

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการได้รับบริการจริงของผู้มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนข้ามวง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาให้ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. คุณภาพบริการ
2. ความคาดหวัง
3. ศูนย์สุขภาพชุมชนและมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

1. คุณภาพบริการ

1.1 ความหมาย

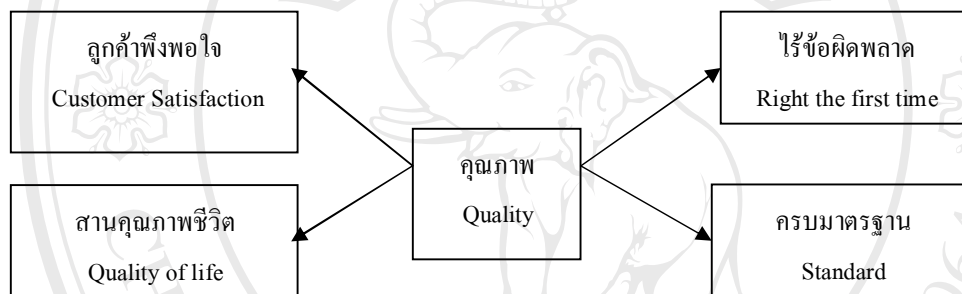
คุณภาพการบริการ หมายถึง ภาวะที่เกื้อกูลต่อผู้รับบริการ ด้วยการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่มีความเสี่ยงและไม่มีความแทรกซ้อน โดยให้บริการที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก ตามแนวทางที่กำหนดขึ้นจากความรู้ที่ทันสมัย เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ผู้รับบริการพึงพอใจและได้รับการตอบสนองความต้องการ นั่นคือปัญหาสุขภาพได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม (อนุวัฒน์ สุขหุดิกุล ,2541)

คุณภาพบริการ หมายถึง การทำให้ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ เป็นบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการตลอดจนขั้นตอนของบริการนั้นๆ จนถึงภายหลังบริการด้วย ทั้งนี้ต้องตอบสนองต่อความต้องการเบื้องต้นตลอดจนครอบคลุมไปถึงความคาดหวังของผู้รับบริการ ย่อมทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากขึ้นมากขึ้น (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน , 2542 , อังนิจินต์สินี รักษานาม , 2546)

คุณภาพบริการ คือ ความสอดคล้องกับความต้องการ ซึ่งหมายถึง การจะบรรลุถึงคุณภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อได้ทำให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่ได้ระบุไว้แล้ว (Crosby , 1979 , อ้างใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ , 2543)

คุณภาพ หมายถึง ความพึงพอใจของผู้รับบริการ(customer satisfaction) อันเกิดจากความสามารถในการตอบสนองความจำเป็นและความต้องการ การปราศจากข้อผิดพลาด (zero defect) ทำสิ่งใดถูกต้องตั้งแต่ครั้งแรก (right the first time) การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐาน (standard) ซึ่งอาจหมายรวมถึงมาตรฐานวิชาชีพ องค์ความรู้ทางวิชาการ จริยธรรม และแนวทางปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับทั่วไป การเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้ป่วยนั้นคือเกิดผลลัพธ์ที่ดีและพึงประสงค์ต่อสุขภาพในภาพรวม ไม่เพียงแต่หายจากโรคร้ายเท่านั้น

ดังแสดงไว้ตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 องค์ประกอบคุณภาพบริการในระบบสุขภาพ

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก *ประสิทธิภาพกับคุณภาพในการจัดระบบบริการ* (หน้า 16) , โดยอนวัฒน์ สุขชุตติกุล, 2544, กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สรุป คุณภาพบริการ หมายถึง ความสอดคล้องและเป็นไปตามคุณลักษณะของมาตรฐานที่เหมาะสม ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการหรือเกินความคาดหวัง และเป็นที่ยังพอใจ

เมื่อพิจารณาคุณภาพ เชื่อมโยงกับความคาดหวังของผู้รับบริการแล้วสามารถนิยามคุณภาพได้เป็น 3 ระดับ (Jaeger และคณะ , 1993 อ้างใน อนวัฒน์ สุขชุตติกุล , 2541) คือ

1. คุณภาพขั้นพอใช้ได้ คุณภาพในระดับนี้หมายถึง การผลิตสินค้า หรือบริการให้ได้ผลผลิตตามที่กำหนดรายละเอียด (specification) หรือได้มาตรฐาน (standard) ไว้ล่วงหน้าเรียกว่า conformance quality ตัวอย่างในทางการแพทย์ เช่น การให้การรักษาผู้ป่วยโรคปอดบวมหายโดย ไข้ยา และวิธีการรักษาที่เป็นที่ยอมรับว่าถูกต้องตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นต้น

2. คุณภาพขั้นพอใจ คุณภาพในระดับนี้หมายถึง การที่สินค้าหรือบริการที่ให้ สามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้ป่วยได้ทั้งหมด ทำให้เกิดความพึงพอใจ

เรียกว่า requirements quality ตัวอย่างในทางการแพทย์ ได้แก่ ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลของรัฐ อาจคาดหวังว่าแพทย์จะมีเวลาคุยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยด้วยนอกจากให้การรักษาย่างเดียว และแพทย์ก็ให้ความสนใจและให้เวลากับผู้ป่วยได้ปรึกษา เป็นการรักษาผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีกำลังต่อสู้กับโรคร้ายมากขึ้น เป็นต้น

3. คุณภาพขั้นประทับใจ คุณภาพในระดับนี้หมายถึง การที่สินค้าหรือบริการนั้นยอดเยี่ยมมากที่สุด ขนาดที่ทำให้ลูกค้าหรือผู้ป่วยเกิดความประทับใจ (delighted) นั่นคือสิ่งที่ได้นั้นมีคุณค่า (value) มากกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวังเอาไว้มาก เรียกว่า quality of kind ตัวอย่างในทางการแพทย์ เช่น แพทย์ให้ความสนใจติดตามอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยการโทรศัพท์ไปถามและช่วยอธิบายใน สิ่งที่ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจในอาการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมดเป็นเวลานาน โดยผู้ป่วยและญาติไม่เคยคาดหวังมาก่อนว่าจะพบกับแพทย์เช่นนี้ เป็นต้น

จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2545) อธิบายถึงเกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของการบริการแบ่งเป็น 7 ลักษณะ คือ

1. คุณภาพการบริการจะถูกกำหนดโดยลูกค้าหรือผู้รับบริการ ลูกค้าจะเป็นผู้พิจารณาและตัดสินใจว่าจะอะไรที่เรียกว่าคุณภาพจากสิ่งที่ลูกค้าคิดว่าสำคัญในขบวนการบริการที่เกิดขึ้น คุณภาพของการบริการจะมีลักษณะอย่างไรและตรงจุดใดจึงจะเรียกว่าคุณภาพนั้นอยู่ที่ลูกค้าจะเป็น ผู้กำหนดขึ้นซึ่งลูกค้าแต่ละคนจะมองคุณภาพของการบริการในแต่ละฉากเหตุการณ์ของการให้บริการที่แตกต่างกันได้ เช่น คนไข้ที่ต้องรอคอยเข้าพบแพทย์เป็นเวลานานเกินไปจะเกิดความรู้สึกไม่ดีต่อคุณภาพบริการที่ได้รับ เพราะลูกค้าถือว่าความรวดเร็วของการให้บริการเป็นเรื่องที่สำคัญ

2. คุณภาพของการบริการเป็นสิ่งที่ต้องค้นหาอยู่ตลอดเวลาไม่มีจุดจบ ไม่สามารถกำหนดคุณภาพของการบริการให้เฉพาะเจาะจงได้ การให้บริการที่มีคุณภาพที่ดีจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งในช่วงเวลาที่กิจการดำเนินไปด้วยดีหรือไม่ดี เช่น ลูกค้าไปทำผมในร้านเสริมสวยแห่งหนึ่ง ช่างทำผมจะต้องจัดการดูแลทำผมให้ลูกค้าด้วยความประณีตเอาใจใส่อย่างเสมอดันเสมอปลายไม่ว่าจะมีลูกค้ามากหรือน้อยก็ตาม และคอยสังเกตความต้องการของลูกค้าขณะรับบริการ ซึ่งแม้จะเป็นลูกค้าประจำก็อาจมีความต้องการที่แปรเปลี่ยนไปได้

3. คุณภาพของการบริการจะเกิดขึ้นได้ด้วยความร่วมมือของทุกคนที่เกี่ยวข้อง ความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการ ไม่ว่าจะเป็นผู้ปฏิบัติงานให้บริการส่วนหน้าหรือผู้ปฏิบัติงานที่อยู่เบื้องหลัง เป็นสิ่งสำคัญ การควบคุมคุณภาพการให้บริการของผู้ร่วมงานแต่ละคนล้วนส่งผลต่อความสำเร็จของการบริการที่มีคุณภาพทั้งสิ้น ผู้ปฏิบัติงานบริการทุกคนจึงต้องคำนึงถึง

ความรับผิดชอบต่อการให้บริการและนำเสนอบริการที่มีคุณภาพอยู่เสมอทั้งต่อผู้ร่วมงานด้วยกันและผู้ที่มารับบริการ

4. คุณภาพบริการ การบริหารจัดการและการติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งที่ไม่อาจแยกจากกันได้ ในการนำเสนอการบริการที่มีคุณภาพที่ดี ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องได้รับความรู้ คำติชมผลงาน การสนับสนุนและกำลังใจจากผู้บริหารและหัวหน้าหน่วยงาน การเอาใจใส่บริหารจัดการหรือสั่งการ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ปฏิบัติงานด้วยความจริงใจและสร้างสรรค์จะช่วยให้งานบริการที่ออกมามีคุณภาพที่ดี

5. คุณภาพของการบริการจะต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นธรรม การบริการจะมีคุณภาพเพียงใดขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมการบริการ (corporate culture) ภายใน องค์กรที่เน้นความเป็นธรรมและคุณค่าของความเป็นคน องค์กรบริการที่ปฏิบัติต่อลูกค้าและบุคลากรขององค์กรอย่างเท่าเทียมกัน จะสะท้อนให้เห็นคุณภาพของการบริการที่แท้จริงได้

6. คุณภาพของการบริการขึ้นอยู่กับความพร้อมในการบริการ แม้ว่าคุณภาพของการบริการ จะไม่สามารถกำหนดตายตัวลงไปได้ แต่การวางแผนเตรียมความพร้อมไว้ล่วงหน้า การเรียนรู้ พฤติกรรมของลูกค้าว่ามีความต้องการหรือคาดหวังอะไรบ้าง ย่อมก่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพที่ดีได้ เช่น คนไข้มารับบริการในโรงพยาบาลจะต้องนั่งรอพบแพทย์ ซึ่งต้องตรวจรักษาคอนไซ์อื่นด้วยและไม่อาจกำหนดเวลาสำหรับคนไข้แต่ละคนที่ต้องตรวจอาการเฉพาะโรค การเตรียมการที่ดีคือจัดสถานที่นั่งรอด้วยที่นั่งนุ่มสบาย มีหนังสือพิมพ์หรือนิตยสารไว้ให้หยิบอ่าน เปิดเพลงเบาๆ หรือมีโทรทัศน์รายการดีๆ ให้ชม ตามฝาผนังมีภาพที่น่าสนใจหรือมีบริการอื่นๆ ซึ่งจะไม่ทำให้การรอคอยดูน่าเบื่อ พร้อมๆ กับการบริหารจัดการให้การตรวจรักษาของแพทย์ใช้เวลาอย่างพอเหมาะ ดังนั้นการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ การเลือกปฏิบัติงานบริการที่เหมาะสมกับลักษณะงาน รวมทั้งการให้ ผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการตนเองจะช่วยส่งเสริมคุณภาพของการบริการได้

7. คุณภาพของการบริการหมายถึงการรักษาความมั่นใจสัญญาขององค์กรบริการ ลูกค้ามักคาดหวังว่าผู้ปฏิบัติงานจะให้บริการในสิ่งที่องค์กรได้แสดงเจตจำนงหรือให้คำมั่นสัญญาไว้ เช่น ลูกค้า นำผ้าตัดเสื้อไปให้ช่างตัดเย็บชุดตามแบบที่ลูกค้าต้องการ ช่างตัดเย็บตกลงใจเย็บให้ เมื่อลูกค้าไปรับชุดดังกล่าวก็จะได้รับชุดตามแบบที่ตกลงกัน แสดงว่าช่างตัดเสื้อปฏิบัติตามพันธสัญญา ลูกค้าก็ย่อมพอใจในคุณภาพของบริการที่ได้รับ หากการบริการหรือผู้ปฏิบัติงานบริการไม่รักษาสัญญา ผลงานที่ออกมาไม่ตรงกับความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้า ทำให้ลูกค้าเกิดความไม่พอใจ ถือได้ว่าเป็นบริการที่ไม่มีคุณภาพ

1.2 องค์ประกอบของคุณภาพบริการ

องค์ประกอบของคุณภาพ อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีระบบซึ่งอาจจำแนกระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพได้เป็น 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และ ผลลัพธ์ (outcome) (Donabedian , 1988)

1.2.1 โครงสร้าง (structure) หมายถึงคุณลักษณะต่างๆ ของแพทย์และโรงพยาบาล เช่น ความพอเพียงของทรัพยากร เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ คุณวุฒิของแพทย์หรือบุคลากรด้านสุขภาพ สถานะของโรงพยาบาลรวมถึงรูปแบบการจัดการ และด้านงบประมาณ โครงสร้างเปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้าของการบริการสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการให้บริการทางสุขภาพ

1.2.2 กระบวนการ (process) ได้แก่ ส่วนประกอบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ กับผู้ป่วยหรือลูกค้า ซึ่งรวมกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม หรือระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ป่วย แบ่งขบวนการนี้เป็น 2 ด้านคือ ด้านเทคนิคและด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านเทคนิคที่ถือว่าเป็นศาสตร์ของการดูแล เป็นการประยุกต์ศาสตร์หรือเทคโนโลยีสาขาต่างๆ มาบริหารจัดการกับปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ การตัดสินใจและทักษะในการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการดูแล เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพจะอยู่บนสมมติฐานที่ว่า การดูแลที่มีคุณภาพสูงจะให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ ส่วนในกระบวนการด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ถือว่าเป็นศิลปะของการดูแล หมายถึง การจัดการปฏิสัมพันธ์ทางจิต-สังคมระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ กระบวนการนี้ต้องตอบสนองความต้องการของบุคคลและสอดคล้องกับความ คาดหวังและมาตรฐานของการให้บริการ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการมักไม่สามารถพิจารณาถึงกระบวนการด้านเทคนิคได้ส่วนใหญ่จึงมักพิจารณาคุณภาพของกระบวนการ เฉพาะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ ฉะนั้นจึงมีการศึกษากันมากถึงความพึงพอใจในบริการที่ได้รับของผู้ป่วย

1.2.3 ผลลัพธ์ (outcome) หมายถึง สภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ การเปลี่ยนแปลงในสภาวะสุขภาพในปัจจุบันและในอนาคตของผู้ป่วยรวมถึงด้านจิตใจและสังคมที่อาจเป็นปัจจัยนำเข้าของภาวะสุขภาพ ตลอดจนผลกระทบที่มีไปถึงชุมชน

1.3 การประเมินคุณภาพ

จากความหมายที่หลากหลายของคุณภาพทำให้มีผู้มองและแยกแยะคุณภาพเป็นองค์ประกอบและมิติต่างๆ กันไป โดยแบ่งเป็นการประเมินคุณภาพบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพ และการประเมินคุณภาพจากผู้ให้บริการ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์ , 2544)

1.3.1 การประเมินคุณภาพบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพ ได้แก่ ประเมินคุณภาพบริการด้านเทคนิค มี 2 มิติ คือ ความถูกต้องของบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ให้ (doing the right thing) และ ความชำนาญที่กระทำการรักษาได้อย่างเหมาะสม (doing the thing right) คุณภาพด้านเทคนิคที่ดีจะประกอบไปด้วย การทำสิ่งที่ถูกต้องด้วยวิธีการ และในเวลาที่เหมาะสม การที่แพทย์จะสามารถทำสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมได้นั้น แพทย์จะต้องมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในทางเลือกของการรักษาผู้ป่วยแต่ละคน (มีคุณภาพในการตัดสินใจ) และมีการให้การรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งขึ้นอยู่กับ ความชำนาญ การใช้วิจารณญาณและการปฏิบัติได้เหมาะสมกับเวลา และประเมินคุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (interpersonal หรือ function quality) ขึ้นอยู่กับพื้นฐานหลายอย่าง เช่น คุณภาพด้านการสื่อสาร ความสามารถของแพทย์ที่จะดำรงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือ ความสามารถของแพทย์ที่จะดำรงไว้ซึ่งความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ รู้กาลเทศะ และไวต่อการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย (Palmar et.,1991 อ้างใน,จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และ คณะ , 2543)

1.3.2 การประเมินคุณภาพบริการโดยผู้รับบริการ คุณภาพเป็นการสนองตอบความคาดหวังและค่านิยมของผู้บริโภคที่มาใช้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มารับบริการแต่ละคน ความคิดเห็นของบุคคลกลุ่มนี้เกี่ยวกับการบริการจัดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อคุณภาพบริการ นักวิจัยในปัจจุบันได้พัฒนามาตรวัดที่ผู้รับบริการสามารถประเมินคุณภาพการดูแลให้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากขึ้น ทำให้การประเมินคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการมีความสำคัญที่ไม่อาจมองข้ามไปได้

อย่างไรก็ตามการประเมินคุณภาพบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ให้บริการต้องมีองค์ประกอบที่ใช้ในการประเมินที่สำคัญ 2 ประการคือ

1) การปฏิบัติตามมาตรฐาน คุณภาพบริการตามการปฏิบัติตามมาตรฐาน หมายถึง การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพต่างๆที่กำหนดไว้ เช่น มาตรฐานพยาบาลในชุมชน มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นต้น

2) การปฏิบัติตามการรับรู้ คุณภาพตามการรับรู้ หมายถึง คุณภาพที่พิจารณาจากการรับรู้บริการที่ได้รับจริงว่าเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการหรือไม่

ในการประเมินคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพนั้นไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ในการประเมินจากผู้รับบริการ เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่ได้มีมุมมองความมีคุณภาพการบริการตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ การทำให้บริการสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการได้ บริการนั้นต้องมีคุณภาพสนองตามความคาดหวังของผู้รับบริการ การประเมินคุณภาพบริการจากมุมมองของผู้รับบริการจึงเป็นการประเมินคุณภาพตามความคาดหวังซึ่งมักสอดคล้องกับการปฏิบัติกับมาตรฐาน นั่นเอง ซึ่งเกณฑ์

มาตรฐานสำหรับตัดสินความมีคุณภาพ ครอบคลุมทั้งเกณฑ์มาตรฐานเชิง โครงสร้าง เกณฑ์ มาตรฐานเชิงกระบวนการและเกณฑ์มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร , 2544)

2. ความคาดหวัง

2.1 ความหมาย

ความคาดหวัง หมายถึง ความเชื่อ ความคิด ความคาดหวัง หรือเป็นสิ่งที่อยู่ในจิตสำนึกของ บุคคลที่มีต่องาน หรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง (สิทธิโชค วรรณสันติกุล, 2530) เป็นผลจากการคิด กลั่นกรองอย่างมีเหตุผลในแนวทางที่เป็นไปได้ ความคาดหวังนั้นอาจจะเป็นการคาดการณ์ในอนาคต ทั้งทางที่ดีและไม่ดีก็ได้ (Allee , 1989 , อ้างใน สุจินต์ สุวินัยตระกูล , 2537) ความคาดหวังจะเกิดขึ้นได้ ถูกต้องหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การได้รับความรู้และการมีประสบการณ์หรือจากการแสดงให้เห็นเป็นตัวอย่าง ของแต่ละบุคคล (สุรางค์ จันทร์อม , 2529) เนื่องจากความคาดหวังเป็นสภาวะทางจิตอย่างหนึ่งของ บุคคลซึ่ง เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือความคิดเห็น วิจารณ์เกี่ยวกับ การคาดคะเนหรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าควรมีควรจะเป็นหรือควร จะเกิดขึ้นตามความจำเป็นและความเหมาะสม ต่อสถานภาพหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ดังนั้นการวัดความคาดหวังจึงเป็นการวัดความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์หนึ่งว่าควรมีหรือควร จะเกิดขึ้น (อัญชลี เศรษฐเสถียร , 2540)

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster New World Dictionary)(Mekchine , L.L., 1989) อธิบาย ความหมายของความคาดหวังว่า หมายถึง การคาดการณ์ในอนาคตในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยที่ความ คาดหวังนั้นอาจจะเป็นการคาดการณ์ในอนาคตในสิ่งที่ดีหรือไม่ดีก็ได้

ไซทามล์และคณะ (Zeithaml et al., 1990) อธิบายว่าคุณภาพบริการคือ การเปรียบเทียบ ความ คาดหวังกับการรับรู้บริการที่มีความสอดคล้องกันเพียงใด ถ้าการรับรู้บริการ สอดคล้อง ตรงกับความคาดหวัง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ถือได้ว่าบริการนั้นมีคุณภาพ เป็นบริการที่ดี และถ้าการรับรู้บริการ ไม่สอดคล้องตรงกับความคาดหวัง ไม่สามารถตอบสนองความ ต้องการของผู้รับบริการ ถือได้ว่าบริการนั้นยังไม่มีคุณภาพบริการที่ดี

จากความหมายและนิยามความคาดหวังที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความคาดหวังเป็นความ รู้สึกของมนุษย์ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่บุคคลกำหนดหรือคาดหมายว่าจะได้รับในระดับที่บุคคลปรารถนา หากบริการตามความคาดหวังของประชาชนมีความสอดคล้องกับบริการที่ได้รับตามความเป็นจริง ถือ ว่าบริการมีคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า จากการศึกษาของปาริชาติ ภักวิภาส (2543) ศึกษาการบริการพยาบาลตามความคาดหวังและได้รับจริงของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ระดับการบริการพยาบาลตามความคาดหวังโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.8 ปานกลาง ร้อยละ 40.8 น้อย ร้อยละ 4.6 ขณะที่ระดับการพยาบาลได้รับจริงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.3 ปานกลาง ร้อยละ 45.4 น้อย ร้อยละ 2.3 และเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่าง คะแนนเฉลี่ยของคะแนนรวมบริการพยาบาลได้รับจริง และคะแนนของบริการพยาบาลตามความคาดหวัง พบว่า ไม่ต่างกัน คล้ายกับการศึกษาของมิชเชล, ลินนา และไฮด์ (Mitchell, Leanna & Hyde, 1999 อ้างใน จินต์สินี รักษานาม, 2546) ได้ศึกษาการวัด คุณภาพบริการที่สถานบริการทางสุขภาพ รัฐไอดาโฮ สหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพบริการที่คาดหวังและบริการพยาบาลที่ได้รับจริง มีความสัมพันธ์ในทางบวก คือ การสร้าง ความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือในการให้บริการ การตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ และความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ จินต์สินี รักษานาม (2546) ศึกษาเรื่อง การรับรู้คุณภาพบริการของผู้มารับบริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลพิจิตร โดยใช้กรอบแนวคิดของ พาราสุรามาน (Parasuraman) ผลการศึกษาพบว่า ความคาดหวังบริการของผู้รับบริการในศูนย์ สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลพิจิตร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.03 จากค่าคะแนนเต็ม 5.0 เช่นเดียวกับความคาดหวังรายด้านที่อยู่ในระดับมากทุกด้านเช่นกัน คือ การสร้างความมั่นใจให้แก่ ผู้รับบริการ การตอบสนองในการให้บริการ ด้านความเห็นอกเห็นใจ ในการให้บริการ ความเป็นรูปธรรมในการให้บริการ และความน่าเชื่อถือในการให้บริการ

3. ศูนย์สุขภาพชุมชน

3.1 ความหมาย

ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สำหรับประชาชนที่อยู่ใกล้บ้านใกล้ใจ ในชุมชน (WHO, 1978)

ศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง บริการสุขภาพที่จำเป็นบนฐานเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ ที่สอดคล้องกับลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมและปัจจัยแวดล้อมอื่นๆแก่ประชาชนทุกระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยมีกิจกรรมการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและสภาพแวดล้อมของครอบครัวและชุมชนที่อยู่อาศัยได้อย่างเหมาะสม (พงษ์พิสุทธิ์ งามอุดมสุขและทัศนีย์ สุรกิจโกศล, 2543)

ศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทางกายภาพและสาธารณสุขที่ จัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยง ต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่อง ประชาชนเข้าถึงบริการ ได้สะดวก มีระบบการให้คำปรึกษาและเครือข่ายส่งต่อ เน้นการสร้างสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็ง ให้แก่ประชาชนจนสามารถพึ่งตนเองได้ เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วม (สำนักพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ, 2546)

สรุปศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง สถานบริการระดับปฐมภูมิที่ให้บริการสุขภาพ ขั้น พื้นฐานในลักษณะผสมผสานและต่อเนื่อง ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ รักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ ที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก มีการให้ความรู้และ คำปรึกษา มีเครือข่ายการส่งต่อ และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของ ตนเอง

การดำเนินงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ซื้อบริการ (รัฐบาล) ทำสัญญาซื้อ บริการกับผู้ให้บริการซึ่งต้องจัดบริการแบบปฐมภูมิ แต่สถานีอนามัย ไม่มีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะทำ สัญญาได้ ผู้ซื้อบริการ (รัฐบาล) จึงต้องทำสัญญากับโรงพยาบาลชุมชนแทน จึงเรียก โรงพยาบาล ว่าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลักหรือหน่วยคู่สัญญา

หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for Primary care, CUP) หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยคู่สัญญา ของบริการระดับนี้จะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจนและจัดให้มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่ ประชาชนที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัว หน่วยบริการระดับปฐมภูมินี้อาจจัดบริการโดยเป็น หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่เป็น สถานพยาบาล หน่วยเดียว หรือ เครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีหน่วยบริการย่อยร่วมกันให้บริการ (สำนักพัฒนา เครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545)

3.2 หลักเกณฑ์การจัดบริการระดับปฐมภูมิ

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2542) ได้เสนอหลักเกณฑ์การจัดตั้งหน่วยปฐมภูมิ (Primary Care Unit) หรือศูนย์สุขภาพชุมชน อันเป็นนามที่บัญญัติขึ้นใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อตอบสนองต่อ นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพ ได้กำหนดลักษณะสำคัญของบริการระดับปฐมภูมิที่ดีไว้ดังนี้

3.2.1 เป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงบริการใกล้สะดวก (Front – line Care) บริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่ม โรคตามมาตรฐาน เป็นที่ให้การปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทาง

3.2.2 เป็นบริการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง (ongoing care/ longitudinal) ใน ทุกภาวะสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย โดยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

3.2.3 เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน (comprehensive care) คำนึงถึงปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องทุกด้านตามปัญหาและความจำเป็น ครอบคลุม 4 มิติแห่งการดูแลสุขภาพ

3.2.4 เป็นบริการที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานต่อการใช้บริการอื่นๆ (co-ordinated care) ทั้งด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และสังคม ตามความจำเป็นเพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์ สูงสุด

สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัลย์ เสนารัตน์ และคณะ (2544) ได้ทำการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาในเขตภาคเหนือ โดยทำการศึกษา 6 ชุมชนที่ตั้งในเขตภาคเหนือทั้งเขตเมืองและชนบท ได้เลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจงเพื่อเป็นตัวแทนของวิถีชีวิตแบบต่างๆ ของประชาชนในภาคเหนือ ทีมวิจัยได้เสนอแนะรูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ ดังนี้ **หนึ่ง** พัฒนาคความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพเดิม โดยจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพประจำสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ **สอง** มีระบบบริหารจัดการด้านบุคลากรให้เหมาะสม ทั้งด้านจำนวนคุณวุฒิและคุณภาพ **สาม** มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สอดคล้องกับเป้าหมายการสร้างเสริม สุขภาพดี ไม่เน้นการรักษาอย่างเดียว นอกจากนี้ภาครัฐต้อง จัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ **สี่** มีการเชื่อมประสานหรือความร่วมมือและการส่งต่อในการให้บริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับเหนือขึ้นไปโดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

และสอดคล้องกับการศึกษาของขนิษฐา นันทบุตรและคณะ (2544) ได้ทำการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่ง ได้ศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ องค์กรชุมชนและประชาชน ซึ่งผลการศึกษาเสนอแนะให้ใช้โครงสร้างสถานีนอมนามัยที่มีอยู่แล้วเป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีพื้นที่รับผิดชอบทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล แต่มีการปรับบทบาทหน้าที่ใหม่ให้สอดคล้อง

กับปรัชญาแนวคิดของการให้บริการระดับปฐมภูมิโดยใช้กระบวนการพัฒนาการทำงานทั้งในด้านการเตรียมความพร้อมของบุคลากร การพัฒนาวิธีการทำงาน และพัฒนาเครื่องมือในการทำงาน

การให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน มีลักษณะของการผสมผสานงานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค งานด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ทั้งในสถานบริการและในชุมชน ลักษณะงานดังกล่าวมีขอบเขตกว้างขวางและมีความซับซ้อน อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานมีหลายสาขาวิชาชีพที่มาร่วมกันเป็นทีม การดำเนินงานจึงต้องมีมาตรฐานให้ทุกคนถือปฏิบัติ เพื่อทำให้เกิด คุณภาพบริการ โดยยึดเป้าหมายร่วมกันคือ ผลลัพธ์ ให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพดี สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ พึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกัน บริการที่จัดขึ้นจึงควรมีคุณภาพ ตามมาตรฐานสอดคล้องกับความคาดหวังและเป็นสิ่งที่พึงพอใจของผู้รับบริการ

3.3 มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาตรฐานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมิมีสาระสำคัญ ดังนี้ (สุพิศรา ศรีวิณิชชากร , สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ , ปิยะธิดา ศรีรักษา , และประภาพรณ คำคม , 2539)

3.3.1 การจัดหน่วยบริการ

การจัดหน่วยบริการเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนที่รับผิดชอบหน่วยคู่สัญญาจะต้องจัดให้มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิรับผิดชอบดูแลประชากรอย่างต่อเนื่องไม่เกิน 1,000 คนต่อหน่วยบริการ และสถานที่ตั้งของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ควรตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชากรเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที

3.3.2 ชีคความสามารถของหน่วยบริการ

1) มีการให้บริการที่หลากหลายอย่างผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับการให้ความรู้กับประชาชนที่มาใช้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

2) มีบริการด้านทันตกรรมในหน่วยเองหรือมีระบบเชื่อมต่อ เพื่อส่งประชาชนในความรับผิดชอบไปรับบริการทันตกรรม (รักษาและป้องกัน) ได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง

3) มีบริการให้ความรู้แก่ประชาชนที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการทุกวัน

4) มีบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ดูแลหญิงหลังคลอด วางแผนครอบครัว พร้อมทั้งมีระบบติดตามต่อเนื่องของบริการอย่างน้อย 1-2 วัน ต่อสัปดาห์

5) มีบริการดูแลสุขภาพเด็ก 1-8 วันต่อเดือน

6) มีระบบการเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อติดตามบริบาลผู้มีปัญหาสุขภาพและทำความเข้าใจกับครอบครัว ประเมินสภาพครอบครัวและดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 10-15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

7) มีบริการด้านยาตั้งแต่การจ่ายยา การจ่ายยา และการให้ความรู้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

8) มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐานที่ควรทำได้เอง และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่นที่ให้บริการรวดเร็วและคล่องตัว

3.3.3 ด้านบุคลากร

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิต้องมีบุคลากรให้บริการทั้งแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์ที่ทำงานเป็นทีมประจำ โดยคิดเป็นอัตราส่วนของบุคลากรประเภทต่างๆ ต่อประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบดังนี้

1) มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1: 1,250 โดยในจำนวนนี้ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4 และบุคลากรต้องทำงานประจำอย่างน้อย 3 ใน 4

2) มีแพทย์ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือในเครือข่ายของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ รับผิดชอบเป็นทีมสุขภาพในอัตราส่วน 1:10,000 ในพื้นที่ทุรกันดาร และหรือ ไม่สามารถหาแพทย์มาให้บริการได้ ให้จัดพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ต่อ แพทย์ 1 คน เพิ่มเติมจากข้อ 1) แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ไม่น้อยกว่า 1 :30,000 แพทย์มีบทบาทรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนร่วมกับบุคลากรอื่นๆ เป็นผู้กำกับคุณภาพบริการ ให้คำปรึกษาในบริการ ส่วนบทบาทให้บริการ โดยตรงขึ้นกับจำนวนแพทย์ที่มีและควรปรับให้สอดคล้องกับ ศักยภาพของหน่วยบริการที่มีในพื้นที่

3) มีทันตแพทย์ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือในเครือข่ายของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ รับผิดชอบเป็นทีมสุขภาพในอัตราส่วน 1:20,000 ในพื้นที่ที่ทันตแพทย์ไม่เพียงพอ ให้มี ทันตภิบาล ปฏิบัติงานแทน อัตราส่วน ทันตภิบาล 2 คน ต่อทันตแพทย์ 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมี ทันตแพทย์ร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1 : 40,000 คน

4) มีเภสัชกรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือในเครือข่ายของหน่วยบริการระดับ ปฐมภูมิ ร่วมให้บริการและรับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคในอัตราส่วน 1 : 15,000 ในพื้นที่ที่เภสัชกรไม่เพียงพอ ให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรม เบื้องต้น ปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วน เจ้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ 2 คนต่อเภสัชกร 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมี เภสัชกรร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1 : 30,000 คน

3.3.4 ด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่

- 1) มีอุปกรณ์ เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ
- 2) มีสถานที่ตรวจรักษา หรือให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน สะอาดและให้บริการที่เพียงพอ
- 3) มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถขอรับคำปรึกษาจากหน่วยบริการในเครือข่ายเดียวกัน อย่างรวดเร็ว
- 4) มีการจัดการยานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

3.3.5 ด้านการจัดการ ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสมเพื่อ

- 1) มีระบบข้อมูลสำหรับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยต้องทราบว่าประชากรที่รับผิดชอบเป็นใคร อยู่ที่ไหน
- 2) ให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม จัดระบบข้อมูล
- 3) ให้มีความสะดวกรวดเร็วในการบริการ
- 4) ให้ข้อมูลผู้รับบริการเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพและสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
- 5) ให้มีระบบการกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- 6) มีการจัดการด้านยาตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 7) ระบบการเชื่อมต่อและการส่งต่อกับโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการบริการ ด้านวิชาการและระบบข้อมูล

3.4 องค์ประกอบคุณภาพบริการ

หน่วยบริการปฐมภูมิเดิมคือ สถานีอนามัยได้เปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเชื่อว่า สื่อความหมายกับประชาชนได้ดีกว่าชื่อเดิม ทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในเรื่อง สุขภาพมากขึ้น มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของคุณภาพบริการซึ่งได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) สามารถจำแนกได้ตามมาตรฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชนของสำเร็จ แหงกระโทก , รุจิรา มังคละศิริ (2544) ซึ่งแตกต่างจากการ กำหนดมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่แบ่งมาตรฐานออกเป็น มาตรฐานด้านบริการ มาตรฐานการบริหาร

จัดการและมาตรฐานด้านวิชาการ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ , 2547) แต่เมื่อพิจารณา รายละเอียดเกณฑ์มาตรฐานแต่ละด้านแล้ว พบว่ามีความสอดคล้องคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ

3.4.1 มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure Standard) มาตรฐานของการเตรียมศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งเป็นโครงสร้าง หรือกายภาพที่มองเห็น ชัดเจน ดังนี้

1) ด้านที่ตั้งและประชากร มีประชากรรับผิดชอบไม่เกิน 10,000 คนต่อ 1 ศูนย์สุขภาพ ชุมชน และสถานที่ตั้งของ ศูนย์สุขภาพชุมชน จะต้องอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบประชากร ถ้าอยู่นอก พื้นที่ รับผิดชอบประชากรจะต้องไม่ไกลเกินกว่าการเดินทาง 30 นาที โดยรถยนต์

2) ด้านบุคลากร

ศูนย์สุขภาพชุมชนมีประชากรรับผิดชอบ 10,000 คน มีบุคลากรให้บริการ 8 คน หรือ สักส่วน เจ้าหน้าที่ : ประชากรที่รับผิดชอบ 10,000 คนมีบุคลากรให้บริการ 8 คน ประกอบไปด้วย

แพทย์ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน ในอนาคต เมื่อมีแพทย์เพิ่มขึ้น ควรจะ รับผิดชอบประชากร 1 : 3,000 คน (มีแพทย์ประจำทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ) ในปัจจุบันยังไม่มีแพทย์ ประจำ ให้ใช้พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือพยาบาลวิชาชีพทดแทนไปก่อน โดยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ ที่เป็น โรงพยาบาลคู่สัญญา หรือ Main Contractor หรือมีแพทย์เคลื่อนที่มาดูแลเป็นระยะ

ทันตแพทย์ 1 คน รับผิดชอบประชากร 20,000 คน นั่นคือ ทันตแพทย์ 1 คนดูแล 2 ศูนย์สุขภาพชุมชน ในขณะที่ยังไม่มีทันตแพทย์ให้ใช้ทันตภิบาลแทน โดยอยู่ภายใต้การดูแลของ ทันตแพทย์ หรือ ทันตแพทย์จาก ศสช. อื่น ๆ หรือจาก โรงพยาบาลคู่สัญญา หรือ Main Contractor เป็นผู้ดูแลจัดหน่วยเคลื่อนที่มาเป็นระยะ

พยาบาล 1 คน รับผิดชอบประชากร 5,000 คน แต่ศูนย์สุขภาพชุมชน กำหนดให้มี พยาบาลวิชาชีพ 2 คน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ 4 คน ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมสามารถให้บริการปฐมภูมิได้ อย่างต่อเนื่อง

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น เกสัชกร เจ้าหน้าที่ห้อง Lab เจ้าหน้าที่การเงิน / การบัญชี ฯลฯ จะเข้ามาช่วยเสริมและสนับสนุนเป็นครั้งคราว เช่น เกสัชกร มาช่วยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง , เจ้าหน้าที่การเงินมาช่วยสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง เจ้าหน้าที่เหล่านี้อยู่ในโรงพยาบาลคู่สัญญา ซึ่ง ช่วยเหลือ หน่วยบริการปฐมภูมิ

บุคลากร 8 คน ได้แก่ แพทย์ ทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข 4 คน ปฏิบัติงานประจำเป็นทีมไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด

ระยะเวลาปฏิบัติงานของบุคลากรในการบริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เช่น 10 ชั่วโมงต่อวันในวันธรรมดา 3 ชั่วโมงต่อวันในวันหยุดราชการ

บุคลากรควรมีการจัดกระบวนการอบรมทั้งในเชิงความรู้ ทักษะ การปฏิบัติงานและทัศนคติ ในเรื่องเกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามแนวคิด สถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ถ้ายังมีบุคลากรไม่ครบให้จัดอบรมบุคลากรที่มีอยู่แล้วหรือจัดสาขาอื่นทดแทนไปพลางก่อน การจัดอบรมควรจัดให้ตรงตามบทบาทหน้าที่

3) ด้านวัสดุ/ อุปกรณ์ และเครื่องมือ การจัดวัสดุ – อุปกรณ์ เพื่อบริการประชาชนและดำเนินงานเวชปฏิบัติครอบครัว ดังนี้ ภารกิจที่สำนักงาน เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ตู้ ฯลฯ ควรมีให้ครบและจัดให้เหมาะสมมีพื้นที่บริการเพียงพอ มีอุปกรณ์/วัสดุ/เครื่องมือ เพื่อการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม- พื้นฟูสุขภาพได้อย่างครบถ้วนพอเพียงและมีระบบปราศจากเชื้อที่ถูกต้อง เช่น มีหุฟง วัสดุตรวจ การตั้งครุภัณฑ์ อุปกรณ์ วัสดุยา ยาเวชภัณฑ์มีโซยา อุปกรณ์การตรวจชั้นสูงพื้นฐาน ฯลฯ ครุภัณฑ์/ ยานพาหนะ อุปกรณ์สื่อสารเพื่อติดต่อกับโรงพยาบาลคู่สัญญา และใช้ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการปฏิบัติงานในชุมชน เช่น รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ โทรสาร ฯลฯ รถยนต์ที่ใช้ในการส่งต่อ ถ้ายังไม่สามารถจัดไว้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน อาจมีประจำไว้ โรงพยาบาลคู่สัญญา เมื่อศูนย์สุขภาพชุมชนใดจะใช้ให้ประสานงานเข้ามา

4) การเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ในการดำเนินงาน เนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องใช้ระบบข้อมูล เพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เพื่อดูแลประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน การส่งเสริมระบบข้อมูลเพื่อการบริการและสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน จึงต้องแสดงให้เห็นทางกายภาพด้วย เช่น การเตรียมแบบสำรวจแบบประเมินสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน การเตรียม แฟ้มครอบครัว (Family Folder) ระบบข้อมูลบัญชี 1-8 เพื่อติดต่อผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง การเตรียมคอมพิวเตอร์ การจัดอบรม การประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนร่วมมือและประสานงานการเก็บข้อมูล ฯลฯในเรื่องของการมีระบบข้อมูลที่สามารรถ สืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยงกลุ่มผู้ป่วยเพื่อการติดตามและส่งต่อได้สะดวก ถือเป็นตัวชี้วัดและเกณฑ์ของสำนักพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีขอบเขตครอบคลุมข้อมูลประชากรในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีแฟ้มครอบครัวเป็นเครื่องมือหลักในการจัดเก็บข้อมูลผสมผสานกับการใช้ soft ware และคอมพิวเตอร์เป็นอุปกรณ์อำนวยความสะดวกเช่นกัน (สำนักพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ , 2547)

3.4.2 มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process Standard) เป็นการจัดการ หรือการปฏิบัติกิจกรรม หรือ กระบวนการดำเนินงาน เมื่อมีมาตรฐานโครงสร้างแล้ว กระบวนการทำงานเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวในการจัดบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย

1) การบริการผสมผสานครบทั้ง 4 เรื่อง ดังนี้

ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ให้บริการรักษาโรคทั่วไป โรคเรื้อรังโดยผสมผสานกับการให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่จำเป็น

การให้บริการสร้างสุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชนต้องส่งเสริมให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ให้เจ็บป่วย การสร้างสุขภาพต้องจัดให้มีทั้งในศูนย์สุขภาพชุมชนและในชุมชน เพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน

การบริการเชิงรุก ศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องทำงานผสมผสานการทำงานสร้างสุขภาพและซ่อมสุขภาพในชุมชน เช่น ติดตามเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครอบครัวในรายชื่อที่จำเป็น การฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งการสร้างสุขภาพในชุมชน

การบริการด้านทันตกรรม หน่วยบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องมีการบริการด้านการรักษาพื้นฐาน และส่งเสริมป้องกันทางด้านทันตกรรมด้วย

กรณีศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีการบริการภายใน ศูนย์สุขภาพชุมชนของตนเองจะต้องติดต่อประสานกับศูนย์สุขภาพชุมชนอีกแห่ง เพื่อให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบของตนเองไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นได้โดยสะดวก

2) การจัดบริการประชาชนที่มารับบริการที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนควรจัดบริการให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว อย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม โดยประชาชนควรได้รับบริการภายใน 1 ชั่วโมง เมื่อมาถึงสถานบริการและมีระบบเชื่อมต่อในการรับส่งต่อผู้รับบริการให้สะดวกรวดเร็ว ทำให้ประชาชนต้องการมาใช้บริการที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน

3) มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ นำข้อมูลมาใช้ในการทำงาน โดยการดูแลบุคคลและครอบครัว เช่น เจ้าหน้าที่ทุกคนควรจัดทำ Family Folder เพื่อเป็นข้อมูลในการให้บริการแบบองค์รวม และควรจัดระบบ OPD Card และลงบันทึกเพื่อการดูแลผู้รับบริการต่อเนื่องระบบการลงบัญชี 1-8 เพื่อติดตามผู้รับบริการ รวมถึงข้อมูลอื่น ๆ ที่จัดเก็บเพื่อการพัฒนาแก้ปัญหา ทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัวและชุมชน ฯลฯ มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาปัญหาในพื้นที่อย่างเป็น วิทยาศาสตร์เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อเนื่อง

4) มีการจัดระบบส่งต่อ ทั้งการส่งและรับกลับเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น และมีการติดตามแลกเปลี่ยนผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่อง

5) มีการจัดระบบการนิเทศ-ควบคุม-กำกับและฝึกอบรม พัฒนางานวิชาการพื้นฐาน เพื่อการจัดบริการโดยมีตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน เช่น คลินิกฝากครรภ์, Guide Line

การตรวจรักษาขั้นต้น,มาตรฐานการเยี่ยมบ้าน ควรมีการติดตามดูอย่างใกล้ชิดเพื่อเป็น เครื่องมือ กระตุ้นและกำกับการทำงาน

6) มีการแก้ไขปัญหา/อุปสรรค โดยการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันระหว่างโรงพยาบาลคู่สัญญา กับ ศูนย์สุขภาพชุมชน และ ศูนย์สุขภาพชุมชนกับ ศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานเชิงกระบวนการส่วนใหญ่คล้ายกับมาตรฐานด้านบริการของสำนักพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ ในส่วนที่แตกต่างได้แก่ มีบริการด้านชั้นสูตรที่ครบถ้วนซึ่งครอบคลุมการเตรียมผู้ป่วย การเก็บสิ่งส่งตรวจ (collection) การเก็บรักษาสภาพสิ่งส่งตรวจ (preservation) การตรวจ วิเคราะห์ การรายงานผล การควบคุมคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพ การรักษาความปลอดภัย การรักษา สิทธิผู้ป่วย การตรวจใดที่ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่สามารถให้บริการได้เอง จะต้องมีระบบการนำส่งไปยัง ห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยาอื่น การมีบริการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก นอกจากเป็นการ อนุรักษ์ภูมิปัญญาไทยแล้ว ยังช่วยลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยเฉพาะกลุ่ม ยาแก้ปวด ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่จำเป็นต้องดำเนินการเอง อาจให้ชุมชนเข้ามา มีส่วนร่วม ส่วนการใช้สมุนไพรอยู่ภายใต้คำแนะนำจากโรงพยาบาล ที่เป็นแม่ข่าย

3.4.3 มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome Standard) มาตรฐานของผลลัพธ์หรือผลการ ดำเนินงาน เมื่อศูนย์สุขภาพชุมชนได้มีการดำเนินงานตามมาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure Standard) และมาตรฐาน เชิงกระบวนการ (Process Standard) แล้วจะเกิดผลลัพธ์ที่เป็น Out-put Out-Come Impact ดังต่อไปนี้

- 1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น หญิงตั้งครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ ได้รับบริการ ครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐาน (coverage) หรือตัวชี้วัดที่ควรจะเป็น
- 2) ประชาชนในความรับผิดชอบป่วยด้วยโรคติดต่อ ต้องมีการรายงานอย่างครบถ้วนทัน เวลา และโรคติดต่อเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนจะถูกค้นพบได้เร็วขึ้น
- 3) ประชาชนและบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนจะมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (bonding)
- 4) ประชากรเจ็บไข้ได้ป่วย จะมาใช้บริการที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน มากขึ้น
- 5) เมื่อเปิดโอกาสให้เลือกลงทะเบียน ประชาชนจะเลือกลงทะเบียนที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ของตนเอง
- 6) เมื่อสอบถามความพึงพอใจ จะพึงพอใจใน ศูนย์สุขภาพชุมชน ของตนเองและ ประชาชนยอมรับบุคลากรให้เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพประจำครอบครัว
- 7) ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ มีความร่วมมือและประสานงานกับบุคลากร ในศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นอย่างดี

8) ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีขึ้น ไม่ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้

9) ถ้าการดำเนินงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนของทุกจุดดำเนินการได้เป็นอย่างดี ประชาชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน จะมาปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนของตนเองก่อนทุกครั้ง จะมีผลทำให้ผู้ป่วยที่ OPD ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบัน ลดจำนวนน้อยลงหรืออาจจะไม่มีเลย คงมีเฉพาะผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากศูนย์สุขภาพชุมชนหรือผู้ป่วยเฉพาะโรคที่ต้องการพบแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น

3.5 การจัดเป็นเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ

หน่วยบริการที่สามารถจัดบริการได้ครบ และมีแพทย์ บุคลากรสาขาต่างๆ ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาได้ โดยตรง เรียกว่า หน่วยบริการระดับปฐมภูมิหลัก (main contractor) และหน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ครบทุกประเภท หรือมีบุคลากรที่ไม่ครบตามมาตรฐาน เรียกว่า "หน่วยบริการระดับปฐมภูมิรอง ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ" (sub-contractor) หน่วยบริการระดับปฐมภูมิรองนี้จะไม่สามารถรับขึ้นทะเบียนเป็นคู่สัญญาได้

3.6 แนวทางการพิจารณาประเมินรับรองสถานพยาบาล

3.6.1 สถานพยาบาลที่ให้บริกรนั้น บริการได้เบ็ดเสร็จในหน่วยบริการเดียว หรือเป็นเครือข่ายสถานบริการ โดยมีหน่วยบริการหลายหน่วยให้บริการรวมกันจึงจะมีคุณสมบัติครบ ให้ประเมินทุกหน่วยบริการ

3.6.2 มีสถานที่จัดให้บริการผสมผสานเป็นการประจำที่ชัดเจน ประชาชนเดินทางเข้าถึงได้ภายใน 30 นาที

3.6.3 มีทีมที่รับผิดชอบบริการระดับปฐมภูมิเต็มเวลา ก็คน ประกอบด้วยวิชาชีพใดบ้าง

คือ สำหรับ 10,000 คน ต้องมีทีม 1 ชุด ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 6 คน มีเครือข่ายการให้บริการกับหน่วยบริการทันตกรรม ที่มี ทันตแพทย์ ให้บริการในอัตราส่วนทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 20,000 คน มีเภสัชกร ดูแลด้านระบบยา อย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ บุคลากรที่ปฏิบัติงานต้องปฏิบัติงานประจำที่หน่วยนี้ อย่างน้อย 3 ใน 4

3.6.4 ทีมนี้ต้องมีบทบาทในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพในสถานพยาบาล และมีบทบาทในการออกไปให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชนด้วย

3.6.5 มีเวลาเปิดบริการผสมผสานสำหรับประชาชน ไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีการจัดโปรแกรมที่เจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมบ้าน และบริการในชุมชนที่ชัดเจน ไม่น้อยกว่า สัปดาห์ละ 15 ชั่วโมง

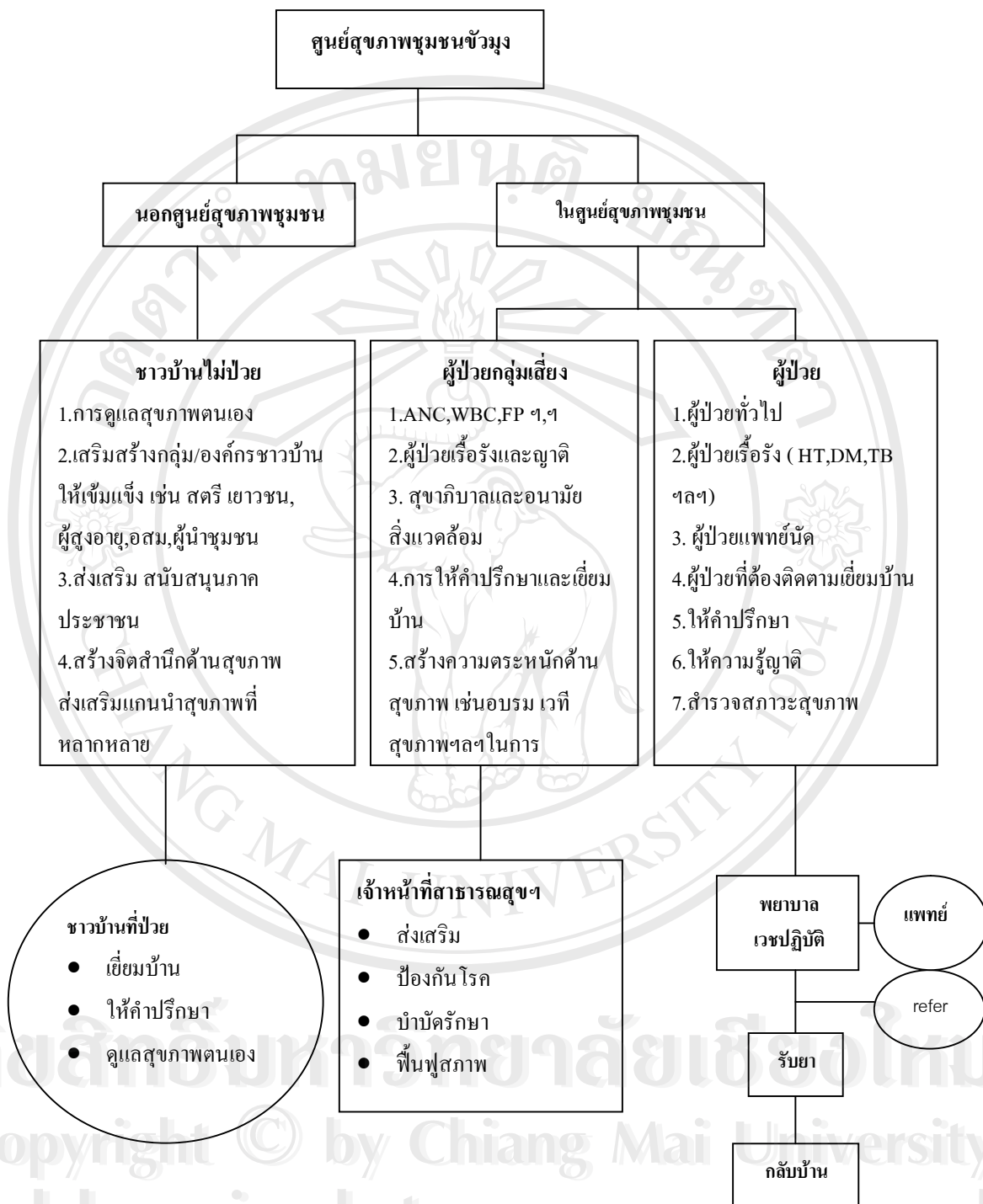
3.6.6 มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ

3.6.7 ระบบบริการต้องมีการจัดการให้มีบริการที่ต่อเนื่อง มีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด จัดให้พบกับทีมผู้ให้บริการที่รับผิดชอบเป็นการประจำ ต่อเนื่องได้

ศูนย์สุขภาพชุมชนข้าวมุง

ศูนย์สุขภาพชุมชนข้าวมุง ตำบลข้าวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เปิดดำเนินการ วันที่ 1 ตุลาคม 2544 ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เดิมเป็นสถานีอนามัยต่อมามีการปรับเป็นโครงสร้างของสถานพยาบาลที่ให้บริการผสมผสานในลักษณะของบริการปฐมภูมิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเปลี่ยนชื่อเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนข้าวมุง โดยมีวิสัยทัศน์คือ บริการสุขภาพชุมชนเป็นบริการด่านแรกในชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน พันธกิจที่กำหนดไว้ได้แก่ จัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านแรกในชุมชนแบบองค์รวม / ผสมผสาน / ต่อเนื่อง / เป็นระบบ / ได้มาตรฐาน และจัดพัฒนาระบบ สุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับแก่บุคคล / ครอบครัว / ชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ปรัชญาของศูนย์สุขภาพชุมชนนี้คือ บริการใกล้บ้านใกล้ใจ สร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดี และดูแลสุขภาพตนเองได้ สนับสนุนจากทีมสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถพร้อมทักษะด้านการ สร้างเสริมสุขภาพร่วมปฏิบัติกับชุมชน สร้างเสริมศักยภาพชุมชน ในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี คือ ประชาชนมีสุขภาพดีและสามารถพึ่งพาตนเองได้ในด้านสุขภาพ

การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ มีการให้บริการทั้งในและนอกศูนย์สุขภาพชุมชนดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างการปฏิบัติงานบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชนจัวมุง
 หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก เอกสารนำเสนอผลการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพตำบลจัวมุง
 (หน้า 2), โดย ศูนย์สุขภาพชุมชนจัวมุง, 2546, เชียงใหม่.

ศูนย์สุขภาพชุมชนข้ามวง มีบุคลากรที่ร่วมเป็นที่รับผิดชอบให้บริการ 7 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน ให้บริการ 3 ชั่วโมง/สัปดาห์ พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ให้บริการในวันและเวลาราชการ ทันตภิบาล 1 คน ให้บริการ 3 ชั่วโมง/สัปดาห์ สัปดาห์เว้นสัปดาห์ แพทย์ พยาบาลและทันตภิบาลปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนข้ามวงคนละ 3 ปี เกณฑ์ตรวจสอบเวชภัณฑ์/ยาในศูนย์สุขภาพชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน ปฏิบัติงานครอบคลุมพื้นที่ 10.78 ตารางกิโลเมตร รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน จำนวน 10 หมู่บ้าน 1,624 หลังคาเรือน 5,624 คน มีผู้มารับบริการเฉลี่ยวันละ 32 คน สาเหตุการป่วยที่สำคัญ 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง โรคระบบไหลเวียนโลหิต สาเหตุการตายที่สำคัญ 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคระบบทางเดินหายใจ (ศูนย์สุขภาพชุมชนข้ามวง , 2546) การดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจร้อยละ 88 แต่ยังไม่มีการประเมินคุณภาพตามความคาดหวังจากประชาชนผู้รับบริการมาก่อน สำหรับการวิจัยที่ศึกษา เกี่ยวกับกิจกรรมการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานมีดังนี้

นิสิต วรธนัจฉริยาและคณะ (2545) ได้ศึกษาวิธีการประเมินคุณภาพบริการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน โดยผู้ประเมินเป็นทีมงานที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการของหน่วยบริการคู่สัญญาหลักและเครือข่าย มีกลุ่มเป้าหมายเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก 37 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 37 แห่ง รวมเป็น 74 แห่ง ที่อยู่ในเขตและนอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ แต่ละแห่งจะได้รับการประเมิน 1-2 ครั้ง สำหรับผลการประเมินครั้งสุดท้ายพบว่า หน่วยบริการคู่สัญญาหลักในเขตและนอกเขตอำเภอเมืองที่เป็นหน่วยบริการของรัฐบาลและเอกชนมีคุณภาพบริการอยู่ในระดับสูงคือ 25 แห่ง และ 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 67.6 และ 32.4 ส่วนศูนย์สุขภาพชุมชนมีคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลางมากกว่าระดับอื่น คือ ระดับปานกลาง 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 62.2 ระดับสูง 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 35.1 และระดับต่ำ 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.7 จะเห็นได้ว่าศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดเชียงใหม่ควรได้รับการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานในระดับที่สูงขึ้น

ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษา รวีวรรณ ศิริสมบุรณ์ และคณะ (2545) เรื่องการประเมินผลการดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของ จังหวัดสระบุรี จำนวน 20 แห่ง ในรอบ 6 เดือนแรก ของการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านมาตรฐานบุคลากรพบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งมีบุคลากรจากโรงพยาบาลและสถานีนามัยร่วมกันปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด คือ มีแพทย์ รับผิดชอบดูแลการปฏิบัติงานทุกแห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบประชากรเฉลี่ยประมาณ 10,000

คนต่อแห่ง และมีประชากรอยู่ในช่วง 2,700-17,552 คน ประชาชนเดินทางมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้ภายใน 30 นาที โดยรถยนต์ ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ตั้งอยู่นอกที่ตั้ง โรงพยาบาล(14 แห่ง) โดยใช้สถานีนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย 1-5 แห่ง ต่อสถานีสถานีบริการคู่สัญญาหลัก 1 แห่ง ส่วนมาตรฐานด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ พบว่า ส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ที่จำเป็นในการบริการครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด และบางแห่งได้รับการสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่นและโรงงานอุตสาหกรรม ในพื้นที่ เช่น ชุดทำฟัน เครื่องฟันยาง ด้านอาคารสถานที่ส่วนใหญ่จัดได้สวยงามและเป็นสัดส่วน ด้านการจัดยานพาหนะส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับสูง ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา เนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นสถานีนามัยขนาดใหญ่ กรณีมีปัญหาบางศูนย์ แก้ไขโดยการใช้รถยนต์ของญาติรถส่วนตัวของเจ้าหน้าที่ หรือรถรับจ้างในพื้นที่ ด้านจิต ความสามารถด้านทันตกรรม โดยภาพรวมมีการจัดบริการด้านทันตกรรม และการรายงานผลยังอยู่ในรูปของสถานีนามัยที่ตั้ง PCU ไม่ได้เป็นภาพรวมของ PCU การให้บริการทันตกรรมแบบผสมผสานมีเพียงทันตกรรมรักษาเป็นส่วนใหญ่ ส่วนอุปกรณ์จะมีครบและมีทันตภิบาลประจำอยู่ มีปัญหาด้านงานอนามัยโรงเรียนเนื่องจากงบประมาณไม่ชัดเจน และด้านเภสัชสาธารณสุข พบว่ามีมาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 77.94 มีปริมาณยาที่เหมาะสม มีการเบิกจ่ายยาไม่เกิน 2 สัปดาห์ และมีเภสัชกรจากโรงพยาบาลไปดูแลและตรวจสอบ

พรทิพย์ รัตนวิชัย (2545) ได้ศึกษา กิจกรรมการให้บริการของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพิจิตร. พบว่า แพทย์และพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลและด้านการบริการยาอยู่ในระดับปานกลาง แต่การปฏิบัติกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการฟื้นฟูสภาพ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคและด้านการสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนอยู่ในระดับน้อย ส่วนเจ้าหน้าที่สถานีนามัยมีการปฏิบัติกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการฟื้นฟูสภาพ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคและด้านการสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ อัมพร ฝอยทอง (2545) ที่ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า เจ้าหน้าที่มีประสพการณ์ในการดำเนินงานในชุมชนน้อย ประชาชนมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ชุมชนขาดความเข้มแข็ง ระบบการจัดการในด้านทะเบียนข้อมูลยังไม่ดีพอ แพทย์ออกตรวจโรคซ้ำ ปัญหาการทำงานเป็นทีม ยานพาหนะออกชุมชนไม่เพียงพอ การส่งชั้นสูตรโรคล่าช้า ออกชุมชนไม่พบชาวบ้าน ด้านผู้ใช้บริการพบว่า มีผู้ใช้บริการจำนวนมาก ไม่มีเจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมบ้าน ต้องการตรวจโรคจากแพทย์ รอแพทย์นาน สถานที่คับแคบ อ่านชื่อยาที่ติดข้างช่องไม่ออก

การดำเนินงานที่ผ่านมาของศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ยังไม่เคยมีการศึกษาคุณภาพบริการ โดยการประเมินความคาดหวังจากผู้มารับบริการซึ่งเป็นหลักสำคัญในการ

ประเมินคุณภาพบริการมาก่อน ผู้ศึกษาจึงต้องการที่จะศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการได้รับบริการจริงของผู้มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนข้ามung อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยเลือกศึกษาคุณภาพบริการตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน 3 ด้านคือ มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (structured standard) มาตรฐานเชิงกระบวนการ (process standard) และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (outcome standard)

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและบริการที่ได้รับจริงของผู้มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนข้ามung อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งคุณภาพบริการประกอบด้วยบริการที่เป็นไปตามมาตรฐาน ไร้ข้อผิดพลาด เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ โดยการนำแนวคิดมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสำเร็จ แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ (2544) มาเป็นกรอบในการประเมินคุณภาพบริการของผู้รับบริการ ได้แก่ มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (structured standard) ประกอบด้วย คุณลักษณะ/รูปแบบขององค์กรที่ให้บริการสุขภาพ เช่นสภาพแวดล้อม ทรัพยากร สถานที่ อุปกรณ์ ยานพาหนะ มาตรฐานเชิงกระบวนการ (process standard) เป็นการศึกษาสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ประกอบด้วย วิธีการปฏิบัติ กิจกรรมบริการ เทคนิคการให้บริการ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (outcome standard) เป็นการศึกษาผลที่เกิดจากการดูแลและการให้บริการ ประกอบด้วย ระดับความรู้และความสามารถของผู้ให้บริการ ผลที่เกิดจากการให้บริการ ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ