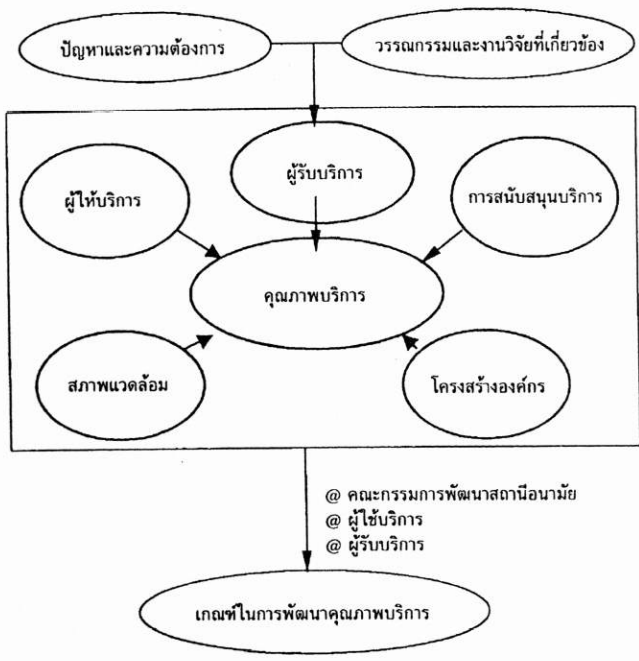
การพัฒนาการบริการในระดับสถานีนามัยในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา แม้ว่าในด้านโครงสร้างพื้นฐานจะมีการก่อตั้งสถานีนามัยครบทุกตำบลแล้วก็ตาม แต่ใน

ด้านการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพในการให้บริการยังไม่สามารถพัฒนาในระดับที่น่าพอใจได้ ส่วนใหญ่มีการพัฒนาตามนโยบายของส่วนกลาง (อุรินทร์ และคณะ, 2540) และเนื่องจากแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) เน้นการพัฒนาคน เพื่อสามารถพัฒนาสถานีนามัยให้มีความพร้อมทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ตลอดจนมีขีดความสามารถเพียงพอที่จะให้บริการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในเขตที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานีนามัยให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ

สภาพการให้บริการของสถานีนามัยส่วนใหญ่ในปัจจุบัน คือขาดการตรวจสอบตนเอง ทำให้ไม่รู้ปัญหาของตนเองซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข แม้บางครั้งรู้ว่าปัญหาของตนเองคืออะไร แต่ก็ไม่ได้ทำการแก้ไขอย่างเป็นระบบและมีจุดมุ่งหมาย และขาดการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนร่วมกันของของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ (Kibbe et. al, 1993; Rush et. al., 1998) ถึงแม้ว่าในสถานีนามัยบางแห่งอาจมีความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ แต่ก็มีข้อจำกัดของตนเองหรือหน่วยงานในการพัฒนา หรือบางครั้งก็ขาดการนำความรู้ที่ทันสมัยมาใช้ในการพัฒนาอย่างเหมาะสม (อนุวัฒน์, 2542)

จากข้อเท็จจริงดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา สภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานีนามัยเพื่อนำไปสู่การพัฒนากรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานีนามัย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเกณฑ์คุณภาพบริการของสถานีนามัย โดยความร่วมมือกันทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ และเกิดความพึงพอใจแก่ประชาชนผู้มารับบริการมากที่สุด

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อหาปัญหา และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานีนามัย จากประชาชนผู้รับบริการการเพื่อนำปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ โดยทำการศึกษาจากประชาชนผู้รับบริการ 9 กลุ่ม ซึ่งแบ่งตามระดับรายได้ของผู้รับบริการ 3 กลุ่ม (รายได้ 10,000.บาท/ปี, รายได้ 20,000.บาท/ปี และรายได้ 30,000.บาท/ปี: สถิติจังหวัดขอนแก่น ปี 2542) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาผสมผสานกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา การหาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานีนามัย โดยผู้ให้ข้อมูลคือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จากสถานีนามัย จำนวน 240 แห่ง และนำปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัย มากำหนดเกณฑ์หรือแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานีนามัย จากนั้นทำการพัฒนาเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการโดยการมีส่วนร่วมทั้ง ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้บริหารและคณะกรรมการพัฒนาสถานีนามัย จากนั้นนำไปทดลองใช้และทำการประเมินผลเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการ ขณะดำเนินการ และหลังดำเนินการ

โดยทำการทดลองในสถานีนามัยจำนวน 1 แห่ง คือสถานีนามัยป่ามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา มุ่งศึกษา สภาพปัญหา ความต้องการของผู้รับบริการ จำนวน 9 กลุ่ม และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการของสถานีนามัย โดยทำการศึกษาในสถานีนามัยในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 240 แห่ง จากนั้นพัฒนาเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานีนามัย โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาสถานีนามัย ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ จากนั้นนำไปทดลองใช้ที่สถานีนามัยป่ามะนาว อำเภอบ้านฝาง และทำการประเมินผล ซึ่งมีขั้นตอนในการวิจัยโดยศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ ในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานีนามัยจากประชาชนผู้รับบริการ (หาปัญหา) จากนั้นศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานีนามัย (วิเคราะห์ปัจจัย) และพัฒนาเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานีนามัย จากนั้นนำไปทดลองใช้กับสถานีนามัยป่ามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น และทำการประเมินผลโดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) จัดกลุ่มเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานีนามัย จากปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ หรือส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานีนามัย (จากการศึกษาในระยะที่ 2)
- 2) จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพบริการ ในสถานีนามัยป่ามะนาว อำเภอบ้านฝาง เพื่อทางงบประมาณสนับสนุนโดยจัดทำโครงการเสนอท่านสาธารณสุขอำเภอและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อพิจารณาขออนุมัติ
- 3) จัดประชุมชี้แจงคณะกรรมการพัฒนาสถานีนามัย เพื่อชี้แจงผลที่ได้จากการศึกษาและปรับเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานีนามัย ครั้งที่ 1 ในวันที่ 9 กรกฎาคม 2544 ณ ห้องประชุม 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
- 4) ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินงานตามโครงการ ต่อคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับ

อำเภอบ้านฝาง และชี้แจงขั้นตอนในการดำเนินงานตามโครงการ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอบ้านฝาง

5) อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการตามส่วนขาด จากปัจจัยที่สามารถพยากรณ์คุณภาพบริการ ซึ่งประกอบด้วย 5.1) การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ 5.2) จิตบริการ (Service Mind) 5.3) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม 5.4) โครงสร้างองค์กร ภาวะเบียบ และกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน 5.5) ความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่สถานีอนามัย และจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝางเข้ารับการอบรม จำนวน 30 คน ในวันที่ 17 สิงหาคม 2544 ณ ห้องมกกุเงิน โรงแรมโฆษะ จังหวัดขอนแก่น และในการอบรมในครั้งนี้เจ้าหน้าที่ผู้เข้ารับการอบรมได้ร่วมกันในการพัฒนาเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานีอนามัย ครั้งที่ 2

6) จัดประชุมเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในสถานีอนามัยปามะนาว ร่วมกับประชาชนผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยปามะนาว จำนวน 9 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน (ประกอบด้วย อบต., ผู้ใหญ่บ้าน, กม., อสม., และชาวบ้าน) ซึ่งประชุมในวันที่ 27 สิงหาคม 2544 ที่สถานีอนามัยปามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินงานตามโครงการ ชี้แจงกิจกรรมต่างๆ ที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ และร่วมกันพิจารณาเกณฑ์ ครั้งที่ 3 ทั้งผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการ

7) ส่งแบบประเมินเพื่อปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปทดลองใช้จำนวน 30 ชุด ที่สถานีอนามัยบ้านตุม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมิน (Reliability = 0.75) จากนั้นนำไปใช้ในการทดลองในสถานีอนามัยปามะนาวต่อไป

8) ประเมินผลก่อนการทดลอง

9) ติดตามผลการทดลอง

10) ปรับปรุงกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพบริการ

11) ประเมินผลหลังดำเนินการทดลอง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือสถานีอนามัยในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 240 แห่ง และหน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) คือ สถานีอนามัย ทำการศึกษาปัญหา และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพบริการจากประชาชนผู้รับบริการ

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนในการสนทนากลุ่มเพื่อหาความคาดหวังในการให้บริการของสถานีอนามัยจากประชาชน ลักษณะของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ประชาชนต้องการ ประเด็นปัญหาในการให้บริการของสถานีอนามัยที่ประชาชนผู้รับบริการพบอยู่ในปัจจุบัน แนวทางแก้ไขตามความคิดเห็นของประชาชน ตลอดจนคุณภาพบริการตามแนวความคิดของประชาชน ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

การเลือกกลุ่ม การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาตามประเด็นต่างๆที่กำหนดนั้น ได้ทำการจัดระดับอำเภอตามรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวต่อปีโดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับเศรษฐกิจ คือ ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยเลือกอำเภอที่มีระดับรายได้ 3 ระดับจาก 3 อำเภอ จากนั้นก็ทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกตำบล และหมู่บ้านเพื่อทำการศึกษาดังนี้

1. อำเภอที่มีระดับรายได้ต่อครอบครัวต่ำคือ มีรายได้เฉลี่ย 10,000 บาทต่อปี โดยเลือกแบบเจาะจงได้อำเภอที่มีระดับรายได้ต่อครอบครัวต่ำสุด คืออำเภอบ้านแฮด (รายได้ต่อครอบครัว 13,955 บาท) จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือก 3 ตำบล และสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกตำบลละ 1 หมู่บ้าน โดยตำบลที่ทำการสุ่มได้คือ ตำบลบ้านแฮด (บ้านวังหว้า หมู่ที่ 8 และ หมู่ที่ 11) ตำบลโนนสมบูรณ์ (บ้านโนนสมบูรณ์ หมู่ที่ 1) และตำบลเลียบเจือก (บ้านเลียบเจือก หมู่ที่ 1)

2. อำเภอที่มีระดับรายได้ต่อครอบครัวปานกลางคือมีรายได้เฉลี่ย 20,000 บาทต่อปี โดยเลือกแบบเจาะจงได้อำเภอที่มีระดับรายได้ต่อครอบครัวปานกลางคืออำเภอหนองเรือ (รายได้ต่อครอบครัว 21,936 บาท)

จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือก 3 ตำบล และสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกตำบลละ 1 หมู่บ้าน โดยตำบลที่ทำการสุ่มได้คือ ตำบลบ้านเม็ง (บ้านเม็ง หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 14) ตำบลยางคำ (บ้านยางคำหมู่ที่ 1) และตำบลโนนทอง (บ้านหัว หมู่ที่ 1)

3. อำเภอที่มีระดับรายได้ต่อครอบครัวดีคือมีรายได้เฉลี่ย 30,000 บาทต่อปี โดยเลือกแบบเจาะจงได้อำเภอที่มีระดับรายได้ต่อครอบครัวสูงสุดคืออำเภอเมือง (รายได้ต่อครอบครัว 37,632 บาท) จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือก 3 ตำบล และสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกตำบลละ 1 หมู่บ้าน โดยตำบลที่ทำการสุ่มได้คือ ตำบลหนองตม (บ้านหนองบัวน้อย) ตำบลโนนท่อน (บ้านโนนท่อน หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 2) และตำบลท่าพระสถานีนามัยหนองบัวดีหมี (บ้านห้วยเตย หมู่ที่ 9)

4. ในระยะการศึกษาปัจจัยทำการศึกษาจากสถานีนามัย 210 แห่ง (30 แห่ง ใช้ในการทดลองแบบสอบถาม) สอบถามเจ้าหน้าที่สถานีนามัยละ 2 คน (หัวหน้าสถานีนามัยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแห่งเดียวกัน)

ประเด็นในการสนทนากลุ่ม

ในการสนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ปัญหาในการพัฒนาคุณภาพบริการ ของสถานีนามัยมีประเด็นที่ทำการศึกษาดังนี้ 1) สถานีนามัยในความคาดหวังของผู้รับบริการ 2) เจ้าหน้าที่สถานีนามัยที่ประชาชนต้องการ 3) ปัญหาในการให้บริการของสถานีนามัยที่ประชาชนผู้รับบริการพบอยู่ปัจจุบัน 4) แนวทางแก้ไขในปัญหาที่พบตามแนวความคิดของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 5) คำจำกัดความ หรือความหมาย ของคุณภาพบริการตามแนวความคิดของประชาชนผู้รับบริการ 6) ประเด็นปัญหาอื่นๆ เช่น สถานีนามัยในการปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และการอบรมพนักงานผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สถานีนามัย (พสอ.) จาก อสม.เพื่อเพิ่มบุคลากรให้บริการในระดับสถานีนามัยเพิ่มเป็น 3 คน

การวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โดยเทคนิค SWOT ANALYSIS

ในการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของคณะกรรมการพัฒนาสถานีนามัย ในประเด็นการพัฒนาคุณภาพการบริการในสถานีนามัย สามารถสรุปวิสัยทัศน์ในการพัฒนาสถานีนามัยได้ดังนี้

“บุคลากรพร้อม สิ่งแวดล้อมดี มีส่วนร่วมของชุมชน ประชาชนพึงพอใจ นามัยได้รับการสนับสนุน สมดุลในระบบ ครบพร้อมประสาน การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ”

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ก. การวิจัยระยะที่ 1

1) ใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เพื่อหาปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพบริการ จากผู้ให้บริการ

2) การวิเคราะห์สถานะ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ในการพัฒนาสถานีนามัย จากคณะกรรมการพัฒนาสถานีนามัย

ข. การวิจัยระยะที่ 2

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการวิจัย คือแบบสอบถาม เพื่อสอบถามหัวหน้าสถานีนามัย และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยแห่งเดียวกันแห่งละ 2 คน เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพในการบริการในสถานีนามัย และหาปัญหาในการปฏิบัติงานที่สถานีนามัย โดยแบบสอบถามจำแนกเป็น 6 ตอนดังนี้ 1) สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) ด้านผู้ให้บริการ 3) ด้านผู้ใช้บริการ 4) ด้านการสนับสนุนการบริการ 5) ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม 6) ด้านโครงสร้างองค์กร 7) ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ

ขั้นตอนในการพัฒนาเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานอนามัยปัดอ้น

1. จัดกลุ่มเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานอนามัย จากปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ หรือส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานอนามัย (จากการศึกษาในระยะที่ 2)

2. จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานอนามัยปัดอ้น อำเภอบ้านฝาง เพื่อหางบประมาณสนับสนุน เสนอท่านสาธารณสุขอำเภอ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อพิจารณาอนุมัติ

3. จัดประชุมชี้แจงคณะกรรมการพัฒนาสถานอนามัย เพื่อชี้แจงผลที่ได้จากการศึกษาและปรับเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานอนามัย ครั้งที่ 1 ในวันที่ 9 กรกฎาคม 2544 ณ ห้องประชุม 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

4. ประชุมชี้แจงคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอบ้านฝาง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ และชี้แจงขั้นตอนในการดำเนินงานตามโครงการ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอบ้านฝาง

5. อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการตามส่วนขาด จากปัจจัยที่สามารถพยากรณ์คุณภาพบริการซึ่งประกอบด้วย 5.1) การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ 5.2) จิตบริการ (Service Mind) 5.3) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม 5.4) โครงสร้างองค์กร ภาวะเยียบและกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน 5.5) ความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่สถานอนามัย และจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝางเข้ารับการอบรม จำนวน 30 คน ในวันที่ 17 สิงหาคม 2544 ณ ห้องมงกุฎเงิน โรงแรมโมชะ จังหวัดขอนแก่น และในการอบรมในครั้งนี้เจ้าหน้าที่ผู้เข้ารับการอบรมได้ร่วมกันในการพัฒนาเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานอนามัย ครั้งที่ 2

6. จัดประชุมเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในสถานอนามัยปัดอ้น ร่วมกับประชาชนผู้รับบริการในเขต

รับผิดชอบของสถานอนามัยปัดอ้น จำนวน 9 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน (ประกอบด้วยอบต., ผู้ใหญ่บ้าน, กม., อสม., และชาวบ้าน) ซึ่งประชุมในวันที่ 27 สิงหาคม 2544 ที่สถานอนามัยปัดอ้น อำเภอบ้านฝาง จังหวัด

ขั้นตอนในการพัฒนา

1. ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และสำเนาโครงการเรียนสาธารณสุข อำเภอบ้านฝางเพื่อขออนุญาตดำเนินงานตามโครงการ

2. ประเมินผลก่อนดำเนินการ เพื่อทราบสถานะการณ์ในการให้บริการของสถานอนามัยปัดอ้นตามเกณฑ์ในการประเมินที่สร้างขึ้น และทำการประเมินผลในวันที่ 27 สิงหาคม 2544 ณ สถานอนามัยปัดอ้น (โดยผู้แทนจากหมู่บ้านละ 5 คน = 45 คน, เจ้าหน้าที่ 3 คน และผู้วิจัย)

3. ติดตามผลระหว่างดำเนินการ เพื่อทราบผลการเปลี่ยนแปลงการให้บริการของผู้ให้บริการที่เกิดขึ้นในวันที่ 13 และ 14 กันยายน 2544 โดยประเมินจากกลุ่มผู้รับบริการกลุ่มเดิม (หมู่บ้านละ 5 คน) และทำการสนทนากลุ่มจากผู้รับบริการในหมู่บ้านที่ตั้งสถานอนามัย 1 กลุ่มจำนวน 15 คน

4. จัดประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อปรับกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพบริการ

5. ประเมินผลหลังดำเนินการในวันที่ 26 ตุลาคม 2544 ที่สถานอนามัยปัดอ้น ตลอดจนชี้แจงผลการดำเนินการตามโครงการที่ผ่านมา รวมถึงการพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียที่เกิดจากการดำเนินงานตามโครงการโดยใช้เทคนิค AIC เพื่อนำมาใช้ประกอบในการอธิบายผลที่ได้จากการทดลอง

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ใช้ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม เพื่อหาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพบริการ จากนั้นนำมาผสมผสาน (Integrate) กับแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้าง (Construct) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาใหม่ที่ได้จากการบูรณาการ กรอบแนวคิดที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการทบทวนทฤษฎีวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำมาสร้างเครื่องมือเพื่อหาปัจจัยในระยะที่ 2 ต่อไป

ตลอดจนนำข้อมูลมาสนับสนุนการอธิบาย ข้อมูลที่ได้จากเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเพื่อหาสภาพปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานื่อนามัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถานื่อนามัย 210 แห่ง (Unit of Analysis) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลในการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานื่อนามัยจังหวัดขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วย หัวหน้าสถานื่อนามัย และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานื่อนามัยแห่งเดียวกัน รวมแห่งละ 2 คน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 420 คน ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า มีข้อมูลดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 241 คน คิดเป็นร้อยละ 57.4 มีอายุเฉลี่ย 35.26 ปี มีอายุสูงสุด 59 ปี และมีอายุน้อยสุด 21 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 59.5 ส่วนใหญ่มีตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข (หัวหน้าสถานื่อนามัย) จำนวน 179 คน หรือร้อยละ 42.6 รองลงมา คือ ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน 156 คน หรือร้อยละ 37.1 และตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 55 คน หรือร้อยละ 13.1 ตามลำดับ ประสพการณ์ในการปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัย พบว่า ประสพการณ์เฉลี่ย 12.74 ปี ซึ่ง พบว่า มีประสพการณ์ในการปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัยสูงสุด 38 ปี และมีประสพการณ์ในการปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัยต่ำสุด 1 ปี จำนวนและกิจกรรมที่ให้บริการต่อวัน พบว่ากิจกรรมส่วนใหญ่ที่เจ้าหน้าที่อนามัยปฏิบัติที่สถานื่อนามัย คือ งานรักษาพยาบาล ร้อยละ 74.8 รองลงมา คือ กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 13.6 เจ้าหน้าที่อนามัย 1 คน ต้องให้บริการผู้มารับบริการเฉลี่ย 25 คน ต่ำสุดจำนวน 5 คน และสูงสุด จำนวน 70 คน ตามลำดับ

2) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพบริการ ระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่ม ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน โดยใช้สถิติ t-test คือกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และกลุ่มที่มีระดับการ

ศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพบริการทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Prob.=0.42)

3) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพบริการ ระหว่างกลุ่ม เพศชายและเพศหญิง โดยใช้สถิติ t-test ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพบริการทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Prob.=0.79)

4) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพบริการ ระหว่างกลุ่มสถานื่อนามัยที่มีการสนับสนุนรถยนต์รับส่งผู้ป่วย (รถ Refer) และกลุ่มสถานื่อนามัยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนรถยนต์รับส่งผู้ป่วย โดยใช้สถิติ t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพบริการทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Prob.=0.94)

5) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่มีตำแหน่งปัจจุบันต่างกัน โดยใช้สถิติ F-test (One-Way Anova) พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพบริการของกลุ่มที่มีตำแหน่งต่างกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Prob.=0.24)

6) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพบริการระหว่างสถานื่อนามัยที่มีสถานที่ตั้งแตกต่างกัน โดยใช้สถิติ F-test (One-Way Anova) พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพบริการของกลุ่มสถานื่อนามัยที่มีสถานที่ตั้งแตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Prob.=.08)

7) จากการทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรอายุ (X1) ตัวแปรประสพการณ์ในการปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัย (X2) ตัวแปรด้านความรู้ของผู้ให้บริการ (X3) ตัวแปรด้านความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ (X4) ตัวแปรด้านทักษะในการปฏิบัติงาน (X5) ตัวแปรด้านมนุษยสัมพันธ์และความคุ้นเคยกับชาวบ้าน (X6) ตัวแปรด้านการมีอัตราค่าที่ดี (X7) ตัวแปรด้านการให้คำแนะนำ (X8) ตัวแปรด้านการนัดหมายผู้รับบริการ (X9) ตัวแปรด้านความตั้งใจในการทำงาน (X10) ตัวแปรด้านการบริการ

เชิงรุก (X11) ตัวแปรด้านการศึกษาวิจัย (X12) ตัวแปรด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ (X13) ตัวแปรด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ (X14) ตัวแปรด้านการสนับสนุนจากภาคเอกชน (X15) ตัวแปรด้านการสนับสนุนจากภาคประชาชน (X16) ตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม (X17) ตัวแปรด้านโครงสร้างองค์กร (X18) และตัวแปรด้านคุณภาพบริการ (X19) ซึ่งพบว่าตัวแปรส่วนมากมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นตัวแปร อายุ (X1) ตัวแปรประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่สถานีนามัย (X2) ตัวแปรด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ (X14) ตัวแปรด้านการสนับสนุนจากภาคเอกชน (X15) ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรคุณภาพบริการซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวจะไม่นำเข้าสมการทำนายโดยวิธีถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนโดยวิธี Stepwise Multiple Regression

8) จากการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) เพื่อเข้าสมการทำนายคุณภาพบริการโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่าตัวแปร 8 ตัวสามารถทำนายคุณภาพบริการในสถานีนามัย ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ (X13) ตัวแปรด้านการให้คำแนะนำ (X8) ตัวแปรด้านการสนับสนุนจากภาคประชาชน (X16) ตัวแปรด้านมนุษยสัมพันธ์และความคุ้นเคยกับชาวบ้าน (X6) ตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม (X17) ตัวแปรด้านความรู้ผู้ใช้บริการ (X3) (ตัวแปรด้านความตั้งใจในการทำงาน (X10) ตัวแปรด้านโครงสร้างองค์กร (X18) ซึ่งตัวแปรทั้ง 8 ตัวร่วมกันพยากรณ์คุณภาพในการบริการในสถานีนามัยได้ร้อยละ 53.30

9) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพบริการ ก่อนให้บริการ และหลังให้บริการ โดยใช้สถิติ Paired Samples T-Test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพบริการก่อนดำเนินการ และหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 (Prob.=0.00)

ซึ่งนอกจากจะมีการประเมินโดยใช้เกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการที่ ได้รับการพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการแล้ว ผู้วิจัยยังได้ทำการสนทนากลุ่มทั้งก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเพื่อสนับสนุนการประเมินในกลุ่มที่ทำการทดลองเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการ

จากการพัฒนาเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งผู้ร่วมในการพัฒนาเกณฑ์เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาสถานีนามัยซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารและตัวแทนของสถานีนามัยและนักวิชาการ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และประชาชนผู้รับบริการ สามารถกำหนดเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพในการบริการได้ 5 ส่วนดังนี้ 1) การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ 2) จิตบริการ 3) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม 4) โครงสร้างองค์กร ทุกระเบียบ และกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน 5) ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาผู้วิจัยขอเสนอเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ด้านประชาชน

1) ประชาชนผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเกณฑ์ในการให้บริการของสถานีนามัย เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจขั้นตอนในการให้บริการ กิจกรรมในการให้บริการ และร่วมแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการให้บริการ รวมถึงการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง และประชาชนในชุมชน

2) ควรสนับสนุนให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสถานีนามัยในการให้บริการ เช่น การสำรวจปัญหา วิเคราะห์ปัญหา การดำเนินการแก้ปัญหา โดยใช้เทคนิค AIC เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) และแผนปฏิบัติการพัฒนาร่วมกันกับผู้ให้บริการ (Action Plan) ตลอดจนร่วมในการประเมินผล และรับผลประโยชน์จากการพัฒนาคุณภาพบริการ

3) ประชาชนควรให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานของสถานีนามัย ซึ่งอาจจะเป็น แรงกายวัสดุอุปกรณ์ หรืองบประมาณก็ได้ แต่ในกรณีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ควรสอบถามกับเจ้าหน้าที่อนามัยถึงความต้องการวัสดุอุปกรณ์ที่จะสนับสนุนก่อนให้การสนับสนุน

ส่วนที่ 2 ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

โดยการเพิ่มเติมส่วนขาดที่ได้จากการศึกษาดังนี้

1) เพิ่มความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่อนามัยในเรื่อง ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ด้านจิตบริการ ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ด้านโครงสร้างองค์กร กฎระเบียบ และกิจกรรมสาธารณสุข มูลฐานการจัดทำโครงการ ซึ่งเป็นเรื่องที่เจ้าหน้าที่อนามัย ต้องการพัฒนามากที่สุด

2) เจ้าหน้าที่สถานีนามัยจัดทำแผนงาน โครงการ และกำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ บริการของสถานีนามัยร่วมกัน

3) เมื่อมีปัญหาในด้านการสนับสนุนเวชภัณฑ์ เจ้าหน้าที่สถานีนามัย สามารถแก้ปัญหาได้โดย ขอยืม สถานีนามัย ในโซนเดียวกัน ขอยืมจากโรงพยาบาล ชุมชนโดยอาจหักเหลื่อมปี หรือหักจากเงินประกันสุขภาพ หรือบริหารจัดการโดยใช้เงินบำรุงของสถานีนามัย

4) ร่วมประชุมกับองค์การบริหารส่วนตำบล อย่างต่อเนื่อง เพื่อของบประมาณ สนับสนุนในกิจกรรม ด้านสาธารณสุข

5) สนับสนุนให้ประชาชน(อาสาสมัคร สาธารณสุข หรือผู้นำ) ประชาสัมพันธ์ และให้ข้อมูล สุขภาพที่จำเป็นแก่ประชาชนในชุมชน

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้จากการศึกษาผู้วิจัยขอเสนอไว้ดังนี้

1) ในการสนับสนุนงบประมาณให้แก่สถานีนามัยควรอยู่บนพื้นฐานของผลงาน หรือพื้นที่ ที่รับผิดชอบเป็นเกณฑ์มากกว่าให้การสนับสนุนทุกสถานีนามัย เท่ากัน

2) การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นของสถานีนามัยแต่ละแห่งเป็น

เกณฑ์ เพราะในปัจจุบันมีวัสดุอุปกรณ์ราคาแพง อยู่ที่สถานีนามัยหลายแห่งที่ไม่มีโอกาสใช้หลายประเภท

3) การสนับสนุนรถยนต์สำหรับส่งต่อผู้ป่วย ควรจะพิจารณาถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมา (Health Impact Assessment) เช่น การใช้วัสดุเชื้อเพลิงเพิ่ม การใช้พนักงานขับรถ การใช้งบประมาณในการบำรุงรักษา ซึ่งควรมีการศึกษาผลกระทบ ให้ครอบคลุมก่อนมีการสนับสนุน รวมทั้งประเภทอื่นๆ ด้วย

4) โครงสร้างของสถานีนามัย จะเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการ ผู้ป่วยหนัก ผู้สูงอายุ และหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเจ้าหน้าที่อนามัยเสนอให้ต่อเติมด้านล่างของสถานีนามัยเพื่อใช้ในการให้บริการกิจกรรมที่ยกตัวอย่างดังกล่าว ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงปัญหา และอุปสรรคจากการใช้โครงสร้างของสถานีนามัยพื้นสูง แพลนเดียวกันทั่วประเทศ

5) การโอนสถานีนามัยไปอยู่ในสังกัดของ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ควรโอนภารกิจเป็นบางส่วน และกิจกรรมที่เสนอให้มีการโอนให้ อบต.อันดับแรก คือ การควบคุมและป้องกันโรค และงานอนามัย สิ่งแวดล้อมตามลำดับ

6) ในการจัดทำแผนงานโครงการของสถานีนามัย กำหนดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการตั้งแต่ต้น เพื่อให้เกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของโครงการ และร่วมดำเนินการทุกขั้นตอนของโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

ดุขุณินพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุรนาท ขมะณะรงค์ ประธานคณะกรรมการการศึกษา ดุขุณินพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.พรเทพ ขอบฉายเกียรติ ดร.อารีย์ พรหมไม้ กรรมการที่ศึกษาดุขุณินพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ให้กำลังใจและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องของผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- จรัส สุวรรณเวลา. 2541. การตรวจสอบผลการดำเนินงานกลยุทธ์ในการปรับปรุงบริการภาครัฐ. คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ. กรุงเทพฯ: ฟอรัมทพรินติ้ง จำกัด.
- อนวัณน์ ศุภชติกุล. 2542. การวิจัยดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อุรินทร์ เขมฤกษ์อำพล และคณะ. 2536. การศึกษาสถานภาพและศักยภาพของสถานีนอนามัยจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.
- อำพล จินดาวัฒนะ. 2534. ทิศทางและกลวิธีในการพัฒนาสถานีนอนามัยในแผนฯ 7 (2535-2539 กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- Andaleeb, SS. 2001. **Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in developing country.** School of Business. The Pennsylvania State University at Erie. The Beheend College. USA.
- Kibbe, DC. et. al. 1993. Continuous quality improvement for continuity of care. **J - Fam - Pract.** 36 (3): 304-8.
- Kloetzel, K. et. al. 1998. **Quality control in primary health care: Consumer satisfaction.** Department de Medicina Social. Faculdade de medicina da Universityde Federal de Pelotas. Brazil.
- Rush AJ. et. al. 1998. **Consensus guidelines in the treatment of major depressive disorder.** Department of Psychiatry. University of Texas. Southwestern Medical Center at Dallas. USA.
-