

118626



ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการ  
ของโรงพยาบาลชุมชน : การวิจัยแบบผสานวิธี



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
เสฐียรพงษ์ ติวินา  
RAJABHAT MAHA SARAKHAM UNIVERSITY


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม


พ.ศ. 2559


ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม


คณะกรรมการสอบได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ นายเสฐียรพงษ์ ศิวินา แล้ว  
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการวิจัยและประเมินผลการศึกษา ของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

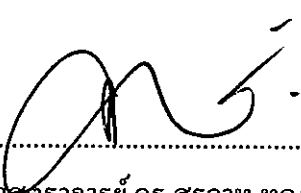
.....  ..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร ทองสอดแสง) (ผู้แทนบัณฑิตวิทยาลัย)


.....  ..... กรรมการ  
(ดร.เยาวเรศ ก้านมะลิ) (ผู้ทรงคุณวุฒิ)

.....  ..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่ ร.ต.ดร.อรัญ ชูยกระเดื่อง) (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก)

.....  ..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรวาท ทองบุ) (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

.....  .....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรวาท ทองบุ)  
คณบดีคณะครุศาสตร์

.....  .....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สนิท ดีเมืองซ้าย)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย  
วันที่.....เดือน 15 มิ.ย. 2559 พ.ศ. ....

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ชื่อเรื่อง : ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการ

ของโรงพยาบาลชุมชน : การวิจัยแบบผสานวิธี

ผู้วิจัย : เสฐียรพงษ์ ศิวินา

ปริญญา : ค.ม. (วิจัยและประเมินผลการศึกษา)

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ.ว่าที่ ร.ต.ดร.อรัญ ชูยกระเดื่อง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ผศ.ดร.สุรเวท ทองบุญ

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2559

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อสร้างรูปแบบเชิงสมมติฐานของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน และเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณและหาอำนาจในการทำนายคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 410 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.545-0.972 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.972 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (Path analysis) โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผลจากการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงอย่างเดียวต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน คือ การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง และวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน คือ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้บังคับการและการมีส่วนร่วมของบุคลากร และ (2) รูปแบบเชิงสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่า CMIN/df เท่ากับ 1.137 ค่า  $p$ -value ค่าเท่ากับ 0.087 GFI เท่ากับ 0.958 AGFI เท่ากับ 0.933 RMR เท่ากับ 0.0013 RMSEA เท่ากับ 0.018 NFI เท่ากับ 0.974 IFI ค่าเท่ากับ 0.997 และ CFI เท่ากับ 0.997 อิทธิพลรวมของตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากร

ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กรการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง  
และวิธีปฏิบัติเพื่อผู้รับบริการพึงพอใจ ตามลำดับ องค์ประกอบทั้งหมดอธิบายความแปรปรวน  
ของคุณภาพการบริการได้ ร้อยละ 62.5



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



**TITLE :** A Causal Relationship Model of Factors Influencing a Quality of Service  
Communities Hospital : A Mixed Method Approach

**AUTHOR :** Satianpong Siwina

**DEGREE :** M.Ed. (Educational-  
Research and Evaluation)

**ADVISORS :** Asst. Prof. Acting Sub Lt. Dr. Arun Suikraduang Major Advisor

Asst. Prof. Dr. Surawat Thongbu Co-Advisor

**RAJABHAT MAHA SARAKHAM UNIVERSITY, 2016**

## **ABSTRACT**

The purpose of this research to determine the factors that influence a quality of hospital services, to a hypothesis of a causal relationship between factors that influence a quality of hospital services, and to check consistency between the hypothetical model with quantitative data and find the power to predict a quality of a community hospital. The sample were personnel in the public health community hospital of 410. The instrument used in this research was a questionnaire that the discrimination was 0.545 to 0.972 and 0.972 of the reliability. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, the skewness, kurtosis, and test the validity of model by path analysis using computer software packages.

The results were found : (1) From the interview and review documents related research a causal relationship of the factors that influence the quality of the service community hospital. The variables that influence the causes by direct only on the quality of hospital services including continuous process improvement, and procedures to make customer satisfied, variables that influence in a direct and indirect cause of a quality of hospital services, including the commitment of leaders, participation of personnel, and (2) Hypothetical form agreeable with empirical considering the  $CMIN/df$  equals 1.137 a  $p$ -value = 0.087  $GFI = 0.958$   $AGFI = 0.933$   $RMR = 0.0013$   $RMSEA = 0.018$   $NFI = 0.974$   $IFI = 0.997$   $CFI = 0.997$  total effect of variables that affect a quality of service were

the most participation of personnel, commitment of leaders, continuous process improvement and procedures to make customer satisfied was significant, respectively. The four factors can explain the variability of quality of service. 62.5 percentage.



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่ ร.ต.ดร.อรุณ ชูยกระเดื่อง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรวาท ทองบุ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร ทองสอดแสง ประธานกรรมการสอบ และดร.เขาวเรศ ก้านมะลิ กรรมการสอบ ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและตรวจแก้ไขข้อบกพร่อง เพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้ มีความสมบูรณ์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สำเร็จ โปคาพล ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย นางสาวเพียงใจ วัลลภูมิ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเกษตรวิสัย นายแพทย์พิทักษ์ พงศ์พายุหะ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเซียงขวัญ นายแพทย์พงษ์เฉลย พลอยวิเลิศ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปทุมรัตน์ นายแพทย์กัมปนาท โกวิทางกูร ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี นายแพทย์นิวัติ บัณฑิตพรรณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล โพนทอง และบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกคนที่กรุณาให้ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศ ทางการแพทย์ โรงพยาบาลเกษตรวิสัยทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เสถียรพงษ์ ศิวินา

## สารบัญ

หัวเรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ .....	ก
ABSTRACT .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ช
สารบัญ .....	ฅ
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญแผนภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ภูมิหลัง .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	9
สมมติฐานการวิจัย .....	10
ขอบเขตการวิจัย .....	10
คำนิยามศัพท์เฉพาะ .....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	17
ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ .....	18
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน : ความหมายและ การวัด .....	37
การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Approach) .....	51
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ .....	54
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	57
กรอบแนวคิดความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน .....	64
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	66
ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปรากฏการณ์และสภาพปัจจุบันปัญหา และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ คุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ขึ้นต้นด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ .....	68

<p>ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบเชิงสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชนโดยใช้ระเบียบ วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ .....</p>	71
<p>ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความสอดคล้องรูปแบบเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ .....</p>	71
<p>บทที่ 4 ผลการวิจัย .....</p>	80
<p>ผลการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการเก็บข้อมูลภาคสนามเริ่มต้น จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ .....</p>	80
<p>การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณ และหาอำนาจในการทำนายคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน .....</p>	89
<p>ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน .....</p>	115
<p>บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ .....</p>	127
<p>สรุปผล .....</p>	127
<p>อภิปรายผล .....</p>	128
<p>ข้อเสนอแนะ .....</p>	141
<p>บรรณานุกรม .....</p>	145
<p>ภาคผนวก ก เครื่องมือวิจัย .....</p>	159
<p>ภาคผนวก ข การหาคุณภาพเครื่องมือ .....</p>	168
<p>ภาคผนวก ค หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย .....</p>	172
<p>ประวัติผู้วิจัย .....</p>	178

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การเปรียบเทียบของการพัฒนาระหว่างบันไดแต่ละชั้น .....	33
2	การสังเคราะห์ตัวแปรที่ได้จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	50
3	จำนวนบุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มตัวอย่าง .....	71
4	ค่าสถิติที่ใช้ในการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลสมการ โครงสร้าง ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ .....	78
5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง .....	91
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และระดับของ ตัวแปร .....	92
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ใน โมเดลของปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน .....	97
8	ผลการวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์องค์ประกอบ โมเดล ตัวแปรแฝง .....	98
9	ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแบบ กับข้อมูลเชิงประจักษ์ขององค์ประกอบเชิงยืนยันความมุ่งมั่นของผู้นำ .....	102
10	ผลการประมาณค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลความมุ่งมั่น ของผู้นำ .....	103
11	ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแบบ กับข้อมูลเชิงประจักษ์ขององค์ประกอบเชิงยืนยันการมีส่วนร่วมของบุคลากร .....	105
12	ผลการประมาณค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการวัดการมีส่วนร่วม ของบุคลากร .....	106
13	ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแบบ กับข้อมูลเชิงประจักษ์ขององค์ประกอบเชิงยืนยัน การปรับปรุงกระบวนการ อย่างต่อเนื่อง .....	108
14	ผลการประมาณค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการปรับปรุง กระบวนการอย่างต่อเนื่อง .....	109

15	ค่าสถิติวัดความกลมกลืนขององค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการยึดหลักความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญ .....	111
16	ผลการประมาณค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการยึดหลักความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญ .....	112
17	ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ขององค์ประกอบเชิงยืนยันคุณภาพการบริการ .....	114
18	ผลการประมาณค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลคุณภาพการบริการ	114
19	ค่าสถิติวัดความสอดคล้องของ โมเดลเชิงสาเหตุครั้งแรก โดยรวม .....	117
20	ค่าสถิติวัดความสอดคล้องของ โมเดลเชิงสาเหตุที่ปรับปรุงกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยรวม .....	119
21	ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางของตัวแปรสังเกตใน โมเดลโครงสร้างเชิงเส้น โดยรวม ...	121
22	ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลรวม โดยรวม .....	124
23	การหาคูณภาพเครื่องมือ .....	169

## สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่

หน้า

1	แบบจำลองคุณภาพบริการจากความแตกต่างระหว่างผู้รับรู้และความคาดหวัง ของผู้ให้บริการของผู้รับบริการ .....	23
2	กรอบแนวคิดความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการ ของโรงพยาบาลชุมชน .....	65
3	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย .....	67
4	องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำ องค์กร .....	101
5	องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการมีส่วนร่วมของบุคลากร .....	104
6	องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง .....	107
7	องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ .....	110
8	องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลคุณภาพการบริการ .....	113
9	โครงสร้างแบบจำลองอิทธิพลเชิงสาเหตุ โมเดลตั้งต้น โดยรวม .....	116
10	โครงสร้างแบบจำลองอิทธิพลเชิง โมเดลสุดท้าย โดยรวม .....	119



# บทที่ 1

## บทนำ

### ภูมิหลัง

กระแสการพัฒนาคุณภาพงานบริการในโรงพยาบาลเริ่มแรงขึ้นเป็นลำดับ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะปัจจัยหลายๆ อย่างด้วยกันทั้งปัจจัยภายนอกและภายในที่กดดันให้องค์กรต่างๆ ต้องพัฒนาคุณภาพ บางครั้งผู้บริโภคไม่รู้ว่าโรงพยาบาลใดไว้ใจได้ ต้องอาศัยราคาหรือสภากายนอกเป็นเครื่องตัดสินใจ ซึ่งอาจจะไม่จริงบางเรื่อง โรงพยาบาลก็ทำได้ดีบางเรื่องก็ยังมีปัญหา เพราะขาดระบบตรวจสอบที่รัดกุมหรือเมื่อเกิดปัญหามีแนวโน้มที่จะเกิดการฟ้องร้องมากขึ้นสังคมเริ่มตั้งข้อสงสัยมากขึ้นว่าสามารถไว้ใจโรงพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพได้เพียงใด โรงพยาบาลใดที่ยังปรับตัวไม่ทันจะเผชิญภาวะที่ยากลำบากเพราะในอนาคตการแข่งขันจะสูงยิ่งขึ้น องค์กรที่จะอยู่รอดคือ องค์กรที่มีคุณภาพเท่านั้น (สิริรักษ์ ภูริยะพันธ์, 2556: 23)

การมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ดังมาตรา 82 ที่บัญญัติว่ารัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง กระทรวงสาธารณสุขได้กำกับและส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกแห่งจัดระบบการบริหารที่ทำให้สามารถมั่นใจได้ว่าบริการที่ประชาชนได้รับ ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพเป็นไปอย่างทั่วถึง การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย อย่างทันต่อเหตุการณ์เป็นองค์หลักในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนบรรลุสุขภาพที่ดีและเพิ่ม โอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2547 : 51) เช่นเดียวกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2559) เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ชี้นำทิศทางการพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 3 ที่กำหนดให้มีการสร้างระบบสุขภาพ และการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ขยายและยกระดับคุณภาพและระบบบริการปฐมภูมิ ตลอดจนระยะเวลาตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐให้เหลือน้อยกว่า 30 นาที (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์, 2555: 27)

โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่ต้องเผชิญกับกระแสการเปลี่ยนแปลงจากสภาพแวดล้อมภายนอกเหมือนกับองค์กรประเภทอื่นๆ ด้วย เช่นเดียวกับกระแสของการ

เปลี่ยนแปลงทำให้โรงพยาบาลต้องปรับตัวตามสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลง (นพพล สุนทร นนท์, 2557: 7-33) ทั้งนี้กระแสการจัดการองค์การในปัจจุบันมีความพยายามที่จะนำองค์การ ไปสู่องค์กรแห่งคุณภาพ สอดคล้องกับคำกล่าวของ จูราน (Juran) ปรมาจารย์ด้านคุณภาพที่ได้ กล่าวไว้ว่า “ในขณะที่ศตวรรษที่ 20 เป็นศตวรรษแห่งการเพิ่มผลผลิตส่วนศตวรรษที่ 21 จะเป็น ศตวรรษแห่งคุณภาพ” (Brelin, Davenport, Jennings and Muphy, 1994 : 177) กระแสความคิด ดังกล่าวได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายไปทั่วโลกไม่เว้นแม้แต่ประเทศไทย ปราบฏการณ์ ที่เห็นเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนในการส่งเสริมความเป็นองค์กรแห่งคุณภาพ คือ รัฐบาลจัดให้มี “รางวัลคุณภาพแห่งชาติ” (Thailand Quality Award: TQA) การปฏิรูประบบราชการของไทย เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2545 เพื่อพัฒนาระบบราชการไทยให้ไปสู่การบริหารราชการยุคใหม่ ที่ ตอบสนองความต้องการให้เกิดความพึงพอใจ รวมทั้งเป็นที่พึงที่ติให้กับประชาชนภายใต้ พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนา ระบบราชการ, 2550: 12-13)

แต่จากรายงานสรุปผลการร้องเรียนการบริการของผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ร้องเรียนผ่าน สายด่วน 1330 และรายงานสรุปผลการจ่ายเงินชดเชย กรณีผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายตามมาตรา 41 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553: 93-94) และมีการ ร้องเรียนวิชาชีพแพทย์ผ่านแพทยสภาระหว่าง พ.ศ. 2536-2552 พบปีละ 34 ถึง 343 ครั้ง มีการ ร้องเรียนบ่อยครั้งที่สุดในปี พ.ศ. 2549 และประเด็นที่แพทย์ถูกร้องเรียนมากที่สุด ได้แก่ มาตรฐานวิชาชีพรวม 1,952 ครั้ง สาขาวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนมากที่สุด คือ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และสูตินรีเวชศาสตร์ จำนวน 403, 335 และ 232 ครั้งตามลำดับ (ขจรเดช ดิเรก สุนทร, 2553: 11-12) เช่นเดียวกับสถิติการฟ้องร้องทางการแพทย์ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ภาระงานของแพทย์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า แพทย์ต้อง ทำงานถึง 120-122 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งสูงกว่าข้าราชการอื่นๆ ที่มีการทำงานประมาณ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และที่สำคัญก็คือ ต้องปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีเวลาพัก ทำให้มี โอกาสเกิดการเหน็ดเหนื่อยล้า ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดได้มากขึ้น ภาระงานมาก ค่าตอบแทน น้อย และการฟ้องร้องเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุหลักสามประการที่ทำให้แพทย์ต้องลาออก โดยเฉพาะ แพทย์รุ่นใหม่ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555: 19) ดังคดีประวัติศาสตร์ที่ศาลจังหวัด แห่งหนึ่งมีคำพิพากษาให้จำคุกแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งเป็นเวลา 3 ปี โดย

ไม่รอลงอาญา เมื่อปี 2550 ในข้อหากระทำการ โดยประมาทเลินเล่อ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จากการฉีดยาเข้า ไชสันหลังระหว่างผ่าตัด ใต้ตั้ง กล่าวได้ว่า ความผิดพลาดเหล่านี้มีสาเหตุ เหล่านี้เกิดจากปัญหาด้านคุณภาพบริการของบุคลากรสาธารณสุข

แนวคิด “คุณภาพคือ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ” ปัจจุบันเป็นที่ ยอมรับกันทั่วไป แต่ในระบบบริการสุขภาพจะต้องมีเรื่องของหลักวิชาการและมาตรฐาน วิชาชีพเข้าไปเกี่ยวข้องดังนั้น คำจำกัดความของคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ หมายถึง การ แก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานและถูกหลักวิชาการหรือ คุณภาพบริการเป็นคุณลักษณะที่เป็น ไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้ เกิดผลลัพธ์ที่ดี ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นที่พึงพอใจ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การ บริการที่เชื่อว่าสามารถตอบสนองต่อความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการ ได้มาก น้อยเพียงใด ซึ่งเซทามล์ เบอรี่และพาราสุรามาน (Zeithaml, Berry and Parasuraman, 1990 : 18 -20) เห็นว่าคุณภาพการบริการจะมีค่าสูงขึ้นหรือต่ำลง ขึ้นอยู่กับผู้รับบริการประเมินการรับรู้ บริการที่ได้รับจริงตรงกับที่คาดหวังหรือไม่ และยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวัง ของผู้รับบริการที่จะทำให้มีความคาดหวังต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ปัจจัยนี้ได้แก่ คำบอก เล่าปากต่อปาก ความต้องการส่วนบุคคล ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา และการสื่อสารสู่ ภายนอกจากผู้ให้บริการ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของคุณภาพที่จะทำให้เกิดคุณภาพบริการ ในการจัดบริการสุขภาพ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของ ผู้รับบริการ ซึ่งคุณภาพขององค์ประกอบนั้นมี 4 องค์ประกอบ คือ (1) การเข้าถึงบริการ (2) ลักษณะทางกายภาพที่น่าพอใจ (3) คุณภาพด้านมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการ และ (4) คุณภาพด้านเทคนิค

การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลเป็นการพัฒนา เพื่อให้ได้มาตรฐาน สถานพยาบาล มาตรฐานที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ใช้ในการ รับรองกระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาลเป็นมาตรฐานฉบับปัจจุบันที่สถาบันใช้ในการ รับรองสถานพยาบาล เพื่อสร้างความมั่นใจว่ามาตรฐานที่สถาบันใช้ในการประเมินและรับรอง สถานพยาบาลมีความสอดคล้องกับแนวคิดและเกณฑ์ในระดับสากล The International Society for Quality in Health Care (ISQua) เป็นองค์กรนานาชาติที่ไม่แสวงหากำไร ทำหน้าที่ประเมิน และรับรองมาตรฐาน และ/หรือหน่วยงานที่ให้การรับรอง โรงพยาบาลต่างๆ ว่าเป็นไปตาม หลักการและเกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับกันในระดับสากลรวมทั้งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ISQua เรียก โปรแกรมการรับรองที่ตนดำเนินการอยู่ว่า “International Accreditation Program (IAP)”

และแบ่งโปรแกรมการรับรองเป็น 3 กลุ่มคือ Standards Accreditation, Organization Accreditation และ Training Program Accreditation หลักการ (Principle) ที่ ISQua ใช้ในการพิจารณารับรองมาตรฐานที่เสนอขอรับการรับรองมาประกอบด้วย 6 หลักการคือ (1) Quality Improvement (2) Patient Focus (3) Organizational Planning and Performance (4) Safety (5) Standards Development และ (6) Standards Measurement โดยแต่ละหลักการจะมีเกณฑ์พิจารณา (Criteria) ที่ย่อยลงไปอยู่ในช่วง 4-14 ข้อย่อยต่อหนึ่งหลักการมาตรฐานที่ ISQua ให้การรับรองต้องมีผลการประเมินผ่านในทุกหลักการที่มาตรฐานของสถาบันได้รับการรับรองจาก ISQua ถือว่าเป็นก้าวสำคัญในการสร้างภาพลักษณ์ของกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทยให้เป็นที่ยอมรับในเวทีนานาชาติเป็นประจักษ์พยานที่แสดงว่ามาตรฐานสถานพยาบาลของสถาบันเป็นไปหลักการสากลที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป และช่วยให้ผู้มารับบริการในสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพจากสถาบัน ไม่ว่าจะคนไทยหรือชาวต่างชาติมั่นใจในคุณภาพของบริการที่จะได้รับมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพจากสถาบันและเปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยชาวต่างชาติสามารถนำผลการรับรองและเครื่องหมายรับรองของสถาบันไปประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการชาวต่างชาติในการมารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยมากยิ่งขึ้น(สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2553: 15-16)

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล Seth et al(2005: 913-949) ได้สรุปรวบรวมและเปรียบเทียบแบบจำลอง 19 โมเดลที่เกี่ยวกับคุณภาพในการบริการ พบว่าแบบจำลองที่เป็นที่นิยมในการประเมินคุณภาพการบริการได้แก่แบบจำลอง Technical and Functional quality model และ Gap model ส่วน Technical and functional quality model ทั้งนี้ Gronroos (1984 : 36-44) จะแบ่งคุณภาพเป็นคุณภาพในเชิงเทคนิค (Technical quality) และคุณภาพในเชิงปฏิบัติ (Functional quality) ซึ่งทั้งสองส่วนจะครอบคลุมความหมายที่แตกต่างกัน โดยคุณภาพในเชิงเทคนิคจะเกี่ยวข้องกับพื้นฐานของความแม่นยำในเชิงเทคนิคและขั้นตอนในการดำเนินงาน

ส่วน Gap Model หรือ SERVQUAL โดย Parasuraman et al (1985 : 41-50) จะขึ้นกับสองส่วนที่แตกต่างกันคือ ความคาดหวังของผู้รับบริการ (Customer expectation) และการรับรู้ที่ผู้รับบริการได้รับ (Customer perception) โดยความคาดหวังของผู้รับบริการคือ ความต้องการของผู้รับบริการที่รู้สึกว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการส่วนการที่ผู้รับบริการได้รับรู้ หมายถึง

การประเมินหรือตัดสินผู้ให้บริการจากการรับรู้ของผู้รับบริการ(Lim, P. C. and Tang, N.K.H., 2000 : 290-299) ดังนั้น หากองค์กรทราบถึงความคาดหวังในการได้รับบริการของผู้รับบริการว่าคืออะไรก็จะสามารถออกแบบการบริการให้ตรงกับความต้องการหรือมากกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการได้ (Pizam, A., 2005: 55) คุณภาพการบริการขึ้นอยู่กับ การรับรู้ต่อบริการ สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งคุณภาพในการบริการจะมีค่าสูงขึ้นหรือต่ำลงขึ้นกับว่าผู้รับบริการประเมินการรับรู้บริการที่ได้รับจริงว่าตรงกับที่คาดหวังไว้หรือไม่ (Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., and Berry, L.L., 1990:172) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการที่จะทำให้มีความคาดหวังแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลสำหรับการวัดคุณภาพของระบบบริการสุขภาพนั้นเดิมจะวัดคุณภาพจากใบอนุญาตประกอบกิจการและการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองต่อมาได้มีการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพการบริการที่เรียกว่า SERVQUAL ขึ้นเพื่อประเมินความคาดหวังในบริการของผู้รับบริการและการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อบริการที่ได้รับจริง (Seth et al, 2005 : 913-949) ถ้าคะแนนการรับรู้มากกว่าหรือเท่ากับคะแนนความคาดหวังในคุณภาพบริการหมายถึงผู้รับบริการมีความพึงพอใจ แต่ถ้าคะแนนการรับรู้ต่ำกว่าคะแนนความคาดหวังในคุณภาพบริการจะหมายถึงผู้รับบริการไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับดังที่กล่าวข้างต้น เนื่องจากผู้มีส่วนใหญ่ไม่สามารถประเมินคุณภาพในเชิงเทคนิคได้ จึงไม่เหมาะสมที่จะใช้แบบจำลอง Technical and functional quality การประเมินคุณภาพการบริการ นอกจากนี้โรงพยาบาลยังเป็นหน่วยงานที่ผู้ให้บริการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการมากจึงมีความเหมาะสมที่จะใช้แบบจำลอง SERVQUAL

สำหรับแบบจำลอง SERVQUAL ผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพบริการจากเกณฑ์วัดคุณภาพบริการที่เรียกว่า “RATER” ได้แก่ (1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) เป็นลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ (2) ความเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability) เป็นความสามารถในการให้บริการนั้นตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ การบริการที่ทำให้ทุกครั้งมีความถูกต้องเหมาะสมและมีความสม่ำเสมอที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือสามารถให้ความไว้วางใจได้ (3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการโดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที่ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการรวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึงรวดเร็วไม่ต้องรอนาน (4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) ผู้ให้บริการมี



ทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพมีกิริยาท่าทางและมารยาทที่ดีในการให้บริการสามารถที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและเกิดความมั่นใจว่าจะได้บริการที่ดีที่สุด และ (5) ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) เป็นความสามารถในการดูแลความเอื้ออาทรเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการในแต่ละคนเกณฑ์วัดคุณภาพบริการ 5 ด้านนี้ ได้มีผู้นำมาใช้ในการวัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาล โดยวัดจากการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการผลที่ได้แปรผันตรงกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการ โดยสิ่งสำคัญที่จะทำให้การจัดบริการมีคุณภาพสูงก็คือการจัดบริการให้ผู้รับบริการรับรู้ตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการต้องไม่ให้เกิดช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการและการจัดบริการให้มีคุณภาพนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับกระบวนการ ซึ่งมีขั้นตอนต่างๆ ที่สัมพันธ์กัน (Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., and Berry, L.L., 1990)

การพัฒนาคุณภาพการบริการนั้นต้องเริ่มด้วยการศึกษาวิเคราะห์สภาพการปฏิบัติงานในอดีตและปัญหาที่เกิดขึ้น โดยศึกษาวิเคราะห์กระบวนการงานที่ได้คัดเลือกไว้แล้วว่ามีกระบวนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการผู้รับบริการเป็นอย่างไรเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการบริการ ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินการ คือ การสำรวจสภาพปัจจุบันการปฏิบัติงานวิเคราะห์สภาพการทำงานในปัจจุบัน ซึ่งจะสามารถช่วยค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาหรือความล่าช้ารวมทั้งความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการต่อการได้รับบริการได้โดยการเก็บข้อมูลมาวินิจฉัยปัญหาข้อมูลนี้อาจมาจากความต้องการของผู้รับบริการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการหรือจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจากนั้นจึงหาจุดที่ควรปรับปรุง โดยศึกษาจากการจัดทำแผนผังการไหลของงานในกระบวนการแยกแยะขั้นตอนการทำงานย่อยๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน และสามารถวิเคราะห์ได้ว่าขั้นตอนใดเป็นขั้นตอนที่ไม่ก่อให้เกิดมูลค่าเพิ่ม และขั้นตอนใดก่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มเพื่อนำมากำหนดแนวทางในการปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามมาตรฐานต่อไป นอกจากนั้นยังต้องวิเคราะห์หาสาเหตุเป็นการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อพิจารณาว่ามีเวลาสูญเสียเกิดขึ้นในขั้นตอนใดและสูญเสียเรื่องใด ซึ่งอาจจะนำเทคนิคการวิเคราะห์แบบผังก้างปลา (Fish bone diagram) มาวิเคราะห์หาสาเหตุเริ่มต้นของปัญหา (Root cause) ซึ่งผลที่ได้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนหรือมีความเสียหายรุนแรงอย่างไร เพื่อนำมากำหนดขั้นตอนการแก้ไขปัญหาตั้งเป้าหมาย และขอบเขตในการปรับปรุงงานให้ได้อย่างชัดเจนต่อไป (กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร, 2554: 6) กับสุกขจิ แสงเรืองอ่อน (2553 :119); อนุวัฒน์ สุภชุตินุกูล และจิรัฐมร์ ศรีรัตนบัลล์ (2543: 45); สถาบัน

เพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (2553: 17) และสิริรักษ์ ภูริยะพันธ์ (2553) ที่ชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่สมัครขอรับการประเมินเพื่อรับรองระบบคุณภาพ โดยองค์กรที่ 3 (Third party audit) ได้แก่ ISO 9000 เป็นการรับรองที่มุ่งเน้นความสม่ำเสมอของระบบคุณภาพขององค์กรและ Hospital Accreditations (HA) เป็นการรับรองเฉพาะเจาะจงสำหรับโรงพยาบาลปัจจุบันสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้ปรับปรุงมาตรฐานในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นมาใหม่โดยทบทวนมาตรฐานที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เช่นมาตรฐาน HA ของประเทศไทยแคนาดาอเมริกาออสเตรเลีย และฝรั่งเศส มาตรฐาน HPH ของกรมอนามัยสวีเดนและยุโรป เกณฑ์ปฏิบัติผู้มีความเป็นเลิศ (MBNQA/TQA) มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ISO 15189 มาตรฐานเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของ APIC และ CDC บูรณาการเข้ากับแนวคิดมาตรฐาน HA เพื่อให้การพัฒนาต่างๆเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ในขณะนี้มิมีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA ได้นำเอามาตรฐานใหม่นี้ไปทดลองใช้ประเมินตนเองแล้วกว่า 28 แห่ง ทั้งนี้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้เปรียบเทียบสาระสำคัญของ HA , MBNQA และ ISO 9000:2000 แล้ว เห็นว่าคุณภาพเป็นเรื่องสากลข้อกำหนดมาตรฐานต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินส่วนใหญ่จึงมีเนื้อหาสาระที่ใกล้เคียง

นอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยของนักวิชาการหลายท่าน เช่น ศักดิ์ดา ศิริภัทร โสภณ และ ปารย์ทิพย์ ธนาภิกุลปานนท์ (2554: 106-172) พบว่า คนไข้ที่เข้ารับบริการมีความเห็นต่อคุณภาพการบริการที่ได้รับในด้านต่างๆ ในระดับดีมีความพึงพอใจและความภักดีต่อสถานบริการทางการแพทย์ในระดับสูงและจากการทดสอบสมมติฐานทางสถิติแสดงให้เห็นถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการด้านต่างๆ มีผลต่อระดับความพึงพอใจและความภักดีของผู้เข้ารับบริการ โดยเฉพาะคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองที่รวดเร็วจะส่งต่อระดับความพึงพอใจ ในขณะที่คุณภาพการบริการด้านภาพลักษณ์ของสถานที่ด้านการสร้างความมั่นใจและด้านการเอาใจใส่ดูแลของสถานบริการทางการแพทย์ส่งผลต่อระดับความภักดีของคนไข้ที่เข้ามาใช้บริการ ดังผลการศึกษาของ ขนิษฐา ลือนาม (2554 :118-119); จิตติมา ชีรพันธ์เสถียร (2549: 97-103); จินตนา ส่องแสงจันทร์ (2549:177-189) และประสพโชค เจริญวิริยะภาพ (2554) ได้ศึกษาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ เพื่อหาสาเหตุ (Root cause) ของปัญหาและศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ นภาพร ลครวงศ์ (2547 :107-109) พบว่า ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพของผู้นำองค์กร การยึดหลักความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การมีส่วนร่วมของบุคลากร การปรับปรุง

กระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร และการวัดผลการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยผู้นำองค์กรมีผลต่อคุณภาพบริการพยาบาล โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ปรียานุช ชัยกองเกียรติ และสุดารัตน์ สารสว่าง (2551:152-153) ซึ่งพบว่า ประสิทธิภาพองค์กรประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบการปรับตัวรองรับการเปลี่ยนแปลง อธิบายได้ร้อยละ 35.78 ของการผันแปรของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งหมด ส่วนองค์ประกอบการใช้แนวคิดใหม่พัฒนางานสามารถอธิบายได้ร้อยละ 33.82 ของการผันแปรของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งหมดและทั้งสององค์ประกอบที่สกัดได้รวมกันอธิบายได้ร้อยละ 69.59 ของการผันแปรของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งหมด สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กำนวน ชุมณี (2554: 188-199) พบว่า ผลการพัฒนาโมเดลแสดงอิทธิพลของคุณภาพบริการของ โรงแรมในกลุ่มจังหวัดทะเลอันดามันต่อความจงรักภักดีของนักท่องเที่ยวได้แก่ คุณภาพบริการมีอิทธิพลทางตรงในทางเดียวกันกับคุณค่าที่รับรู้ความไว้วางใจและความจงรักภักดีของนักท่องเที่ยว ( $p < 0.05$ ) คุณค่าที่รับรู้มีอิทธิพลทางตรงในทางเดียวกันกับความไว้วางใจ ( $p < 0.05$ ) และความไว้วางใจมีอิทธิพลทางตรงในทางเดียวกันกับความพึงพอใจของนักท่องเที่ยว ( $p < 0.05$ ) ผลการวิจัยของ อินทรา จันทร์รัฐ (2552: 182-187) ซึ่งพบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการในด้านทัศนคติความมั่นใจที่ชนะการตอบสนองที่รวดเร็วทัศนคติความเชื่อถือได้ทัศนคติเข้าถึงจิตใจผู้รับบริการและด้านทัศนคติลักษณะทางกายภาพแตกต่างกัน ( $p < 0.01$ ) โดยค่าเฉลี่ยของคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการมีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคุณภาพบริการตามความคาดหวังทั้ง 5 ด้านซึ่งแสดงว่าผู้รับบริการไม่พึงพอใจต่อคุณภาพการบริการทั้ง 5 ด้านคุณภาพบริการอยู่ในระดับต่ำกว่าความคาดหวัง โดยด้านทัศนคติความเชื่อถือได้เป็นด้านที่มีช่องว่างความแตกต่างมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภัทรา มิ่งปรีชา (2550: 88) ซึ่งพบว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้ป่วย (Assurance) ความคาดหวังที่สำคัญคือ “คุณหมอกำลังทักทายด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม” และความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ด้าน การสนับสนุนทรัพยากรและการอบรมเจ้าหน้าที่ (จันทร์รัตน์ คงช่วย, 2548: 59) บังคับภายในและภายนอกองค์กรทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการบริการปัจจัยภายนอกสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพการบริการ ได้แก่ กฎหมายที่เกี่ยวข้องสังคมไทยและปัจจัยภายในที่สำคัญ ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์อาคารสถานที่และบุคลากร (กนกนาค หงสกุล, 2554 : 9-15) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการให้บริการกับความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของ



โรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ ด้านแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและด้านความรวดเร็วและความสะดวก (กมลรัตน์ มั่งวงษ์, 2554: 192-203) และตัวแปรที่มีอิทธิพลทางบวกต่อการบริหารงานของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ทักษะคติต่อการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร ความสามารถในการทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน ทรัพยากรการบริหารงาน ภาวะผู้นำ กระบวนการบริหารและการวางแผนกลยุทธ์ (อิสรา ตุงตระกูล, 2553: 294-295)

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่าคุณภาพการบริการเป็นความสามารถของบริการในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นความสอดคล้องกันระหว่างสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังและการรับรู้ต่อบริการนั้น ทั้งนี้เสียงสะท้อนจากผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงความบกพร่องของระบบบริการของโรงพยาบาลชุมชนถึงแม้เสียงสะท้อนจากความเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการไม่ได้สะท้อนถึงคุณภาพบริการของแพทย์โดยตรง แต่ก็สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพด้านหนึ่ง และยังแสดงให้เห็นถึงจุดที่มีปัญหาในการให้บริการ ซึ่งเป็นแนวทางในการปรับปรุงการให้บริการหรือหาสาเหตุ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน: การวิจัยแบบผสานวิธี ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้จะใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อสร้างรูปแบบเชิงสมมติฐานของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกันระหว่างรูปแบบเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณ และหาอำนาจในการทำนายคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน

## สมมติฐานการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

โมเดลตามสมมติฐานสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Approach) แบบแผนอธิบายติดตาม (Explanatory Design : Follow-up Explanation Design) ระหว่างระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปรากฏการณ์และสภาพปัจจุบันปัญหาและปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนขึ้นต้นด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาคุณภาพบริการ
  2. การเก็บข้อมูลภาคสนามเบื้องต้น โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพ
- ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรตามทฤษฎีหลัก คือ คุณภาพบริการของโรงพยาบาล

ชุมชน

การเก็บข้อมูลภาคสนามเบื้องต้น โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนเบื้องต้น โดยการเข้าสนามวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลซึ่งศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ โดยกำหนดวิธีการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การเลือกสนามวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีความประสงค์ที่จะตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกสนามวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกสนามวิจัย โดยประยุกต์ใช้เทคนิควิธีการเลือกกลุ่มแบบกรณีเปรียบเทียบ โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่ประสบผลสำเร็จหรือที่ผ่านประเมินรับรอง

คุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในจังหวัดร้อยเอ็ดมาแล้วไม่เกิน 2 ปี จำนวน 1 แห่ง โดยการเลือกแบบเจาะจงได้แก่ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

2. ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่ผ่านประเมินรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1 แห่ง โดยการเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมรัตน์ อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นที่ 2 การเข้าสู่สนามของผู้วิจัยการเข้าสู่สนามวิจัยของผู้วิจัยทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยดำเนินการ โดยการเปิดเผยบทบาทที่แท้จริงว่าเป็นนักวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมโดยอุปกรณ์การปฏิบัติงานภาคสนามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ และมีความชัดเจนมากที่สุด หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าสู่สนามวิจัย โดยเริ่มต้นจากการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บริหาร โรงพยาบาล และกรรมการบริหาร โรงพยาบาลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการต่อไปนี้

1. กำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญ แต่ละสนามวิจัยประกอบด้วยผู้อำนวยการ

โรงพยาบาล จำนวน 1 คน และคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล จำนวน 6 คน

2. เทคนิควิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ตัวผู้วิจัยถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด ที่

เข้าไปในสนามวิจัย ซึ่งในขั้นตอนที่ผู้วิจัยต้องใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและคำตอบที่เป็นจริง ครอบคลุมตามความมุ่งหมายของการวิจัย โดยมีเครื่องมืออำนวยความสะดวกต่างๆ ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม โดยใช้เป็นกรอบแนวทางการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล เพื่อให้ทุกคนได้แสดงทัศนคติอย่างเปิดเผยและเป็นการกระตุ้นให้คนอื่นแสดงความคิดเห็น ได้ตอบหรือแสดงทัศนคติที่เกี่ยวข้อง เพื่อบุคคลอื่นๆ ได้รับรู้ โดยนำประเด็นแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์จากร่างรูปแบบเชิงสมมติฐานชั่วคราวความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ และกำหนดกรอบเชิงทฤษฎีร่างรูปแบบเชิงสมมติฐานชั่วคราวความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ และกำหนดกรอบเชิงทฤษฎี โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมขั้นต้น จำนวน 2 วัน

ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

และนำเชื่อถือและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการพรรณนา การสร้างข้อสรุปอุปนัย การเปรียบเทียบเหตุการณ์ และการวิเคราะห์เอกสาร เพื่อแสดงถึงสภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลบึงจักษ์ที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพ เพื่อกรอบเชิงทฤษฎีสำหรับการตรวจสอบ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบเชิงสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของ

บึงจักษ์ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

1. นำข้อมูลเชิงลึก โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบรูปแบบเชิงสมมติฐานชั่วคราวของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชนที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 1 และขยายกรอบการศึกษาตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการเพิ่มเติม โดยใช้สนามวิจัยเดิมในข้อ 1

2. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มเติม

3. ปรับรูปแบบเชิงสมมติฐานชั่วคราวของรูปแบบเชิงสมมติฐานขั้นต้น  
ตัวแปรที่ศึกษา คือ ตัวแปรตามทฤษฎีร่อง ได้แก่ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ ดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ดในปีงบประมาณ 2556 จำนวน 4,200 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ในการกำหนดขนาดตัวอย่างผู้วิจัยใช้เกณฑ์ความพอเพียงในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สมการเชิงโครงสร้างที่กำหนดให้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงโครงสร้างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็น 20: 1 ของตัวแปรสังเกตได้และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม จำนวน 410 คน (Joreskog & Sorbom, 1993)

2. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบเชิงสมมติฐานและข้อมูลเชิงปริมาณ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ สำหรับการตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบฯ กับข้อมูลเชิงปริมาณ

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

##### 4.1 การวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน

4.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.2 การวิเคราะห์ลักษณะการแจกแจงของตัวแปรสังเกตได้โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และค่าความโค้ง

4.2 สถิติสำหรับตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.2.1 ความตรง

4.2.2 ค่าอำนาจจำแนก

4.2.3 ความเที่ยง

4.3 สถิติสำหรับการตรวจสอบสมมติฐาน

4.3.1 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้

4.3.2 การวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล

## นิยามศัพท์เฉพาะ

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้คำศัพท์เฉพาะบางคำตามที่จำเป็นต่อการศึกษานี้เพื่อให้เกิดการใช้ภาษามีความชัดเจนและรัดกุม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดนิยามศัพท์เฉพาะเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการอ่านการวิจัยครั้งนี้

**คุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน** หมายถึง ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการและการรับรู้ที่ผู้รับบริการได้รับ โดยความคาดหวังของผู้รับบริการ คือ ความต้องการของผู้รับบริการที่รู้สึกว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ ส่วนการที่ผู้รับบริการได้รับรู้ หมายถึง การประเมินหรือตัดสินผู้ให้บริการจากการรับรู้ของผู้รับบริการ ดังนั้น หากองค์กรทราบถึงความคาดหวังในการได้รับบริการของผู้รับบริการว่าคืออะไรก็จะสามารถออกแบบการบริการให้ตรงกับความต้องการหรือมากกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการได้ คุณภาพการบริการนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ต่อบริการที่จัดให้ว่าสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งคุณภาพในการบริการจะมีค่าสูงขึ้นหรือต่ำลงขึ้นกับว่าผู้รับบริการประเมินการรับรู้บริการที่ได้รับจริงว่าตรงกับที่คาดหวังไว้หรือไม่ ซึ่งวัดได้จากระดับความสำคัญต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ ด้านความน่าเชื่อถือ การตอบสนอง การสร้างความมั่นใจ การดูแลเอาใจใส่และรูปลักษณ์ทางกายภาพ การวัดตัวแปรคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนนั้น การวัดตัวแปรคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนนั้น ผู้วิจัยกำหนดการวัด

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามเกณฑ์ น้อยที่สุด หมายถึง ผู้รับบริการให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ ให้ระดับคะแนน 1 น้อย ให้ระดับคะแนน 2 ปานกลาง ให้ระดับคะแนน 3 มาก ให้ระดับคะแนน และมากที่สุด ให้ระดับคะแนน 5

ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการ หมายถึง ภาพจำลองที่อธิบายปรากฏการณ์ แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นตัวแปรทำนาย ซึ่งบางตัวมีลักษณะเป็นตัวแปรแฝงภายนอก และบางตัวมีลักษณะเป็นตัวแปรภายในไปยังปัจจัยคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนที่ตัวแปรเกณฑ์ ซึ่งมีลักษณะเป็นตัวแปรภายในและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงภายในด้วยกันเอง ในลักษณะการส่งผ่านอิทธิพล ไปยังตัวแปรทำนายอื่นๆ ก่อนที่จะส่งผลไปยังตัวแปรคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นตัวแปรเกณฑ์ในที่สุด

ตัวแปรแฝงภายนอก (Exogenous variables) หมายถึง ตัวแปรแฝง (Latent Constructs) ในตัวแบบสมการ โครงสร้าง เป็นตัวแปรใน โครงสร้างแฝง ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็น“นามธรรม” สามารถสังเกตจากพฤติกรรมของตัวแปรแฝงได้ทางอ้อมและไม่สมบูรณ์ ซึ่งจะต้องศึกษาผ่านอิทธิพลของตัวแปรที่สังเกตได้ (Manifest Variables) ตัวแปรแฝงภายนอก (Exogenous) โดยใช้ตัวอักษร E แทนตัวแปรแฝงภายนอก ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระในทุก ๆ สมการที่มีอยู่ในสมการ โครงสร้างฯ โดยตัวแปรแฝงภายใน (n) แต่ละตัวจะเป็นเป้าของหัวลูกศร ส่วนตัวแปรแฝงภายนอก (E) เป็นจุดที่ทำให้ลูกศรเชื่อมทั้ง 2 ด้าน ตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่

1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร หมายถึง การที่ผู้นำ

องค์กรประกาศและชี้แจงนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการ การถ่ายทอดและย้ำให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการทุกครั้งที่มีการประชุม การสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ การกระตือรือร้นในการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการต่างๆ มาปฏิบัติ และจัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการ

2. การมีส่วนร่วมของบุคลากร หมายถึง การที่บุคลากรในองค์กรมีส่วนร่วม

ในการสร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจของหน่วยงาน ร่วมเป็นคณะกรรมการหรือสมาชิกในทีมพัฒนาคุณภาพ บุคลากรส่วนใหญ่ตระหนักเสมอว่าคุณภาพบริการต้องเริ่มที่คนแต่ละคน ทำทันที ทำต่อเนื่องและทำเรื่องใกล้ตัว การร่วมค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขความผิดพลาดจากการทำงาน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

3. การวัดตัวแปรแฝงภายนอก ตัวแปรความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ

ของผู้นำองค์กร และตัวแปรการมีส่วนร่วมของบุคลากรนั้น ผู้วิจัยกำหนดการวัดเป็นมาตรา



ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามเกณฑ์ น้อยที่สุด หมายถึง ผู้รับบริการให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ ให้ระดับคะแนน 1 น้อย ให้ระดับคะแนน 2 ปานกลาง ให้ระดับคะแนน 3 มาก ให้ระดับคะแนน และมากที่สุด ให้ระดับคะแนน 5

ตัวแปรแฝงภายใน (Endogenous Variables) หมายถึง ตัวแปรแฝง (Latent Variable) หมายถึง ตัวแปรที่สร้างขึ้นมาจากตัวแปรสังเกตได้ด้วย วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) มีลักษณะเป็นตัวแฝงภายในไปยังปัจจัยคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนที่ตัวแปรเกณฑ์ ซึ่งมีลักษณะเป็นตัวแฝงภายในและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงภายในด้วยกันเองในลักษณะการส่งผ่านอิทธิพลไปยังตัวแปรทำนาย ตัวแปรแฝงภายในสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ หมายถึง การที่บุคลากรผู้ให้บริการในองค์กรมีการสำรวจและประเมินความต้องการของผู้รับบริการการตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น ส่งเสริมการมีและใช้ศักยภาพในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ การที่ผู้นำแสดงความมุ่งมั่น โดยการยกย่องชมเชย เจ้าหน้าที่และส่งเสริมการพัฒนาตนเองและให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ

2. การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร หมายถึง บุคลากรในองค์กรศึกษา ค้นคว้าเรื่องคุณภาพเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงการทำงาน การสร้างวัฒนธรรมการค้นหา โอกาสพัฒนา และดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ : บุคคล โครงการฯ หน่วยงานและองค์กร การใช้แนวทางในการค้นหา โอกาสที่หลากหลาย เช่น การทบทวนผลงานการเปรียบเทียบข้อกำหนด/มาตรฐานและมีทีมงานจากสาขาชีพ เพื่อมองภาพรวม การประเมินผลการทำงานหลังทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ และการสร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา

การวัดตัวแปรแฝงภายใน ตัวแปรวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ และตัวแปรการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากรนั้น ผู้วิจัยกำหนดการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามเกณฑ์ น้อยที่สุด หมายถึง ผู้รับบริการให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ ให้ระดับคะแนน 1 น้อย ให้ระดับคะแนน 2 ปานกลาง ให้ระดับคะแนน 3 มาก ให้ระดับคะแนน และมากที่สุด ให้ระดับคะแนน 5

## ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสะท้อนถึงขนาดอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยแต่ละปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน
2. ได้สารสนเทศที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการเสริมสร้าง/พัฒนาคุณภาพบริการ ของโรงพยาบาลชุมชนตามลำดับความสำคัญ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพบริการ



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื้อหาของบทนี้จะเริ่มต้นจากการนำเสนอแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการซึ่งถือเป็นกรอบทฤษฎีสำหรับการวิจัย (Theoretical Framework) ที่จะช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้รับบริการในกระบวนการใช้บริการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ โดยในขั้นของผลลัพธ์และการประเมินหลังการใช้บริการจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่างๆ ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการ และสามารถพัฒนาขึ้นเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework) เพื่อนำไปทดสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ต่อไป

#### 1. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ

##### 1.1 ความหมาย

##### 1.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล

##### 1.3 ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล

#### 2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน : ความหมายและการวัด

##### 2.1 วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

##### 2.2 การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร

##### 2.3 การมีส่วนร่วมของบุคลากร

##### 2.4 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้บังคับการ

#### 3. การวิจัยแบบผสานวิธี

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 6. กรอบแนวคิดการวิจัย

## ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ

1. ความหมาย การบริการเป็นกิจกรรมหรือประโยชน์เชิงนามธรรม ซึ่งฝ่ายหนึ่งได้เสนอเพื่อขายให้กับอีกฝ่ายหนึ่ง โดยผู้รับบริการไม่ได้ครอบครองการบริการนั้นๆ อย่างเป็นทางการ กระบวนการให้บริการอาจจะให้ควบคู่ไปกับการจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือไม่ก็ได้ (Kotler, 2000: 428) การบริการ (Service) เป็นกิจกรรมด้านเศรษฐกิจซึ่งผลิตสินค้าที่ไม่มีตัวตน เช่นเดียวกับไฮเซอร์ และเรนเดอร์ (Heizer and Render, 1999: 12); สแตนตัน, เอ็ดเชล และ วอลส์เกอร์ (Stanton, William J. ; & Charles Futrell, 1987: 537) ได้นิยามความหมายของการบริการไว้ว่า “การบริการเป็นกิจกรรมที่ไม่สามารถจับต้องได้แต่สามารถพิสูจน์ได้ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญในการถ่ายโอนหรือจัดหาสิ่งต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ” ส่วน นวลฉวี รัตนาสุข (2543: 43) เห็นว่า งานบริการมีลักษณะที่สำคัญ คือ (1) งานบริการเป็นงานที่มีการผลิตและบริการเกิดขึ้นพร้อมกัน คือ ไม่อาจกำหนดความต้องการแน่นอนได้ ขึ้นอยู่กับผู้รับบริการว่าต้องการเมื่อใดและต้องการอะไร และ (2) งานบริการ เป็นงานที่ไม่อาจกำหนดปริมาณงานล่วงหน้าได้ การมาใช้บริการหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของผู้รับบริการ การกำหนดปริมาณงานล่วงหน้า จึงไม่อาจทำได้ นอกจากการคาดคะเนคะแนนความน่าจะเป็นเท่านั้น (3) งานบริการเป็นงานที่ไม่มีตัวสินค้า ไม่มีผลผลิต ดังนั้นสิ่งที่ผู้รับบริการจะได้ คือ ความพึงพอใจ ความรู้สึกคุ้มค่าที่มาใช้บริการ ดังนั้น คุณภาพของงานจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก และ (4) งานบริการ เป็นงานที่ต้องการการตอบสนองในทันที ผู้รับบริการต้องการให้ลงมือปฏิบัติในทันที ดังนั้นผู้ให้บริการจะต้องพร้อมที่จะตอบสนองตลอดเวลา และเมื่อวันเวลาใดก็จะต้องตรงตามกำหนดการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการบริการ

จากแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Medical hub) ฉบับที่ 1 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2551 เรื่อง การพัฒนาธุรกิจบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพสมุนไพรไทยจากนโยบายฉบับนี้ที่เป็นแรงกระตุ้นให้โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชนต่างมีการปรับตัว เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการบริการให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากลจึงได้นำเครื่องมือการบริหารจัดการเข้ามาประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับคุณภาพการรักษายาพยาบาลและการบริหารจัดการทั้งระบบในส่วนการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน โรงพยาบาลรัฐบาลเป็นองค์กรด้านการบริการที่ให้บริการกับประชาชน ส่วนใหญ่ในประเทศไทยจากงานวิจัยในอดีต พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการที่เรียกว่าแบบจำลอง SERVQUAL (Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., and Berry, L.L., 1988: 12-40) ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในงานด้านการบริการ

โดยมีการใช้เครื่องมือ SERVQUAL ประเมินคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลในต่างประเทศ แต่ที่ผ่านมามีงานวิจัยในอดีตที่ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลรัฐบาลในประเทศไทยยังมีอยู่จำกัด

## 2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลคุณภาพบริการ (Service Quality) ถูกให้คำนิยามและสร้างเป็นแบบจำลองไว้โดยงานวิจัยหลายชิ้น ซึ่ง Seth et al (2005: 913-949) ได้จัดทำบทความเชิงสำรวจ (Survey Paper) เกี่ยวกับคุณภาพในการบริการไว้โดยสรุปรวบรวมและเปรียบเทียบแบบจำลอง 19 โมเดลที่เกี่ยวกับคุณภาพในการบริการ สำหรับแบบจำลองที่เป็นที่นิยมในการประเมินคุณภาพการบริการ ได้แก่ แบบจำลอง Technical and Functional Quality Model และ Gap Model ในส่วน Technical and Functional Quality Model โดย Gronroos (1984: 36-44) จะแบ่งประเภทของคุณภาพเป็น คุณภาพในเชิงเทคนิค (Technical Quality) และคุณภาพในเชิงปฏิบัติ (Functional Quality) ซึ่งทั้งสองส่วนจะครอบคลุมความหมายที่แตกต่างกัน โดยคุณภาพในเชิงเทคนิคจะเกี่ยวข้องกับพื้นฐานของความแม่นยำในเชิงเทคนิคและขั้นตอนในการดำเนินงาน เช่น ความแม่นยำในการวินิจฉัยทางการแพทย์และขั้นตอนหรือวิธีการที่เป็นมาตรฐาน นอกจากนี้ยังรวมไปถึงความสามารถของบุคลากรที่ทำงานประจำอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งจะเกี่ยวข้องกับทักษะในการดำเนินงานของแพทย์ ความเชี่ยวชาญของพยาบาลกับการจัดการยาและเจ้าหน้าที่ในส่วนเทคนิคทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง ส่วนคุณภาพในเชิงปฏิบัติจะเกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริการที่นำเสนอให้กับผู้รับบริการ ซึ่งโดยปกติเมื่อมีการประเมินคุณภาพในการให้บริการของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะพิจารณาจากการให้บริการทางการแพทย์กับความคาดหวังในการปฏิบัติงานที่จะได้รับ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกความสะอาดคุณภาพของอาหารในโรงพยาบาลหรือทัศนคติของบุคลากรในโรงพยาบาลมากกว่าคุณภาพในเชิงเทคนิค เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพของการวินิจฉัยโรคและประสิทธิภาพของกระบวนการรักษาและไม่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างศักยภาพในการดูแล ซึ่งเป็นส่วนการปฏิบัติการและศักยภาพในการรักษาซึ่งเป็นส่วนเทคนิคของโรงพยาบาลได้ทำให้คุณภาพในเชิงเทคนิคไม่สามารถใช้อธิบายคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ได้ในมุมมองของผู้มาใช้บริการแม้ว่าคุณภาพในเชิงเทคนิคจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมากกว่าก็ตาม แต่ความพึงพอใจโดยรวมของผู้รับบริการกับการบริการขององค์กรก็ยังคงขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้รับบริการกับองค์กรด้วย

ส่วน Gap Model หรือ SERVQUAL โดย Parasuraman et al (1985: 41-50) จะขึ้นกับสองส่วนที่แตกต่างกันคือ ความคาดหวังของผู้รับบริการและการรับรู้ที่ผู้รับบริการได้รับ โดยความคาดหวังของ คือ ความต้องการของผู้รับบริการที่รู้สึกรว่าควรจะได้รับจากผู้ให้บริการ ส่วน การที่ผู้รับบริการได้รับรู้หมายถึง การประเมินหรือตัดสินผู้ให้บริการจากการรับรู้ของผู้รับบริการ(Lim, P. C. and Tang, N.K.H., 2000 : 290-299) ดังนั้น หากองค์กรทราบถึงความคาดหวังในการได้รับบริการของผู้รับบริการว่าคืออะไรก็จะสามารถออกแบบการบริการให้ตรงกับความต้องการหรือมากกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการได้ (Pizam, A., 2005) คุณภาพการบริการนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ต่อบริการที่จัดให้ว่าสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งคุณภาพในการบริการจะมีค่าสูงขึ้นหรือต่ำลง ขึ้นกับว่าผู้รับบริการประเมินการรับรู้บริการที่ได้รับจริงว่าตรงกับที่คาดหวังไว้หรือไม่ (Zeithaml, V.A. Parasuraman, A. and Berry, L.L., 1990) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการที่จะทำให้มีความคาดหวังแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลสำหรับการวัดคุณภาพของระบบบริการสุขภาพนั้นแต่เดิมจะวัดคุณภาพจากใบอนุญาตประกอบกิจการและการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรอง ต่อมาได้มีการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพการบริการที่เรียกว่า SERVQUAL ขึ้นเพื่อประเมินความคาดหวังในบริการของผู้รับบริการและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับรู้จริง (Seth et al, 2005 : 913-949) ถ้าคะแนนการรับรู้มากกว่าหรือเท่ากับคะแนนความคาดหวังในคุณภาพบริการหมายถึงผู้รับบริการมีความพึงพอใจ แต่ถ้าคะแนนการรับรู้ต่ำกว่าคะแนนความคาดหวังในคุณภาพบริการจะหมายถึงผู้รับบริการไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับดังที่กล่าวข้างต้นเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถประเมินคุณภาพในเชิงเทคนิคได้จึงไม่เหมาะสมที่จะใช้แบบจำลอง Technical and Functional Quality การประเมินคุณภาพการบริการ นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังเป็นหน่วยงานที่ผู้ให้บริการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการมากจึงมีความเหมาะสมที่จะใช้แบบจำลอง SERVQUAL

2.2 คุณภาพบริการของ โรงพยาบาล โดยอาศัยแบบจำลอง SERVQUAL สำหรับแบบจำลอง SERVQUAL ผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพบริการจากเกณฑ์วัดคุณภาพบริการที่เรียกว่า "RATER" ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ซึ่งได้แก่ เครื่องมืออุปกรณ์บุคลากรและการใช้สัญลักษณ์หรือเอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารให้ผู้รับบริการได้สัมผัสและการบริการนั้นมีความเป็นรูปธรรมสามารถรับรู้ได้

2.2.2. ความเชื่อถือไว้วางใจ หมายถึง ความสามารถในการให้บริการนั้นตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการการบริการที่ให้ทุกครั้งมีความถูกต้องเหมาะสมและมีความสม่ำเสมอทุกครั้งของการบริการที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือสามารถให้ความไว้วางใจได้

2.2.3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการ หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันที่ที่ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึงรวดเร็วไม่ต้องรอนาน

2.2.4. การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ให้บริการมีทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพมีกิริยาท่าทางและมารยาทที่ดีในการให้บริการสามารถที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและเกิดความมั่นใจว่าจะได้บริการที่ดีที่สุด

2.2.5. ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ หมายถึง ความสามารถในการดูแลความเอื้ออาทร เอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการในแต่ละคนเกณฑ์วัดคุณภาพบริการ 5 ด้านนี้ ได้มีผู้นำมาใช้ในการวัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาล โดยวัดจากการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งผลที่ได้แปรผันตรงกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการ โดยสิ่งสำคัญที่จะทำให้การจัดการบริการมีคุณภาพสูงก็คือการจัดการให้บริการให้ผู้รับบริการรับรู้ตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการต้องไม่ให้เกิดช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการและการจัดการให้มีคุณภาพนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับกระบวนการซึ่งมีขั้นตอนต่างๆ ที่สัมพันธ์กัน (Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., and Berry, L.L., 1990)

ดังแสดงภาพที่ 1 แบบจำลองคุณภาพการบริการจากความแตกต่างระหว่างการรับรู้และความคาดหวังของการให้บริการของผู้รับบริการ ซึ่งช่องว่าง (Gap) ที่เกิดขึ้นระหว่างขั้นตอนต่างๆ นั้นทำให้บริการไม่ เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยช่องว่างเหล่านั้นประกอบด้วย 5 ช่อง โดยช่องว่างแต่ละส่วนนั้นจะมีดังนี้

ช่องว่างที่ 1 เป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้มารับบริการ และการรับรู้ถึงความคาดหวังนั้นของผู้ให้บริการ

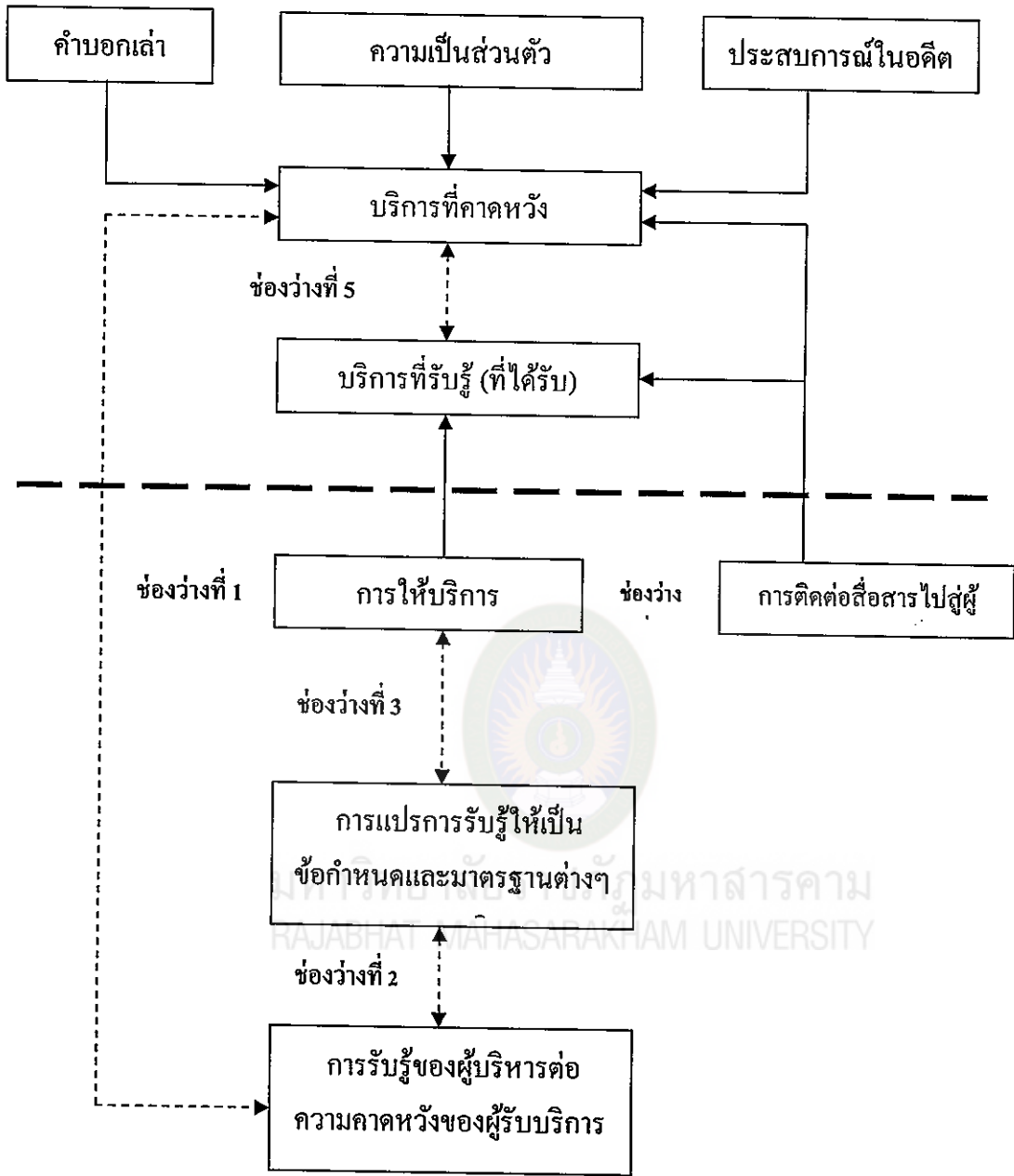
ช่องว่างที่ 2 เป็นช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้ให้บริการเรื่องความคาดหวังของผู้รับบริการ และการกำหนดลักษณะของคุณภาพบริการ

ช่องว่างที่ 3 เป็นช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพของบริการที่ได้กำหนดไว้ และบริการที่ให้

ช่องว่างที่ 4 เป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ให้จริงและการสื่อสารให้ผู้มารับบริการรับทราบ ช่องว่างที่ 5 เป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ผู้มารับบริการรับรู้ และบริการที่ผู้มารับบริการคาดหวังไว้

สำหรับช่องว่างทั้ง 4 ส่วนแรกนั้นจะนำไปสู่ช่องว่างที่ 5 ซึ่งเป็นความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้การบริการของผู้รับบริการ โดยช่องว่างในส่วนที่ 5 นี้มักจะใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาลซึ่งปัญหาของช่องว่างนี้เกิดจากการที่ผู้รับบริการมีเกณฑ์ในการวัดคุณภาพบริการต่างจากผู้ให้บริการซึ่งเกณฑ์นั้นประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ แต่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะเป็นผู้กำหนดและตัดสินคุณภาพของบริการแต่ไม่ได้มองถึงความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย





แผนภาพที่ 1 แบบจำลองคุณภาพบริการจากความแตกต่างระหว่างผู้รับรู้และความคาดหวังของผู้ให้บริการของผู้รับบริการ

กล่าวได้ว่าคุณภาพบริการ คือ ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการ และการรับรู้ที่ผู้รับบริการได้รับ โดยความคาดหวังของ คือ ความต้องการของผู้รับบริการที่รู้สึกว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ ส่วนการที่ผู้รับบริการได้รับรู้ หมายถึง การประเมินหรือตัดสินผู้ให้บริการจากการรับรู้ของผู้รับบริการ ดังนั้น หากองค์กรทราบถึงความคาดหวังในการได้รับ



บริการของผู้รับบริการว่าคืออะไรก็จะสามารถออกแบบการบริการให้ตรงกับความต้องการหรือมากกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการได้ คุณภาพการบริการนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้ต่อบริการที่จัดให้ว่าสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งคุณภาพในการบริการจะมีค่าสูงขึ้นหรือต่ำลงขึ้นกับว่าผู้รับบริการประเมินการรับรู้บริการที่ได้รับจริงว่าตรงกับที่คาดหวังไว้หรือไม่

2.3 การวัดคุณภาพบริการ การประเมินคุณภาพจะต้องมีหลักการหรือกระบวนการเพื่อช่วยให้การตัดสินใจมีความเหมาะสมถูกต้องและสอดคล้องกับความเป็นจริง โดยรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในเชิงปริมาณพร้อมกับเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้และหาข้อสรุปที่ดีที่สุด เพื่อการบรรลุผลสำเร็จของการดำเนินงานการประเมินคุณภาพของบริการจะพิจารณาจากปัจจัยคุณภาพต่างๆ และในลักษณะที่สามารถตรวจสอบประเมินค่าหรือให้หน่วยคะแนนหรือระดับความรู้สึกพึงพอใจหรือลักษณะอื่นที่เป็นที่ยอมรับได้ โดยประเมินตลอดระยะเวลาที่ผู้รับบริการใช้บริการจนเสร็จสิ้นกระบวนการรับบริการหนึ่งๆ (สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2552 : 27)

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่าการวัดคุณภาพบริการสามารถสรุปได้เป็นการศึกษา 2 กลุ่ม ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพบริการและการนำเครื่องมือ SERVQUAL ไปประยุกต์ใช้ในการวัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน รายละเอียดดังนี้

1. การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ Parasuraman และคณะ (1985, 1988) ได้ศึกษาคุณภาพบริการของการบริการ 4 ประเภทคือ ธุรกิจธนาคาร ธุรกิจบัตรเครดิตธุรกิจนายหน้าซื้อขายหลักทรัพย์ และธุรกิจดูแลรักษาและซ่อมบำรุง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหารระดับสูงของธุรกิจและจัดการสนทนาแบบกลุ่ม (Focus Group) กับผู้รับบริการของธุรกิจ จำนวน 12 กลุ่ม เพื่อสรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพพบว่าปัจจัยพื้นฐานที่ผู้บริโภคใช้ในการตัดสินใจคุณภาพของบริการมี 10 ประการ ซึ่งสามารถครอบคลุมการประเมินธุรกิจบริการที่หลากหลายต่อจากนั้นก็นำเอาปัจจัยทั้ง 10 มาศึกษาต่อโดยการพัฒนาเป็นแบบสอบถามจำนวน 97 ข้อ โดยผลที่ได้รับจากการเก็บข้อมูลนั้นทำให้สามารถตัดทอนคำถามเหลือ 22 ข้อและสะท้อนได้เป็น 5 ปัจจัย ดังนี้ (1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) (2) ความน่าเชื่อถือหรือไว้วางใจได้ (Reliability) (3) การตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) (4) การให้ความมั่นใจ (Assurance) และ (5) การเข้าใจการรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ (Empathy) ในแบบสอบถามนั้นวัดโดยใช้ลิเคอร์ทสเกลแบบ 7



ระดับ และแบ่งคำถามออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่เกี่ยวกับความคาดหวังของผู้บริโภค จำนวน 22 ข้อและส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้มี จำนวน 22 ข้อเช่นกัน แบบสอบถามที่ได้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.92 ต่อจากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่ได้มาใช้เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้บริโภค โดยการนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกันหากการรับรู้มีคะแนนที่สูงกว่าความคาดหวังก็แสดงว่าการบริการนั้นๆ มีคุณภาพแต่หากคะแนนของความคาดหวังนั้นสูงกว่าการรับรู้ก็ทำให้เกิดช่องว่าง (Gap) และหมายความว่าบริการนั้นขาดคุณภาพ

## 2. การนำเครื่องมือ SERVQUAL ไปประยุกต์ใช้ การวัดคุณภาพ หัตถา แก้วกิม

(2555: 5-8) ได้นำเครื่องมือ SERVQUAL ของพาราสุรามานและคณะ ไปใช้ในการศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับความคาดหวังในคุณภาพบริการส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ในคุณภาพบริการที่ได้รับแล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้ง 2 มาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างซึ่งหากผลการวิเคราะห์พบว่าคะแนนการรับรู้คุณภาพบริการเท่ากับหรือมากกว่าคะแนนความคาดหวังในคุณภาพบริการหมายถึงผู้รับบริการมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการแต่หากคะแนนการรับรู้คุณภาพบริการน้อยกว่าคะแนนความคาดหวังย่อมหมายถึงผู้รับบริการไม่พอใจในคุณภาพบริการพบว่า (1) ประชาชนที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด นครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 41.12 ปี สถานภาพสมรสคู่ ศึกษา ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าอาชีพเกษตรกรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท เคยมารับบริการแล้วเหตุจูงใจที่มารับบริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือใกล้บ้าน สะดวกในการเดินทางและมีความประสงค์จะกลับมาใช้บริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนี้อีก (2) ประชาชนมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการอยู่ในระดับมาก (3) คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังมากกว่าการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (4) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการและเหตุจูงใจที่มารับบริการที่ แตกต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน (5) ข้อเสนอแนะ ของประชาชนที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดเตรียมรถบริการฉุกเฉิน 24 ชั่วโมงเพิ่มสถานที่จอดรถและขยาย พื้นที่ให้บริการเพิ่มอุปกรณ์ทางการแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพให้เพียงพอพัฒนาศักยภาพ

บุคลากรและมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่นเดียวกับกนกพร ลิลาเทพินทร์ (2554: 449-454) ที่ได้ การประเมินระดับคุณภาพการบริการของ โรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL พบว่า โดยภาพรวมผู้รับบริการมีระดับค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในการบริการ มากกว่าการรับรู้จากบริการที่ได้รับ ความคาดหวัง แสดงว่าผู้รับบริการไม่พึงพอใจกับบริการ ที่ได้รับหรือการให้บริการของ โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งนี้ไม่มีคุณภาพที่ดีหากพิจารณาในแต่ละ มิติพบว่าในปัจจุบันด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการพบว่าระดับค่าเฉลี่ยของการรับรู้ในการ บริการมากกว่าระดับความคาดหวังแสดงว่าผู้รับบริการเห็นว่ามีคุณภาพในการบริการในด้าน ความเป็นรูปธรรมของการบริการ โดยมีระดับคุณภาพการบริการอยู่ในระดับปานกลางแต่ ในอีก 4 ด้านคือ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการตอบสนอง การให้บริการด้านการสร้าง ความมั่นใจในบริการและด้านความเห็นอกเห็นใจกลับมีค่าเฉลี่ยในการรับรู้ต่ำกว่าความ คาดหวังแสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการเห็นว่ามีไม่มีคุณภาพในการบริการที่ดีในด้านดังกล่าวจาก ผลการศึกษา พบว่า ปัจจุบันโรงพยาบาลกรณีศึกษาตัวอย่างในประเทศไทยแห่งนี้ไม่สามารถ ทำให้ผู้รับบริการรับรู้การบริการครอบคลุมทั้ง 5 ด้านได้ดังนั้นผู้บริหารสามารถใช้ประโยชน์ จากผลการศึกษาปรับปรุงคุณภาพในการให้บริการของ โรงพยาบาลได้ โดยลดช่องว่างที่ทำให้ ระหว่างด้านที่การบริการ ไม่เป็นไปตามคาดหวังไว้ดังผลการศึกษาของ ภทรนันท์ ไชยคุณ (2554 :9-10) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัด ศรีสะเกษ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 29 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพมีจำนวนครั้งในการใช้บริการมากที่สุดจำนวน 2-5 ครั้งเหตุผลที่มารับบริการคือ โรงพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน ระดับความคาดหวังในคุณภาพงาน บริการผู้ป่วยใน โดยรวมแล้วอยู่ในระดับมาก โดยแต่ละด้านที่มีความคาดหวังในระดับมาก เท่ากัน คือ ด้านความความรับผิดชอบ รองลงมา คือ ด้านความมั่นใจ ด้านบุคลากรที่ให้บริการ ด้านความเชื่อถือ ด้านเอาใจเขามาใส่ใจเรา และด้านความมีตัวตนจับต้องได้ตามลำดับ ระดับ การรับรู้ในคุณภาพงานบริการผู้ป่วยในที่ได้รับจริง โดยรวมแล้วอยู่ในระดับมาก โดยแต่ละด้าน ที่มีการรับรู้ในระดับมากเท่ากัน คือ ด้านความมั่นใจ รองลงมาคือ ด้านความมีตัวตนจับต้องได้ ด้านเอาใจเขามาใส่ใจเรา ด้านความรับผิดชอบ ด้านความน่าเชื่อถือ และด้านบุคลากรที่ ให้บริการตามลำดับพบว่า มีระดับความคาดหวังต่อคุณภาพงานบริการผู้ป่วยในเท่ากับ 129.9 และการรับรู้ผลการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยในเท่ากับ 112.12 เมื่อทดสอบความแตกต่างทาง สถิติพบว่าระดับความคาดหวังต่อคุณภาพงานบริการผู้ป่วยในและการรับรู้ผลการปฏิบัติงาน

บริการผู้ป่วยใน แตกต่างกัน ( $p < 0.05$ ) เมื่อพิจารณารายข้อย่อย พบว่า ความคาดหวังในคุณภาพบริการของผู้ป่วย มีระดับสูงกว่าการรับรู้เกือบทุกเรื่อง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นเรื่องการที่ผู้ให้บริการมีความพร้อมที่จะให้บริการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วทันต่อสถานการณ์ในขณะนั้นที่มีระดับความคาดหวังน้อยกว่าการรับรู้ เรื่องที่ได้รับการเสนอแนะให้งานผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลก้นทรลักษณ์ ปรับปรุงมากที่สุดคือควรให้พนักงานทำความสะอาดคอยดูแลทำความสะอาดหอผู้ป่วยและห้องน้ำอยู่ตลอดเวลา รองลงมาคือเรื่องบริการอาหารเย็นสำหรับผู้ป่วยควรมีการปรับเปลี่ยนเวลาแจกอาหาร เป็น 17.30 น. และควรมีเสื้อ ผ้าไว้สำหรับบริการผู้ป่วยเปลี่ยน วันละ 3 ชุด เพื่อเพียงพอต่อการเปลี่ยน เวลา เช้า กลางวัน เย็น แพทย์ควรดูแลเอาใจใส่ และออกตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยมากขึ้น และแจ้งเวลาในการตรวจเยี่ยมที่แน่นอน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยแต่ละคนให้มากขึ้น สอดคล้องกับ วันเพ็ญ ศิวารมย์ (2554: 8-16) พบว่า 1) สภาพการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพพบว่าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอมีการปรับปรุงคุณภาพบริการในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.73$ ,  $SD = 1.06$ ) โดยมีการปรับปรุงอันดับแรกคือการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.89$ ,  $SD = 1.05$ ) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการปรับปรุงคุณภาพบริการในระดับน้อย ( $\bar{X} = 1.96$ ,  $SD = 0.68$ ) โดยมีการปรับปรุงอันดับแรก คือ การสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้รับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิตของตนเองในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.26$ ,  $SD = 0.96$ ) 2) คุณภาพการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพพบว่าผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอมีการรับรู้คุณภาพบริการส่งเสริมสุขภาพในทั้ง 10 มิติ คุณภาพบริการต่ำกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการรับรู้คุณภาพบริการส่งเสริมสุขภาพในทั้ง 10 มิติ คุณภาพบริการสูงกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 3) ปัจจัยการรับรู้คุณภาพบริการพบว่า ในมุมมองผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอสามารถสกัดปัจจัยได้ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ 1 ด้านพฤติกรรมบริการ ปัจจัยที่ 2 ด้านสมรรถนะบุคลากร ปัจจัยที่ 3 ด้านสถานที่และสามารถสกัดปัจจัยการรับรู้คุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยที่ 1 ด้านสมรรถนะบุคลากรและพฤติกรรมบริการ ปัจจัยที่ 2 ด้านกายภาพและปัจจัยที่ 3 ด้านการมุ่งเน้นผู้รับบริการผลการวิเคราะห์ห่อองค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า รูปแบบการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูล

เชิงประจักษ์โดยผลการวิเคราะห์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอมีค่าไค-สแควร์ไม่แตกต่างกัน ( $p$ -value = 0.10982)  $\chi^2/df = 1.157$  GFI = 0.83 AGFT = 0.74 และ RMSEA = 0.045 สำหรับผลการวิเคราะห์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีค่าไค-สแควร์ไม่แตกต่างกัน ( $p$ -value = 0.06985)  $\chi^2/df = 1.761$  GFI = 0.81 AGFT = 0.74 และ RMSEA = 0.046 แสดงว่าปัจจัยการรับรู้คุณภาพบริการในมุมมองผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอและตำบลที่กำหนดขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ข้อเสนอแนะโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีโอกาสในการพัฒนาคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความคาดหวังความศรัทธาและความไว้วางใจของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

สำหรับเครื่องมือวัดคุณภาพบริการของ Parasuraman และคณะนั้นประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ (1) ความน่าเชื่อถือหรือไว้วางใจได้ (2) การตอบสนองความต้องการ (3) การให้ความมั่นใจ และ (4) การเข้าใจการรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ (5) ความเป็นรูปธรรมของบริการ เป็นแบบสอบถามนั้นวัดโดยใช้ลิเคอร์ท์สเกลแบบ 7 ระดับ และแบ่งคำถามเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่เกี่ยวกับความคาดหวังของผู้รับบริการ จำนวน 22 ข้อและส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้มีจำนวน 22 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามที่ได้มานี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.92 ต่อจากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่ได้มาใช้เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้บริโภค โดยการนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกันหากการรับรู้มีคะแนนที่สูงกว่าความคาดหวังก็แสดงว่าการบริการนั้นๆ มีคุณภาพ แต่หากคะแนนของความคาดหวังนั้นสูงกว่าการรับรู้ก็ทำให้เกิดช่องว่าง (Gap) และหมายความว่าบริการนั้นขาดคุณภาพ ดัง วีระวัฒน์ บัณฑิตามย์ (2544: 48-51) ที่ได้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพบริการว่ามีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อการรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่เกิดขึ้นจะอยู่ในเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณและการเก็บข้อมูลอาจทำได้ทั้งโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้ข้อมูลเหล่านี้เมื่อได้รับการวิเคราะห์หวั่นิจัยของฝ่ายบริหารแล้วอาจเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจดำเนินงานต่อไป (2) เพื่อการกำหนด “คุณค่า” ของกิจกรรมบริการต่างๆ อันจะนำไปสู่การปรับปรุงและการพัฒนาการให้บริการการวิเคราะห์การประเมินคุณภาพของบริการควรทำทั้งระบบตามวงจรของการให้บริการอย่างครบกระบวนการโดยพิจารณาองค์ประกอบย่อยๆ ของการบริการแต่ละด้าน ได้แก่ การวางแผนเพื่อให้บริการ การประสานงานระหว่างการให้บริการ การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเหมาะสมความพอเพียงและเหมาะสมของอุปกรณ์ สถานที่ตั้ง บรรยากาศ ระยะเวลาของการให้บริการเวลาที่ให้หรือและอื่นๆ โดยพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างคุณภาพระหว่างคุณภาพตามที่คาดหวังและคุณภาพตามที่

ได้รับจริงของการบริการคุณภาพที่อยู่ในระดับสูงได้มาตรฐานหรือระดับปานกลางถือได้ว่า ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจส่วนคุณภาพที่ผู้รับบริการเกิดความไม่พอใจต้องมีการปรับปรุง (3) เพื่อการตัดสินใจเป็นการตัดสินใจในเชิงการบริหารงานบริการ โดยการประเมินจุดเด่นจุด ค้อยโอกาสและข้อปัญหาของการบริการด้วยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาประเมินเกี่ยวกับกิจกรรม การบริการซึ่งจะช่วยให้ผู้บริหารนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจดำเนินการอย่างใด อย่างหนึ่งได้ และ (4) เพื่อการตรวจสอบสมมติฐานเป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเพื่อกำหนดอธิบายและการควบคุมพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการบริการเช่นหากองค์การสนใจว่า ผู้ให้บริการที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูตามวัฒนธรรมหนึ่งๆ จะมีลักษณะในการให้บริการอย่างไร หรือมีผลต่อคุณภาพขณะให้บริการอย่างไรอาจศึกษาวิจัยโดยดูจากด้านความเอาใจใส่ดูแลด้าน การทำงานเป็นทีมด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้กับผู้ใช้บริการและด้านความรวดเร็วของการ ให้บริการ เป็นต้น

นอกจากนั้น นฤมล พดกษศิลป์ (2546 : 13 -14) เห็นว่าการประเมินคุณภาพที่ดี ต้องสามารถนำข้อมูลที่ได้รับมากำหนดเป็นกลยุทธ์เพื่อจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของการ ปรับปรุงคุณภาพผลของการประเมินคุณภาพบริการสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้าง ประสิทธิภาพแก่องค์กร ได้แก่ การปรับปรุงการปฏิบัติงานบริการให้ดีขึ้นการฝึกอบรม เจ้าหน้าที่การวางแผนกำลังคนการเลื่อนตำแหน่งการสร้างขวัญและกำลังใจเป็นต้นนอกจากนี้ ยังสามารถเอาความต้องการของผู้รับบริการความจำเป็นความพึงพอใจคุณค่าที่ผู้รับบริการ ต้องการมาเป็นปัจจัยในการส่งเสริมและสนับสนุนในการปรับปรุงพัฒนางานและหากกลยุทธ์ ต่างๆ เพื่อให้เกิดการจัดบริการที่ดีและตรงต่อความต้องการของผู้รับบริการ

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามในการ รวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยพัฒนาขึ้นจากงานวิจัยของ Parasuraman และ คณะ (1985, 1988) ซึ่งวัดจากระดับความสำคัญต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการด้าน ความน่าเชื่อถือ การตอบสนอง การสร้างความมั่นใจ การดูแลเอาใจใส่ และรูปลักษณ์ทาง ภายนอก ผู้วิจัยกำหนดการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามเกณฑ์ น้อยที่สุด หมายถึง ผู้รับบริการให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ ให้ระดับคะแนน 1 น้อย ให้ระดับคะแนน 2 ปานกลาง ให้ระดับคะแนน 3 มาก ให้ระดับคะแนน 4 และมากที่สุด ให้ระดับคะแนน 5



2.4 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ  
โรงพยาบาล (2549: 97) ได้กล่าวถึงการดำเนินงานความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพ  
โรงพยาบาล ดังนี้

2.4.1 ความเป็นมาคุณภาพและความปลอดภัยเป็นสิ่งที่สังคมคาดหวังต่อ  
ระบบบริการสุขภาพในทุกประเทศแม้จะมีความพยายามในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแต่ก็ยัง  
พบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความไม่พึงพอใจความขัดแย้งความเสี่ยงและความสูญเปล่าต่างๆ  
เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาจำเป็นที่จะต้องมีการแก้ไข เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของ  
โรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่ได้ผลและปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสถานการณ์

2.4.2 การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย การ  
ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การพัฒนาระบบบริการ  
สาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พ.บ.ส) โครงการติดตามโรงพยาบาล โครงการปรับโฉม  
โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งเริ่มต้นโดยแพทย์  
สภาและต่อมาสำนักงานประกันสังคมได้นำมาขยายผลเป็นมาตรฐานสถานพยาบาล  
ประกันสังคม โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเข้าไปศึกษาและจัดทำคู่มือการนำมาตรฐาน  
ดังกล่าวไปใช้ประเมินการมีค่าประกาศสิทธิผู้ป่วย โดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรวิชาชีพ  
ด้านสุขภาพการจัดทำมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยองค์กรและสมาคม  
วิชาชีพต่างๆ

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในประเทศไทยเริ่มจาก  
การนำแนวคิด Total Quality Management/Continuous Quality Improvement (TQM/CQI)  
มาทดลองปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งเมื่อปี พ.ศ. 2535 การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาล  
เพื่อการรับรองคุณภาพและเริ่มนำมาปฏิบัติเพื่อทดสอบประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล  
เมื่อปี พ.ศ.2540 ในลักษณะโครงการวิจัยและพัฒนาส่งผลให้เกิดภาคีเพื่อการพัฒนาและรับรอง  
คุณภาพโรงพยาบาลรวมทั้งการปรับจากโครงการวิจัยและพัฒนาเป็นสถาบันพัฒนาและ  
รับรองคุณภาพโรงพยาบาลภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ.2542

พัฒนาการของ Hospital Accreditation ในประเทศต่างๆ Hospital  
Accreditation เริ่มต้นด้วยมาตรฐานง่ายๆ 5 ข้อในอเมริกาเมื่อ 70 ปีที่แล้วเพื่อใช้ในการประเมิน  
คุณภาพของโรงพยาบาลที่จะเป็นสถานที่ฝึกอบรมศัลยแพทย์และค่อยๆพัฒนาต่อมาเป็นความ  
ร่วมมือขององค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องจัดตั้งขึ้นเป็น Joint Commission for Healthcare  
Organization Accreditation (JCAHO) มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขจูงใจจากการรับรองเพื่อการ

ฝึกอบรมมาสู่การเป็นเงื่อนไขสำหรับโรงพยาบาลที่จะให้บริการผู้ป่วยในระบบ Medicaid และ Medicare Hospital/Healthcare Organization Accreditation ได้ขยายตัวไปสู่ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์และอีกหลายๆ ประเทศตามมา จนในปัจจุบันมีไม่น้อยกว่า 70 ประเทศทั่วโลกที่มีระบบนี้เกิดขึ้น โดยที่มีความหลากหลายของลักษณะ โครงสร้างองค์กรและแหล่งทรัพยากรองค์กรในช่วงเริ่มต้นของระบบนี้ในโลกจะเป็นองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไรขณะที่องค์กรที่เกิดขึ้นในช่วงหลังๆ โดยเฉพาะในประเทศยุโรปตะวันออกจะมีลักษณะเป็นองค์กรของรัฐแนวคิดของระบบนี้ค่อยๆ เปลี่ยนไปตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของโลกจากที่เริ่มต้นในลักษณะของการตรวจสอบตามมาตรฐานมาสู่การใช้เป็นเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องใช้การเยี่ยมชมสำรวจเป็นเสมือน External Peer Review การเริ่มต้นนำระบบนี้เข้ามาทดลองใช้ในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2540 นั้นเป็นช่วงที่กำลังมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดนี้อย่างขนานใหญ่ในประเทศอเมริกาแคนาดาและออสเตรเลียประเทศไทยจึงได้รับแนวคิดที่มุ่งเน้นการพัฒนามากกว่าการตรวจสอบเข้ามาตั้งแต่ต้น “HA is an Educational Process, not an Inspection” องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ Hospital Accreditation คือ การมีมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกติการ่วมกันเป็นมาตรฐานเชิงระบบที่ส่งเสริมการพัฒนาที่โรงพยาบาลใช้มาตรฐานเพื่อการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างสอดคล้องกับบริบทของตนและมีหลักคิดหรือ Core Values ที่เหมาะสมกำกับ การประเมินจากภายนอกในลักษณะของกัลยาณมิตรเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองเพื่อช่วยค้นหาจุดบอดที่ทีมงานมองไม่เห็นและเพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่กว้างขวางขึ้นและการยกย่องชื่นชม ด้วยการมอบประกาศนียบัตรรับรองหรือการมอบกิตติกรรมประกาศในความสำเร็จ

2.4.3 แนวคิดการพัฒนาที่เป็นบทเรียนของประเทศไทยในช่วงเริ่มต้น เป็นการเรียนรู้ร่วมกันจุดประกายความคิดแล้วนำไปทดลองปฏิบัติ นำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การฝึกอบรมในช่วงแรกจะเน้นกระบวนการกลุ่มการใช้เทคนิคการเป็นโค้ชหรือการเป็น Facilitator ในช่วงต่อมาเป็นการเน้นการตีความหมายของมาตรฐาน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ มาตรฐาน HA ฉบับแรกคือ ฉบับปีกาญจนภิเษกได้กระตุ้นให้เกิดรูปธรรมของการจัดระบบงานที่เป็นเรื่องใหม่ สำหรับประเทศไทยในขณะนั้น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อให้เกิดความคาดหวังและความตื่นตัวเรื่องคุณภาพมากขึ้นกระบวนการ HA ได้ตอบสนองด้วยการจัดระบบบันได 3 ขั้นสู่ HA เพื่ออำนวยความสะดวกการปฏิบัติตามสภาพความพร้อมของโรงพยาบาล โดยที่บันไดขั้นแรกเป็นการเรียนรู้แนวคิดคุณภาพด้วยการปฏิบัติ

อย่างง่าย ๆ และตรงประเด็นอาศัยสิ่งที่เป็นปัญหาความเสี่ยงผลที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ นำมาเรียนรู้และปรับปรุงเพื่อป้องกันซึ่ง โรงพยาบาลที่ปฏิบัติด้วยความเข้าใจเท่ากันเป็นการสร้างพื้นฐานที่มั่นคงสำหรับการพัฒนาคุณภาพในขั้นต่อไป

#### 2.4.4 กระบวนการ Hospital Accreditation (HA)

1) เป้าหมายของ HA เป้าหมายของ HA คือ การส่งเสริมให้ระบบบริการ

สุขภาพเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดคุณภาพความปลอดภัยและผลลัพธ์สุขภาพที่ดีโดยเริ่มจากบริการสุขภาพใน โรงพยาบาลและบูรณาการเข้ากับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในอนาคตอาจจะขยายขอบเขตกว้างขวางกว่าบริการสุขภาพใน โรงพยาบาล ดังนั้น HA จึงมีโอกาที่ปรับจาก Hospital Accreditation ไปสู่ Healthcare Accreditation

2) แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ HA หลักคิดสำคัญที่จะทำให้เกิด

ประโยชน์สูงสุดจาก HA ก็คือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้โดยมีเป้าหมายที่คุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ใหญ่และยั่งยืนกว่าการได้รับการรับรองการเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองของทีมงานใน โรงพยาบาลร่วมกับการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกซึ่งการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของ โรงพยาบาลและการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น การเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกเป็นการตรวจสอบความพร้อมของ โรงพยาบาลว่าระบบที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเพียงใดคุณค่าของการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกอยู่ที่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื้อหรือเพื่อการสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้น การรับรองคือ การให้กำลังใจในการทำความดีและส่งเสริมให้ทำดียิ่งอย่างต่อเนื่องหรือควรมองว่าเป็นเพียงผลพลอยได้ของการพัฒนา

3) ทำความเข้าใจ HA อย่างรอบด้าน การทำความเข้าใจกระบวนการ

คุณภาพของ HA ให้รอบด้านอาจจะมองได้ใน 4 มิติ คือ

3.1) มิติของลำดับขั้นการพัฒนา : บันไดสามขั้นสู่ HA ที่มาของ

บันไดสามขั้นสู่ HA เกิดจากความพยายามที่จะทำให้ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการพัฒนาคุณภาพและบรรลุผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในระดับที่สอดคล้องกับทรัพยากรและภาระงานที่เป็นอยู่โดยเริ่มจากกิจกรรมที่น้อยที่สุดแต่ส่งผลกระทบมากที่สุดคือการนำปัญหาและอุปสรรคสำคัญมาทบทวนเพื่อหาทางป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำขึ้นอีกและก้าวไปสู่การออกแบบระบบงานที่เหมาะสมบันไดสามขั้นสู่ HA ทำให้โรงพยาบาลเห็นจุดเน้นของการพัฒนาในแต่ละช่วง ได้ชัดเจนขึ้น โดยเลือกสิ่งที่มีผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยที่สังคมห่วงกังวลมาดำเนินการตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้นแม้ว่าบันไดสามขั้นจะชี้แนะลำดับขั้นของการพัฒนาแต่



ในทางปฏิบัติจริงการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจะไม่จำกัดตนเองอยู่ที่บันไดขั้นใดขั้นหนึ่ง การประเมินการบรรลุเกณฑ์ของบันไดแต่ละขั้นจึงเป็นเพียงสิ่งสมมติเพื่อให้การประเมินไม่ซับซ้อนเกินไป

### 3.2) มิติของพื้นที่การพัฒนา : กลุ่มของระบบย่อยในองค์กร

โรงพยาบาลประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ จำนวนมากการพัฒนาต่างๆ จะเริ่มต้นที่ระบบย่อยเหล่านี้ระบบย่อยแต่ละระบบจะมีเป้าหมายผู้รับผลงานกระบวนการทำงานและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนการทำความเข้าใจในการมีอยู่ของระบบย่อยต่างๆ ความสัมพันธ์กับระบบย่อยอื่นๆ และโอกาสที่จะมีการทับซ้อนในการพัฒนาระหว่างระบบย่อยต่างๆ จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพง่ายมีประสิทธิภาพสมบูรณ์และไม่สับสน

### 3.3) มิติของกระบวนการพัฒนา : 3C-PDSA การใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาและติดตามคุณภาพถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญเป็นการเชื่อมโยงหลักการและ

นามธรรมสู่การปฏิบัติ 3C (Context, Core Values & Concepts, Criteria) คือ องค์ประกอบที่จะทำให้เกิดการคิดหรือการวางแผนที่ดี เรียกว่า “คิดดี คิดถูก คิดเป็น” ทำให้รู้ว่าอะไรคือ ลำดับความสำคัญหรือความจำเป็นที่ตนจะต้องทำ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบของการพัฒนาระหว่างบันไดแต่ละขั้น

	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
ภาพรวม	ตั้งรับแล้วใช้วิกฤติเป็นโอกาส	วางระบบในเชิงรุก	สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ
จุดเริ่ม	นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน	วิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการอย่างเป็นระบบ	ประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA และการวัดผลลัพธ์ของงาน
กระบวนการคุณภาพ	การทบทวนคุณภาพ/ปัญหา/เหตุการณ์สำคัญ	Plan-Do-Check-Act (QA) Check-Act-Plan-Do (CQI)	การเรียนรู้ในทุกระดับ
เครื่องชี้วัดความสำเร็จ	ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาที่กำหนด	QA/CQI ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน	เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีขึ้น
มาตรฐาน HA ประเมินตนเอง	ยังไม่เน้นมาตรฐาน HA เพื่อป้องกันความเสี่ยง(ไม่เน้นแบบฟอร์ม)	มาตรฐาน HA ที่จำเป็นเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา	มาตรฐาน HA ครบถ้วนเพื่อสังเคราะห์ความพยายามในการพัฒนาและผลที่ได้รับ

	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
ความครอบคลุม	ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิดขึ้น	ครอบคลุมกระบวนการ	เชื่อมโยงกระบวนการ/ระบบงาน
หลักคิดสำคัญ	ทำงานประจำให้ดีมีอะไรให้คุยกันขยับทบทวน	เป้าหมายชัดเจนวัดผลได้ให้คุณค่าอย่ายึดติด	Core Values ทั้ง 5 กลุ่ม (ทิศทางนำผู้รับผล คนทำงานการพัฒนาพาเรียนรู้)

บันไดขั้นที่ 1 คู่ HA คือ การเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้หลักคิด“ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยับทบทวน”

บันไดขั้นที่ 1 คือ พื้นฐานที่ต้องก้าวข้าม ช้าแล้วช้าอีก เพื่อเป็นฐานที่มั่นคงสำหรับขั้นต่อไป

บันไดขั้นที่ 1 เมื่อทำเชี่ยวชาญแล้ว ควรทำให้เป็นเรื่องปกติประจำที่เรียบง่ายของทุกคน ไม่ต้องเน้นรูปแบบ

บันไดขั้นที่ 2 คู่ HA คือ การพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบส่วนต่างๆ ได้แก่หน่วยบริการระบบงานกลุ่มผู้ป่วยและองค์กรพัฒนาอย่างเป็นระบบ ได้แก่การหมุนวงล้อการพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัดเจน วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด”

บันไดขั้นที่ 3 คู่ HA คือ การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพวัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก่อให้เกิดผลลัพธ์ ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

PDSA เป็นวงล้อของการปฏิบัติตั้งแต่การออกแบบการนำไปปฏิบัติการเรียนรู้หรือทบทวนติดตามประเมินผลและการปรับปรุงให้ดีขึ้นอาจเรียกว่าเป็นวงล้อเพื่อการ “ทำดี ทำถูก ทำเป็น” Plan-Do-Study-Act (PDSA) ก็คือ Design-Action –Learning-Improvement (DALI) โดยความหมาย 3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบที่เหลือสิ่งที่เชื่อมระหว่างการคิด (3C) กับการทำ (PDSA) คือ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการทำงานหรือการพัฒนาที่ดีมาจากการวิเคราะห์ Context หรือสถานการณ์เฉพาะของตนคู่กับการวิเคราะห์เป้าหมายของ Criteria หรือมาตรฐาน

เมื่อได้เป้าหมายชัดเจนก็สามารถกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อการติดตามกำกับหรือการประเมินผลได้ เมื่อมีเป้าหมายชัดเจนรู้ประเด็นสำคัญต่างๆ ที่เป็นความเสี่ยงหรือความต้องการก็สามารถออกแบบระบบงานที่เหมาะสมได้ในการคิดและการทำที่ตั้นนั้นควรมีหลักการหรือค่านิยมหลัก เป็นตัวกำกับเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความลุ่มลึกในการพัฒนา ยิ่งทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง ยิ่งเห็น โอกาสพัฒนามากขึ้น

การเรียนรู้เป็นสิ่งที่ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาการเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุมการทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบซึ่งมีวิธีการมากมายเช่น

1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติซึ่งเดิมมักจะถือกันว่าเป็นสิ่งที่นอกตำราใช้การไม่ได้แต่ที่จริงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำงานส่วนหนึ่งจะได้คำตอบว่าทำอะไรให้ควารู้ในตำรามาสู่การปฏิบัติได้จริงและในกรณีที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้จะทำอย่างไรให้ปลอดภัยที่สุด

2) การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion & Learning) เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจกันอย่างกว้างขวางการมอบหมายให้มีผู้ไปศึกษาและนำมาอภิปรายในกลุ่มจะทำให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งเหล่านั้นและเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ

3) สุนทรียสนทนา (Dialogue) เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่นความเข้าใจตนเองก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า

4) การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างแล้วอาจจะจัดเวทีให้ทีมงานได้นำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิดหรือการปรับทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5) การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (Portfolio) จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้นการเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระไม่ต้องมีรูปแบบหรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น Service Profile, CQI story

6) การใช้ตัวตามรอย (Tracer) เป็นการติดตามสิ่งที่เราคุ้นเคยสามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่ายตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ช่วยกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรคข้อมูลข่าวสารยาสิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริงช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน

7) การเยี่ยมชมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน เป็นการประเมินด้วยคนภายในกันเอง โดยเข้าไปดูในสถานที่จริงเจตคติของการเข้าไป ควรเพื่อเข้าไปให้ความช่วยเหลือมากกว่าเพื่อ

การประเมินเสมือนผู้เยี่ยมชมสำรวจภายนอกการเข้าไปพร้อมๆ กัน จากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะให้ผลได้ดีกว่า

8) การทบทวนหลังทำกิจกรรม ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมเล็กหรือใหญ่ที่งานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือ จุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป

9) การติดตามตัวชี้วัดการวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมายเป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะช่วยให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงและระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมายควรให้ความสำคัญให้มากกับการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูลขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลเสียของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่นๆมาประกอบด้วย

10) การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อนความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และเสียงสะท้อนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้นพึงระวังว่าจะไม่ใช้การทบทวน เพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรกแต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์เพื่อช่วยเหลือบุคคลการเปิด โอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงาน ได้ง่ายขึ้น

11) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตาม มาตรฐาน มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่มีการนำวงล้อ PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด

12) การทบทวนเวชระเบียน การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกหากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย และทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุงมิใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

4) มติของการประเมินผลการประเมินผลในมุมมองทั่วไปคือ S (Study) ใน 3C-PDSA ซึ่งได้กล่าวถึงวิธีการที่หลากหลายมาแล้วในหัวข้อที่ผ่านมา การประเมินผลที่เป็นเรื่องเฉพาะของ HA คือ การประเมินเพื่อให้ทราบถึงระดับความก้าวหน้าในการพัฒนา

โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมาและเพื่อให้เห็นว่าโอกาสข้างหน้าคือ การพัฒนาในเรื่องใดกล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการประเมินเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องไปข้างหน้า

การให้ Recognition ต่างๆ เช่น กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 ผู้ HA หรือประกาศนียบัตรรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการให้รางวัลและแรงจูงใจในการพัฒนาเป็นเพียงผลพลอยได้ เพื่อต่อยอดให้เกิดความภาคภูมิใจแก่ทีมงาน แต่เนื้อหาสำคัญอยู่ที่คุณภาพที่ฝังอยู่ในระบบของโรงพยาบาลเอง

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการบูรณาการมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกันช่วยลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหามาตรฐานที่มีความใกล้เคียงกันอยู่แล้ว ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติในลักษณะของการบูรณาการระหว่างการรักษากับการส่งเสริมสุขภาพได้ในชีวิตประจำวัน และเป็นการปูพื้นฐานสำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศให้ก้าวไปสู่เป้าหมายได้เร็วยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้มาตรฐานให้เกิดประโยชน์จะต้องนำไปใช้ด้วยความเข้าใจในบริบทของตนเอง สามารถระบุดูจุดเขาแห่งปัญหาหรือประเด็นสำคัญแต่ละเรื่องในหน่วยงานหรือองค์กรของตนได้ควบคู่ไปกับการใช้หลักคิดการพัฒนาสำคัญที่เป็นพื้นฐาน 5 ประการคือ ทิศทางนำผู้รับผลคนทำงานการพัฒนาการเรียนรู้และการหมุนวงล้อของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (PDSA) หรือที่เรียกกรอบแนวคิดรวมนี้อย่างง่าย ๆ ว่า 3C-PDSA นอกจากนี้การนำมาตรฐานไปใช้จำเป็นต้องเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐานเข้าใจแนวคิดเชิงระบบที่มองทุกอย่างเชื่อมต่อกันอย่างเป็นองค์รวมแล้วพยายามนำไปประเมินสิ่งที่ปฏิบัติจริง

## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน : ความหมายและการวัด

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัยประมวลเอกสารระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ดังนี้

### 1. วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ (Patient Focus) การพัฒนาคุณภาพบริการ

เป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกๆ คือ การยึดความพึงพอใจของผู้รับบริการเช่น จากการประมวลเอกสารตามแนวคิดคุณภาพของวิชาการทางด้านคุณภาพทั้งหลายจะพบว่าการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้งนั้นถือเอาความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นความสำคัญอันดับแรก เน้นถึงความสำคัญกับผู้รับบริการ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ, 2549; Crosby,

1984; Ishikawa, 1985; Besterfield et al., 1999; Brady and Cronin Jr., 2001) โดยผู้รับบริการที่ได้รับการทำงานของเรา คือ ผู้รับบริการหรือผู้มาติดต่อกับโรงพยาบาลและผู้รับบริการภายในคือ บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งทุกคนต่างเป็นผู้รับบริการของกันและกัน ดังนั้น หน้าที่ของทุกคน คือ การสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการสามารถรับรู้ถึงความต้องการของผู้รับบริการได้ โดยการสำรวจข้อมูลจากการให้ผู้รับบริการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ ผู้รับบริการและสำรวจชุมชน เป็นต้น

1.1 ความหมาย นักวิชาการทางด้านคุณภาพ ได้ให้ความหมายของวิธีปฏิบัติ เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจไว้น่าสนใจ ได้แก่ สุวรรณิ แสงมหาชัย (2544: 72) ได้ให้ความหมายไว้ว่าการให้ความสำคัญความต้องการของผู้รับบริการ และมุ่งเน้นคุณภาพที่จุดนั้นๆ เพื่อให้บรรลุถึงความพึงพอใจสูงสุดของผู้รับบริการ สอดคล้องกับ วิฑูรย์ วิมะ โชค (2543: 32) ที่ได้กล่าวถึงการยึดหลักความพึงพอใจของผู้รับบริการไว้ว่าเป็นการมุ่งเน้นที่คุณภาพ (Quality oriented) คุณภาพในที่นี้ หมายถึง คุณภาพของบริการที่สร้างความพอใจให้แก่ผู้รับบริการได้หรือเป็นไปตามที่ผู้รับบริการคาดหวัง

ส่วนบุญใจ สถิตยน์รากร (2543) และ Goettech and Davis (2000) ได้กล่าวถึงวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจว่า หมายถึง ผู้รับบริการทั้งภายนอกองค์กรและผู้รับบริการภายในองค์กร ผู้รับบริการภายนอกองค์กรขององค์การสุขภาพ หมายถึง ผู้รับบริการสุขภาพของโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพทั้งที่เป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ส่วนผู้รับบริการภายในองค์กรขององค์การสุขภาพ หมายถึง บุคลากรทุกคนและทุกระดับที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ ในการบริหารงานคุณภาพตามหลักการเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญนั้น ผู้รับบริการซึ่งจัดเป็นผู้รับบริการภายในองค์กรจะต้องได้รับความเคารพในความเป็นมนุษย์และศักดิ์ศรีจากผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงานในองค์กร โดยถือว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน ส่วนผู้รับบริการสุขภาพภายนอกจะต้องได้รับการเคารพในความเป็นมนุษย์จากผู้ให้บริการเช่นเดียวกัน ดังนั้น ผู้ให้บริการต้องคำนึงว่าผู้รับบริการ คือ บุคคลสำคัญที่ช่วยให้องค์การสามารถดำเนินพันธกิจขององค์การได้ หากบริการขององค์การใดมีจำนวนผู้มาใช้บริการจากองค์กรนั้นๆ น้อยหรือปริมาณความต้องการน้อยหรือปริมาณความต้องการน้อยกว่าปริมาณการผลิต องค์กรนั้นย่อมไม่สามารถดำเนินธุรกิจต่อไปไม่ได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เพชรราวลัย วีระเดชะ (2550) พบว่า คุณภาพตามความคาดหวังสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งในด้านบุคลากร ด้านคุณภาพบริการ ด้านเทคโนโลยีการให้บริการ ด้านอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวก ด้านเครื่องมือรักษาพยาบาล



ด้านสถานที่และด้านความปลอดภัยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังผลการวิจัยของ อภิสมัย ไสโยธา (2553) พบว่า คุณภาพบริการของโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม ต่ำกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการทั้ง 5 ด้าน กล่าวคือ ใ้เวลารอคอยมากกว่าที่คาดไว้ การยอมรับฟังความคิดเห็น ต่ำกว่าที่คาดไว้ ความสามารถในการแก้ปัญหาที่ผู้รับบริการต้องการต่ำกว่าที่คาดไว้ ผู้รับบริการไม่ค่อยเชื่อถือผลการตรวจรักษาของแพทย์ โดยเฉพาะห้องตรวจโรคทั่วไป และคุณลักษณะของห้องตรวจโรคมีสภาพไม่ตรงตามที่หวังไว้

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดว่าวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นิยามความหมายของวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ หมายถึง การที่องค์กรได้สำรวจและประเมินความต้องการของผู้รับบริการการตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น การส่งเสริมการมีและใช้ศักยภาพ ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ ผู้นำส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตาม โดยยึดหลักความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญและให้เกิดคติและเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ

## 1.2 การวัด จากผลการวิจัยของ สมหญิง ลมูลพัทธ์ (2545) ได้ศึกษาตัวชี้วัด

วัฒนธรรมคุณภาพ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และได้นำแนวทางการมุ่งเน้นผู้รับบริการมาวิเคราะห์ พบว่า มีแนวทางปฏิบัติ 8 แนวทางเป็นการยึดหลักความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดังนี้ คือ 1) ให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐานวิชาชีพ 2) ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ 3) การตรวจสอบความพึงพอใจของผู้รับบริการ 4) เคารพในความเป็นบุคคลและความมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน 5) การให้ผู้รับบริการประเมินผลการรับบริการ 6) การจัดสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก 7) จัดให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและ 8) พิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจจำนวน 3 ตัวแปร คือ ตัวแปรการเตรียมความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุข เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกและการจัดให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม ตัวแปรการให้บริการ เช่น ให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐานวิชาชีพ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการการเคารพในความเป็นบุคคลและความมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน และการพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการและตัวแปรการประเมินผล เช่น การตรวจสอบความพึงพอใจของผู้รับบริการและการให้ผู้รับบริการประเมินผลการรับบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า 5 ระดับ เป็นการถามความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในการให้ความสำคัญในประเด็นข้อคำถามมากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อย ให้ 2 คะแนน และเห็นความสำคัญน้อยมากให้ 1 คะแนน

2. การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Process Improvement : CPI) การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องเป็นการปรับปรุงที่มีวัตถุประสงค์หลักอยู่สองประการคือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต โดยการปรับปรุงเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการจะทำการปรับปรุงกระบวนการที่ทำให้ผู้รับบริการไม่พอใจทั้งผู้รับบริการภายในและผู้รับบริการภายนอกสำหรับการปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตจะทำการปรับปรุงกระบวนการที่เต็มไปด้วยความสูญเสีย (Waste) และเวลาไร้ประสิทธิภาพ (Idle) การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด โดยการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ในการทำงานและใช้วิธีวิเคราะห์ร่วมกันทั้งระบบ รวบรวมวัดผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่เป้าหมายในการพัฒนาให้ดีขึ้นอยู่เสมอ

2.1 ความหมาย ความหมายของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องนั้น อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2545: 58) ได้ให้ความหมายของการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องว่า หมายถึง การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า หมายถึง การใช้กระบวนการปรับปรุงที่มีเหตุผล เพื่อยกระดับเป้าหมายให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วน George (1996: 259) ให้ความหมายการปรับปรุงกระบวนการว่าเป็นกลุ่มของงานที่ผลิตหรือบริการเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ โดยมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงและการปรับปรุงที่กระบวนการทำงาน เหตุที่ต้องพิจารณาปรับปรุงที่กระบวนการทำงานจุดเชื่อมโยงตั้งแต่เมื่อผู้รับบริการบอกถึงความต้องการ จนกระทั่งได้รับสินค้าหรือบริการที่ตรงกับความต้องการนั้นๆ กิจกรรมหรือสิ่งอื่นใดก็ตามที่มีได้เพิ่มคุณค่าให้กับผู้รับบริการจะต้องถูกตัดทิ้งไป

นอกจากนี้การปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่องยังมีผู้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง กระบวนการที่มุ่งเน้นในการสร้างความพึงพอใจให้มีเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยการพัฒนาให้เกิดการยอมรับในเป้าหมายด้านคุณภาพ (Larkin, J. M., (1997: 151) สอดคล้องกับความหมายของ Zimmermann M.A. (1990 :169-177) ที่ว่าการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องหมายถึงความพยายามอย่างคงที่ สม่ำเสมอในการจัดหาบริการที่ดีขึ้นกว่าเดิมและการมีคุณภาพของ



ผลผลิตที่สูงขึ้นและการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องยังหมายถึง การปรับปรุงที่บุคคล และกระบวนการของผลิตการปฏิบัติงาน โดยใช้วิธีการค้นหาและติดตามอย่างต่อเนื่อง หรือเป็นการที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานหรือผู้บริหาร มีการคิดค้นหาวิธีการในการที่จะนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสนับสนุนให้มีความนวัตกรรมเพิ่มขึ้น

การปรับปรุงระบบงานเพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพของบริการนั้น ควรเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบ ประกอบกับความเข้าใจในพื้นฐานความต้องการและจุดประสงค์การใช้งานของผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังใช้หลักการทางสถิติมาช่วยในการค้นหาสาเหตุของปัญหา โดยการศึกษาข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่เพื่อเรียนรู้ที่จะนำมาปรับปรุงงานให้ดีขึ้น โดยใช้วงจรของเดมมิง ดังนี้ (สุถัดดา พงษ์รัตนมาน, 2542: 88)

1. การวางแผนการวางแผนจะต้องมีการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ

กระบวนการปฏิบัติงานของบุคลากร เช่น ข้อมูลด้านความต้องการของผู้รับบริการ หรือข้อมูลด้านผลการใช้บริการ เป็นต้น

2. ลงมือปฏิบัติการลงมือปฏิบัติเป็นการนำแผนมาปฏิบัติในสถานที่

ปฏิบัติงานจริง

3. ตรวจสอบ เป็นการตรวจสอบว่า ผลที่ได้จากการปฏิบัติงานเป็นไปตาม

แผนหรือไม่

4. กำหนดแนวทางปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่ผ่านการตรวจสอบแล้วว่า สามารถ

นำไปใช้ได้ ในทางปฏิบัติได้มากำหนดเป็นมาตรฐานในการทำงาน ทดแทนวิธีปฏิบัติเดิม แต่ถ้านำไปใช้แล้วมีปัญหา ต้องย้อนกลับไปที่ยุทธศาสตร์ที่ 1 ใหม่ แล้วดำเนินการซ้ำจนครบถึงขั้นที่ 4 อีกครั้งหนึ่ง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นิยามความหมายของการปรับปรุงกระบวนการ

อย่างต่อเนื่องของบุคลากร หมายถึง บุคลากรทุกวิชาชีพใน โรงพยาบาลชุมชนมีการดำเนินการปรับปรุงระบบการทำงานด้านการบริการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการมุ่งเน้นการ

เสริมสร้างคุณภาพบริการทางการพยาบาลให้เพิ่มขึ้น ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร การสำรวจ

ปัญหาและอุปสรรค การวางแผนให้มีความเหมาะสมและลดความซ้ำซ้อนจากการทำงาน การประเมินผล รวมถึงการเรียนรู้และค้นหาวិธีการทำงาน และการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมา

เป็นแนวทางที่มีการปรับปรุงให้สามารถทำงานได้หรือดำเนินกิจกรรมบริการทางการพยาบาลมี

คุณภาพมากขึ้นหรือดีขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ อัมพร ปิงชัย (2550 : 87)

พบว่า การรับรู้คุณภาพบริการตามมาตรฐาน โครงสร้างมีการรับรู้มากที่สุด และผู้รับบริการ

เสนอแนะให้ศูนย์สุขภาพชุมชนทากาศหาแนวทางปรับปรุงคุณภาพบริการบางประเด็นที่ยังไม่เป็นที่พอใจของผู้รับบริการให้ดีขึ้น ดังที่ เกศสุดา เหมทานนท์ (2552: 69) พบว่า คุณภาพบริการของสถานอนามัยตามการรับรู้ของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้ให้บริการควรตระหนักและปรับปรุงคุณภาพบริการเพื่อตอบสนองความคาดหวังและให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและประทับใจในบริการที่ได้รับ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ เพ็ชรรัตน์ แดงน้อย (2552) พบว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ผู้ให้บริการมีความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้น มีความภาคภูมิใจที่ได้ให้บริการ มีสัมพันธภาพที่ดีในองค์กร รวมทั้งมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันมากขึ้น ส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยรวมไปถึงครอบครัวได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด ในส่วนของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น มีความรักใคร่ ห่วงใยซึ่งกันและกันมากขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ชนมณฑชนก เจริญสวัสดิ์ (2552) พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงานและปัจจัยค้ำจุนด้านการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ อัจฉรวาดิ บุญยศิริวงษ์ (2552) พบว่า การใช้นวัตกรรมพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องในการดำเนินดำเนินกิจกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มिरันดี นรสาร (2554) พบว่า การกระตุ้นและทบทวนการปฏิบัติงานเป็นประจำในหน่วยงาน การสร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานส่งผลให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการแบบเครือข่ายโรงพยาบาล (HNQA) มีการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงานคือ มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ดี มีการตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือและยาให้พร้อมใช้ ความเสี่ยงลดลง พฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ดีขึ้น และผลการวิจัยของ สุวรรณมา เพิ่มพูน (2552: 87) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสื่อสารเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดีมาก และมีพฤติกรรมการสื่อสารสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลอยู่ในระดับมาก

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นผู้วิจัยคาดว่า การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นิยามความหมายของการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การที่องค์กร ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการการปรับปรุงการทำงาน การสร้างวัฒนธรรมการค้นหาโอกาสพัฒนา และดำเนินการพัฒนาอย่าง

ต่อเนื่องในทุกระดับ : บุคคล โครงการฯ หน่วยงานและองค์กร การใช้แนวทางในการค้นหาโอกาสที่หลายหลาย เช่น การทบทวนผลงานการเปรียบเทียบข้อกำหนด/มาตรฐานและมีทีมงานจากสาขาซึ่งพามองภาพรวม การประเมินผลการทำงานหลังทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ และการสร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา

## 2.2 การวัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5

ระดับ เป็นการถามความเห็นของ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในการให้ความสำคัญในประเด็นข้อคำถามมากที่สุดให้ 5 คะแนนมากที่สุดให้ 4 คะแนนปานกลางให้ 3 คะแนนน้อยให้ 2 คะแนนและความสำคัญน้อยมาก ให้ 1 คะแนน

**3. การมีส่วนร่วมของบุคลากร (Participation)** ทรัพยากรบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในองค์กร เพราะเป็นผู้ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการปรับปรุงต่อเนื่อง การพัฒนาพฤติกรรม เจตคติและค่านิยมใหม่ๆ ให้เกิดขึ้นในบุคลากร การเรียนรู้ความแตกต่างของแต่ละบุคคล เรียนรู้ความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน สิ่งสำคัญดังกล่าวนี้ย่อมนำไปสู่การเกินการพัฒนาคุณภาพได้

### 3.1 ความหมาย การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่บุคลากร

ระดับปฏิบัติการมีโอกาสในการเสนอแนะความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการทำงานและกำหนดวิธีการทำงานในองค์กร บุคลากรจะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและมีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น นอกจากนี้การมีส่วนร่วมยังช่วยให้บรรยากาศในการทำงานมีสภาพน่าพึงพอใจมากขึ้นเกิดการยอมรับนับถือในความเป็นมนุษย์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล และระหว่างบุคคลต่อกลุ่ม ซึ่งเป็นการนำศักยภาพมาสู่งานที่ทำอยู่ หรืออาจกล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมช่วยให้เกิดแรงผลักดันในการทำงาน และช่วยขจัดความรู้สึกเกรงกลัว และความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่นให้หมดไปด้วย บุคลากรมีโอกาสกำหนดนโยบายโชคชะตาของตนเอง (Mcgregor, 1960 : 119-121)

นอกจากนี้ Besterfield และคณะ(1999 : 188) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับ

ความหมายของการมีส่วนร่วมของบุคลากร คือ การที่บุคลากรระดับปฏิบัติการมีโอกาสในการเสนอแนะความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการทำงาน และกำหนดวิธีการทำงานในองค์กร บุคลากรจะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและมีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น สอดคล้องกับที่ Arikian (1991 : 46-50) ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของบุคลากร หมายถึง การสนับสนุนให้บุคลากรทุกคนร่วมกันตั้งเป้าหมายขององค์กรและสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน ผู้บริหารให้การยอมรับและมองเห็นคุณค่าของการตัดสินใจ หรือความคิดเห็นของบุคลากร

ตลอดจนการสนับสนุนให้ใช้กระบวนการแก้ปัญหา ร่วมกันทำงานเป็นทีมและจัดอุปสรรคระหว่างบุคลากรกับบทบาท ส่วน Barber (1996 : 74) ได้เสนอเกี่ยวกับความหมายของการมีส่วนร่วมของบุคลากร คือ การที่บุคลากรทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ คือ การมุ่งเน้นการบริการที่มุ่งคุณภาพบริการ สนองตอบความต้องการของผู้รับบริการในทุกกิจกรรม การบริการทุกวันทุกครั้ง ทุกคน และเสนอแนะกระบวนการหรือวิธีการภายในหน่วยงานที่ต้องการศึกษาค้นคว้า ปรับปรุงแก้ไข โดยการพูด เขียนหรือรายงานต่อหัวหน้างาน

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการ

Besterfield และคณะ (1999) ได้กล่าวว่าถึงทรัพยากรบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในองค์การ เพราะเป็นผู้ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะทางด้านคุณภาพและเกิดการปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้ง และการมีส่วนร่วมของบุคคล คือ การที่บุคลากรระดับปฏิบัติการมีโอกาสในการเสนอแนะความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการทำงานและกำหนดวิธีการทำงาน ในองค์การ บุคลากรจะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์การและมีแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับที่ Maslow (1954: 381) และ Herzberg, Mausner และ Synderman (1993: 287) ที่กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลมีโอกาสมีส่วนร่วม ทำให้บุคคลได้ตอบสนองความต้องการยอมรับจากผู้อื่น ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการทางสังคมหรือเป็นปัจจัยจูงใจ โดยเฉพาะหากได้รับการยอมรับจากบุคคลที่เขาคิดว่ามีความสำคัญต่อตัวเขา จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการทำงาน และได้รับความพึงพอใจจากกลุ่มที่ตนมีส่วนร่วม

นอกจากนี้การบริการที่มีคุณภาพ การปรับปรุงต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลา เพื่อยกระดับคุณภาพของสินค้าและบริการให้สูงขึ้นอยู่เสมอ ซึ่งถือเป็นภาระหน้าที่ของทุกคนในองค์การ โดยทุกคนในที่นี้หมายถึง ทุกระดับตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงหรือผู้อำนวยการ คณะกรรมการบริหาร ผู้จัดการฝ่าย-แผนก ไปจนถึงบุคลากรระดับปฏิบัติการทุกฝ่ายได้แก่ ฝ่ายบริหาร ฝ่ายบริการ ฝ่ายวิชาการและฝ่ายสนับสนุนทุก ๆ คนที่อยู่ในแต่ละขั้นตอนการทำงานในแต่ละฝ่าย บุคลากรแต่ละคนจะมีบทบาทและความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน (Ishikawa, 1985)

ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพบริการ จึงต้องให้ทุกๆ คนในองค์การได้มีส่วนร่วมหรือมีบทบาทสำคัญอย่างทัดเทียมกัน ทั้งนี้เพราะบุคลากรเหล่านั้นเข้าใจสถานการณ์ และเป็นผู้ปฏิบัติงาน โดยตรง การให้เขามีความรู้สึกเป็นเจ้าขององค์การในการปรับปรุงจะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงสุดได้ สรุปได้ว่า การจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรถือเป็นวิธีการที่ง่ายที่จะช่วยนำพาให้องค์การ

บรรลุตตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ขององค์กร ได้นั้นคือ การเพิ่มขึ้นของคุณภาพบริการสอดคล้องกับผลการศึกษาของ คงขวัญ บุญยรัักษ์ (2551: 77) พบว่า ประสพการณ์การมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการแบ่งออกเป็น 6 ประเด็น คือ เริ่มต้นด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน ต้องใช้เวลาสร้างความเข้าใจ กิจกรรมใน COP ไม่มีรูปแบบตายตัว ประสพการณ์ที่ได้รับนำมาปรับใช้ได้หลากหลาย เช่น เกิดประโยชน์ส่วนตน ส่งผลถึงหน่วยงาน เล่าผ่านผ่านสื่อ และร่วมมือสร้างเครือข่าย อุปสรรคมีมากมายทำให้เจ้าหน้าที่เข้ากลุ่มและหน่วยงานต้องทุ่มทุน พร้อมเกื้อหนุนให้กำลังใจ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ นุชบา สังข์ทอง (2550: 169) พบว่า การทำงานเป็นทีมและความมีอิสระในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพบริการของหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.79$  และ  $0.77$ ) ดังผลการวิจัยของ ยุพาพร มาพะเนาว์ (2552) ซึ่งพบว่า การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตากสินบุรี เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและ ให้บริการสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวในด้านผู้ให้บริการจึงเกิดแนวทางการปฏิบัติและกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นิยามความหมายของการมีส่วนร่วมของบุคลากร หมายถึง การที่บุคลากรภายในองค์กรมีส่วนร่วมในการสร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจของหน่วยงาน การร่วมเป็นคณะกรรมการหรือสมาชิกในทีมพัฒนาคุณภาพ คุณภาพบริการต้องเริ่มที่คนแต่ละคน ทำทันที ทำต่อเนื่องและทำเรื่องใกล้ตัว การร่วมกันหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข ความผิดพลาดจากการทำงาน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

### 3.2 การวัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5

ระดับ เป็นการถามความเห็นของ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในการให้ความสำคัญในประเด็นข้อคำถามมากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อย ให้ 2 คะแนน และเห็นความสำคัญน้อยมาก ให้ 1 คะแนน

## 4. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร

### 4.1 ความหมาย ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร

(Commitment) หมายถึง จุดรวมของการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งเร้าซึ่งเกี่ยวข้องกับแรงขับและความนึกคิดของบุคคล ถ้าบุคคลมีความต้องการหรือสนใจในสิ่งใด ก็จะมุ่งมั่นในสิ่งนั้น หรือเป็นความเต็มใจของบุคคลหนึ่งบุคคลใดที่จะสละเวลา พลังงาน รวมทั้งความเชื่อสัตย์ต่อการกระทำสิ่งต่างๆ ได้กล่าวถึงความมุ่งมั่น ไว้ว่า ผู้ที่มีความมุ่งมั่นในความสำเร็จของงาน เป็นผู้ที่มี



บุคลิกภาพที่ส่งผลต่อการทำงาน มีความต้องการอิสระจากบุคคลอื่น ซึ่งจะพบในบุคคลที่มีความขอดเยี่ยม 'ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จ โดยคำนึงถึงผลสำเร็จของงานเป็นพื้นฐานสำคัญ

นอกจากนี้จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ผู้ที่มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร ประกอบด้วยคุณลักษณะเฉพาะ 3 ด้าน คือ (1) เป็นผู้ที่มีความเชื่ออย่างแรงกล้า ยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร บุคคลที่มีความมุ่งมั่นต่อเป้าหมายขององค์กรสูง จะทำให้มีความมุ่งมั่นในการทำงาน พร้อมทั้งจะปฏิบัติงานทุกอย่างที่องค์กรได้มอบหมาย เพราะเห็นว่างานนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายได้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีความมุ่งมั่นต่อเป้าหมายและค่านิยมองค์กร จะมีความกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร (2) เป็นผู้ที่มีความเต็มใจทุ่มเทความพยายามอย่างเพื่อประโยชน์ขององค์กร เพื่อช่วยเหลือให้องค์กรประสบความสำเร็จ และมีความเต็มใจที่จะอุทิศตนเพื่อความผาสุกในการอยู่ร่วมกันของคนในองค์กร และ(3)เป็นผู้ที่มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะคงไว้ซึ่งสถานภาพการเป็นสมาชิกขององค์กร มีความภาคภูมิใจในการเป็นสมาชิกขององค์กร ไม่ปรารถนาที่จะออกไปทำงานกับองค์กรอื่น จากทั้ง 3 ลักษณะดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า ลักษณะของผู้ที่มีความมุ่งมั่นคือ เป็นผู้ที่มีความมุ่งมั่นต่อวัตถุประสงค์ และผลผลิตขององค์กรมีความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าขององค์กรและมองผู้นำเป็นเพียงเพื่อนร่วมไปสู่เป้าหมายขององค์กร (Mowday, Steers, and Porter, 1979: 224-247 ; Kelly, 1992: 27 – 36)

จากความหมายต่างๆ กล่าวโดยสรุปได้ว่าความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลที่มีความทุ่มเท เสียสละและความสามารถต่อการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้บรรลุสู่เป้าหมายในการกระทำกิจกรรมนั้น

#### 4.2 ลักษณะของผู้นำที่มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำ

องค์กร การบรรลุสู่เป้าหมายแห่งความสำเร็จในองค์กร การเป็นผู้นำและเป็นผู้ที่มีความมุ่งมั่น เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะผลักดันไปสู่เป้าหมาย ถ้าจะพิจารณาถึงความเป็นองค์กรผู้นำถือเป็นหัวใจสำคัญขององค์กรและผู้บังคับบัญชาทุกระดับถือเป็นผู้นำของหน่วยงานทั้งสิ้นหากองค์กรใดขาดผู้นำ หรือมีผู้นำที่ไม่เหมาะสมจะทำให้องค์กรไม่เจริญก้าวหน้าเท่าที่ควร (Besterfield et al., 1999) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้นำที่ขาดความมุ่งมั่นหรือสร้างความขัดแย้ง

ย่อมส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเลิกให้การสนับสนุนหรือไม่ให้ความร่วมมือ โดยอาจจะเปลี่ยนงานหรือวางแผนที่จะเปลี่ยนผู้นำได้ (Kelly, 1992 : 27-36) ดังนั้น ความมุ่งมั่นของผู้นำ จึงจัดเป็นกระบวนการหลักที่สำคัญ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จในงาน

เมื่อศึกษาถึงความหมายของความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร ได้มีผู้ให้นิยามไว้โดยสรุปได้ดังนี้ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร คือ การที่ผู้บริหารระดับสูงแสดงความเต็มใจ อุทิศตนและแสดงตนเป็นแบบอย่างในการทำงาน มีความจริงใจในเรื่องคุณภาพ มุ่งมั่นอย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพในการทำงาน (จิรุฒน์ ศรีรัตนบัลล์, 2543 ; วิรพจน์ ลือประสิทธิ์กุล, 2540 ; วิฑูรย์ สิมะ โชคดี, 2543)

ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร คือ การที่ผู้บริหารระดับสูงแสดงความเต็มใจ อุทิศตน และแสดงตนเป็นแบบอย่างในการทำงาน มีความจริงใจในเรื่องคุณภาพ มุ่งมั่นอย่างต่อเนื่องมีความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพในการทำงาน (จิรุฒน์ ศรีรัตนบัลล์, 2543; วิฑูรย์ สิมะ โชคดี, 2543) และแนวทางที่แสดงถึงความมุ่งมั่นของผู้นำควรประกอบด้วย 7 แนวทาง คือ (1) การส่งเสริมกระบวนการพัฒนาคุณภาพปรับปรุงคุณภาพการทำงาน (2) เป็นแบบอย่างในการทำงาน คุณภาพแก่นบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน (3) สื่อสารให้บุคลากรมีความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติงาน กิจกรรมคุณภาพในแนวทางเดียวกัน (4) สนับสนุนให้เกิดการสร้างความก้าวหน้าในงานคุณภาพขององค์กร (5) สนับสนุนเวลา ทรัพยากร และมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ (6) ติดตามปัญหา อุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ และ (7) โน้มน้ำใจให้บุคลากรเกิดความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านคุณภาพ (สมหญิง ทุมลพัทธ์, 2545)

ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร การพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำการพัฒนาคุณภาพในองค์กร ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริหารของผู้นำองค์กรเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ทำให้เป้าหมายขององค์กร ไปสู่ผู้ปฏิบัติ โดยปราศจากการใช้อำนาจควบคุม ผู้นำเป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจให้เกิดการสร้างเป้าหมายร่วมกัน เป็นผู้แสดงให้เห็นถึงค่านิยมขององค์กร สื่อสารและดำรงรักษาค่านิยมขององค์กร รวมถึงการเป็นตัวอย่างที่ดีในการแสดงถึงค่านิยมขององค์กรนั้นด้วย อาจกล่าวอีกนัยหนึ่งถึงความสำคัญของภาวะผู้นำต่อองค์กร คือ ภาวะผู้นำเป็นสิ่งที่ผลักดันที่จำเป็นต่อความสำเร็จขององค์กร ภาวะผู้นำจะช่วยให้องค์กรพัฒนาวิสัยทัศน์ที่บุคลากรสามารถปฏิบัติได้และจำเป็นในการกระตุ้นผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางวิสัยทัศน์นั้น ในสถานการณ์ปัจจุบันองค์กร

ต้องการผู้นำที่มีความมุ่งมั่นจริงจัง พัฒนาผู้ตามให้มีลักษณะของการมีภาวะผู้นำ และอาจสรุปได้ว่าผู้นำถือเป็นตัวขับเคลื่อนระบบคุณภาพขององค์กร ดังนั้น ผู้นำจะต้องสร้างจิตใจแห่งความมุ่งมั่นในคุณภาพ และแสดงออกให้ทุกคนเห็นถึงความมุ่งมั่นต่อคุณภาพนั้นด้วย

นอกจากนี้แนวคิดของ Besterfield และคณะ (1999) ยังกล่าวถึงภาวะผู้นำในลักษณะของผู้นำคุณภาพ ที่จะนำองค์กรประสบผลสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ ควรจะประกอบด้วย ผู้นำที่ให้ความสำคัญต่อความต้องการของผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกให้อำนาจในการตัดสินใจ แก่ผู้ใต้บังคับบัญชามากกว่าการควบคุม เน้นกระบวนการปรับปรุงให้ดีขึ้นมากกว่าการรักษาสภาพให้คงอยู่ หรือเน้นที่การป้องกันมากกว่าการแก้ไขภายหลังเกิดข้อบกพร่องให้การสนับสนุนการประสานงานมากกว่าการเน้นที่การแข่งขันระหว่างหน่วยงาน ให้การฝึกฝนและให้การแนะนำแก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ มีความสนใจในการเรียนรู้ถึงปัญหา และทำให้ปัญหากลายเป็นโอกาสในการพัฒนา พยายามปรับปรุงวิธีการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสื่อสารแบบสองทาง นอกจากนี้การแสดงถึงความมุ่งมั่นในคุณภาพถือเป็นคุณลักษณะที่สำคัญ รวมไปถึงการเลือกผู้ส่งมอบภายนอกบนพื้นฐานคุณภาพ และการสนับสนุนที่ตลอดจนการยอมรับและให้ความสำคัญแก่บุคลากรทุกคน และKouzes และ Posner (1998 ; อ้างถึงใน รุ่งนภา ยางเอน, 2542) ได้เสนอว่าผู้นำคุณภาพที่จะนำองค์กรประสบความสำเร็จในการบริหารคุณภาพ ควรปฏิบัติหรือมีบทบาทต่างๆ 5 ประการ คือ เป็นผู้ริเริ่มกระบวนการใหม่ๆ ค้นหาโอกาสในการเปลี่ยนแปลงสภาพปัจจุบันขององค์กร เป็นผู้กระตุ้นจูงใจบุคลากรให้สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน ผู้นำจะใช้ทักษะในการสื่อสารให้ทุกคนมุ่งมั่นต่อจุดหมายร่วมกัน เป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานจนประสบความสำเร็จ แสดงตนเป็นแบบอย่างด้านค่านิยมและความเชื่อขององค์กรและใช้รูปแบบการจูงใจ

การปรับปรุงคุณภาพบริการ เป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้นำที่จะริเริ่มนำแนวคิด การพัฒนาคุณภาพบริการไปใช้ ผู้นำมีอิทธิพลอย่างมากในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร การวางวิสัยทัศน์ และการกำหนดทิศทางของกระบวนการพัฒนาคุณภาพการสร้างความสำเร็จเปลี่ยนแปลงใดๆ ในองค์กร จะมีโอกาสสำเร็จมากกว่าหากผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูงเข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรงหรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าการพัฒนาคุณภาพบริหารจะสำเร็จได้สูงสุด ถ้าผู้บริหารมีความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับที่สถานบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ (2549) และอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และจิรัฐมภ์ ศรีบัลลังค์ (2543) ได้กล่าวไว้ว่า องค์กรที่ผู้นำมีลักษณะความมุ่งมั่นสูง สามารถส่งผลให้องค์กร ไปสู่การพัฒนาที่มีคุณภาพ



เพิ่มขึ้นได้ นอกจากนี้ความมุ่งมั่นของผู้นำดังกล่าว ยังส่งผลผ่านกรมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของบุคลากร การยึดหลักความพึงพอใจของผู้รับบริการ กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องและการวัดผลการปฏิบัติงานทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดการคุณภาพ เพื่อนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพบริการ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความสำเร็จขององค์กรที่ได้มา ซึ่งคุณภาพบริการขึ้นอยู่กับลักษณะความมุ่งมั่นของผู้นำเป็นสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษานันสกี มุลตะกอน (2551: 65) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ได้แก่ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพของผู้นำ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของจิราวรรณ ช้างทอง (2554: 82) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีต่อคุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี พบว่า ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยนอกด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยเฉพาะความกระตือรือร้น แสดงความพร้อมที่จะให้บริการของเจ้าหน้าที่งานบริการของคลินิกให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมให้มีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาให้เพียงพอต่องานบริการ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นผู้วิจัยจึงคาดว่าความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นิยามความหมายของ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร หมายถึง การที่ผู้นำองค์กรประกาศและชี้แจงนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการ การถ่ายทอดและย้ำให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการทุกครั้งที่มีการประชุม การสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ การกระตือรือร้นในการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการต่างๆ มาปฏิบัติและจัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการ

4.4 การวัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับเป็นการถามความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในการให้ความสำคัญในประเด็นข้อคำถามมากที่สุดให้ 5 คะแนนมากให้ 4 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน น้อย ให้ 2 คะแนน และเห็นความสำคัญน้อยมาก ให้ 1 คะแนน

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้สรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน ได้ดังนี้

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์ตัวแปรที่ได้จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปร	การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
1. คุณภาพการบริการ	Kotler, 2000: 428 ; ; นวลฉวี รัตตสุข, 2543 : 43 ; Seth et al, 2005: 913-949; Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., and Berry, L.L., 1988: 12-40; Gronroos, 1984: 36-44; Parasuraman et al, 1985: 41-50; (Pizam, A., 2005; Lim, P.C. and Tang, N.K.H., 2000: 290-299; หัตยา แก้วกิม, 2555; Zeithaml, V.A. Parasuraman, A. and Berry, L.L., 1990; สำนักวิทยบริหาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2552: 27; กนกพร ลีลาเทพินทร์, 2554; วันเพ็ญ สีวรัมย์, 2554 ; วีระวัฒน์ ปันนิตามัย, 2544: 229-299 ; นฤมล พงกษศิริ, 2546 : 13 -14 ; Youssef, F.N., Nel, D.,
2. วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ	จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ, 2543; Crosby, 1984; Ishikawa, 1985; Besterfield et al., 1999; Brady and Cronin Jr., 2001; สุวรรณดี แสงมหาชัย, 2544; วิฑูรย์ วิมะโชค, 2543; บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์ (2543); Goettech and Davis (2000); เพชรราชย์ วีระเคชะ (2550); อภิสมัย ไสโยธา (2553) ; สมหญิง สมุลพัคค์ (2545)
3. การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร	อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2545); เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2546); Gorge (1996) ; (Oakland, 1987); สุลัดดา พงษ์รัตนามาน, 2542) ; อัมพร ปิงชัย (2550); เกศสุดา เหมทานนท์ (2552); ชนมณพชนก เจริญสวัสดิ์ (2552); อัจฉราวดี บุญยสิริวงษ์ (2552); มिरันตี นรสาร (2554) ; สุวรรณมา เพิ่มพูน (2552)
4. การมีส่วนร่วมของบุคลากร	(Mcgregor, 1960; Scholles, 1988); Bester field และคณะ (1999); Arikian (1991) ; Kath และ Green (1997); Maslow (1954) ; Herzberg, Mausner และ Synderman (1993); (Ishikawa, 1985 ; ยุพิน อังสุโรจน์, 2541); คงขวัญ บุญยรักษ์ (2551); ยุพาพร มาพะเนา (2552)
5. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำ	ธดาวัลย์ ปฐมชัยคุปต์ (2545) ; (Mowday, Steers, and Porter, 1979; Kelley, 1988) ; (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534, 2537; สุลัดดา พงษ์รัตนามาน, 2542 ; Besterfiled et al., 1999) ; (Kelley, 1988) ; (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543 ; วีรพจน์ ลือประสิทธิ์กุล, 2540 ; วิฑูรย์ สิมะโชค, 2544) (สมหญิง สมุลพัคค์, 2545) ; Besterfiled และคณะ (1999) ; Kouzes และ Posner (1998) ; อ้างถึงใน รุ่งนภา ยางเอน, 2542) ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ (2543); อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) ; นันตีกี มูลตะกอน (2551) ; จิราวรรณ ช้างทอง (2554) ;

ตัวแปร	การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
	(บุญใจ ศรีสถิตชัยรา ฤร, 2545)

### การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Approach)

วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานเกิดขึ้นจากการนำเอาแนวคิดวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพมารวมกันศึกษาหาคำตอบเกี่ยวกับปรากฏการณ์หรือตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ทางการศึกษานั้นๆ โดยหวังจะได้รับคำตอบที่เป็นความรู้ของปรากฏการณ์หรือตัวแปรดังกล่าวทั้งภาพกว้างและภาพลึกหรือได้รับความรู้หลากหลายแง่มุมขึ้น ทั้งนี้การวิจัยเชิงผสมผสานทางการศึกษาสามารถที่จะเลือกใช้แบบแผนการวิจัย 4 แบบแผนหลักได้แก่ (1) แบบแผนสามเส้า (2) แบบแผนรองรับภายใน (3) แบบแผนเชิงอธิบาย และ(4) แบบแผนเชิงสำรวจบุกเบิกซึ่งในแต่ละแบบแผนก็ยังแบ่งเป็นแบบแผนย่อยๆ หลากหลายแบบอีกด้วยแบบแผนการวิจัยเชิงผสมผสานแต่ละแบบมีความเหมาะสมกับปัญหาและวัตถุประสงค์การวิจัยทางการศึกษาที่แตกต่างกันออกไปการเลือกใช้แบบแผนการวิจัยใดๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงการตอบปัญหาและวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นหลัก (รัตนะ บัวสนธิ, 2554 : 35)

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมาในประเทศสหรัฐอเมริกาวิธีการวิจัยเชิงผสมผสานได้ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการค้นหาความรู้ความจริงในวงวิชาการสาขาต่างๆ กันอย่างแพร่หลายจนกระทั่งอาจจะกล่าวได้ว่าในทุกวันนี้หากอ่านรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์จะพบว่าต่างก็ใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานเกือบจะแทบทั้งสิ้น แม้แต่วงวิชาการทางการศึกษาก็ใช้วิธีการเชิงผสมผสานศึกษาหาความรู้อยู่เป็นจำนวนมาก สำหรับในประเทศไทยนั้นวิธีการวิจัยเชิงผสมผสานดูเสมือนจะเป็นที่รู้จักนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในระยะเวลาไม่นานจะเกินกว่า 5 ปีที่ผ่านมาดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. ความหมายและลักษณะ วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า

“Mixed Methods Research” มิใช่ตรงกับคำว่า “Mixed Methodology Research” ซึ่งในภาษาไทยจะตรงกับคำว่า “วิธีวิทยาการวิจัยเชิงผสมผสาน” เพราะทั้งสองคำนี้มีรากฐานที่มาแห่งความหมายและลักษณะต่างกันกล่าวคือวิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน หมายถึง การใช้เทคนิควิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มารวมกันศึกษาหาคำตอบของงานวิจัยในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือในระหว่างขั้นตอนภายในเรื่องเดียวกันหรือใช้เทคนิควิธีการเชิงผสมในเรื่องเดียวกันแต่ดำเนินการวิจัยต่อเนื่องแยกจากกันแล้วนำผลการวิจัยมา

สรุปร่วมกันทั้งนี้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานเกิดขึ้นได้บนพื้นฐานของกลุ่มสำนักคิด ปฏิบัตินิยม และสถานการณ์นิยม ซึ่งสนับสนุนว่าการใช้เทคนิควิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสามารถที่จะนำมาร่วมกันศึกษาหาคำตอบในปัญหาวิจัยเดียวกันได้ในขณะที่วิธีวิทยาการวิจัยเชิงผสมผสานนั้นหมายถึงการผสมผสานกันในระดับปรัชญาหรือพื้นฐานของความเชื่อเกี่ยวกับความจริงและวิธีการค้นหาความจริง โดยที่ปรัชญาแรกคือ ปฏิฐานนิยม (Positivism) ที่เชื่อว่าความจริงมีลักษณะเป็นวัตถุวิสัย (Objective) สามารถจำแนกแจนนับเป็นตัวเลขได้ชัดเจน แต่ปรัชญาที่สองคือ ปรัชญาการณนิยมที่เชื่อว่าความจริงมีลักษณะเป็นอัตวิสัย (Subjective) มีความหมายแปรเปลี่ยนไปตามบริบทไม่ควรจะจำแนกแจนนับเป็นตัวเลขเพราะจะทำให้หมดความหมายหรือลดความหมายของความจริงนั้นไปทั้งนี้กลุ่มสำนักคิดบริสุทธิ์นิยม (Purist) มีความเห็นว่าไม่สามารถที่จะนำมาหลอมรวมสำหรับการค้นหาความรู้ความจริงร่วมกันได้เพราะเหตุว่ามองและเชื่อเกี่ยวกับความจริงต่างกัน โดยสิ้นเชิง (รัตนะ บัวสนธ์, 2554: 22-29)

ดังนั้นการผสมผสานกันสำหรับดำเนินงานวิจัยจึงเป็นแต่เพียงการผสมผสานในทางเทคนิควิธีการที่ใช้สำหรับการกำหนดปัญหาวิจัยการตั้งวัตถุประสงค์วิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปตีความผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันเท่านั้น ยกตัวอย่างเช่น การผสมผสานเทคนิควิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล อาจใช้แบบสอบถามแบบสำรวจรายการแบบทดสอบร่วมกันกับการสังเกต การสัมภาษณ์ระดับลึก และการสนทนากลุ่มเป็นต้นหรือการผสมผสานในขั้นการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ใช้ทั้งสถิติอ้างอิงและการวิเคราะห์สรุปอุปนัยก็ได้

2. แบบแผนการวิจัยและตัวอย่าง แบบแผนการวิจัย (Research designs) เชิงผสมผสานมีอยู่หลายวิธี แล้วนักวิชาการแต่ละท่าน จะใช้แนวคิดอะไรเป็นหลัก สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งแบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานวิธีออกเป็น 4 แบบแผนหลัก โดยที่แต่ละแบบแผนก็ยังประกอบไปด้วยแบบแผนย่อยๆ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันออกไปดังนี้ (อโนทัย งามวิชัยจิต, 2558: 4-14 ; อิศระ ทองสามสี และอาคม ใจแก้ว, 2555 : 116-122 ; นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2555: 130-149 ; ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ, 2558: 10-14)

2.1 แบบแผนแบบสามเส้า (Triangulation Design) เป็นแบบแผนการวิจัยเชิงผสมผสานเพื่อศึกษาหาคำตอบให้กับปัญหาวิจัยเรื่องเดียวกัน โดยแยกกันดำเนินงานและให้นำหนักความสำคัญของวิธีการวิจัยทั้งสองอย่างมาเทียบกัน ใช้ช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัยในระยะเดียวและดำเนินการวิจัยไปพร้อมๆ กันปัญหาหรือคำถามการวิจัยมักจะมีลักษณะเอื้อให้ใช้เทคนิควิธีการทั้งเชิงปริมาณ

และเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นเดียวกันเพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับมาเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างแล้วสรุปตีความตอบปัญหาการวิจัยร่วมกันในลักษณะส่งเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน

แบบแผนการวิจัยเชิงผสมผสานแบบสามเส้ายังแบ่งเป็น 3 แบบแผน ได้แก่

1) แบบการแปลงข้อมูลเชิงคุณภาพสู่ข้อมูลเชิงปริมาณ 2) แบบการตรวจสอบความตรงของข้อมูลเชิงปริมาณและ 3) แบบพหุระดับทั้ง 3 แบบแผนมีลักษณะของการผสมผสานต่างกันแต่ก็ยังคงมีลักษณะร่วมเหมือนกันคือเป็นแบบแผนที่ให้น้ำหนักความสำคัญของเทคนิควิธีการทั้งสองเท่าเทียมกันดำเนินการวิจัยไปพร้อมๆกันศึกษาหาคำตอบในประเด็นที่ต่างกันแต่อยู่ภายใต้ปัญหาวิจัยเดียวกันและนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาสรุปตีความร่วมกันในลักษณะส่งเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน

2.2 แบบแผนแบบรองรับภายใน (Embedded Design) เป็นแบบแผนการวิจัย

เชิงผสมผสานที่มีลักษณะทั้งเป็นการศึกษาระยะเดียวและสองระยะต่อเนื่องกันแบบแผนการวิจัยแบบนี้จะมีการจัดให้วิธีการวิจัยแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีการหลักและอีกวิธีการวิจัยหนึ่งเป็นวิธีการรองนั่นคือให้น้ำหนักความสำคัญไม่เท่าเทียมกันและศึกษาหาคำตอบในปัญหาวิจัยเดียวกันแต่ประเด็นที่ศึกษาไม่ใช่ประเด็นเดียวกันนั่นคือประเด็นต่างกัน ใช้วิธีการต่างกัน แบบแผนการวิจัยแบบรองรับภายในจะแตกต่างจากแบบแผนสามเส้าตรงที่การให้น้ำหนักความสำคัญของวิธีการและประเด็นที่ใช้ศึกษาหนึ่งการจะใช้วิธีการวิจัยแบบใดเป็นวิธีการหลักหรือวิธีการรองนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นสำคัญแบบแผนการวิจัยเชิงผสมผสานแบบรองรับภายใน

แบบแผนการวิจัยเชิงผสมผสานแบบรองรับภายในยังแบ่งเป็น 4 แบบแผน

ย่อยได้แก่ 1) แบบแผนรองรับภายในรูปแบบการทดลองระยะเดียววิธีการเชิงปริมาณเป็นหลัก 2) แบบแผนรองรับภายในรูปแบบการทดลองสองระยะวิธีการเชิงคุณภาพเป็นหลัก 3) แบบแผนรองรับภายในรูปแบบการทดลองสองระยะวิธีการเชิงปริมาณเป็นหลักและ 4) แบบแผนรองรับภายในรูปแบบสหสัมพันธ์ทั้ง 4 แบบแผนย่อยก็มีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ศึกษาหาคำตอบให้กับปัญหาและวัตถุประสงค์การวิจัยตลอดจนมีขั้นตอนการทำงานที่แตกต่างกัน

2.3 แบบแผนเชิงอธิบาย (Explanatory Design) เป็นแบบแผนการวิจัยเชิง

ผสมผสานที่มีลักษณะการดำเนินงานวิจัยสองระยะ โดยเริ่มต้นการวิจัยด้วยวิธีการเชิงปริมาณก่อนเสมอแล้วใช้ผลการวิจัยที่ได้เพื่อพิจารณาคัดเลือกประเด็นปัญหาและผู้ใช้ข้อมูลสำหรับดำเนินงานวิจัยด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพต่อไป



2.4 แบบแผนเชิงสำรวจบุกเบิก (Exploratory Design) เป็นแบบแผนการวิจัยเชิงผสมผสานที่มีลักษณะการดำเนินงานวิจัยเป็นสองระยะเช่นเดียวกันแต่แบบแผนการวิจัยแบบนี้จะเริ่มต้นด้วยการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนเสมอ นอกจากนั้นยังให้น้ำหนักความสำคัญของวิธีการวิจัยทั้งสองวิธีไม่เท่าเทียมกันอีกด้วยแบบแผนการวิจัยเชิงผสมผสานแบบนี้นิยมใช้สำหรับการค้นหาตัวแปรใหม่ๆหรือเพื่อสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรตลอดจนใช้สำหรับพัฒนาสารบบแนวคิดทฤษฎีใหม่ๆ

การค้นหาคำความรู้ความจริงในปรากฏการณ์ทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีลักษณะซับซ้อนจำเป็นต้องใช้วิธีการวิจัยที่เหมาะสมกับปัญหาหรือคำถามการวิจัยที่ต้องการศึกษาหาคำตอบวิธีการวิจัยเชิงผสมผสานจะช่วยให้ได้คำตอบการวิจัยที่รอบด้านลุ่มลึกหลายแง่มุมแต่อย่างไรก็ดีการจะใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานนั้น ก็ยังมีแบบแผนการวิจัยให้เลือกใช้หรือออกแบบการวิจัยอย่างหลากหลายซึ่งแต่ละแบบแผนก็เหมาะสมกับลักษณะปัญหาการวิจัยที่แตกต่างกัน ดังนั้นการดำเนินงานวิจัยเชิงผสมผสานจึงจำเป็นต้องศึกษาเงื่อนไขที่เป็นข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละแบบแผนประกอบด้วย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตามแบบแผนอธิบายติดตาม

(Explanatory Design : Follow-up Explanation Design) เป็นแบบแผนการวิจัยเชิงผสมผสานที่มีลักษณะการดำเนินงานวิจัยเป็นสองขั้นตอน เช่นเดียวกันแต่แบบแผนการวิจัยแบบนี้จะเริ่มต้นด้วยการใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณก่อน

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

## แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ

1. ความหมาย แนวคิด และหลักการของรูปแบบ คำว่า “รูปแบบ” “แบบจำลอง” หรือ “Model” เป็นคำที่ใช้เพื่อสื่อความหมายหลายอย่าง โดยทั่วไปแล้วรูปแบบหมายถึง วิธีการดำเนินงานที่เป็นต้นแบบอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น แบบจำลองสิ่งต่างๆ หรือรูปแบบในการพัฒนาสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้แตกต่างกันออกไป เช่น กู๊ด (Good, 1973 : 162) ได้รวบรวมความหมายของรูปแบบไว้ 4 ความหมาย คือ ความหมายแรกกล่าวว่ารูปแบบเป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ 2) เป็นตัวอย่างเพื่อการเลียนแบบเช่นตัวอย่างในการออกเสียงภาษาต่างประเทศเพื่อให้ผู้เรียน ได้เลียนแบบ เป็นต้น 3) เป็นแผนภูมิหรือรูปตามมิติซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือหลักการหรือแนวคิดและความหมายสุดท้ายกล่าวว่ารูปแบบเป็นชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันและกัน

ซึ่งรวมกันเป็นตัวประกอบและสัญลักษณ์ทางสังคม อาจจะเขียนออกมาเป็นสูตรทางคณิตศาสตร์หรือบรรยายเป็นภาษาก็ได้

จากความหมายของรูปแบบทั้งหมดที่ Good รวบรวมเอาไว้ในนั้นพอจะสรุปได้ว่ารูปแบบมีสองลักษณะคือ รูปแบบที่เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรม และรูปแบบที่เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นนามธรรม

ส่วนโทซี และแคร์รอล (Tosi and Carroll, 1982: 163) กล่าวว่าไว้ว่า รูปแบบเป็นแบบอย่างง่าย ๆ ไปจนถึงรูปแบบที่มีความสลับซับซ้อนมากๆ และมีทั้งรูปแบบเชิงกายภาพ (Physical Model) ที่เป็นแบบจำลองของวัตถุและรูปแบบเชิงคุณลักษณะ (Qualitation Model) ที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ด้วยภาษาหรือสัญลักษณ์ ส่วนเฮร์เซอร์ (Hauser, 1980: 55) ได้กล่าวถึงรูปแบบว่าเป็นการนำทฤษฎี แนวทางและกรอบแนวคิดมาพัฒนาเพื่อให้สามารถแปลความหมายของปรากฏการณ์ต่างๆ ได้ สโตนเนอร์ และ แวนเคอร์ (Stoner and Wankel, 1986: 12) ให้ทัศนะว่า รูปแบบเป็นการจำลองของจริงของปรากฏการณ์ เพื่อให้เราได้เข้าใจความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของปรากฏการณ์นั้นๆ ได้ง่ายขึ้น และโรบบิน (Robbins, 1997: 174) ได้ให้นิยามว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่เป็นนามธรรมซึ่งทำให้เข้าใจปรากฏการณ์หรือความจริงได้ง่ายขึ้น ซึ่งรูปแบบต่างๆ ไป จะต้องมีส่วนประกอบที่สำคัญอย่างน้อย 3 ประการ คือ วัตถุประสงค์ ตัวแปรและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

นอกจากนั้น คิริชัย กาญจนวาที (2537: 66) นิยามรูปแบบว่า หมายถึง วิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจและจินตนาการที่มีต่อสิ่งใดๆ ให้ปรากฏ โดยการสื่อสารที่เข้าใจได้ง่าย เช่น ภาพวาด ภาพเหมือน แผนภูมิหรือสมการทางคณิตศาสตร์ โดยสามารถนำเสนอประเด็นต่างๆ ได้อย่างกระชับภายใต้หลักการอย่างมีระบบ

จากนิยามข้างต้นของรูปแบบ (Model) ที่นักวิชาการหลายๆ ท่านได้กล่าวไว้แล้วนั้นสรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง กรอบแนวคิดที่อธิบายแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เป็นชุดของตัวแปรหรือองค์ประกอบที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์กัน ซึ่งอาจเป็นแนวคิดที่เป็นรูปธรรมหรือนามธรรมก็ได้

2. ประเภทของรูปแบบ Willer (1986 : 40) ได้กล่าวถึงประเภทของรูปแบบว่ามีแนวทางในการจำแนกประเภทของรูปแบบที่แตกต่างกันไป แล้วแต่ว่าเป็นคณิตศาสตร์ด้านใด สำหรับด้านการศึกษาและสังคมศาสตร์ ได้แบ่งประเภทรูปแบบไว้ 4 ประการคือ

2.1 รูปแบบที่ใช้อุปมาอุปมัยเทียบเคียง (Analogue Model) เป็นรูปแบบที่ใช้อุปมาอุปมัยเทียบเคียงปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เป็น



นามธรรม เช่น รูปแบบในการทำนายจำนวนนักเรียนที่จะเข้าสู่ระบบโรงเรียน ซึ่งอนุมานแนวคิดมาจากการเปิดน้ำเข้าและปล่อยน้ำออกจากถัง นักเรียนที่จะเข้าสู่ระบบเปรียบได้กับน้ำไหลเข้าถัง นักเรียนที่ออกจากระบบเปรียบได้กับน้ำที่เปิดออกจากถัง ดังนั้น นักเรียนที่คงอยู่ในระบบจึงเท่ากับนักเรียนที่อยู่ในระบบลบด้วยนักเรียนที่ออกจากระบบ เป็นต้น

2.2 รูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อ (Semantic Model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิหรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิดองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้นๆ

2.3 รูปแบบสมการทางคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) เป็นรูปแบบที่ใช้สมการทางคณิตศาสตร์ เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ รูปแบบประเภทนี้นิยมใช้กันทั้งในสาขาจิตวิทยาและศึกษาศาสตร์รวมทั้งการบริหารการศึกษาด้วย

2.4 รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal Model) เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากเทคนิคที่เรียกว่า Path Analysis และหลักการสร้าง Standard Deprivation Model ซึ่งเป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นระหว่างตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตได้

3. แนวทางพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ เป็นสิ่งที่นักวิจัยให้ความสนใจเสมอมา โดยเฉพาะการศึกษา รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรทางสังคมศาสตร์ ซึ่งค่อนข้างมีความซับซ้อน เนื่องจากมีตัวแปรแทรกซ้อนอยู่เป็นจำนวนมาก ดังนั้น นักวิจัยจึงต้องมีกรอบแนวคิดทางทฤษฎีของความเป็นสาเหตุ และใช้เทคนิคการวิเคราะห์ที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้สามารถทดสอบความเป็นสาเหตุระหว่างตัวแปรทางสมมติฐาน ได้กล่าว คือ การแสวงหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรในการวิจัยใดๆ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องนับว่าเป็นแหล่งคิดหรือแหล่งความรู้ที่สำคัญ การเสนอคำอธิบายเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรรวมทั้งลำดับขั้นของการเกิดและลักษณะความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร ทฤษฎีจึงมีบทบาทสำคัญที่เป็นพื้นฐานในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร เพื่อสร้างรูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal model) ที่แสดงถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นวิธีการอย่างหนึ่ง การหาหลักฐานเพื่อตอบคำถามว่ารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณหรือไม่ เพียงใด หากพบว่ารูปแบบมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ก็เป็นหลักฐานที่สนับสนุนความเป็นไปได้ของรูปแบบเชิงสาเหตุ โดยวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติที่ช่วยยืนยันหรือปฏิเสธรูปแบบเชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้น

ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (Linear Structural Relationship Model: LISREL) (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2548: 117-118)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าการพัฒนารูปแบบเป็น Causal Model เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากเทคนิค Path Analysis และหลักการสร้าง Standard Deprivation Model ซึ่งเป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นระหว่างตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตได้หรือเป็นการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรทางสังคมศาสตร์ ซึ่งมีความซับซ้อน เนื่องจากมีตัวแปรแทรกซ้อนอยู่เป็นจำนวนมาก

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทวีวัฒน์ ชัยมงคล (2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยสภาพแวดล้อมและระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลนครพิงค์ ซึ่งพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (รายได้ สถานภาพในการทำงาน ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม) และปัจจัยสภาพแวดล้อม (สภาพแวดล้อมทางด้านอาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการบริหารงานสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน) ร่วมกันอธิบายความแปรผันในระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โดยรวมได้ร้อยละ 98.4 ( $p < .01$ ) สำหรับระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้านการตัดสินใจด้านการปฏิบัติการด้านผลประโยชน์และด้านประเมินผลพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมร่วมกันอธิบายความแปรผันในระดับการมีส่วนร่วมดังกล่าวได้ร้อยละ 62.1, 80.9, 70.0 และ 72.4 ( $p < .05$ ) ตามลำดับ ตัวแบบของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โดยรวมประกอบด้วยตัวแปรพยากรณ์เมื่อเรียงลำดับตามขนาดของสัมประสิทธิ์การถดถอยเชิงส่วนมาตรฐานซึ่งแสดงถึงอิทธิพลของตัวแปรเหล่านี้ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับการมีส่วนร่วม คือ รายได้สภาพแวดล้อมทางด้านอาคารและสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการบริหารงานสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนร่วมงานสถานภาพในการทำงานและระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม บุคลากรมีระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมและรายด้านอันได้แก่ด้านการตัดสินใจด้านการปฏิบัติงานด้านผลประโยชน์และด้านการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง และบุคลากรส่วนใหญ่รายงานว่าไม่มีปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพมีบุคลากรเพียงร้อยละ 18.5 ที่มีปัญหาได้แก่ปัญหาการไม่มีเวลาในการเข้า

ร่วมกิจกรรมขาดความรู้ความเข้าใจตลอดจนไม่ตระหนักถึงความสำคัญในกิจกรรมการพัฒนา และรับรองคุณภาพ

ราตรี ฉิมฉลอง (2551) ได้พัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ผ่านรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ผลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ผ่านการรับรองคุณภาพเป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สรุปการพัฒนาคุณภาพระยะนี้อธิบายได้ 2 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลก่อนนำแนวคิด HA มาใช้ 2) การนำแนวคิด HA ลงสู่การปฏิบัติ เริ่มต้นจาก ปรับความเข้าใจให้ตรงกันในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล บอกความจำเป็นของการพัฒนาคุณภาพ และประกาศนโยบายที่ชัดเจนว่าจะเข้ารับการรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA และนำมาตรฐาน HA มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทั่วทั้งองค์กร ระยะที่ 2 การดำเนินงานการเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ สรุปการพัฒนาในระยะนี้ดำเนินการต่อเนื่องจากระยะที่ 1 โดยมีวิธีการดำเนินการได้แก่ ปรับวิธีคิด ปรับทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพ ทำความเข้าใจให้ถ่องแท้ การจัดตั้งทีมงานในการพัฒนา วางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา สื่อสารอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ประเมินตนเองหาโอกาสพัฒนาตลอดเวลา ทำนาร่อง จัดเยี่ยมสำรวจภายในกระตุนการพัฒนา มีเวทีให้พบปะพูดคุย ประเมินผลและติดตามผลการพัฒนา และใช้กลยุทธ์กระตุนให้เกิดการพัฒนา ในทุกขั้นตอนของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ระยะที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสู่การเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่ผ่านการรับรองคุณภาพ สรุปการพัฒนาในระยะนี้ว่าการพัฒนาคุณภาพคงอยู่ และเกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย (1) ทำด้วยใจ (2) ทำอย่างต่อเนื่อง (3) ทำด้วยความสุข (4) ทำแล้วขยายผล (5) ทำอย่างผสมผสาน และ (6) ทำโดยใช้เครื่องมือกระตุน ได้แก่ ชุมมนุมนักปฏิบัติ (Community of Practice) และการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย Routine to Research (R2R) ปัจจัยทำให้ประสบความสำเร็จได้แก่ ผู้นำองค์กร การมีส่วนร่วมของบุคลากร การทำงานเป็นทีม การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพให้เกิดขึ้นในองค์กร การปรับปรุง เรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา ความพร้อมด้านปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนา แกนนำทำงานคุณภาพที่มุ่งมั่น การใช้แผนกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การให้ความสำคัญกับความสำคัญของคนทำงานในการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมองค์กร การได้รับพลังอำนาจ แรงจูงใจในการทำงาน และการให้ความสำคัญกับคุณค่าของคน

เพชริย์ เรือนก้อน (2551) ได้ประเมินคุณภาพบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพบว่า โครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความแตกต่างกันเฉพาะในด้านผู้ให้บริการ ความแตกต่างในภาพรวม แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ (1) ผู้บริการประจำเป็นแพทย์และทีมพยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (2) ผู้บริการประจำเป็นแพทย์หมุนเวียนและทีมพยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (3) ผู้บริการประจำเป็นทีมพยาบาลวิชาชีพและทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ (4) ผู้บริการประจำเป็นทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินงานไม่แตกต่างกัน ได้รับการจัดสรรเป็นงบคงที่ไม่ได้รับการจัดสรรเป็นรายหัวประชากร โดยเฉลี่ยประมาณ 400,000 บาท ส่วนใหญ่ใช้ในด้านการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและการดำเนินงานอุปกรณ์เครื่องมือ/เครื่องใช้เวชภัณฑ์ครบถ้วน ไม่แตกต่างกันและมีระบบการจัดการเหมือนกันหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่ 3 และ 4 ที่ได้รับการจ่ายผลตอบแทนและสวัสดิการอื่นๆ และช่วยย้่ากำลังใจน้อยกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่ 1 และ 2 จำนวนผู้ให้บริการมีแตกต่างกัน หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่ 1 จะมีแพทย์พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 7 คน หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่ 2 จะมีแพทย์หมุนเวียนไปให้บริการทีมพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 6-7 คน หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่ 3 จะมีพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 คน หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่ 4 จะมีทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 3 คน หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่ 1 สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง) ได้ดีกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทอื่นๆ โดยเฉพาะการวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินความรุนแรง การประเมินความเสี่ยง และการรักษาตามความเสี่ยงสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน (โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน) ของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละประเภทไม่แตกต่างกันด้านการตอบสนองต่อความคาดหวังประชาชนมีความคาดหวังในบริการปฐมภูมิมากที่สุดประชาชนในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่ 2 และ 3 ได้รับบริการมากกว่าหน่วยบริการประเภทที่ 1 และ 4 และประชาชนต้องการบุคลากรที่สามารถทำงานกับชุมชนได้

สิริรัตน์ เหลืองโสমনภา (2552: 46-58) ได้ศึกษาความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดตราดที่ผ่านการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ขั้นที่ 2 ซึ่งพบว่า ระดับความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดตราด ที่ผ่านการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ขั้นที่ 2 ที่สอดคล้องเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลและวัฒนธรรมองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอายุต่างกัน

ประสบการณ์การทำงานต่างกัน มีความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลต่างกัน ทศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพต่างกันและวัฒนธรรมองค์กรต่างก็มีความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแตกต่างกัน ( $p < .05$ )

ยงยุทธ เอี่ยมฤทธิ์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชนของบุคลากร จังหวัดลพบุรี ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพอยู่ในระดับมากอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ( $p < 0.05$ ) สำหรับปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรและปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ( $p < 0.05$ ) ปัจจัยอายุราชการ มิตินุ่งความสำเร็จและมิตินำพ้องด้วยสามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ได้ร้อยละ 21.6

ธนภณ พรหมยม (2552) ได้ศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพการบริการทางกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอ่างทอง ซึ่งพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการทางกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอ่างทองในระดับมากทุกด้านเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย คือ ด้านการรักษาฟื้นฟูด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ ด้านอาคารสถานที่ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านเวลาการให้บริการและด้านการนัดหมายผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปอาชีพพนักงานบริษัทเอกชนสถานภาพสมรสแล้วมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นสามีภรรยาสำหรับญาติผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันมีระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการทางกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอ่างทองในด้านอาคารสถานที่แตกต่างกัน ( $p < .05$ ) ญาติผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแตกต่างกันมีระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการทางกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอ่างทองในด้านการรักษาแตกต่างกัน ( $p < .05$ ) ญาติผู้ป่วยที่มีประเภทผู้ป่วยในความดูแลแตกต่างกันมีระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการทางกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอ่างทองในด้านการรักษาฟื้นฟูและด้านอาคารสถานที่แตกต่างกัน ( $p < .05$ )

เมทินี วงศ์ธราวัฒน์ (2554) ได้พัฒนาแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพบริการของพนักงานบริการส่วนหน้าโรงแรมระดับ 5 ดาว ในเขตกรุงเทพฯ ซึ่งพบว่า ความพึงพอใจในคุณภาพบริการ



ด้านความเชื่อถือไว้วางใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุดและความพึงพอใจในคุณภาพบริการด้านการดูแลเอาใจใส่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดส่วนระดับความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการชาวต่างชาติในการให้บริการด้านการเข้าพัก โดยรวมอยู่ในระดับมากพบว่าความพึงพอใจในคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุดและความพึงพอใจในคุณภาพบริการด้านการดูแลเอาใจใส่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเมื่อจำแนกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้รับบริการชาวต่างชาติพบว่า ผู้รับบริการชาวต่างชาติที่มีเพศอายุและประเภทของผู้รับบริการแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในคุณภาพบริการต่อการให้บริการด้านการสำรองห้องพักโดยรวมแตกต่างกัน ในขณะที่ผู้รับบริการชาวต่างชาติที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิภาค รายได้ต่อเดือน และประเภทของผู้รับบริการแตกต่างกันมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการต่อการให้บริการด้านการเข้าพักโดยรวมแตกต่างกัน ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบข้อคิดเห็นของหัวหน้างานแผนกบริการส่วนหน้าต่อการบริการที่มีคุณภาพของพนักงานบริการส่วนหน้าในการให้บริการด้านการสำรองห้องพักและการเข้าพัก โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามปัจจัยที่ใช้วัดคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้านของเครื่องมือประเมินคุณภาพบริการ (SERVQUAL)

เยาวภา ปฐมศิริกุล (2554) ได้พัฒนาแบบจำลองปัจจัยความสำเร็จการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ซึ่งพบว่า ปัจจัยการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ประกอบด้วย 3 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยกลยุทธ์ ปัจจัยระบบบริหารจัดการและปัจจัยการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยปัจจัยการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพที่สำคัญมากที่สุดคือ ปัจจัยการจัดการทรัพยากรบุคคล รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยระบบการบริหารจัดการและปัจจัยกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนในแต่ละด้าน พบว่า ปัจจัยที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ กลยุทธ์การตลาดภายในการพัฒนาบุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่อง ระบบการจัดบริการสุขภาพระบบการมุ่งเน้นพัฒนาตลาด การธำรงรักษาบุคลากร ระบบบริหารคุณภาพการคัดเลือกบุคลากรและกลยุทธ์ระดับธุรกิจของ โรงพยาบาลตามลำดับและปัจจัยความสำเร็จการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพส่งต่อผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการภายในของโรงพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการเติบโตของผู้รับบริการด้านการเรียนรู้และการเติบโตขององค์กรและด้านการเงินของโรงพยาบาล

กนกนาค หงสกุล (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบริการงานชั้นสูตรพลิกศพ ในโรงพยาบาลศูนย์กระทรวงสาธารณสุข พบว่า คุณภาพการบริการงานชั้นสูตรพลิกศพในโรงพยาบาลศูนย์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการกับประชาชนผู้รับบริการแตกต่างกัน ( $p < .05$ ) ปัจจัยภายในและภายนอกองค์การทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการบริการงานชั้นสูตรพลิกศพในโรงพยาบาลศูนย์ ปัจจัยภายนอกสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพการบริการงานชั้นสูตรพลิกศพในโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ กฎหมายที่เกี่ยวข้องสังคมไทย ส่วนปัจจัยภายในที่สำคัญ ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ อาคารสถานที่ บุคลากรและปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ไม่สอดคล้องกับการดำเนินงานชั้นสูตรพลิกศพในปัจจุบันความขาดแคลนด้านวัสดุอุปกรณ์อาคารสถานที่ โดยพบว่าที่พักรอของญาติไม่สะดวกร้อนเกินไปไม่เพียงพอ และพบว่า โรงพยาบาลขาดแคลนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการผ่าชั้นสูตรศพและสถานที่ปฏิบัติงานไม่เหมาะสมการระบายอากาศไม่ได้มาตรฐานข้อเสนอแนะ ได้แก่ ควรมีการปรับปรุงกฎหมายชั้นสูตรพลิกศพที่เกี่ยวข้องให้เอื้ออำนวยต่อความมีประสิทธิภาพในการชั้นสูตรพลิกศพของโรงพยาบาลศูนย์รัฐควรสนับสนุนงบประมาณที่จำเป็นในการดำเนินงานชั้นสูตรพลิกศพและควรจัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอกับความจำเป็นของงานรวมทั้งปรับปรุงอาคารสถานที่ให้เหมาะสม นอกจากนี้ควรสนับสนุนด้านเทคโนโลยีให้มีความทันสมัยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและคุณภาพในการให้บริการ

นภภรณ์ อินตะ (2555: 50-51) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจและด้านประเมินผลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและผลประโยชน์อยู่ในระดับมากปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างด้านบุคลากรที่พบมากที่สุดคือ บุคลากรของโรงพยาบาลขาดการนำปัญหามาเรียนรู้ร่วมกันและบุคลากรไม่สนใจที่จะดำเนินการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 98.0 ของกลุ่มตัวอย่าง รองลงมาคือ การติดต่อประสานงานไม่มีประสิทธิภาพคิดเป็นร้อยละ 96.5 บุคลากรขาดความรู้และความเข้าใจในงานพัฒนาคุณภาพร้อยละ 95.6 และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลร้อยละ 80.9 การไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นร้อยละ 60.3



และขาดการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นร้อยละ 51.5 ปัญหาด้านการบริหารที่พบมากที่สุดคือ ขาดการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทราบร้อยละ 99.1 การดำเนินงานเป็นแบบสั่งการร้อยละ 87.7 ปัญหาด้านวัฒนธรรมองค์กรที่พบมากที่สุดคือ บุคลากรขาดการทำงานเป็นทีมและมีการพัฒนาระบบบริการเป็นแบบแยกส่วนพบร้อยละ 100.0 ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นโอกาสในการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องนำไปสู่คุณภาพบริการที่มีประสิทธิภาพก่อให้เกิดความร่วมมือกันและบุคลากรไม่สนใจที่จะดำเนินการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 98.0 ของกลุ่มตัวอย่างรองลงมาคือการติดต่อประสานงานไม่มีประสิทธิภาพคิดเป็นร้อยละ 96.5 บุคลากรขาดความรู้และความเข้าใจในงานพัฒนาคุณภาพร้อยละ 95.6 และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 80.9 การไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นร้อยละ 60.3 และขาดการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นร้อยละ 51.5 ปัญหาด้านการบริหารที่พบมากที่สุดคือ ขาดการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทราบร้อยละ 99.1 การดำเนินงานเป็นแบบสั่งการร้อยละ 87.7 ปัญหาด้านวัฒนธรรมองค์กรที่พบมากที่สุดคือ บุคลากรขาดการทำงานเป็นทีมและมีการพัฒนาระบบบริการเป็นแบบแยกส่วนพบร้อยละ 100.0

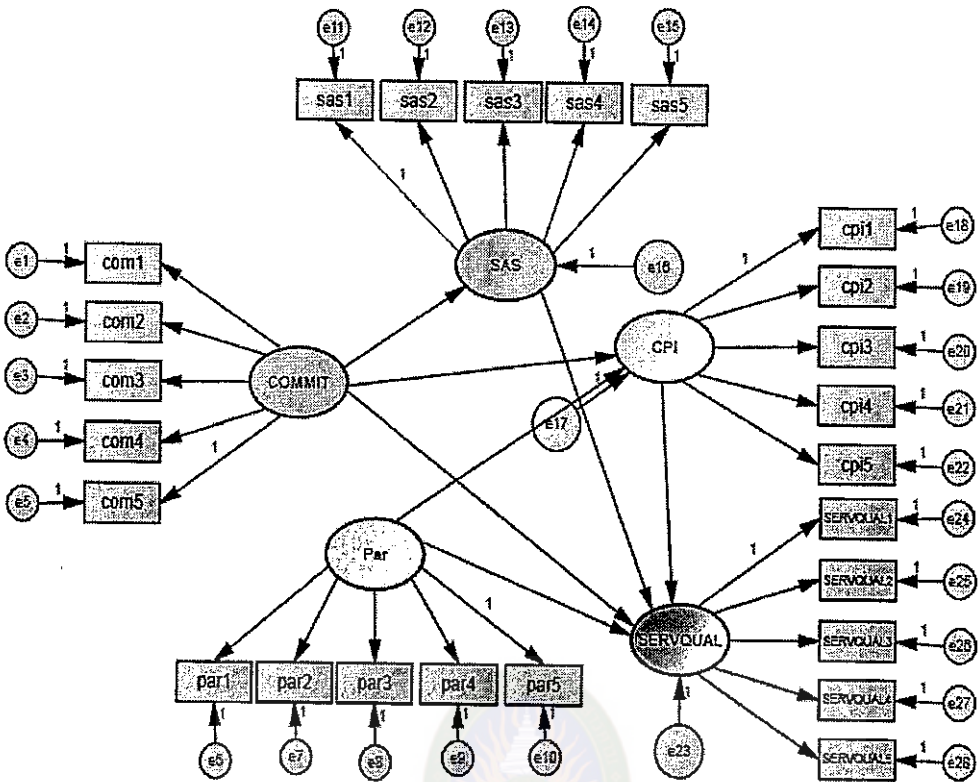
รุ่งโรจน์ สงสระบุญ (2557 : 152-170) ได้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยการบริการสุขภาพที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งพบว่า รูปแบบการบริการสุขภาพที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลเอกชนประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยการบริการทางการแพทย์ และปัจจัยการต้อนรับของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเอกชน โดยปัจจัยการบริการสุขภาพที่มีผลมากที่สุดคือ ปัจจัยการต้อนรับของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเอกชน รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยการบริการทางการแพทย์ ตามลำดับ และปัจจัยความพึงพอใจของผู้ป่วย ในแผนกอายุรกรรมกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน

ธิตินันท์ ชาญโกศล (2557: 207-227) ได้ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการคุณภาพการบริการ โครงการระบบขนส่งทางรถไฟเชื่อมท่าอากาศยานสุวรรณภูมิและสถานีที่รับ-ส่ง ผู้โดยสารอากาศยานในเมืองของประเทศไทย ซึ่งพบว่า ทั้งนี้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความสามารถในการพยากรณ์ได้ในระดับดีและเป็นที่ยอมรับ คิดเป็นร้อยละ 85.0 และ 41.0 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์พิจารณาที่ร้อยละ 40.0 ขึ้นไป

นวลอนงค์ ผานัด (2558) ได้ศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุอิทธิพลของคุณภาพการให้บริการและคุณค่าที่รับรู้ที่มีต่อความไว้นื้อเชื่อใจ ความพึงพอใจ การบอกต่อและการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) ซึ่งพบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 473.34 ที่องศาอิสระ 527 ค่าความน่าจะเป็น ( $p$ -value) เท่ากับ 0.955 ไค-สแควร์สัมพัทธ์ เท่ากับ 0.898 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.960 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ (AGFI) เท่ากับ 0.946 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ มาตรฐาน (SRMR) เท่ากับ 0.024 ค่าดัชนีค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (RMSEA) เท่ากับ 0.000 นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่าคุณค่าที่รับรู้มีอิทธิพลทางบวกต่อความไว้นื้อเชื่อใจของผู้รับบริการ คุณค่าที่รับรู้มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความไว้นื้อเชื่อใจมีอิทธิพลทางบวกต่อการบอกต่อของผู้รับบริการ ความไว้นื้อเชื่อใจมีอิทธิพลทางบวกต่อการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการ ความพึงพอใจมีอิทธิพลทางบวกต่อการบอกต่อของผู้รับบริการ ความพึงพอใจมีอิทธิพลทางบวกต่อการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สรุปเป็นกรอบการดำเนินการวิจัยและกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

โดยที่ COMMIT	แทน ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำ
PAR	แทน การมีส่วนร่วมของบุคลากร
CPI	แทน การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร
SAS	แทน วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ
SERVQUAL	แทน คุณภาพบริการ

## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนในครั้งนี้ เป็นการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Approach) แบบแผนอธิบายติดตาม (Explanatory Design : Follow-up Explanation Design) ระหว่างระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน โดยผู้วิจัยกำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปรากฏการณ์และสภาพปัจจุบันปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบเชิงสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน และขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบเชิงสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการ ดังนี้

#### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปรากฏการณ์และสภาพปัจจุบันปัญหา และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ส่วน ไปพร้อมๆ กัน เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงในการแสดงถึงสภาพการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน และปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการ

2. การเก็บข้อมูลภาคสนามขึ้นต้นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพ

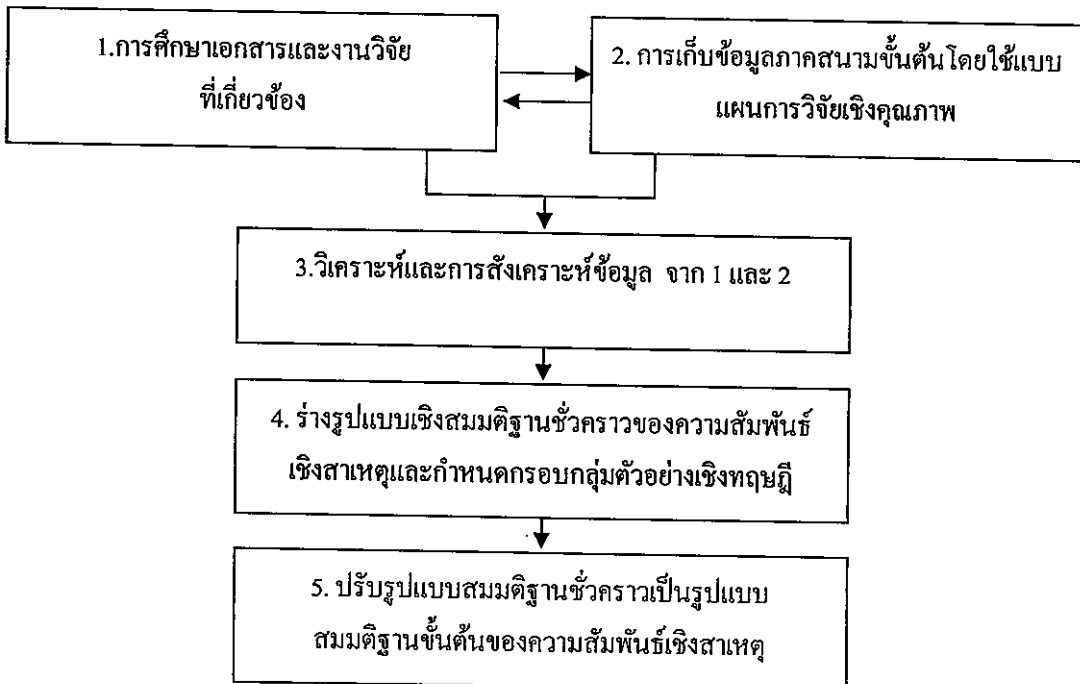
ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบเชิงสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

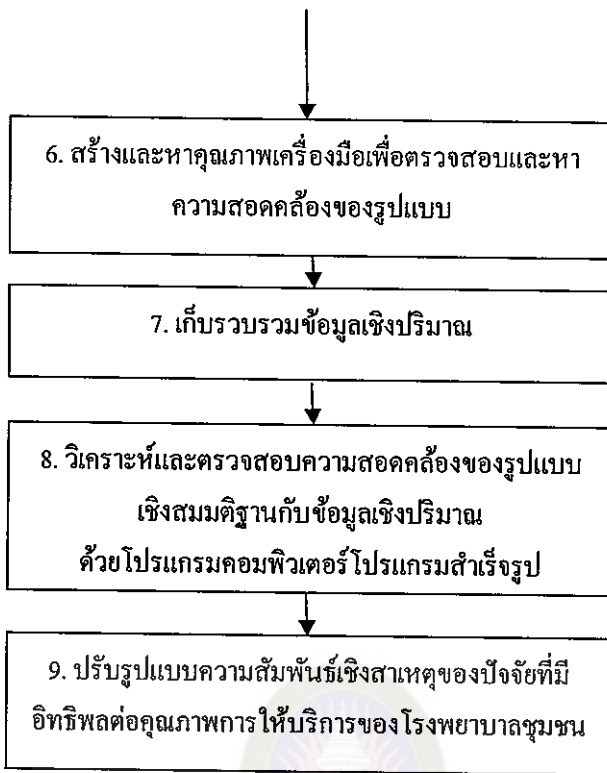
1. จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลจากข้อ 1 และ 2 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกันด้วยวิธีพรรณนาวิธี การสร้างข้อสรุปอุปนัยและการเปรียบเทียบเหตุการณ์และการวิเคราะห์เอกสารเพื่อร่างรูปแบบเชิงสมมติฐานชั่วคราวของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

2. ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) อันเป็นแนวทางของการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการตีความ เพื่อให้ความหมายแก่ปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเจตคติ ความเชื่อ ความรู้สึก วัฒนธรรมและพฤติกรรมของมนุษย์ โดยการเก็บข้อมูลหลายๆ วิธีในทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และนักวิจัยได้ตั้งคำถามการวิจัยหรือสมมติฐานการวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัยที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่สังเกตพบได้โดยตรงและใช้กระบวนการคิด วิเคราะห์ และตีความข้อค้นพบอย่างมีเหตุมีผล เพื่อหาตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและสรุปออกมาเป็นกฎเกณฑ์หรือทฤษฎี โดยแนวทางนี้อาศัยการอุปมาน (Inductive Approach) เป็นหลักและแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยนำร่างรูปแบบเชิงสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน และกรอบของกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎีที่ได้จากขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรต่างๆ ในรูปแบบตามสภาพจริง แล้วนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชนตามผลการวิเคราะห์ที่ได้

ซึ่งสามารถแสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังแผนภาพประกอบ





แผนภาพที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

จากขั้นตอนการวิจัยดังกล่าวสามารถแจกแจงรายละเอียดการดำเนินการแต่ละขั้นตอนตามลำดับดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปรากฏการณ์และสภาพปัจจุบันปัญหา และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ขั้นต้นด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้**

#### 1. การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.1 การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้ได้ข้อสารสนเทศในการร่างรูปแบบสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการพัฒนาคุณภาพบริการ แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

สำหรับการเก็บข้อมูลจากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อน เพื่อให้ได้ประเด็นในการจัดทำแนว



คำถามสำหรับการสัมภาษณ์และเพื่อเป็นการเติมเต็มข้อมูล ตลอดจนเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้

1.2 การสังเคราะห์ข้อมูลการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นร่างรูปแบบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน ในเบื้องต้น  
ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นปัจจัยและกลุ่มของที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน

1.3 ร่างรูปแบบเชิงสมมติฐานชั่วคราวความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ และกำหนดกรอบเชิงทฤษฎี

2. การเก็บข้อมูลภาคสนามเบื้องต้น โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชนเบื้องต้น โดยการเข้าสนามวิจัยเพื่อเก็บข้อมูล ซึ่งศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้ศึกษาตามแนวคิดของสูกางค์ จันทวานิช (2543: 26 ; รัตนะ บัวสนธิ์, 2541 : 27) เพื่อให้ได้สารสนเทศที่ชี้ถึงสภาพของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน โดยกำหนดวิธีการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน คือ  
ขั้นที่ 1 การเลือกสนามวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีความประสงค์ที่จะตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของสนามวิจัยออกเป็น 2 ลักษณะคือ (อนัน มาลารัตน์, 2551, 2551 : 60 และนวลพรรณ วรณสุธี, 2553: 95)

ลักษณะที่ 1 ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่ประสบผลสำเร็จหรือที่ผ่านประเมินรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1 แห่ง เพื่อมาศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการ และสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน

ลักษณะที่ 2 ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในจังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 1 แห่ง เพื่อนำมาตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการ และปรับแก้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกสนามวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกสนามวิจัย โดยประยุกต์ใช้เทคนิควิธีการเลือกกลุ่มแบบกรณีเปรียบเทียบ โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่ประสบผลสำเร็จหรือที่ผ่านประเมินรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในจังหวัดร้อยเอ็ดมาแล้ว ไม่นเกิน 2 ปี จำนวน 1 แห่ง โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

2. ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่ผ่านประเมินรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1 แห่ง โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมรัตน์ อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นที่ 2 การเข้าสู่สนามของผู้วิจัย การเข้าสู่สนามวิจัยของผู้วิจัยทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยดำเนินการโดยการเปิดเผยบทบาทที่แท้จริงว่าเป็นนักวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมโดยอุปกรณ์การปฏิบัติงานภาคสนาม เช่น สมุดบันทึกการสังเกต กล้องถ่ายรูป กล้องวิดีโอ เครื่องบันทึกเสียงขนาดเล็ก เพื่อใช้ในการบันทึกเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในภาคสนาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วนสมบูรณ์ และมีความชัดเจนมากที่สุด หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าสู่สนามวิจัย โดยเริ่มต้นจากการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บริหาร โรงพยาบาลและกรรมการบริหารโรงพยาบาลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการต่อไปนี้

1. กำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) แต่ละสนามวิจัยประกอบด้วยผู้อำนวยการ โรงพยาบาล จำนวน 1 คน และคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล จำนวน 6 คน
2. เทคนิควิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ตัวผู้วิจัยถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด (สฤงค์ จันทวานิช, 2543: 23) ที่เข้าไปในสนามวิจัย ซึ่งในขั้นตอนที่ผู้วิจัยต้องใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและคำตอบที่เป็นจริง ครอบคลุมตามความมุ่งหมายของการวิจัย โดยมีเครื่องมืออำนวยความสะดวกต่างๆ ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม โดยใช้เป็นกรอบแนวทางการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล เพื่อให้ทุกคนได้แสดงทัศนะอย่างเปิดเผยและเป็นการกระตุ้นให้คนอื่นแสดงความคิดเห็น ได้ตอบหรือแสดงทัศนะที่เกี่ยวข้องเพื่อบุคคลอื่นๆ ได้รับรู้ โดยนำประเด็นแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์จากรูปแบบเชิงสมมติฐานชั่วคราวความสัมพันธ์เชิงสาเหตุๆ และกำหนดกรอบเชิงทฤษฎีร่างรูปแบบเชิงสมมติฐานชั่วคราวความสัมพันธ์เชิงสาเหตุๆ และกำหนดกรอบเชิงทฤษฎี โดยผู้วิจัยใช้เวลาการเก็บรวบรวมขั้นต้น จำนวน 2 วัน

ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ (สุภางค์ จันทวานิช, 2543 : 90 และรัตนะ บัวสนธ์, 2549: 143-144) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการพรรณนา การสร้างข้อสรุปอุปนัย การเปรียบเทียบเหตุการณ์ และการวิเคราะห์เอกสาร เพื่อแสดงถึงสภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ (Key Success Factors) หรือความล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพ เพื่อกรอบเชิงทฤษฎี สำหรับการตรวจสอบในขั้นตอนต่อไป (ชาย โพธิสิตา, 2547: 351-389 ; วรณะ วงศ์ศักดิ์, 2546: 83 และวสันต์ ปุ่มผล, 2551: 67)

**ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบเชิงสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ**

1. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบรูปแบบเชิงสมมติฐานชั่วคราวของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชนที่ร่างขึ้นในขั้นตอนที่ 1 และขยายกรอบการศึกษาตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการเพิ่มเติม โดยใช้สนามวิจัยเดิมในข้อ 1

2. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มเติม

3. ปรับรูปแบบเชิงสมมติฐานชั่วคราวของรูปแบบเชิงสมมติฐาน ขั้นต้นของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน

**ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความสอดคล้องรูปแบบเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ**

ในขั้นตอนนี้เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

จังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2556 จำนวน 1,726 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด มีขั้นตอนดังนี้

1.2.1 กำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ความพอเพียงในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สมการเชิงโครงสร้างที่กำหนดให้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงโครงสร้าง ควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่าง 10-20 คน เป็นอย่างน้อยต่อตัวแปรสังเกตได้ 1 ตัว (Schumacher and Lomax, 1996 : 20) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็น 20 : 1 ของตัวแปรสังเกตได้และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม จำนวน 410 คน (Joreskog & Sorbom, 1993)

1.2.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling) โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้

- 1) สุ่มโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 17 แห่ง ผู้วิจัยกำหนดร้อยละ 50.0 ได้โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 9 แห่ง
- 2) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเป็นรายโรงพยาบาลจากจำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (Proportion Stratified Random Sampling) ดังแสดงในตารางที่ 3
- 3) สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ให้ได้ตัวอย่างตามขนาดตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลจนครบ จำนวน 410 คน

ตารางที่ 3 จำนวนบุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อโรงพยาบาล	จำนวนบุคลากร	กลุ่มตัวอย่าง
1. โรงพยาบาลเกษตรวิสัย	238	57
2. โรงพยาบาลปทุมรัตน์	143	34
3. โรงพยาบาลโพหนอง	288	68
4. โรงพยาบาลหนองพอก	137	33
5. โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ	258	61
6. โรงพยาบาลเสลภูมิ	283	67
7. โรงพยาบาลจังหาร	106	25
8. โรงพยาบาลโพธิ์ชัย	130	31
9. โรงพยาบาลธวัชบุรี	143	34

ชื่อโรงพยาบาล	จำนวนบุคลากร	กลุ่มตัวอย่าง
รวม	1,726	410

ข้อมูลเดือนตุลาคม 2556

2. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบเชิงสมมติฐานและข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือ โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความสำเร็จในการพัฒนาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน และแนวคิดเกี่ยวกับผู้ที่มีความเหมาะสมในการประเมินปัจจัยแต่ละด้านที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ในขั้นตอนที่ 2 มาสร้างแบบประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการ ดังนี้

2.1 ประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

2.2 กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการเพื่อเป็นแนวทางในการเขียนข้อคำถาม

2.3 เขียนข้อคำถามให้ครอบคลุมนิยามเชิงปฏิบัติการแบบสอบถาม

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนหรือความสำคัญของปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มีความสำคัญมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุดแบ่งเป็น 4 ปัจจัย คือ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร จำนวน 5 ข้อ วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ จำนวน 5 ข้อ การมีส่วนร่วมของบุคลากร จำนวน 5 ข้อ และการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่มีต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 21 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

2.4 นำข้อคำถามที่ได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาและให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประเมินความสอดคล้อง ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารโรงพยาบาล จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา จำนวน 1 ท่าน ได้แก่

2.4.1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.ไพศาล วรคำ คณะครุศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

## 2.4.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร ทองสอดแสง คณะวิทยาศาสตร์

และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

## 2.4.3 ดร.ภาสกร เต็มนิล รองผู้อำนวยการ สำนักงานเขตพื้นที่

การศึกษาประถมศึกษากาฬสินธุ์เขต 3

## 2.4.4 นายแพทย์พิทักษ์พงษ์ พายุหะ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเชียง

ขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

## 2.4.5 นายแพทย์สำเร็จ โปคาพล ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

จังหวัดร้อยเอ็ด

เพื่อพิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อวัดตรงกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยให้คะแนน +1 เมื่อแน่ใจว่าวัดได้ตรง -1 เมื่อแน่ใจว่าวัดไม่ตรงและ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าวัดตรงหรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยนำผลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มี

ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าข้อความนั้นเป็นตัวแทนลักษณะของกลุ่มพฤติกรรมนั้นหรือมีความตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสม เป็นข้อคำถามที่จะนำไปใช้ในการสร้างเครื่องมือต่อไป หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อไป

## 2.5 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม

ตัวอย่างที่โรงพยาบาลราชบุรี อำเภอราชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 40 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item Total Correlation) และหาค่าความเชื่อมั่นทั้งหมด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) พบว่าความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.865 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.643-0.700 วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.866 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.489-0.716 ด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากร ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.857 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.575-0.683 และด้านการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .941 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.776-0.890 และด้านคุณภาพบริการ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.957 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.633-0.861 หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ และจัดพิมพ์เป็นฉบับจริง เพื่อนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป



3. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ สำหรับการตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบฯ กับข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

3.1 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความร่วมมือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 จัดส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดโดยผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถาม เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3 เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จ ผู้วิจัยได้ประสานกับหน่วยงานและเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน

4.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.2 การวิเคราะห์ลักษณะการแจกแจงของตัวแปรสังเกตได้โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโค้ง (Kurtosis)

การแปลความหมายของค่าระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน (บุญชม ศรีสะอาด, 2545 : 100) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.21 – 5.00 หมายถึง ความคิดเห็นระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41 – 4.20 หมายถึง ความคิดเห็นระดับมาก

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.61 – 3.40 หมายถึง ความคิดเห็นระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.81 – 2.60 หมายถึง ความคิดเห็นระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 1.80 หมายถึง ความคิดเห็นระดับน้อยที่สุด

4.2 สถิติสำหรับตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.2.1 ความตรง (Validity) เป็นการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งเป็นคุณสมบัติของแบบวัด/แบบสอบถามที่สามารถวัดได้ในสิ่งที่ต้องการวัดตรงตามเนื้อหาแต่ละด้าน ซึ่งทำได้โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินแลตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการแล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of

Congruence : IOC) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00

4.2.2 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ของแบบวัด/แบบสอบถาม หมายถึง คุณสมบัติของแบบวัดหรือแบบสอบถาม โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item Total Correlation) ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมไม่ต่ำกว่า 0.20 ขึ้นไป ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า มีค่าตั้งแต่ 0.489-0.890

4.2.3 ความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัด/แบบสอบถาม หมายถึง ความคงเส้นคงวาของคะแนนของผู้ทำแบบวัด/แบบสอบถามแต่ละคนจากการทำแบบวัด/แบบสอบถามนั้นๆ ซึ่งวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ที่จับพบว่ามีค่าเท่ากับ 0.972

#### 4.3 สถิติสำหรับการตรวจสอบสมมติฐาน

##### 4.3.1 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้

##### 4.3.2 การวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (Path Analysis) แสดง

ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาทดสอบความมีนัยสำคัญด้วยสถิติทดสอบที่ เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน

##### การตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดล (Goodness-of Fit Measures)

เพื่อศึกษาภาพรวมของโมเดลว่ากลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด ผู้วิจัยใช้ค่าสถิติที่จะตรวจสอบ ดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2548 ; สุภมาศ อังสุโชติ และคณะ, 2551)

1) ค่าไค-สแควร์ (Chi-square Statistics) เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานทางสถิติว่าฟังก์ชันความกลมกลืนมีค่าเป็นศูนย์ถ้าค่าไค-สแควร์มีค่าต่ำมากหรือยิ่งเข้าใกล้ศูนย์มากเท่าไรแสดงว่าข้อมูล โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2) ค่าสัดส่วน  $\chi^2 / df$  เนื่องจากเมื่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากค่าไค-สแควร์ก็จะยิ่งสูงมากจนอาจทำให้สรุปผลได้ไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงแก้ไขโดยพิจารณา ค่า  $\chi^2 / df$  ซึ่งมีค่าไม่ควรเกิน 2.00

3) ดัชนีวัดความสอดคล้องเชิงสัมบูรณ์ที่นิยมใช้มี 3 วิธี ได้แก่

GFI (Goodness of Fit) เป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างฟังก์ชันความกลมกลืนจาก โมเดลก่อนและหลังปรับ โมเดลกับฟังก์ชันความกลมกลืนก่อนปรับ โมเดล ค่า GFI หากมีค่าตั้งแต่ 0.90-1.00 แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

AGFI (Adjust Goodness of Fit) เป็นมาปรับแก้ โดยคำนึงถึงขนาดของอิสระ (df) ซึ่งรวมทั้งจำนวนตัวแปรและขนาดกลุ่มตัวอย่างหากค่า AGFI หากมีค่าตั้งแต่ 0.90-1.00 แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

PGFI (Parsimony Goodness of Fit) เป็นปริมาณความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมที่อธิบายได้ด้วยโมเดลที่ปรับแก้ด้วยความซับซ้อนของโมเดล โดยทั่วไปค่า GFI และ AGFI มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 ค่า GFI และ AGFI ที่ยอมรับได้ควรมีค่ามากกว่า 0.90 แต่ค่า PGFI ควรมีค่าต่ำคือ มีค่าน้อยกว่า 0.50 ลงไป

4) ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index : CFI) ใช้เปรียบเทียบ โมเดลเชิงสมมติฐานการวิจัยว่ามีความกลมกลืนสูงกว่าข้อมูลเชิงประจักษ์มากน้อยเพียงใดค่าตั้งแต่ 0.90-1.00 แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

5) ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized Root Mean Squared Residual: RMR) เป็นค่าบอกความคลาดเคลื่อนของโมเดลมีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

6) ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Root mean square error of approximation: RMSEA) เป็นค่าที่บ่งบอกถึงความไม่กลมกลืนของโมเดลที่สร้างขึ้นกับเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากรซึ่งค่า RMSEA ต่ำกว่า 0.05 แสดงว่าแสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2548) ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) เกณฑ์ของค่า RMSEA พบว่า

RMSEA	ความหมาย
น้อยกว่า 0.05	โมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก
ระหว่าง 0.05 - 0.08	โมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี
ระหว่าง 0.08 - 0.10	โมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์น้อย
มากกว่า 0.10	โมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(ปนัดดา วัฒน, 2554: 39)

7) ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ (Critical N: CN) เป็นดัชนีที่แสดงขนาด

ของตัวอย่าง

ที่จะยอมรับดัชนีแสดงความกลมกลืนของ โมเดลได้และค่า CN ควรมีค่ามากกว่า 200 ของกลุ่มตัวอย่าง (Diamantopoulos & Siguaw, 2000 ; อ้างถึงในสุภมาส อังศุโชติ และคณะ, 2551)

8) เมทริกซ์ความคลาดเคลื่อนในการเปรียบเทียบความกลมกลืน

(Fitting Residuals Matrix) หมายถึง เมทริกซ์ที่มีผลต่างของเมทริกซ์ S และ Sigma ซึ่งประกอบไปด้วยค่าความคลาดเคลื่อนทั้งในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานค่าสูงสุดของเศษเหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (Largest Standardized Residual) ระหว่างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่เข้าสู่วิเคราะห์กับเมทริกซ์ที่ประมาณได้โดยค่าเศษเหลือเคลื่อนที่เข้าใกล้ศูนย์จะถือว่า โมเดลมีแนวโน้มกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ความพอดีเศษเหลือเหมาะสมอยู่ระหว่าง -2 ถึง 2

ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์ในการตรวจสอบความกลมกลืนระหว่างโมเดลที่

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์สรุปได้ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสถิติที่ใช้ในการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลสมการ โครงสร้างตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สถิติที่ใช้วัดความกลมกลืน	ระดับการยอมรับ
1. ค่าไค-สแควร์ ( $\chi^2$ )	( $\chi^2$ ) ที่ไม่มีนัยสำคัญหรือค่า $p$ -value สูงกว่า 0.05
2. ค่าสัดส่วน ( $\chi^2/df$ )	มีค่าไม่ควรเกิน 2.00
3. ค่า GFI, AGFI, CFI	มีค่าตั้งแต่ 0.90 – 1.00 แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืน
4. ค่า Standardized RMR, RMSEA	มีค่าต่ำกว่า 0.05
5. ค่า CN	$\geq 200$ แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้อง
6. ค่า Largest Standardized Residual	มีค่า -2 ถึง 2

#### 4.3.3 การปรับโมเดล (Model Modification Indexes: MI) ผู้วิจัยได้

ปรับโมเดลบนพื้นฐานของทฤษฎีและงานวิจัยเป็นหลัก โดยการตรวจสอบผลการประมาณค่าพารามิเตอร์ว่ามีความสมเหตุสมผลหรือไม่มีค่าใดแปลกเกินความเป็นจริงหรือไม่ และพิจารณาความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสอง (Squared Multiple Correlation) ให้มีความเหมาะสมรวมทั้งพิจารณาค่าความกลมกลืนรวม (Overall Fit) ของโมเดลว่าโดยภาพรวม

แล้ว โมเดลกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใดและจะหยุดปรับ โมเดล เมื่อพบว่าค่าสูงสุดของเศษเหลือในรูปคะแนนมาตรฐานต่ำกว่า 2.00

4.4 การสรุปและตีความผลการวิจัยเชิงปริมาณด้วยผลการวิจัยเชิงคุณภาพ  
 ในขั้นตอนนี้เป็นการสรุปและตีความผลการวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยผลการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการผสมวิธี (Mixed)

#### 4.4.1 กลุ่มเป้าหมาย

1) กลุ่มเป้าหมาย เป็นทีมนำหรือคณะกรรมการบริหารของ  
 โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 12 คน จาก 2 โรงพยาบาล

2) เกณฑ์ในการคัดเลือกสนามวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการ  
 คัดเลือกสนามวิจัย โดยประยุกต์ใช้เทคนิควิธีการเลือกกลุ่มแบบกรณีเปรียบเทียบ โดย  
 คำนิยามการ ดังนี้

4.4.2 ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่ประสบผลสำเร็จหรือที่ผ่าน  
 ประเมินรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในจังหวัด  
 ร้อยเอ็ดมาแล้วไม่เกิน 2 ปี จำนวน 1 แห่ง โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)  
 ได้แก่ โรงพยาบาลโพนทอง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

4.4.3 ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่ผ่านประเมินรับรอง  
 คุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน  
 1 แห่ง โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ โรงพยาบาลเชิงขัวญ อำเภอเชิง  
 ขัวญ จังหวัดร้อยเอ็ด

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อสร้างรูปแบบเชิงสมมติฐานของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณและหาอำนาจการทำนายคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ผลการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการเก็บข้อมูลภาคสนามขั้นต้นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ
2. การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณ และหาอำนาจการทำนายคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการเก็บข้อมูลภาคสนามขั้นต้นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ

การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งสอง ส่วนไปพร้อมๆ กัน เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง เพื่อแสดงถึงสภาพการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน และปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการ และการเก็บข้อมูลภาคสนามขั้นต้นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยตัวแปรแฝงภายนอก (Exogenous variables) จำนวน 2 ตัว ได้แก่ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้บังคับการและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ส่วนตัวแปรแฝงภายใน (Endogenous variables) จำนวน 3 ตัว ได้แก่ การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจและคุณภาพบริการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมของบุคลากร พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากร เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชนเป็นอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพ



การบริการ พบผลเช่นเดียวกับ Besterfield และคณะ (1999) ที่เห็นว่าทรัพยากรบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในองค์กรเพราะเป็นผู้ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะทางด้านคุณภาพ และเกิดการปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้งและการมีส่วนร่วมของบุคคล คือ การที่บุคลากรระดับปฏิบัติการมีโอกาสในการเสนอแนะความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการทำงาน และกำหนดวิธีการทำงานในองค์กร บุคลากรจะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและมีแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Maslow (1954); Herzberg, Mausner และ Synderman (1993) เห็นว่า การที่บุคคลมีโอกาสมีส่วนร่วม ทำให้บุคคลได้ตอบสนองความต้องการยอมรับจากผู้อื่น ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการทางสังคมหรือเป็นปัจจัยจูงใจ โดยเฉพาะหากได้รับการยอมรับจากบุคคลที่คิดว่ามีความสำคัญต่อตัวเขาจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการทำงานและได้รับความพึงพอใจจากกลุ่มที่ตนมีส่วนร่วม สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน เป็นการพัฒนาคุณภาพในมุมมองของผู้ให้บริการ โดยการกระตุ้นให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ หรือการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้วยความสมัครใจ มีการตัดสินใจร่วมกันในข้อตกลงเกี่ยวกับกระบวนการที่กำหนดในองค์กร โดยร่วมคิดและแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนางาน

“ทุกคนในองค์กร ได้รู้จักหน้าที่ของตัวเองมากขึ้น ทำหน้าที่เข้มข้มขึ้นขึ้น ในขณะที่เดียวกันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติงานและทีมงานรู้จักวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาและเลือกทางเลือกที่เหมาะสม และประเมินแนวทางดังกล่าว”

(ผู้ให้สัมภาษณ์ : 23 เมษายน 2558)

กล่าวได้ว่าการที่บุคลากรในโรงพยาบาลเข้าร่วมพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงาน เพื่อให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพและได้รับการรับรอง ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลหรือเป็นกลไกการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา คุณภาพของโรงพยาบาลควบคู่ไปกับแลกเปลี่ยนการเรียนรู้และการรับรองจากองค์กรภายนอก กำหนดมาตรฐาน ตรวจสอบ และพัฒนาดตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อรับรองว่าโรงพยาบาลมีกระบวนการทำงานที่เป็น มาตรฐาน

มีระบบตรวจสอบตนเอง โดยมีการปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้และมีการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น นำปัญหามาทบทวนเพื่อให้เกิดการแก้ไขและเกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง บริหารงานที่เป็นระบบ ทำงานร่วมกันเป็นทีม จัดกำลังคน สถานที่และเครื่องมือเหมาะสมสอดคล้องกับ พันธกิจและขอบเขตของโรงพยาบาล ร่วมกับกระบวนการบำรุงรักษาและพัฒนาเพื่อให้ใช้ ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 2. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร พบว่า ความมุ่งมั่นของ

ผู้นำเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อคุณภาพการบริการของ โรงพยาบาลชุมชนในรูปที่เป็น สาเหตุลำดับที่สองและเป็นอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพการบริการ พบผลเช่นเดียวกับการศึกษา ของจิราวรรณ ช้างทอง (2554) ซึ่งพบว่า แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วย นอกด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยเฉพาะเรื่องความกระตือรือร้น แสดง ความพร้อมที่จะให้บริการของเจ้าหน้าที่งานบริการของคลินิกให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ รวมถึง การส่งเสริมให้มีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาให้เพียงพอต่องานบริการ สอดคล้องกับแนวคิด ของ Besterfiled และคณะ (1999) ที่กล่าวถึงภาวะผู้นำในลักษณะของผู้นำคุณภาพที่จะนำ องค์กรประสบผลสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วยผู้นำที่ให้ความสำคัญต่อความ ต้องการของลูกค้าทั้งภายนอกและภายในให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ได้บังคับบัญชามากกว่า การควบคุม เน้นกระบวนการปรับปรุงให้ดีขึ้นมากกว่าการรักษาสภาพให้คงอยู่หรือเน้นที่การ ป้องกันมากกว่าการแก้ไขภายหลังเกิดข้อบกพร่องให้การสนับสนุนการประสานงานมากกว่า การเน้นที่การแข่งขันระหว่างหน่วยงาน ให้การฝึกฝนและให้การแนะนำแก่บุคลากรอย่าง สม่ำเสมอ มีความสนใจในการเรียนรู้ถึงปัญหาและทำให้ปัญหากลายมาเป็น โอกาสในการ พัฒนา พยายามปรับปรุงวิธีการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสื่อสารแบบสองทาง นอกจากนี้การแสดงถึงความมุ่งมั่นในคุณภาพถือเป็นคุณลักษณะที่สำคัญ รวมไปถึงการเลือกผู้ ส่งมอบภายนอกบนพื้นฐานคุณภาพและการสนับสนุนทีมตลอดจนการยอมรับและให้ ความสำคัญแก่บุคลากรทุกคน ดังเช่นข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ซึ่งพบว่า ความมุ่งมั่นของผู้นำใน การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน ผู้นำหมายถึง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนและคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล ถือว่าเป็นปัจจัยแรกที่มีความสำคัญ มากที่สุด ทั้งนี้ผู้นำมีบทบาทสำคัญ กำหนดทิศทางขององค์กร ซึ่งประกอบด้วย การกำหนด ค่านิยม วิสัยทัศน์ แก่งองค์กร พร้อมทั้งระบุ ผลลัพธ์สุดท้าย และกลยุทธ์ที่จะมุ่งไปสู่ผลนั้น ดำเนินการสื่อสารทิศทางไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้าง

ความร่วมมือ เกิดเป็นทีมที่เข้าใจในวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ และยอมรับทิศทางหรือการมีอยู่ของวิสัยทัศน์นั้น และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ โดยการสร้างบรรยากาศในการทำงานของบุคลากรในองค์กรให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สร้างความพึงพอใจโดยส่วนรวม

ดึงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ “ผู้นำเป็นอย่างไร องค์กรมักจะเป็นอย่างนั้น”

(ผู้ให้สัมภาษณ์ : 21 เมษายน 2558)

“ผู้บริหารที่มีความมุ่งมั่น ถือว่าเป็นแรงผลักดันให้คนในองค์กรมีแรงขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด รองลงมาคือ บรรยากาศในองค์กร ซึ่งหมายถึง การทำงานคุณภาพด้วยใจ ไม่ใช่ ทำเพราะเป็นหน้าที่

(ผู้ให้สัมภาษณ์ : 23 เมษายน 2558)

กล่าวได้ว่าบทบาทของผู้นำองค์กรที่สำคัญมี 4 บทบาท ได้แก่ บทบาทในการชี้นำ (Path finding) บทบาทในการสร้างความสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน (Aligning) การคิดค้นระบบงานและเทคนิคบริหารเพื่อใช้ในปฏิบัติงานมุ่งสู่วิสัยทัศน์ บทบาทในการกระจายอำนาจการตัดสินใจ (Empowering) การสร้างเงื่อนไขเพื่อผลักดันให้บุคลากรได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการปฏิบัติงานที่มีอยู่อย่างเต็มที่ และบทบาทในการเป็นแบบอย่างที่ดี (Modeling) ทั้งหลักการทำงานและการประพฤติตนเพื่อสร้างศรัทธาให้กับบุคลากรใช้เป็นแบบอย่าง

**3. การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร พบว่า การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชนในรูปที่เป็นสาเหตุ ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์ตัวแปรตามรวมกับตัวแปรอื่นๆ ได้ร้อยละ 82.7 ( $R^2 = 0.827$ ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของอัมพร ปิงชัย (2550) ซึ่งพบว่าการรับรู้คุณภาพบริการตามมาตรฐาน โครงสร้างมีการรับรู้มากที่สุด และผู้รับบริการเสนอแนะให้ศูนย์สุขภาพชุมชนทากาศหาแนวทางปรับปรุงคุณภาพบริการบางประเด็นที่ยังไม่เป็นที่พอใจของผู้ใช้บริการให้ดีขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของเอกศุดา เหมทานนท์ (2552) ซึ่งพบว่า คุณภาพบริการของสถานีนอมนัยตามการรับรู้ของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้ให้บริการควรตระหนักและปรับปรุงคุณภาพบริการเพื่อตอบสนอง**

ความคาดหวังและให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและประทับใจในบริการที่ได้รับ  
 ดังผลการวิจัยของมิรันตี นรสาร (2554) พบว่า การกระตุ้นและทบทวนการปฏิบัติงานเป็น  
 ประจำในหน่วยงาน การสร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานส่งให้การ  
 ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการแบบเครือข่าย โรงพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงานคือ  
 มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ดี มีการตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือและยาให้พร้อมใช้ ความเสี่ยง  
 ลดลง พฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ดีขึ้น และการพัฒนาพฤติกรรมสื่อสารของ  
 พยาบาลต่อคุณภาพพยาบาลด้านการสื่อสาร ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสื่อสาร  
 เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดีมาก และมีพฤติกรรมสื่อสารสูงกว่าก่อนทดลอง  
 ( $p\text{-value} < 0.05$ ) และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อพฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลอยู่ใน  
 ระดับมาก (สุวรรณา เพิ่มพูน, 2552) เช่นเดียวกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ซึ่งพบว่า การ  
 ปรับปรุงกระบวนการอย่างหนึ่ง เป็นการปรับปรุงที่มีวัตถุประสงค์หลักอยู่สองประการ คือ  
 เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และเพื่อเพิ่ม  
 ประสิทธิภาพการผลิต โดยการปรับปรุงเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการจะทำการ  
 ปรับปรุงกระบวนการที่ทำให้ผู้รับบริการไม่พอใจ ทั้งลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก  
 เช่นเดียวกับผลการสัมภาษณ์

“เป็นกิจกรรมที่เกิดจากการมองหาที่พบ โดยใช้กรอบ Gap analysis แล้ว  
 ดำเนินการตามกระบวนการแก้ไขปัญหา โดยมีเป้าหมายให้งานมีคุณภาพ  
 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

(ผู้ให้สัมภาษณ์ : 17 เมษายน 2558)

สำหรับการปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตจะทำการปรับปรุงกระบวนการที่  
 เต็มไปด้วยความสูญเสียดังกล่าว (Waste) และเวลาไร้ประสิทธิภาพ (Idle) 5 ขั้นตอนหลักของ CPI  
 ประกอบด้วย การเลือกกระบวนการที่จะทำการปรับปรุง ไม่ว่าจะเป็นกระบวนการที่ทำให้  
 ผู้รับบริการเดือดร้อน ไม่พอใจหรือกระบวนการที่ทำให้ประสิทธิภาพการผลิตตกต่ำ จากนั้นจะ  
 ทำการ วิเคราะห์ เพื่อหาขั้นตอนการทำงานที่เป็นต้นเหตุหรือขั้นตอนการทำงานที่ไม่เกิดมูลค่า

“เป็นการรับรู้ปัญหาและสาเหตุจากการดำเนินงานและนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแผน พัฒนาส่วนขาดหรือเป็นจุดอ่อนของงานอย่างต่อเนื่อง”

(ผู้ให้สัมภาษณ์ : 28 เมษายน 2558)

ต่อไปจะทำการวัดสมรรถนะของกระบวนการ แล้วต่อไปก็หาแนวทางในการปรับปรุงสุดท้าย คือ การประเมินผลกระทบด้านต่างๆ เพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานวิธีใหม่ต่อไป ในแต่ละขั้นตอนนี้หลักดังกล่าวจะถูกแบ่งออกเป็นขั้นตอนย่อยๆ อีก 10 ขั้นตอน ที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่องกันเป็นวงจร

#### 4. วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นตัว

แปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพการบริการของ โรงพยาบาลชุมชน ในรูปที่เป็นสาเหตุ ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์ตัวแปรตามรวมกับตัวแปรอื่นๆ ได้ร้อยละ 75.1 ( $R^2 = .751$ ) สอดคล้องกับผลการวิจัยของเพชรราลย์ วีระเดชะ (2550: 66) ซึ่งพบว่า คุณภาพตามความคาดหวังสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งในด้านบุคลากร ด้านคุณภาพบริการ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) และดังผลการวิจัยของอภิสมัย ไสโยธา (2553) ซึ่งพบว่า คุณภาพบริการของโรงพยาบาลประจำกัญศิลาคมต่ำกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้เวลารอคอยมากกว่าที่คาดไว้ การยอมรับฟังความคิดเห็นต่ำกว่าที่คาดไว้ ความสามารถในการแก้ปัญหาที่ผู้ใช้บริการต้องการต่ำกว่าที่คาดไว้ ผู้รับบริการไม่ค่อยเชื่อถือผลการตรวจรักษาของแพทย์ โดยเฉพาะห้องตรวจโรคทั่วไปและคุณลักษณะของห้องตรวจโรคมีสภาพไม่ตรงตามที่หวังไว้ ดังจากการสัมภาษณ์ ซึ่งพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็นที่มีต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ถือว่าเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของการให้บริการในมุมมองของผู้รับบริการแล้ว สามารถแบ่งเป็น 5 ประเด็น คือ (1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ได้แก่ เครื่องมืออุปกรณ์ บุคลากรและการใช้สัญลักษณ์หรือเอกสารที่ใช้ในการ ติดต่อสื่อสาร ให้ผู้รับบริการ ได้สัมผัส และการบริการนั้นมีความเป็นรูปธรรมสามารถรับรู้ได้

“ผู้ป่วยและผู้รับบริการจำนวนมาก ขาดความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงคุณสมบัติของเครื่องมือทางการแพทย์ อาจมีการรับรู้ในข้อมูลที่สำคัญบางประการจากผู้เชี่ยวชาญ นักเทคนิคการแพทย์บ้าง แต่โดยรายละเอียดแล้วเป็นที่ยอมรับกัน โดยส่วนใหญ่ว่ายังขาดความเข้าใจที่แท้จริง เป็นผลให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการสร้างความคาดหวังจากผลการตรวจ โดยผูกโยงกับการวินิจฉัยของแพทย์ที่ควรอธิบายความจำเป็นในการใช้เครื่องมือต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการได้เข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องใช้รวมถึงอธิบายถึงจำนวนครั้งที่ ต้องใช้ ราคาค่าบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลการรักษาพยาบาลและตัดสินใจในเรื่อง”

(ผู้ให้สัมภาษณ์ : 27 เมษายน 2558)

(2) ความเชื่อที่ไว้วางใจ หมายถึง ความสามารถในการให้บริการนั้นตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ การบริการที่ให้ทุกครั้งมีความถูกต้องเหมาะสมและมีความสม่ำเสมอ ทุกครั้งของการบริการที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่ได้นั้นมีความน่าเชื่อถือสามารถให้ความไว้วางใจได้ (3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันที่ที่ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน

“การได้รับการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการ อาจกล่าวได้ว่า “คุณภาพบริการ หมายถึง การได้รับการเอาใจใส่ของบุคลากรทั้งหมดของโรงพยาบาล ด้วยความรู้ความเชี่ยวชาญ รวมถึงการอำนวยความสะดวก และ อหยาศัยไม่ตรีที่ดี”

(ผู้ให้สัมภาษณ์ : 27 เมษายน 2558)



(4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ให้บริการมีทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพมีกิริยาท่าทาง และมารยาทที่ดีในการให้บริการ สามารถที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและเกิดความมั่นใจว่าจะได้บริการที่ดีที่สุด (5) ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ หมายถึง ความสามารถในการดูแล ความเอื้อ อารมณ์เอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการ

ในแต่ละคน

“การรับรู้ด้านบริการของผู้ป่วยและผู้รับบริการ โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ให้บริการตามบทบาทหน้าที่ ด้วยคำพูดที่รู้สึกดี จริงใจ หน้าตายิ้มแย้ม แต่ในความต้องการของผู้รับบริการต้องการ บริการในลักษณะที่แสดงถึงความตั้งใจช่วยเหลือ ให้ความเคารพด้วยความจริงใจ อันสามารถรับรู้ได้จากความรู้สึกประสบการณ์ของผู้รับบริการเอง”

(ผู้ให้สัมภาษณ์ : 27 เมษายน 2558)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้ง 5 ด้านนี้สามารถนำมาใช้วัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาลโดยวัดจากการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งผลที่ได้แปรผันตรงกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการ โดยสิ่งสำคัญที่จะทำให้การ จัดบริการมีคุณภาพสูงก็คือ การจัดบริการให้ผู้รับบริการรับรู้ตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการต้องไม่ให้เกิดช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการและการ จัดบริการให้ มีคุณภาพนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับกระบวนการซึ่งมีขั้นตอนต่างๆ ที่สัมพันธ์กัน

ส่วนคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนในมุมมองของผู้ให้บริการมองว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากการให้บริการไปแล้ว ทั้งนี้คุณภาพบริการวัดและประเมินจากการกระทำสิ่งที่ถูกต้อง ทำให้ดีหรือให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ซึ่งการกระทำดังกล่าว ต้องสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการรายบุคคลและชุมชน ลักษณะบริการต้องเป็นที่ยอมรับและตระหนักในคุณค่าของบริการทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง บริการต้องมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีระบบและมีแบบแผน มีความครอบคลุมทั้งเชิงเทคนิค หลักการทางวิทยาศาสตร์ จรรยาบรรณและศิลปะของการพยาบาล มีการจดบันทึก และรักษาระดับมาตรฐานให้สูงขึ้น ประโยชน์และความสำคัญของคุณภาพบริการนั้นให้ความสำคัญกับผู้ป่วย

หรือผู้รับบริการเป็นอันดับแรก ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการประสพความสูญเสียหรือภาวะแทรกซ้อน ลดลงคุณภาพการดูแลรักษาดีขึ้น ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นคนมากขึ้น ประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากการทำงาน ลดลงความเสี่ยงต่อ การเข้าใจผิดระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ลดลง สิ่งแวดล้อมในการทำงานและการประสานงานดีขึ้น เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพตนเอง ประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล ได้แก่ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ ทำให้องค์กรอยู่รอดและยั่งยืน

“เข้าใจว่าสิ่งที่เป็นด่านแรก คือ พฤติกรรมบริการแก่ผู้ป่วยด้วยการยิ้มทักทาย เห็นผู้รับบริการสำคัญ พูดกับผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน การยิ้มอย่างเป็นมิตรการสื่อสารทางสายตา (Eye contact) กับผู้ป่วย การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงขั้นตอนการรักษา การกล่าวขอบคุณ การทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าจะอยู่ในระดับเดียวกัน การฟังอย่างเห็นอกเห็นใจต่อเรื่องราว และความคิดที่ผู้ป่วยจะเล่าให้ฟังและมารยาทในการแสดงความเคารพ”

(ผู้ให้สัมภาษณ์ : 7 พฤษภาคม 2558)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการเก็บข้อมูลภาคสนามขั้นต้น จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการนั้น ผู้วิจัยเห็นว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนประกอบด้วย 5 ปัจจัย คือ ตัวแปรแฝงภายนอก จำนวน 2 ตัว ได้แก่ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กรและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ส่วนตัวแปรแฝงภายใน จำนวน 3 ตัว ได้แก่ การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร วิถีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ และคุณภาพบริการ

## การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณ และหาอำนาจในการทำนายคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

1. ความหมายและสัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายของการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ต่างๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

**ตัวแปรแฝง (Latent variables)** หมายถึง ตัวแปรเชิงสมมติฐานที่ไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่จะแสดงผลออกมาในรูปของพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ มีสัญลักษณ์ดังนี้

COMMIT	แทน	ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำ
PAR	แทน	การมีส่วนร่วมของบุคลากร
CPI	แทน	การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร
SAS	แทน	วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ
SERVQUAL	แทน	คุณภาพบริการ

**ตัวแปรสังเกตได้ (Observed variables)** หมายถึง ตัวแปรที่สามารถวัดได้โดยตรงจากพฤติกรรมการแสดงออกและเป็นตัวบ่งชี้ของตัวแปรแฝง มีสัญลักษณ์ดังนี้

Com	แทน	ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำ
Par	แทน	การมีส่วนร่วมของบุคลากร
Cpi	แทน	การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร
Sas	แทน	วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ
servQua	แทน	คุณภาพบริการ

**สัญลักษณ์แทนค่าทางสถิติ มีดังนี้**

$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD.	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Chi-square ( $\chi^2$ )	แทน	ค่าสถิติไค-สแควร์
p-value	แทน	ค่าความน่าจะเป็นทางสถิติ
df	แทน	องศาอิสระ
GFI	แทน	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน
AGFI	แทน	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแล้ว
CFI	แทน	ค่าวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ

SRMR	แทน	ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือ ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน
RMSEA	แทน	ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อน ในการประมาณ
R <sup>2</sup> Correlation)	แทน	สัมประสิทธิ์การทำนาย (Square Multiple Correlation)
TE	แทน	อิทธิพลรวม
IE	แทน	อิทธิพลทางอ้อม
DE	แทน	อิทธิพลทางตรง
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

## 2. การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโมเดลเชิงสาเหตุ

ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความตรงของ

โมเดลการวัดของตัวแปรแฝง

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน เพื่อให้ทราบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง  
ลักษณะการแจกแจงของตัวแปรโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐานค่าความเบ้และความโด่ง ปรากฏดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	56	13.7
หญิง	354	86.3
อายุ		
20-30 ปี	133	32.4
31-40 ปี	118	28.8
41-50 ปี	126	30.7
51-60 ปี	33	8.1
$\bar{X} = 37.20$ ปี, $SD = 9.60$ ปี, $Min = 20.00$ ปี, $Max = 59.00$ ปี		
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	38	9.4
อนุปริญญา	39	9.5
ปริญญาตรี	290	70.7
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	43	10.4
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
1-10 ปี	186	45.4
11-20 ปี	101	24.6
21-30 ปี	106	25.9
31-40 ปี	17	4.1
$\bar{X} = 13.96$ ปี, $SD = 10.02$ ปี, $Min = 1.00$ ปี, $Max = 39.00$ ปี		

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
บทบาทในการให้บริการในโรงพยาบาล		
ผู้ปฏิบัติงาน	353	86.1
ผู้บริหาร (หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย)	57	13.9

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 86.3) อายุเฉลี่ย 37 ปี อายุตั้งแต่ 20-30 ปี (ร้อยละ 32.4) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 70.7) ปฏิบัติงานมาแล้ว เฉลี่ย 14 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 1-10 ปี (ร้อยละ 45.4) และมีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 86.1)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่งและระดับของตัวแปร

ตัวแปร	จำนวน (410)				
	$\bar{X}$	SD	Skew	Kurt	ระดับ
ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ ของผู้หน้า (COM)	4.10	.64	-.25	-.75	มาก
1. ประกาศและชี้แจงนโยบายการพัฒนา คุณภาพบริการ	4.17	.74	-.55	-.18	มาก
2. ถ่ายทอดและเน้นให้เห็นความสำคัญ ของการพัฒนาคุณภาพบริการทุกครั้ง ที่มีการประชุม	4.06	.78	-.54	.06	มาก
3. สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรม การพัฒนาคุณภาพบริการ	4.18	.71	-.32	-.84	มาก
4. กระตุ้นหรือรื้อนในการนำกิจกรรมพัฒนา คุณภาพบริการต่างๆ มาปฏิบัติ	4.10	.73	-.20	-.99	มาก
5. จัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้ เรื่อง การพัฒนาคุณภาพบริการ	3.98	.77	-.36	-.32	มาก



ตัวแปร	จำนวน (410)				
	$\bar{X}$	SD	Skew	Kurt	ระดับ
วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการ พึงพอใจ (SAS)	4.09	.61	-.39	-.36	มาก
1. สำรวจและประเมินความต้องการ ผู้รับบริการ	4.00	.75	-.39	-.01	มาก
2. การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการ อย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น	4.11	.70	-.33	-.38	มาก
3. การส่งเสริมการมีและใช้ศักยภาพ ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ	4.06	.71	-.21	-.62	มาก
4. ผู้นำยกย่องชมเชยเจ้าหน้าที่ และ ส่งเสริมการพัฒนาดตนเอง	4.04	.83	-.38	-.77	มาก
5. ให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ	4.25	.72	-.62	-.20	มากที่สุด
การมีส่วนร่วมของบุคลากร (PAR)	4.09	.63	-.37	-.25	มาก
1. มีส่วนร่วมในการสร้างวิสัยทัศน์ และพันธกิจของหน่วยงาน	4.06	.73	-.40	-.19	มาก
2. ร่วมเป็นคณะกรรมการหรือสมาชิก ในทีมพัฒนาคุณภาพ	4.01	.78	-.46	-.02	มาก
3. ตระหนักถึงคุณภาพบริการต้องเริ่มที่คน แต่ละ คนทำทันที ทำต่อเนื่องและทำ เรื่องใกล้ตัว	4.20	.71	-.55	-.09	มาก
4. ร่วมค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข ความผิดพลาดจากการทำงาน	4.16	.73	-.64	.60	มาก
5. มีส่วนร่วมในการประเมินผลการ ปฏิบัติงาน	4.02	.75	-.42	.00	มาก
การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ของบุคลากร(CPI)	4.03	.66	-.37	-.45	มาก
1. ศึกษาเรื่องคุณภาพมาเป็นแนวทาง ปรับปรุงการทำงาน	3.99	.72	-.33	-.17	มาก
2. สร้างวัฒนธรรมการค้นหาโอกาส					

ตัวแปร	จำนวน (410)				
	$\bar{X}$	SD	Skew	Kurt	ระดับ
พัฒนา และดำเนินอย่างต่อเนื่อง ทุกระดับ : บุคคล โครงการฯ หน่วยงานและองค์กร	4.06	.76	-.51	.03	มาก
3. ใช้แนวทางค้นหาโอกาสที่หลากหลาย เช่น การทบทวนผลงานการเปรียบเทียบ ข้อกำหนด/มาตรฐาน และมีทีมงาน จากสหวิชาชีพแล้วมองภาพรวม	4.02	.77	-.30	-.62	มาก
4. ประเมินผลการทำงานหลังทำกิจกรรม พัฒนา คุณภาพมาใช้	4.02	.74	-.25	-.55	มาก
5. สร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการ พัฒนา	4.08	.72	-.31	-.48	มาก
คุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน (SERVQUAL)	3.83	.46	-.49	-.24	มาก
1. ความน่าเชื่อถือ (Reliability)	4.19	.60	-.39	-.50	มาก
2. การตอบสนอง (Responsiveness)	4.34	.56	-.44	-.53	มากที่สุด
3. การสร้างความมั่นใจ (Assurance)	4.39	.58	-.69	-.15	มากที่สุด
4. การดูแลเอาใจใส่ (Empathy)	4.20	.62	-.44	-.41	มาก
5. รูปสัญลักษณ์ทางกายภาพ (Tangibles)	4.16	.60	-.20	-.73	มาก

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยมีค่าใกล้เคียงกัน ซึ่งให้เห็นว่าข้อมูลที่ประเมินได้มีค่าใกล้เคียงกันมาก การแจกแจงของตัวแปรเกือบเป็น โค้งปกติ (Normality distributions) โดยตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การสร้างความมั่นใจ ( $\bar{X} = 4.39$ ) ส่วนตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในระดับมากที่สุด คือ จัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้ เรื่อง การพัฒนาคุณภาพบริการ ( $\bar{X} = 3.98$ ) รองลงมา คือ การตอบสนอง ( $\bar{X} = 4.34$ )

เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำ (COM) ( $\bar{X} = 4.10$ ) รองลงมา คือ วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ (SAS) ( $\bar{X} = 4.03$ ) และการมีส่วนร่วมของบุคลากร (PAR) ( $\bar{X} = 4.03$ )

เมื่อพิจารณาเป็นรายตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบด้านความ มุ่งมั่นของผู้นำ (COM) ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก คือ การสนับสนุน การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ ( $\bar{X} = 4.18$ ) องค์ประกอบด้านวิธีปฏิบัติเพื่อให้ ผู้รับบริการพึงพอใจ (SAS) ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก คือ ให้เกียรติ และเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ ( $\bar{X} = 4.25$ ) องค์ประกอบด้านการส่วน ร่วมของบุคลากร (PAR) ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก คือ ตระหนักถึง คุณภาพบริการต้องเริ่มที่คนแต่ละคนทำหน้าที่ ทำต่อเนื่อง และทำเรื่องใกล้ตัว ( $\bar{X} = 4.20$ ) องค์ประกอบด้านการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร (CPI) ตัวแปรสังเกตได้ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก คือ สร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา ( $\bar{X} = 4.08$ ) และองค์ประกอบของตัวแปรคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน (SERVQUAL) แปรสังเกต ได้ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก คือ การสร้างความมั่นใจ (Assurance) ( $\bar{X} = 4.39$ )

ผลการวิเคราะห์ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า มีค่าอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม คือ ค่าน้อย กว่า 1 ซึ่งให้เห็นว่า คะแนนที่ประเมินได้นั้นแตกต่างกันไม่มากนัก เมื่อพิจารณาเป็นรายตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากที่สุด คือ ผู้นำแสดงความมุ่งมั่น โดยการยกย่อง ชมเชยเจ้าหน้าที่และส่งเสริมการพัฒนาตนเอง ( $SD = .83$ ) ส่วนตัวแปรสังเกตได้ที่มีส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานน้อยที่สุด คือ การตอบสนอง (Responsiveness) ( $SD = .56$ )

เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาก ที่สุด คือ องค์ประกอบด้านการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (CPI) ( $SD = .64$ ) ซึ่งให้เห็นว่า คะแนนมีการกระจายมาก ส่วนองค์ประกอบที่มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานน้อยที่สุด คือ คุณภาพ บริการของโรงพยาบาลชุมชน (SERVQUAL) ( $SD = .46$ ) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนมีการกระจายน้อย

สำหรับค่าความเบ้ (Skewness) อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คือ ค่าน้อยกว่า 2 โดยผลการ วิเคราะห์พบว่า ส่วนใหญ่คะแนนติดลบ ซึ่งให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบอยู่ในระดับสูง กว่าค่าเฉลี่ย (เบ้ซ้าย) หมายความว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างตอบเชิงบวก องค์ประกอบที่มีค่า ความเบ้น้อยที่สุดคือ องค์ประกอบคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน (SERVQUAL) ( $Skewness = -.49$ ) ซึ่งให้เห็นว่าองค์ประกอบนี้ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างตอบค่อนข้างเห็นด้วยหรือ ตอบในเชิงบวก ส่วนองค์ประกอบที่มีค่าเบ้มากที่สุด คือ ความมุ่งมั่นของผู้นำ (COM) ( $Skewness = -.25$ ) ซึ่งให้เห็นว่าองค์ประกอบนี้ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างตอบค่อนข้างเห็นด้วยหรือ ตอบในเชิงบวก สำหรับความโด่ง (Kurtosis) พบว่า มีลักษณะแบน เนื่องจากมีค่าความโด่งน้อย กว่า 3 หมายความว่า คะแนนมี

การกระจายมาก องค์ประกอบที่มีค่าความโค้งมากที่สุด คือ องค์ประกอบคุณภาพบริการของ  
โรงพยาบาลชุมชน (SERVQUAL) (Kurtosis = -.25)

ตอนที่ 2 สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโมเดลเชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพล  
ต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

เป็นการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Coefficient Correlation)  
ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ เพื่อให้ทราบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโมเดลและใช้เป็นข้อมูล  
เพื่อนำไปวิเคราะห์ตรวจสอบความสอดคล้องโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้โนโมเดอลของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

	Com1	Com2	Com3	Com4	Com5	Sas1	Sas2	Sas3	Sas4	Sas5	Par1	Par2	Par3	Par4	Par5	Cpl1	Cpl2	Cpl3	Cpl4	Cpl5	Sqt1	Sqt2	Sqt3	Sqt4	Sqt5	
Com1	1																									
Com2	.747**	1																								
Com3	.685**	.701**	1																							
Com4	.637**	.677**	.722**	1																						
Com5	.587**	.659**	.651**	.700**	1																					
Sas1	.536**	.523**	.576**	.565**	.607**	1																				
Sas2	.478**	.477**	.588**	.560**	.512**	.606**	1																			
Sas3	.484**	.516**	.618**	.545**	.559**	.578**	.683**	1																		
Sas4	.491**	.539**	.603**	.571**	.505**	.543**	.598**	.632**	1																	
Sas5	.451**	.412**	.523**	.481**	.377**	.531**	.665**	.596**	.582**	1																
Par1	.541**	.458**	.482**	.523**	.481**	.523**	.544**	.567**	.586**	.586**	1															
Par2	.448**	.404**	.461**	.493**	.488**	.499**	.491**	.496**	.471**	.497**	.703**	1														
Par3	.475**	.422**	.506**	.521**	.472**	.430**	.530**	.547**	.555**	.528**	.655**	.634**	1													
Par4	.423**	.474**	.485**	.527**	.446**	.428**	.546**	.588**	.534**	.602**	.646**	.593**	.677**	1												
Par5	.423**	.399**	.426**	.480**	.433**	.423**	.439**	.501**	.523**	.565**	.627**	.671**	.605**	.683**	1											
Cpl1	.451**	.439**	.474**	.501**	.496**	.499**	.526**	.586**	.522**	.544**	.610**	.624**	.605**	.684**	.680**	1										
Cpl2	.474**	.465**	.465**	.474**	.455**	.463**	.537**	.604**	.596**	.552**	.620**	.576**	.586**	.634**	.636**	.764**	1									
Cpl3	.496**	.463**	.515**	.517**	.501**	.478**	.493**	.521**	.531**	.531**	.583**	.579**	.562**	.638**	.626**	.747**	.739**	1								
Cpl4	.470**	.479**	.539**	.514**	.505**	.451**	.524**	.581**	.562**	.520**	.550**	.562**	.588**	.569**	.645**	.738**	.717**	.796**	1							
Cpl5	.508**	.512**	.571**	.558**	.490**	.409**	.445**	.538**	.589**	.479**	.549**	.601**	.553**	.602**	.667**	.670**	.663**	.722**	.768**	1						
sQs1	.419**	.582**	.780**	.686**	.318**	.652**	.606**	.631**	.629**	.519**	.586**	.532**	.556**	.547**	.502**	.549**	.542**	.578**	.582**	.610**	1					
sQs2	.593**	.601**	.706**	.661**	.621**	.791**	.585**	.481**	.582**	.481**	.665**	.594**	.629**	.653**	.598**	.648**	.668**	.620**	.640**	.600**	.738**	1				
sQs3	.544**	.508**	.556**	.599**	.556**	.544**	.600**	.635**	.616**	.654**	.583**	.583**	.389**	.487**	.487**	.755**	.720**	.704**	.687**	.702**	.641**	.739**	1			
sQs4	.539**	.532**	.578**	.578**	.525**	.519**	.570**	.638**	.632**	.593**	.657**	.663**	.653**	.706**	.733**	.318**	.788**	.590**	.691**	.681**	.645**	.717**	.580**	.580**	1	
sQs5	.529**	.498**	.506**	.427**	.460**	.519**	.570**	.638**	.632**	.593**	.562**	.492**	.536**	.539**	.535**	.583**	.788**	.590**	.690**	.681**	.562**	.615**	.628**	.628**	.611**	1

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 7 พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุด คือ การใช้แนวทางค้นหาโอกาสที่หลากหลาย เช่น การทบทวนผลงานการเปรียบเทียบข้อกำหนด/มาตรฐานและมีทีมงานจากสาขาชีพแล้วมองภาพรวมกับการประเมินผลการทำงานหลังทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ ( $r = .796$ ) ส่วนตัวแปรสังเกตได้ที่มีความสัมพันธ์กันต่ำสุด คือ การถ่ายทอดและเน้นให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการทุกครั้งที่มีการประชุม (COM2) กับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ( $r = .399$ ) และพบว่า ตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อพิจารณาตัวแปรสังเกตได้ (Observed variables) ภายในตัวแปรแฝง (Latent variable) เดียวกัน พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ในตัวแปรแฝงด้านการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (CPI) การใช้แนวทางค้นหาโอกาสที่หลากหลาย เช่น การทบทวนผลงานการเปรียบเทียบข้อกำหนด/มาตรฐานและมีทีมงานจากสาขาชีพแล้วมองภาพรวม (cpi3) กับการประเมินผลการทำงานหลังทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ (cpi4) ( $r = .796$ )

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์องค์ประกอบโมเดลตัวแปรแฝง

โมเดลวัดตัวแปร	Bartlett's test of Sphericity		ดัชนี K-M-O
	Approx. Chi-square	<i>p</i>	
โมเดลตัวแปรแฝง	1388.164	0.000	.870
1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำ	1355.405	0.000	.879
2. การยึดหลักความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญ	1028.843	0.000	.876
3. การมีส่วนร่วมของบุคลากร	1222.070	0.000	.869
4. การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง	1641.651	0.000	.894
5. คุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน	7110.348	0.000	.951

จากตารางที่ 8 พบว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทุกตัวแตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า Bartlett's test of Sphericity ของโมเดลการวัดทั้ง 5 โมเดล มีค่าความน่าจะเป็น (*p*-value) เท่ากับ 0.000 ทุกค่าและค่าไค-สแควร์ตั้งแต่

1028.843-



711.348 เมื่อพิจารณาดัชนีเปรียบเทียบขนาดของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่สังเกตได้กับขนาดของสหสัมพันธ์พาร์เซียร์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ (Kaiser-Meyer-Olkin-Measer of Sampling Adequacy : K-M-O) ซึ่งเป็นค่าที่ใช้วัดความเหมาะสมของข้อมูลตัวอย่างที่จะนำมาวิเคราะห์โดยเทคนิค Factor Analysis

### ตอนที่ 3 องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดลการวัดตัวแปรแฝง

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis = CFA) เป็นเทคนิคสถิติที่ใช้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์โมเดลการวัดของตัวแปรแฝง (Latent variable) ที่เกิดจากการวัด โดยตัวแปร โครงสร้าง (Construct variable) ให้เป็นไปตามทฤษฎีการวัดที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องว่าสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ผลการวิเคราะห์ยืนยันองค์ประกอบทำให้สามารถประเมินได้ว่าตัวแปรสังเกตได้กับตัวแปรแฝงมีความเหมือนกัน (Convergent validity) มากน้อยเพียงใด ตัวแปรสังเกตได้และตัวแปรแฝงมีความน่าเชื่อถือเพียงพอและเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการวิเคราะห์เส้นทางหรือ ไม่การทดสอบความกลมกลืนระหว่าง โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันที่กำหนดขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ผู้วิจัยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้ค่าสถิติไค-สแควร์ ( $\chi^2$ ) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ (AGFI) ดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือ (RMR) ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เป็นดัชนีวัดระดับความกลมกลืนค่า  $t$ -value ของตัวแปรสังเกตได้ และค่า  $R^2$  ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสำหรับตัวแปรแฝงภายนอกและตัวแปรแฝงภายในมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อตรวจสอบและยืนยัน โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันว่ามีความเป็นอิสระต่อกัน แล้วพิจารณาจากสถิติจำนวน 3 ดัชนี ได้แก่

- (1) ค่า  $t$ -value ค่า  $t$ -value มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และสรุปว่า Factor loading ของตัวแปรสังเกตมีค่าไม่เท่ากับศูนย์
- (2) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) มีค่าเกินกว่า .50 หรือไม่ หากมีค่าเกินแสดงว่าตัวแปรเชิงประจักษ์ดังกล่าวสามารถอธิบายตัวแปรแฝงได้ดี
- (3) ค่า  $R^2$  ซึ่งเป็นค่าที่บอกสัดส่วนความแปรผันระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับองค์ประกอบร่วม (Communalities) มีค่าเกินกว่า .50

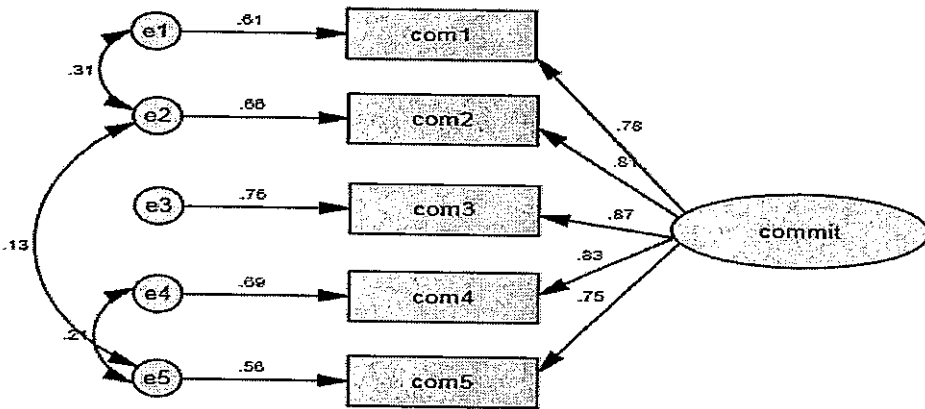
เนื่องจากในโครงสร้างแบบจำลองอิทธิพลเชิงสาเหตุครั้งนี้ ตัวแปรแฝงแต่ละตัวประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ ซึ่งแต่ละตัวแปรมีองค์ประกอบใหญ่และองค์ประกอบย่อย ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยพิจารณาจากความสัมพันธ์ขององค์ประกอบใหญ่และองค์ประกอบย่อย โดยผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์โมเดลตัวแปรสังเกตออกเป็นทั้งหมด 5 โมเดล ดังนี้

- |            |   |         |
|------------|---|---------|
| องค์ประกอบ | 1) ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร | จำนวน 5 |
| องค์ประกอบ | 2) การมีส่วนร่วมของบุคลากร                          | จำนวน 5 |
| องค์ประกอบ | 3) การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร     | จำนวน 5 |
| องค์ประกอบ | 4) วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ           | จำนวน 5 |
| องค์ประกอบ | 5) คุณภาพการบริการ                                  | จำนวน 5 |

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปตามโมเดลทั้ง 5 โมเดลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 โมเดลการวัดปัจจัยความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้จำนวน 5 ตัว ได้แก่ การประกาศและชี้แจงนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการ (com1) การถ่ายทอดและเน้นให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการทุกครั้งที่มีการประชุม (com2) การสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ (com3) การกระตุ้นหรือรื้อฟื้นในการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการต่างๆ มาปฏิบัติ (com4) และการจัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้ เรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการ (com5)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน สำหรับโมเดลการวัดปัจจัยความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของ โมเดล โดยรวมหลังจากการปรับแก้โมเดลเพื่อให้มีความสอดคล้องกลมกลืน (Model fit) กับข้อมูลเชิงประจักษ์และภาพที่ 4 การวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของ โมเดล โดยรวมหลังจากการปรับแก้โมเดล



CMIN= 1.009, df= 2, p-value= 0.604 RMSEA= 0.000

แผนภาพที่ 4 องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ  
ของผู้นำองค์กร

ผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 9 พบว่า ค่าสถิติวัดความสอดคล้องของโมเดล องค์ประกอบเชิงยืนยันค่าสถิติวัดความกลมกลืนขององค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลการวัดปัจจัย ความมุ่งมั่นของผู้นำที่ปรับปรุ้งกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดพิจารณาได้จาก CMIN เท่ากับ 1.009 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 2 โดยค่า CMIN/df เท่ากับ 0.504 ดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนดมีค่าความน่าจะเป็น (P) เท่ากับ 0.604 มีค่ามากกว่า 0.05 ดังนั้นวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่า 0.999 ดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนดดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ (AGFI) มีค่า 0.993 ดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

ส่วนดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือ (RMR) มีค่า 0.002 ดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนดค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่าง โดยประมาณ (RMSEA) มีค่า 0.000 ดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งให้เห็นว่าสามารถยอมรับ โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันตามที่กำหนดได้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์และมีผลการประมาณค่าการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยันปรากฏดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ขององค์ประกอบเชิงยืนยัน

ค่าดัชนี	เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา	ตัวแบบหลังปรับ	
CMIN /df	ไม่เกิน 2	.504	✓
p-value	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	0.604	✓
NFI	มากกว่า 0.90	0.999	✓
CFI	มากกว่า 0.90	1.000	✓
IFI	มากกว่า 0.90	1.000	✓
GFI	มากกว่า 0.90	0.999	✓
AGFI	มากกว่า 0.90	0.993	✓
RMSEA	ต่ำกว่า .05	0.000	✓
RMR	เข้าใกล้ศูนย์	0.002	✓

× หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ผลการทดสอบ

✓ หมายถึง ผ่านเกณฑ์ผลการทดสอบดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร ปรากฏด้วยค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน ปรากฏดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลการประมาณค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลความมุ่งมั่น  
ในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ	SE	C.R.	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบมาตรฐาน	R <sup>2</sup>
COM1	1.000	---	---	.781	.609
COM2	1.096	.053	20.713**	.811	.657
COM3	1.073	.059	18.134**	.871	.758
COM4	1.050	.062	17.059**	.828	.686
COM5	1.001	.066	15.089**	.750	.563

\*\* หมายถึง นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t-value  $\geq$  2.58)

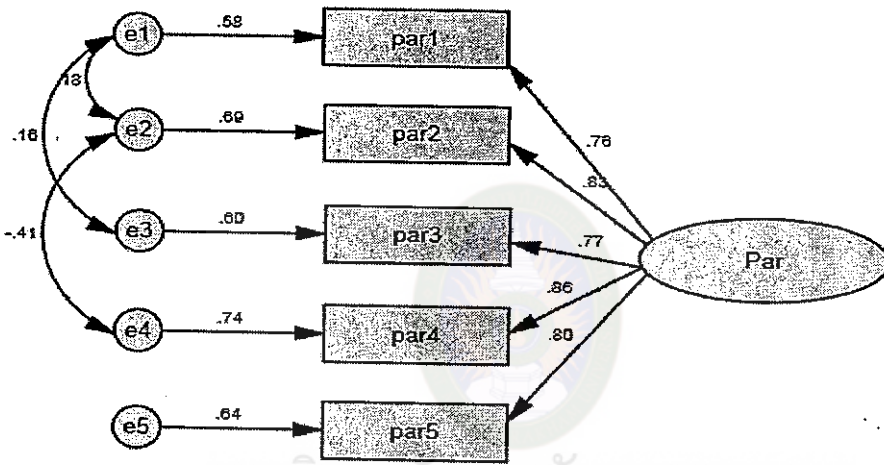
จากตารางที่ 10 พิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize Factor Loading) พบว่า มีค่าเกินกว่า .50 ทุกองค์ประกอบมีค่าตั้งแต่ 0.750-0.871 ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ com3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดเท่ากับ 0.871 รองลงมาคือ com4 มีค่าเท่ากับ .828 และน้อยที่สุดคือ com5 มีค่าเท่ากับ .750 เมื่อพิจารณาค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) และค่าสถิติ  $t$  พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนค่า R<sup>2</sup> ซึ่งเป็นค่าที่บอกสัดส่วนความแปรผันระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับองค์ประกอบรวม (Communalities) พบว่า com3 มีค่า R<sup>2</sup> มากที่สุดเท่ากับ .758 รองลงมาคือ com4 มีค่าเท่ากับ .686 และน้อยที่สุดคือ com5 มีค่าเท่ากับ .563

ดังนั้น องค์ประกอบย่อยแต่ละองค์ประกอบใน โมเดลการวัดปัจจัยด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กรมีความสัมพันธ์กันทุกตัว ซึ่งความสัมพันธ์ที่ได้นี้เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมขององค์ประกอบย่อยที่ปรับให้เป็นค่ามาตรฐานแล้ว จึงสรุปได้ว่าแบบจำลองการวัดองค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการวัดปัจจัยความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร มีความเหมาะสมและกลมกลืนกันกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง

3.2 โมเดลการวัดปัจจัยการมีส่วนร่วมของบุคลากร ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้จำนวน 5 ตัว ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการสร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจของหน่วยงาน (par1) การร่วมเป็นคณะกรรมการหรือสมาชิกในทีมพัฒนาคุณภาพ (par2) การตระหนักถึงคุณภาพบริการต้องเริ่มที่คนแต่ละคนทำหน้าที่ ทำต่อเนื่องและทำเรื่องใกล้ตัว (par3) การร่วมค้นหา

สาเหตุและแนวทางแก้ไขความผิดพลาดจากการทำงาน (par4) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน(par5)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสำหรับ โมเดลด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรครั้งแรกปรากฏตาม ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดล โดยรวมหลังจากการปรับแก้โมเดลเพื่อให้มีความสอดคล้องกลมกลืน (Model fit) กับข้อมูลเชิงประจักษ์และภาพที่ 5 การวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล โดยรวมหลังจากการปรับแก้โมเดล



CMIN= 2.669, df= 2, p-value= 0.263, RMSEA= 0.029

แผนภาพที่ 5 องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการมีส่วนร่วมของบุคลากร

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าสถิติวัดความสอดคล้องของโมเดล องค์ประกอบเชิงยืนยันค่าสถิติวัดความกลมกลืนขององค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการวัดการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ปรับปรุงกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด พิจารณาได้จาก CMIN เท่ากับ 2.669 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 2 โดยค่า CMIN/df เท่ากับ 1.335 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดมีค่าความน่าจะเป็น (P) เท่ากับ 0.263 มีค่ามากกว่า 0.05 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่า 0.980 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ (AGFI) มีค่า 0.980 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดส่วนดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือ (RMR) มีค่า 0.004 ต่ำกว่าเกณฑ์



ที่กำหนด ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) มีค่า 0.029 ดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งให้เห็นว่าสามารถยอมรับ โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันตามที่กำหนดได้ มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และมีผลการประมาณค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันปรากฏดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแบบ กับข้อมูลเชิงประจักษ์ขององค์ประกอบเชิงยืนยันการมีส่วนร่วมของบุคลากร

ค่าดัชนี	เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา	ตัวแบบหลังปรับ	
CMIN /df	ไม่เกิน 2	1.335	✓
p-value	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	0.263	✓
NFI	มากกว่า 0.90	0.998	✓
CFI	มากกว่า 0.90	0.999	✓
IFI	มากกว่า 0.90	0.999	✓
GFI	มากกว่า 0.90	0.980	✓
AGFI	มากกว่า 0.90	0.997	✓
RMESA	ต่ำกว่า .05	0.029	✓
RMR	เข้าใกล้ศูนย์	0.004	✓

× หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ผลการทดสอบ

✓ หมายถึง ผ่านเกณฑ์ผลการทดสอบดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้อง และความกลมกลืนของตัวแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบที่มีส่วนร่วมของบุคลากร ปรากฏด้วยค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน ปรากฏดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ผลการประมาณค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการวัดการมีส่วนร่วมของบุคลากร

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ	SE	<i>t</i>	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบมาตรฐาน	R <sup>2</sup>
par1	1.000	--	--	.765	.585
par2	1.155	.066	17.573**	.831	.691
par3	0.993	.058	17.059**	.774	.599
par4	1.130	.070	16.168**	.858	.735
par5	1.078	.066	16.371**	.800	.640

\*\* หมายถึง นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t-value $\geq$ 2.58)

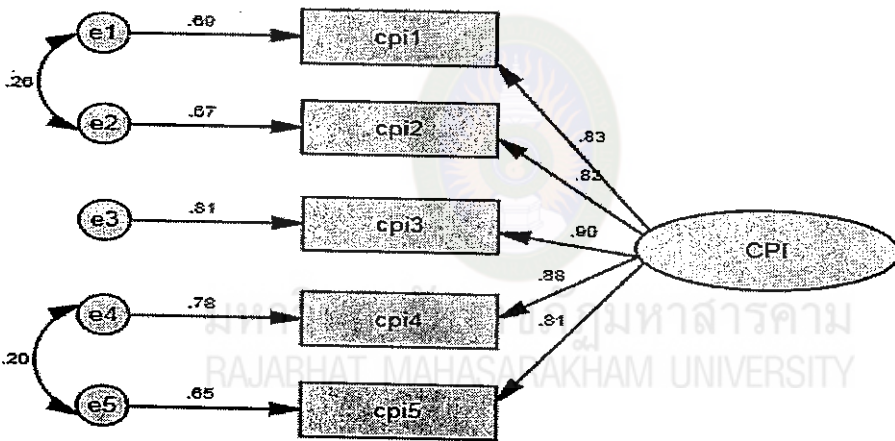
จากตารางที่ 12 พิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) พบว่า มีค่าเกินกว่า .50 ทุกองค์ประกอบ มีค่าตั้งแต่ 0.765-0.858 ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ par4 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดเท่ากับ 0.858 รองลงมาคือ par2 มีค่าเท่ากับ .831 และน้อยที่สุดคือ par1 มีค่าเท่ากับ .765 เมื่อพิจารณาค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) และค่าสถิติ *t* พบว่า แตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนค่า R<sup>2</sup> ซึ่งเป็นค่าที่บอกสัดส่วนความแปรผันระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับองค์ประกอบร่วม (Communalities) พบว่า par4 มีค่า R<sup>2</sup> มากที่สุดเท่ากับ .735 รองลงมาคือ par2 มีค่าเท่ากับ .691 และน้อยที่สุดคือ par1 มีค่าเท่ากับ .585

ดังนั้น องค์ประกอบย่อยแต่ละองค์ประกอบใน โมเดลการมีส่วนร่วมของบุคลากรมีความสัมพันธ์กันทุกตัว ซึ่งความสัมพันธ์ที่ได้นี้เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมขององค์ประกอบย่อยที่รับให้เป็นค่ามาตรฐานแล้ว จึงสรุปได้ว่าแบบจำลองการวัดองค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการมีส่วนร่วมของบุคลากร มีความเหมาะสมและกลมกลืนกันกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง

3.3 โมเดลการวัดปัจจัยการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 5 ตัว ได้แก่ การศึกษา เรื่อง คุณภาพมาเป็นแนวทางปรับปรุงการทำงาน

(cpi1) สร้างวัฒนธรรมการค้นหาโอกาสพัฒนาและดำเนินอย่างต่อเนื่องทุกระดับ : บุคคล  
โครงการฯ หน่วยงานและองค์กร (cpi2) การใช้แนวทางค้นหาโอกาสที่หลากหลาย เช่น การทบทวน  
ผลงานการเปรียบเทียบข้อกำหนด/มาตรฐานและมีทีมงานจากสาขาวิชาชีพแล้วมองภาพรวม  
(cpi3) การประเมินผลการทำงานหลังทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ (cpi4) และการสร้าง  
กระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา (cpi5)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสำหรับ โมเดลการปรับปรุงกระบวนการ  
อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดล  
โดยรวมหลังจากการปรับแก้โมเดลเพื่อให้ความสอดคล้องกลมกลืน (Model fit) กับข้อมูลเชิง  
ประจักษ์ และภาพที่ 6 การวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโดยรวมหลัง  
จากการปรับแก้โมเดล



CMIN= 0.525, df= 3, p-value= 0.913, RMSEA= 0.000

แผนภาพที่ 6 องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 13 พบว่า ค่าสถิติวัดความสอดคล้องของโมเดล  
องค์ประกอบเชิงยืนยันค่าสถิติวัดความกลมกลืนขององค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการปรับปรุง  
กระบวนการอย่างต่อเนื่องที่ปรับปรุงกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดพิจารณาได้  
จาก CMIN เท่ากับ 0.525 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 3 โดยค่า CMIN/df เท่ากับ 0.175 ดีกว่า  
เกณฑ์ที่กำหนดมีค่าความน่าจะเป็น (P) เท่ากับ 0.913 มีค่ามากกว่า 0.05 คำนี้อัตราความ  
กลมกลืน (GFI) มีค่า 0.999 ดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนดดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ (AGFI)

มีค่า 0.997 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือ (RMR) มีค่า 0.001 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) มีค่า 0.000 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งให้เห็นว่าสามารถยอมรับโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันตามที่กำหนดได้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์และมีผลการประมาณค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ปรากฏดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ขององค์ประกอบเชิงยืนยันการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

ค่าดัชนี	เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา	ตัวแบบหลังปรับ	
CMIN /df	ไม่เกิน 2	0.175	✓
p-value	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	0.913	✓
NFI	มากกว่า 0.90	1.000	✓
CFI	มากกว่า 0.90	1.000	✓
IFI	มากกว่า 0.90	1.000	✓
GFI	มากกว่า 0.90	0.999	✓
AGFI	มากกว่า 0.90	0.997	✓
RMSEA	ต่ำกว่า .05	0.000	✓
RMR	เข้าใกล้ศูนย์	0.001	✓

× หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ผลการทดสอบ

✓ หมายถึง ผ่านเกณฑ์ผลการทดสอบดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบการปรับปรุง

กระบวนการอย่างต่อเนื่อง ปรากฏด้วยค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน ปรากฏดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ผลการประมาณค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการปรับปรุง  
กระบวนการอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ	SE	C.R.	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบมาตรฐาน	R <sup>2</sup>
cpi1	1.000	--	--	.832	.693
cpi2	1.037	.045	22.990**	.817	.667
cpi3	1.147	.051	22.404**	.899	.808
cpi4	1.081	.050	21.729**	.884	.782
cpi5	0.966	.052	18.745**	.805	.649

\*\* หมายถึง นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t-value  $\geq$  2.58)

จากตารางที่ 14 พิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) พบว่า มีค่าเกินกว่า .50 ทุกองค์ประกอบ มีค่าตั้งแต่ 0.805-0.899 ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ cpi3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดเท่ากับ 0.899 รองลงมาคือ cpi4 มีค่าเท่ากับ .884 และน้อยที่สุดคือ cpi5 มีค่าเท่ากับ .805 เมื่อพิจารณาค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) และค่าสถิติ  $t$  พบว่า แตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนค่า R<sup>2</sup> ซึ่งเป็นค่าที่บอกสัดส่วนความแปรผันระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับองค์ประกอบร่วม (Communalities) พบว่า cpi3 มีค่า R<sup>2</sup> มากที่สุดเท่ากับ .808 รองลงมาคือ cpi4 มีค่าเท่ากับ .782 และน้อยที่สุดคือ cpi5 มีค่าเท่ากับ .649

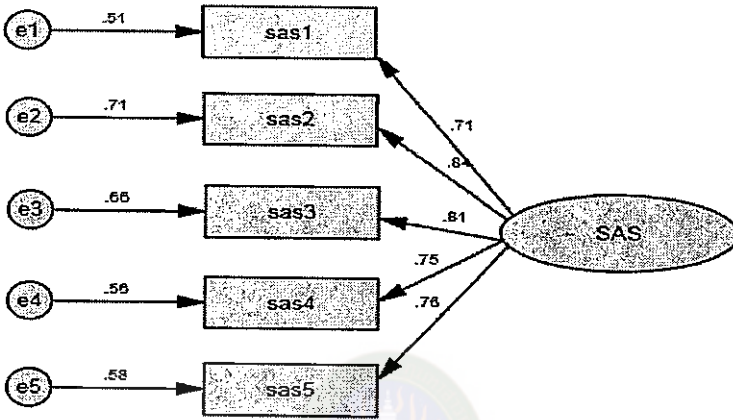
ดังนั้นองค์ประกอบย่อยแต่ละองค์ประกอบใน โมเดลการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กันทุกตัว ซึ่งความสัมพันธ์ที่ได้นี้เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมขององค์ประกอบย่อยที่ปรับให้เป็นค่ามาตรฐานแล้ว จึงสรุปได้ว่า แบบจำลองการวัดองค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องมีความเหมาะสมและกลมกลืนกันกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง

### 3.4 โมเดลการวัดปัจจัยวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ประกอบด้วยตัวแปร

สังเกตได้ จำนวน 5 ตัว ได้แก่ การสำรวจและประเมินความต้องการผู้รับบริการ (sas1) การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น (sas2) การส่งเสริมการมีและใช้ศักยภาพในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ (sas3) ผู้นำส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตาม โดยยึดหลักความพึงพอใจ

ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ (sas4) และการให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์  
ของผู้รับบริการ (sas5)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสำหรับ โมเดลวิธีปฏิบัติเพื่อให้  
ผู้รับบริการพึงพอใจ ปรากฏตามภาพที่ 7



CMIN= 9.334, df= 5, p-value= 0.096, RMSEA= 0.046

แผนภาพที่ 7 องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสำหรับ โมเดลวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึง  
พอใจ ตามภาพที่ 7 พบว่า ค่าสถิติวัดความกลมกลืนของ โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยัน  
ที่กำหนดกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดพิจารณาได้จาก CMIN เท่ากับ 9.334 ที่องศา  
อิสระ (df) เท่ากับ 5 โดยค่า CMIN/df เท่ากับ 1.867 ควรน้อยกว่า 2 มีค่าความน่าจะเป็น (P)  
เท่ากับ 0.096 มีค่ามากกว่า 0.05 แสดงให้เห็นว่าโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันตามที่กำหนดมี  
ความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยแสดงรายละเอียดของค่าดัชนีความสอดคล้อง  
กลมกลืนของ โมเดล ปรากฏดังตารางที่ 15



ตารางที่ 15 ค่าสถิติวัดความกลมกลืนขององค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลวิธีปฏิบัติ  
เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

ค่าดัชนี	เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา	ค่าสถิติ	ผลการพิจารณา
CMIN /df	ไม่เกิน 2	1.867	✓
p-value	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	0.096	✓
NFI	มากกว่า 0.90	0.991	✓
CFI	มากกว่า 0.90	0.996	✓
IFI	มากกว่า 0.90	0.996	✓
GFI	มากกว่า 0.90	0.991	✓
AGFI	มากกว่า 0.90	0.974	✓
RMSEA	ต่ำกว่า .05	0.046	✓
RMR	เข้าใกล้ศูนย์	0.008	✓

✓ หมายถึง ผ่านเกณฑ์ผลการทดสอบดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้อง  
และความกลมกลืนของตัวแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 15 พบว่า ค่าสถิติวัดความสอดคล้องของโมเดล  
องค์ประกอบเชิงยืนยันค่าสถิติวัดความกลมกลืนขององค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลวิธีปฏิบัติ  
เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดพิจารณาได้จากค่า  $\chi^2 /$   
df เท่ากับ 1.867 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดมีความน่าจะเป็น (p) เท่ากับ 0.189 มีค่ามากกว่า 0.05  
ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่า 1.00 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ดัชนีวัดระดับความ  
กลมกลืนที่ปรับแก้ (AGFI) มีค่า 0.99 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ย  
กำลังสองของเศษเหลือ (RMR) มีค่า 0.013 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ย  
ของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) มีค่า 0.021 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และค่า Critical  
N มีค่า 1723.46 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดจึงแสดงให้เห็นว่าสามารถยอมรับ โมเดลองค์ประกอบเชิง  
ยืนยันตามที่กำหนดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์และมีผลการประมาณค่าการ  
วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันปรากฏดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ผลการประมาณค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลวิธีปฏิบัติ  
เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ	SE	C.R.	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบมาตรฐาน	R <sup>2</sup>
Sas1	1.000	--	--	0.715	0.511
Sas2	1.100	0.070	15.735*	0.840	0.706
Sas3	1.072	0.070	15.221*	0.811	0.657
Sas4	1.163	0.082	14.137*	0.748	0.560
Sas5	1.033	0.072	14.361*	0.765	0.585

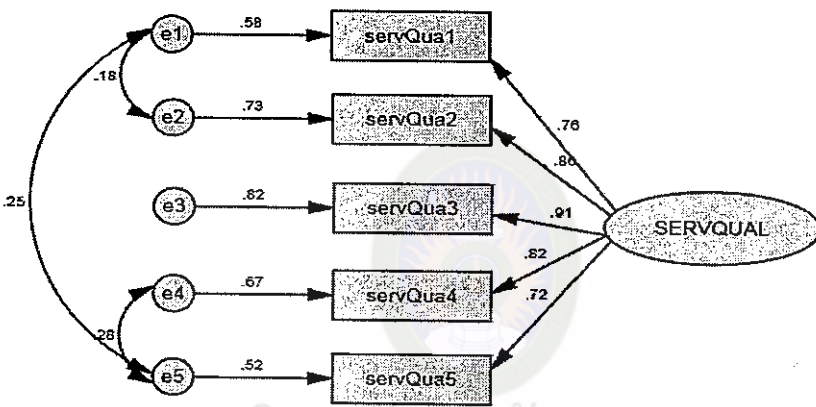
\* หมายถึง นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t-value  $\geq$  2.58)

จากตารางที่ 16 พิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) พบว่า มีค่าเกินกว่า .50 ทุกองค์ประกอบ มีค่าตั้งแต่ 0.715-0.840 ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ sas2 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดเท่ากับ 0.840 รองลงมาคือ sas3 มีค่าเท่ากับ 0.811 และน้อยที่สุดคือ sas1 มีค่าเท่ากับ 0.715 เมื่อพิจารณาค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) และค่าสถิติทดสอบ  $t$  พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนค่า R<sup>2</sup> ซึ่งเป็นค่าที่บอกสัดส่วนความแปรผันระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับองค์ประกอบร่วม (Communalities) พบว่า sas2 มีค่า R<sup>2</sup> มากที่สุดเท่ากับ 0.706 รองลงมาคือ sas3 มีค่าเท่ากับ 0.657 และน้อยที่สุดคือ sas1 มีค่าเท่ากับ 0.511 ดังนั้น องค์ประกอบย่อยแต่ละองค์ประกอบใน โมเดลการวัดปัจจัยด้านวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจมีความสัมพันธ์กันทุกตัว ซึ่งความสัมพันธ์ที่ได้นี้เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมขององค์ประกอบย่อยที่ปรับให้เป็นค่ามาตรฐานแล้ว สรุปได้ว่าแบบจำลองการวัดองค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจมีความเหมาะสมและกลมกลืนกันกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง มีความเที่ยงตรงเชิง โครงสร้างและความน่าเชื่อถือในระดับที่ยอมรับได้

3.5 โมเดลการวัดปัจจัยคุณภาพการบริการ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้จำนวน 5 ตัว ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ (servQua1) การตอบสนอง (servQua2) การสร้างความมั่นใจ (servQua3) การดูแลเอาใจใส่ (servQua4) และรูปปลั๊กอินทางกายภาพ (servQua5)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสำหรับโมเดลคุณภาพการบริการ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 17 แสดงการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโดยรวมหลังจากการปรับแก้โมเดลเพื่อให้มีความสอดคล้องกลมกลืน (Model fit) กับข้อมูลเชิงประจักษ์และภาพที่ 8 แสดงการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโดยรวมหลังจากการปรับแก้โมเดล



CMIN= 1.763, df= 2, p-value= 0.414, RMSEA= 0.000

แผนภาพที่ 8 องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลคุณภาพการบริการ

ผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 17 พบว่า ค่าสถิติวัดความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันค่าสถิติวัดความกลมกลืนขององค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลคุณภาพการบริการที่ปรับปรุงกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดพิจารณาได้จาก CMIN เท่ากับ 1.763 ที่องศาอิสระ(df) เท่ากับ 2 โดยค่า CMIN/df เท่ากับ 0.882 ดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนด มีค่าความน่าจะเป็น (P) เท่ากับ 0.414 มีค่ามากกว่า 0.05 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่า 0.998 ดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ (AGFI) มีค่า 0.987 ดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือ (RMR) มีค่า 0.002 ดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนดค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) มีค่า 0.000 ดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งให้เห็นว่าสามารถยอมรับ โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันตามที่

กำหนดได้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์และมีผลการประมาณค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันปรากฏดังตามตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ขององค์ประกอบเชิงยืนยันคุณภาพการบริการ

ค่าดัชนี	เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา	ตัวแบบหลังปรับ	
CMIN /df	ไม่เกิน 2	0.882	✓
p-value	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	0.414	✓
NFI	มากกว่า 0.90	0.999	✓
CFI	มากกว่า 0.90	0.994	✓
IFI	มากกว่า 0.90	1.000	✓
GFI	มากกว่า 0.90	0.998	✓
AGFI	มากกว่า 0.90	0.987	✓
RMESA	ต่ำกว่า .05	0.000	✓
RMR	เข้าใกล้ศูนย์	0.002	✓

× หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ผลการทดสอบ

✓ หมายถึง ผ่านเกณฑ์ผลการทดสอบดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบคุณภาพการบริการ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังปรากฏตามตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ผลการประมาณค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลคุณภาพการบริการ

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ	SE	C.R.	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบมาตรฐาน	R <sup>2</sup>
servQua1	1.000	--	--	.760	.577
servQua2	1.048	.053	19.810**	.857	.734
servQua3	1.139	.062	18.230**	.907	.823

servQua4	1.104	.066	16.851**	.820	.673
servQua5	0.947	.056	16.771**	.724	.525

\*\* หมายถึง นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $t\text{-value} \geq 2.58$ )

จากตารางที่ 18 พิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) พบว่า มีค่าเกินกว่า .50 ทุกองค์ประกอบ มีค่าตั้งแต่ 0.724-0.907 ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ servQua3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดเท่ากับ 0.907 รองลงมาคือ servQua2 มีค่าเท่ากับ .857 และน้อยที่สุดคือ serqa5 มีค่าเท่ากับ .820 เมื่อพิจารณาค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) และค่าสถิติ  $t$  พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนค่า  $R^2$  ซึ่งเป็นค่าที่บอกสัดส่วนความแปรผันระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับองค์ประกอบร่วม (Communalities) พบว่า servQua3 มีค่า  $R^2$  มากที่สุดเท่ากับ .823 รองลงมาคือ servQua2 มีค่าเท่ากับ .734 และน้อยที่สุดคือ servQua5 มีค่าเท่ากับ .525 ดังนั้น องค์ประกอบย่อยแต่ละองค์ประกอบในโมเดลคุณภาพการบริการมีความสัมพันธ์กันทุกตัว ซึ่งความสัมพันธ์ที่ได้นี้เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนและความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบย่อยที่ปรับให้เป็นค่ามาตรฐานแล้ว สรุปได้ว่าแบบจำลองการวัดองค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการวัดปัจจัยด้านคุณภาพการบริการมีความเหมาะสมและกลมกลืนกันกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

การวิเคราะห์อิทธิพลเชิงสาเหตุ (Path analysis) วิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ โดยศึกษาผลทางตรงและทางอ้อม โดยอาศัยเส้นเชื่อมโยงระหว่างตัวแปร การหาความสัมพันธ์ทางตรงและทางอ้อมระหว่างตัวแปรแฝงแต่ละตัวหรือตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวในแบบจำลอง จากนั้นจึงตรวจสอบความกลมกลืนระหว่างข้อมูลเชิงประจักษ์กับ โมเดลและผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์อิทธิพลเชิงสาเหตุ โดยรวมและตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

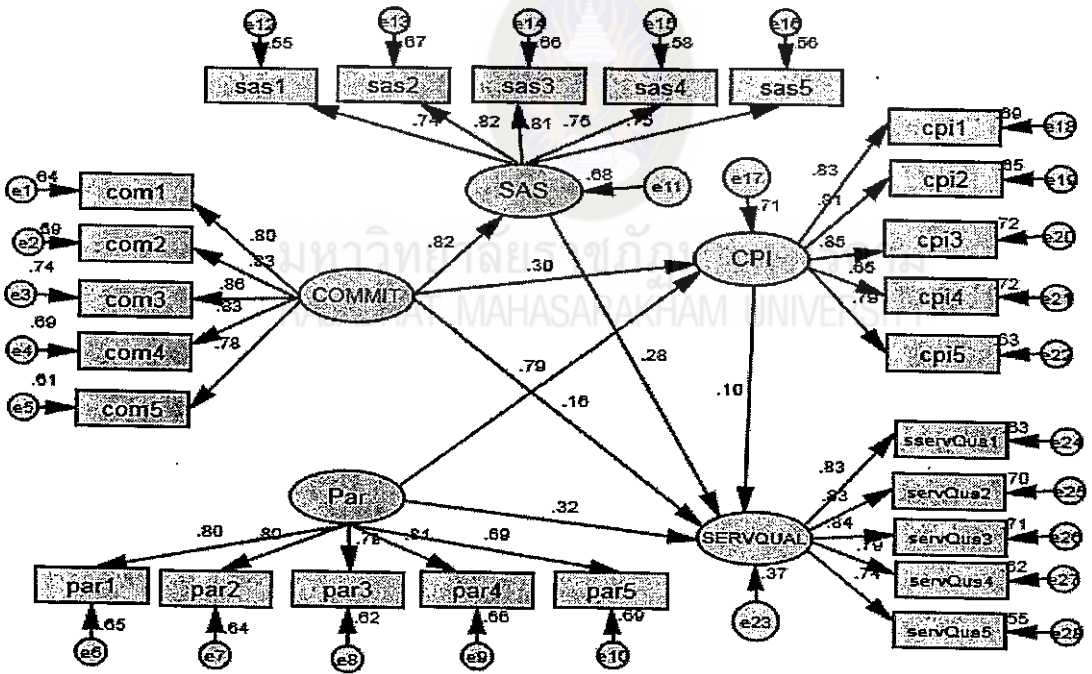
#### 1. ผลการทดสอบความสอดคล้องของตัวแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างโดยรวม

การทดสอบความสอดคล้องของตัวแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างเป็นการทดสอบความสอดคล้องกลมกลืนกันระหว่างข้อมูลที่ได้จากการสังเกตกับตัวแบบ

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานไว้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยการประเมินความเหมาะสมพอดีของการเข้าได้กับข้อมูล (Goodness-of-Fit Statistics) ด้วยดัชนีที่ใช้ตรวจสอบความกลมกลืนหลายตัว ได้แก่ CMIN/df, RMSEA, GFI และ AGFI

ผู้วิจัยได้สร้างเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Covariance Matrix) เพื่อนำความแปรปรวนร่วมดังกล่าวมาใช้ในการดำเนินวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างตามสมมติฐานในครั้งนี้ เพื่อให้ประมาณค่าด้วยวิธีการ Maximum Likelihood (ML) ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยเปรียบเทียบถึงความกลมกลืนระหว่างแบบจำลองตามสมมติฐานที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าสถิติ ได้แก่ CMIN/df; GFI ; AGFI; RMR; RMSEA; *p*-value (Joreskog & Sorbom, 1996, 121-122)

ผลการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างตามสมมติฐานในครั้งแรกดังปรากฏตามตารางที่ 19 และภาพที่ 9



CMIN= 1274.501, df= 268, *p*-value = 0.000, RMSEA= 0.096

แผนภาพที่ 9 โครงสร้างแบบจำลองอิทธิพลเชิงสาเหตุโมเดลตั้งต้นโดยรวม



ตารางที่ 19 ค่าสถิติวัดความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุครั้งแรกโดยรวม

ค่าดัชนี	เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา	ค่าสถิติ	ผลการพิจารณา
CMIN/df	ไม่เกิน 2	4.756	×
p-value	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	0.000	×
NFI	มากกว่า 0.90	0.856	×
CFI	มากกว่า 0.90	0.882	×
IFI	มากกว่า 0.90	0.883	×
GFI	มากกว่า 0.90	0.819	×
AGFI	มากกว่า 0.90	0.780	×
RMSEA	ต่ำกว่า .05	0.096	×
RMR	เข้าใกล้ศูนย์	0.1447	√

× หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ผลการทดสอบ

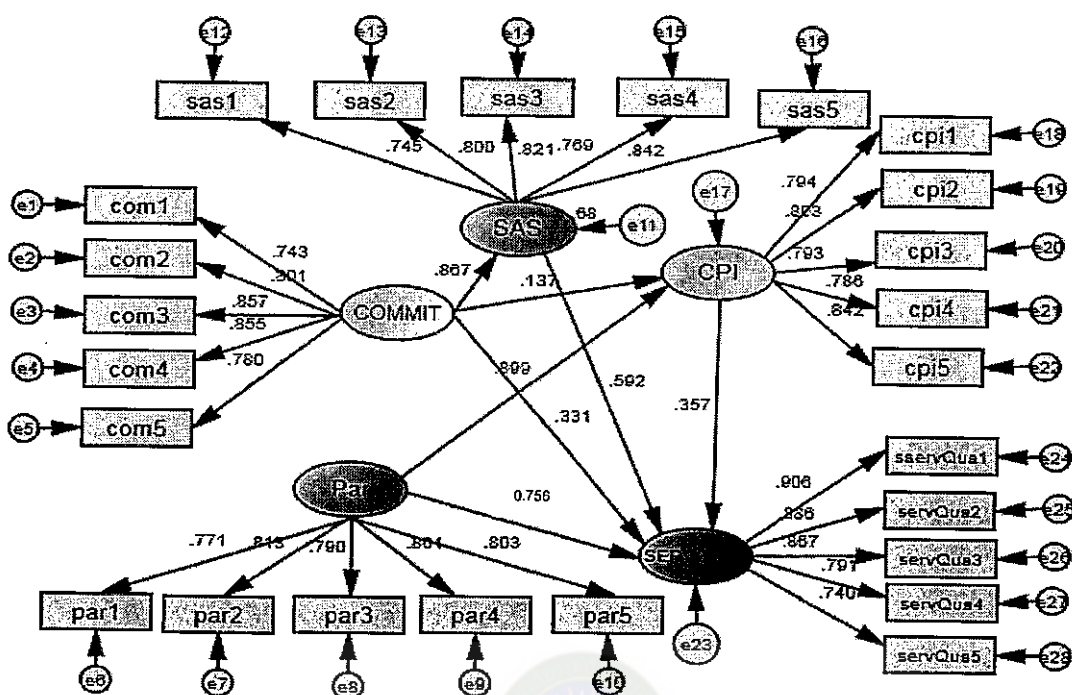
√ หมายถึง ผ่านเกณฑ์ผลการทดสอบดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์

จากตารางที่ 19 และภาพที่ 9 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองสมการ โครงสร้างตามสมมติฐานในครั้งแรก พบว่า แบบจำลองสมมติฐานยังไม่มี ความคล้อยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่า CMIN = 1274.5012, Degree of Freedom = 268, p-value = 0.000, RMSEA = 0.096 เนื่องจากค่า CMIN/df ควร มีค่ามากกว่า 2 (4.756) และมีค่าแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.000) ควร มีค่ามากกว่า 0.05 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่า 0.819 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ (AGFI) มีค่า 0.780 ควร มีค่ามากกว่า 0.90 ขึ้นไป ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) มีค่า 0.096 ควร มีค่าน้อยกว่า 0.05 จึงแสดงให้เห็นว่าแบบจำลองสมการ โครงสร้างตามสมมติฐาน (Hypothesis Model) ยังไม่มี ความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Model non fit) จึงส่งผลให้การประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลในแบบจำลองยังไม่มี ความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ได้จริง ซึ่ง โจรสกอกและซอร์บอม (Jöreskog & Sörbom, 1993: 120-121) กล่าวว่าโมเดลเริ่มต้นไม่จำเป็นต้องถูกต้องหรือกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เสมอไป ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุมาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิจัยไม่พอเพียงที่จะสนับสนุนใน โมเดลสมการ โครงสร้างตามสมมติฐานในกรณีนี้ ผู้วิจัยจึงพิจารณาหาโมเดลที่กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

เพื่อให้ได้โมเดลที่มีค่าพารามิเตอร์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างแท้จริงมีความเป็นไปได้ทางทฤษฎีและมีความเที่ยงตรงพอที่จะสามารถนำไปทดสอบ โมเดลเชิงสาเหตุในขั้นต่อไปได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงปรับ โมเดลใหม่โดยอาศัยเหตุผลเชิงทฤษฎีประกอบค่าดัชนีปรับแต่งโมเดล (Model Modification Indices) กล่าวคือ ยินยอมให้ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ( $\Theta$ ) ของตัวแปรสังเกตได้มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งเป็นการลากเส้นเพื่อที่จะแสดงความสัมพันธ์ของเมทริกซ์สัมประสิทธิ์ความแปรปรวนแปรปรวนร่วมขององค์ประกอบเฉพาะของเมทริกซ์ THETA DELTA ซึ่งอาศัยค่าดัชนีปรับแต่งโมเดล โดยพิจารณาจากที่ละเส้นและประมวลผลใหม่ทุกครั้ง โดยในแต่ละครั้งจะเลือกจากค่าดัชนีปรับแต่งโมเดล โดยเลือกค่าดัชนีปรับแต่งโมเดลที่มากที่สุดก่อน ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดลโดยรวมหลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับ โมเดลทำให้สามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ได้ดังตารางที่ 20 แสดงการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโดยรวมหลังจากการปรับแก้โมเดล เพื่อให้มีความสอดคล้องกลมกลืน (Model Fit) กับข้อมูลเชิงประจักษ์และภาพที่ 10 ผลวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโดยรวมหลังจากการปรับแก้โมเดล

ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดลโดยรวม หลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับ โมเดล ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ได้ดังตารางที่ 20 แสดงการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล โดยรวมหลังจากการปรับแก้โมเดล เพื่อให้มีความสอดคล้องกลมกลืน (Model fit) กับข้อมูลเชิงประจักษ์และภาพที่ 10 ผลวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโดยรวมหลังจากการปรับแก้โมเดล



CMIN= 233.089, df= 205, p-value = 0.087, RMSEA= 0.018

แผนภาพที่ 10 โครงสร้างแบบจำลองอิทธิพลเชิงโมเดลสุดท้ายโดยรวม

ตารางที่ 20 ค่าสถิติวัดความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุที่ปรับปรุงกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยรวม

ค่าดัชนี	เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา	ค่าสถิติ	ผลการพิจารณา
CMIN /df	ไม่เกิน 2	1.137	✓
p-value	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	0.087	✓
NFI	มากกว่า 0.90	0.974	✓
CFI	มากกว่า 0.90	0.997	✓
IFI	มากกว่า 0.90	0.997	✓
GFI	มากกว่า 0.90	0.958	✓
AGFI	มากกว่า 0.90	0.933	✓
RMESA	ต่ำกว่า .05	0.018	✓
RMR	เข้าใกล้ศูนย์	0.013	✓

✓ หมายถึง ผ่านเกณฑ์ผลการทดสอบดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้อง และความกลมกลืนของตัวแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์

จากตารางที่ 20 พบว่า เมื่อพิจารณาผลของค่าสถิติทดสอบของแบบจำลองสมการ โครงสร้างปรับแก้และพัฒนา (Adjust Model) กับเกณฑ์มาตรฐานตามข้อเสนอแนะของ Joreskog & Sorbom (1999, 121-122) พบว่า ค่าสถิติของแบบจำลองทุกค่าผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กำหนดไว้ทั้งหมด คือ ค่า CMIN/df เท่ากับ 1.137 มีค่าน้อยกว่า 2.00 ถือว่าผ่านเกณฑ์ ค่า p-value มีค่าเท่ากับ 0.087 มีค่ามากกว่า 0.05 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ค่า Goodness of Fit Index (GFI) เท่ากับ 0.958 มีค่ามากกว่า .90 ถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ค่า Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) เท่ากับ 0.933 มีค่ามากกว่า .90 ถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ ค่า Root Mean Squared Residuals (RMR) เท่ากับ .0013 น้อยกว่า .05 ถือว่าผ่านเกณฑ์ตาม ที่ กำหนดไว้ ค่า Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA) เท่ากับ .018 มีค่าน้อย กว่า 0.05 ถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ค่า Normed Fit Index (NFI) เท่ากับ 0.974 มีค่า มากกว่า .90 ถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ ค่า Incremental Fit Index (IFI) มีค่าเท่ากับ 0.997 มีค่ามากกว่า 0.90 ถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ ค่า Comparative Fit Index (CFI) เท่ากับ 0.997 มีค่ามากกว่า .90 ถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ถือว่าค่าสถิติทดสอบทั้งหมดผ่าน เกณฑ์ตามที่กำหนดไว้

## 2. ผลการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ของโมเดลโครงสร้างเชิงเส้นโดยรวม

ภายหลังจากที่ตัวแบบสมการ โครงสร้างมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูล เชิงประจักษ์แล้ว เพื่อให้ได้สารสนเทศในการอธิบายผลการวิจัยเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ประเมิน ความสามารถของตัวแปรสังเกตได้ที่ใช้วัดตัวแปรแฝงในตัวแบบ (Model) โดยพิจารณาจาก ความมีนัยสำคัญของน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ประเมินค่าความแปรปรวนที่สกัด ได้ และความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝงที่ศึกษา เนื่องจากเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในคราวเดียวกัน ทั้งหมด ตัวแปรต่างๆ ในตัวแบบจะส่งอิทธิพลถึงกัน ทำให้ค่าต่างๆ ที่ได้จากการประเมินตัว แบบการวัดโดยอิสระจากตัวแปรอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไป ผลการประเมินค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ของตัวแปรแฝงแต่ละตัวในตัวแบบสมการ โครงสร้าง ปรากฏดังตามตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางของตัวแปรสังเกตใน โมเดล โครงสร้างเชิงเส้น โดยรวม

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกตได้	R <sup>2</sup>	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน	S.E.	C.R.
COM	com1	0.553	0.743	---	---
	com2	0.642	0.801	0.55	20.577*
	com3	0.734	0.857	0.59	18.784*
	com4	0.732	0.855	0.66	17.317*
	com5	0.623	0.789	0.70	15.915*
PAR	par1	0.594	0.771	---	---
	par2	0.661	0.813	0.59	19.148*
	par3	0.625	0.790	0.57	17.820*
	par4	0.741	0.861	0.63	18.019*
	par5	0.646	0.803	0.62	17.213*
CPI	cpi1	0.698	0.794	---	---
	cpi2	0.640	0.800	0.04	22.785*
	cpi3	0.795	0.793	0.04	21.097*
	cpi4	0.807	0.786	0.04	21.340*
	cpi5	0.669	0.842	0.04	19.825*
SAS	sas1	0.555	0.745	---	---
	sas2	0.640	0.800	0.06	16.473*
	sas3	0.673	0.821	0.03	16.855*
	sas4	0.592	0.769	0.03	15.755*
	sas5	0.519	0.842	0.03	15.066*
SERVQUAL	servQua1	0.550	0.906	---	---
	servQua2	0.785	0.886	0.04	18.258*
	servQua3	0.752	0.867	0.04	18.046*
	servQua4	0.626	0.791	0.04	16.150*
	servQua5	0.547	0.740	0.04	15.613*

\* หมายถึง นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t-value  $\geq$  2.58)

จากตารางที่ 21 พบว่า ตัวแปรแฝงภายนอก COMMIT ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตได้ 5 ตัวแปร คือ com1,com2,com3,com4 และ com5 จากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize Factor Loading) พบว่า มีค่าเกินกว่า .50 ทุกองค์ประกอบ มีค่าตั้งแต่ 0.743-0.857 ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ com3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดเท่ากับ 0.857 รองลงมาคือ com4 มีค่าเท่ากับ 0.855 และน้อยที่สุดคือ com1 มีค่าเท่ากับ 0.743 เมื่อพิจารณาค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) และค่าสถิติ C.R. พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนค่า  $R^2$  ซึ่งเป็นค่าที่บอกสัดส่วนความแปรผันระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับองค์ประกอบร่วม (Communalities) พบว่า com3 มีค่า  $R^2$  มากที่สุดเท่ากับ 0.734 รองลงมาคือ com4 มีค่าเท่ากับ 0.732 และน้อยที่สุดคือ com1 มีค่าเท่ากับ 0.553

ตัวแปรแฝงภายนอก PAR ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 5 ตัวแปร คือ par1, par2, par3,par4 และ par5 จากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize Factor Loading) พบว่า มีค่าเกินกว่า .50 ทุกองค์ประกอบ มีค่าตั้งแต่ 0.771-0.861 ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ par4 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดเท่ากับ 0.861 รองลงมาคือ par2 มีค่าเท่ากับ 0.813 และน้อยที่สุดคือ par1 มีค่าเท่ากับ 0.771 เมื่อพิจารณา ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) และค่าสถิติ C.R. พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนค่า  $R^2$  ซึ่งเป็นค่าที่บอกสัดส่วนความแปรผันระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับองค์ประกอบร่วม (Communalities) พบว่า par4 มีค่า  $R^2$  มากที่สุดเท่ากับ 0.741 รองลงมาคือ par2 มีค่าเท่ากับ 0.661 และน้อยที่สุดคือ par1 มีค่าเท่ากับ 0.594

ตัวแปรแฝงภายใน CPI ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 5 ตัวแปร คือ cpi1, cpi2, cpi3,cpi4 และ cpi5 จากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize Factor Loading) พบว่า มีค่าเกินกว่า .50 ทุกองค์ประกอบ มีค่าตั้งแต่ 0.786-0.842 ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ cpi5 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดเท่ากับ 0.842 รองลงมาคือ cpi2 มีค่าเท่ากับ 0.800 และน้อยที่สุดคือ cpi1 มีค่าเท่ากับ 0.794 เมื่อพิจารณา ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) และค่าสถิติ C.R. พบว่า แตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนค่า  $R^2$  ซึ่งเป็นค่าที่บอกสัดส่วนความแปรผันระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับองค์ประกอบร่วม (Communalities) พบว่า cpi4 มีค่า  $R^2$  มากที่สุดเท่ากับ 0.807 รองลงมาคือ cpi3 มีค่าเท่ากับ 0.795 และน้อยที่สุดคือ cpi2 มีค่าเท่ากับ 0.640



ตัวแปรแฝงภายใน SAS ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 5 ตัวแปร คือ sas1, sas2, sas3, sas4 และ sas5 จากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize Factor Loading) พบว่ามีค่าเกินกว่า .50 ทุกองค์ประกอบมีค่าตั้งแต่ 0.745-0.842 ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ sas5 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดเท่ากับ 0.842 รองลงมาคือ sas3 มีค่าเท่ากับ 0.821 และน้อยที่สุดคือ sas1 มีค่าเท่ากับ 0.745 เมื่อพิจารณาค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) และค่าสถิติ C.R. พบว่า แตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนค่า  $R^2$  ซึ่งเป็นค่าที่บอกสัดส่วนความแปรผันระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับองค์ประกอบร่วม (Communalities) พบว่า sas3 มีค่า  $R^2$  มากที่สุดเท่ากับ 0.673 รองลงมาคือ sas2 มีค่าเท่ากับ 0.640 และน้อยที่สุดคือ sas5 มีค่าเท่ากับ 0.519

ตัวแปรแฝงภายใน servQua ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 5 ตัวแปร คือ servQua1, servQua2, servQua3, servQua4 และ servQua5 จากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) พบว่า มีค่าเกินกว่า .50 ทุกองค์ประกอบ มีค่าตั้งแต่ 0.740-0.906 ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ servQua1 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดเท่ากับ 0.906 รองลงมาคือ servQua2 มีค่าเท่ากับ 0.886 และน้อยที่สุดคือ servQua5 มีค่าเท่ากับ 0.740 เมื่อพิจารณาค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) และค่าสถิติ C.R. พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนค่า  $R^2$  ซึ่งเป็นค่าที่บอกสัดส่วนความแปรผันระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับองค์ประกอบร่วม (Communalities) พบว่า servQua2 มีค่า  $R^2$  มากที่สุดเท่ากับ 0.785 รองลงมาคือ servQua3 มีค่าเท่ากับ 0.752 และน้อยที่สุดคือ servQua1 มีค่าเท่ากับ 0.550

### 3. ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมโดยรวม

จากผลการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) ซึ่งเป็นการแสดงอิทธิพลความสัมพันธ์ของปัจจัยหรือตัวแปรทั้งอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม และความแปรปรวนของทุกตัว ( $R^2$ ) ของโมเดลเชิงสาเหตุ ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอผลของอิทธิพลจากตัวแปรเชิงสาเหตุต่อตัวแปรผล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ อิทธิพลทางตรง (Direct Effects: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effects: IE) และอิทธิพลรวม (Total Effects: TE) ปรากฏดังตาราง

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมโดยรวม

ตัวแปรสาเหตุ	ประเภท	ตัวแปรตาม		
	ของอิทธิพล	CPI	SAS	SERVQUAL
COMMIT	DE	0.137*	0.867*	0.331*
	IE	-	-	0.464*
	TE	0.137	0.867*	0.795*
PAR	DE	0.899*	---	0.756*
	IE	-	--	0.221*
	TE	0.899	--	0.977*
CPI	DE	-	--	0.357*
	IE	-	-	--
	TE	-	--	0.357*
SAS	DE	-	--	0.592*
	IE	-	--	--
	TE	-	--	0.592*
	R <sup>2</sup>	0.827	0.751	0.265

DE = Direct Effect, IE = Indirect Effect, TE = Total Effect \* ( $p$ -value < 0 .05)

จากตารางที่ 22 เมื่อตรวจสอบการประมาณค่าพารามิเตอร์สัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงที่ศึกษาในแบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural Model) พบว่า

1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร (COMMIT) ส่งผลทางตรง (Direct Effect) ต่อการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร(CPI) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.137 ( $p$ -value < 0 .05) และส่งผลโดยรวม (Total Effect) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.137 ( $p$ -value < 0 .05)

2. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร (COMMIT) ส่งผลทางตรง (Direct Effect) ต่อวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ (SAS) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.867 ( $p$ -value < 0 .05) และส่งผลโดยรวม (Total Effect) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.867 ( $p$ -value < 0 .05)

3. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร (COMMIT) ส่งผลทางตรง (Direct Effect) ต่อคุณภาพการบริการ (servQua) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.331 ( $p$ -value  $< 0.05$ ) ส่งผลทางอ้อม (Indirect Effect) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.464 และส่งผลโดยรวม (Total effect) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.795 ( $p$ -value  $< 0.05$ )

4. การมีส่วนร่วมของบุคลากร (PAR) ส่งผลทางตรง (Direct Effect) ต่อการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร (CPI) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.899 ( $p$ -value  $< 0.05$ ) และส่งผลโดยรวม (Total Effect) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.899 ( $p$ -value  $< 0.05$ )

5. การมีส่วนร่วมของบุคลากร (PAR) ส่งผลทางตรง (Direct Effect) ต่อคุณภาพการบริการ (servQua) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.756 ( $p$ -value  $< 0.05$ ) ส่งผลทางอ้อม (Indirect Effect) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.221 และส่งผลโดยรวม (Total Effect) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.977 ( $p$ -value  $< 0.05$ )

6. การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร (CPI) ส่งผลทางตรง (Direct effect) ต่อคุณภาพการบริการ (servQua) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.357 ( $p$ -value  $< 0.05$ ) และส่งผลโดยรวม (Total Effect) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.592 ( $p$ -value  $< 0.05$ )

7. วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ (SAS) ส่งผลทางตรง (Direct Effect) ต่อคุณภาพการบริการ (SERVQUAL) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.592 ( $p$ -value  $< 0.05$ ) และส่งผลโดยรวม (Total Effect) ทางบวกที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.592 ( $p$ -value  $< 0.05$ )

กล่าวโดยสรุปได้ว่าตัวแปรคุณภาพบริการเป็นตัวแปรตาม พบว่า อิทธิพลรวมของตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากร (PAR) ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.977 ตามด้วยความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร (COMMIT) ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.795 การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร (CPI) ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.357 วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ (SAS) ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.592 ตามลำดับ จากผลการวิเคราะห์เขียนเป็นสมการได้ว่า

$$\text{SERVQUAL} = 0.977 (\text{PAR}) + 0.795 (\text{COM}) + 0.592 (\text{SAS}) + 0.357 (\text{CPI}) ; R^2 = 0.625$$

จากสมการอธิบายได้ว่า ตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิต่อคุณภาพบริการ อันดับแรก คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากร (PAR) อันดับที่สอง คือ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ ของผู้นำองค์กร (COMMIT) อันดับที่สาม คือ การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของ บุคลากร(CPI) และอันดับสุดท้ายคือ วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ โดยองค์ประกอบ ทั้งสี่ปัจจัยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพการบริการได้ร้อยละ 62.5



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนในครั้ง นี้ เป็นการวิจัย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Approach) แบบแผนอธิบายติดตาม (Explanatory design: follow-up explanation design) โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณนำและตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะตามลำดับดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย
2. อภิปรายผลการวิจัย
3. ข้อเสนอแนะ

### สรุป

การครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน มีดังนี้

1. รูปแบบเชิงสมมติฐานของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย ตัวแปรแฝงภายนอก จำนวน 2 ตัว ได้แก่ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร และการมีส่วนร่วมของบุคลากร ส่วนตัวแปรแฝงภายใน จำนวน 3 ตัว ได้แก่ การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจและคุณภาพบริการ

2. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า CMIN/df เท่ากับ 1.137 ค่า  $p$ -value เท่ากับ 0.087 GFI เท่ากับ 0.958, AGFI เท่ากับ 0.933, RMR) เท่ากับ .0013, RMSEA เท่ากับ .018, NFI เท่ากับ 0.974, IFI มีค่าเท่ากับ 0.997 และ CFI เท่ากับ 0.997

3. อิทธิพลรวมของตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากร ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร และวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ โดยองค์ประกอบทั้งสี่ปัจจัยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพการบริการได้ ร้อยละ 62.5

## อภิปรายผล

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อสร้างรูปแบบเชิงสมมติฐานของความสัมพันธ์เชิง

สาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบเชิงสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มี

อิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยตัวแปรแฝงภายนอก จำนวน 2 ตัว ได้แก่ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กรและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ตัวแปรแฝงภายใน จำนวน 3 ตัว ได้แก่ การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจและคุณภาพบริการ ดังผลการวิจัยของ เขาวภา ปฐุมศิริกุล (2554) พบว่า ปัจจัยการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพที่สำคัญมากที่สุดคือ ปัจจัยการจัดการทรัพยากรบุคคล (กนกนาค หงสกุล, 2554) นภาพรณี อินต๊ะ (2555) พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับผลการวิจัยของทวีวัฒน์ ชัยมงคล (2550 : บทคัดย่อ) พบว่า (1) ปัจจัยส่วนบุคคล (รายได้ สถานภาพในการทำงาน ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม) และปัจจัยสภาพแวดล้อม (สภาพแวดล้อมทางด้านอาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการบริหารงาน สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน) ร่วมกันอธิบายความแปรผันในระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโดยรวมได้ร้อยละ 98.4 ( $p < .01$ ) สำหรับระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้านการตัดสินใจด้านการปฏิบัติการด้านผลประโยชน์และด้านประเมินผล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมร่วมกันอธิบายความแปรผันในระดับการมีส่วนร่วมดังกล่าวได้ร้อยละ 62.1, 80.9, 70.0 และ 72.4 ( $p < .05$ ) ตามลำดับ (2) ตัวแบบของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โดยรวมประกอบด้วยตัวแปรพยากรณ์เมื่อเรียงลำดับตามขนาดของสัมประสิทธิ์การถดถอยเชิงส่วนมาตรฐาน ซึ่งแสดงถึงอิทธิพลของตัวแปรเหล่านี้ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับการมีส่วนร่วมคือรายได้สภาพแวดล้อมทางด้านอาคารและสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการบริหารงานสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนร่วมงานสถานภาพในการทำงานและระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม (3) บุคลากรมีระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการตัดสินใจด้านการปฏิบัติงานด้านผลประโยชน์และด้าน



การประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง และ (4) บุคลากรส่วนใหญ่รายงานว่าไม่มีปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพมีบุคลากรเพียงร้อยละ 18.5 ที่มีปัญหา ได้แก่ ปัญหาการไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมขาดความรู้ความเข้าใจตลอดจนไม่ตระหนักถึงความสำคัญในกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ; ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร สอดคล้องกับของ นันสกี มูลตะกอน (2551) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ ได้แก่ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพของผู้นำ; การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร พบผลเช่นเดียวกับบอนัววัฒน์ สุภษิตกุล และจิรัฐมร์ ศรีบัลลังค์ (2543) ที่ชี้ให้เห็นว่าองค์กรที่ผู้ นำมีลักษณะความมุ่งมั่นสูง สามารถส่งผลให้องค์กรไปสู่การพัฒนาที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้ ; การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร ดังผลการศึกษาของชนมณฑชชนก เจริญสวัสดิ์ (2552) ที่ได้พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน และปัจจัยค้ำจุนด้านการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ ( $p$ -value < 0.05); อัจฉราวดี บุญยศิริวงษ์ (2552) ที่พัฒนาคุณภาพบริการสำหรับผู้ป่วยวัยโรคระยะเข้มข้นและครอบครัว พบว่า การใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการที่ดีและวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ เช่นเดียวกับสอดคล้องกับผลการวิจัยของเพชรราชวัลย์ วีระเคชะ (2550 : 66) ซึ่งพบว่า คุณภาพตามความคาดหวังสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งในด้านบุคลากร ด้านคุณภาพบริการ ( $p$ -value < 0.05) ; ความพึงพอใจในคุณภาพบริการด้านความเชื่อถือไว้วางใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (เมทินี วงศ์ธราวัฒน์, 2554) และญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการทางกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลด้านการรักษาฟื้นฟูด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ (ชนภณ พรหมยม, 2552)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณและหาอำนาจการทำนายคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน

สมมติฐานการวิจัย กล่าวว่า “โมเดลตามสมมติฐานสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์”

ผลการวิจัยพบว่า “โมเดลตามสมมติฐานสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง คือ ค่า CMIN/df เท่ากับ 1.137 ค่า  $p$ -value เท่ากับ 0.087 GFI เท่ากับ 0.958, AGFI เท่ากับ 0.933, RMR) เท่ากับ .0013, RMSEA เท่ากับ .018, NFI เท่ากับ 0.974, IFI มีค่าเท่ากับ 0.997 และ CFI เท่ากับ 0.997 ตัวแปรแฝงภายนอก จำนวน 2 ตัว ได้แก่ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กรและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ตัวแปรแฝงภายใน

จำนวน 3 ตัว ได้แก่ การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจและคุณภาพบริการและมีอิทธิพลรวมของตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากร ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร และวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ โดยองค์ประกอบทั้งสี่ปัจจัยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพการบริการได้ ร้อยละ 62.5

เมื่อพิจารณาค่าอิทธิพลของตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แล้วพบว่า ตัวแปรอิสระ จำนวน 4 ตัว ที่เป็นตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากร ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร และวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ตามลำดับ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยการมีส่วนร่วมของบุคลากร พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากร เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชนในรูปแบบที่เป็นสาเหตุสูงสุดและเป็นอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพการบริการ พบผลเช่นเดียวกับ Besterfield และคณะ (1999) ที่เห็นว่า ทักษะบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในองค์การเพราะเป็นผู้ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะทางด้านคุณภาพและเกิดการปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้งและการมีส่วนร่วมของบุคคล คือ การที่บุคลากรระดับปฏิบัติการมีโอกาสในการเสนอแนะความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการทำงานและกำหนดวิธีการทำงานในองค์การ บุคลากรจะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์การและมีแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Maslow (1954); Herzberg, Mausner และ Synderman (1993) การที่บุคคลมีโอกาสมีส่วนร่วม ทำให้บุคคลได้ตอบสนองความต้องการยอมรับจากผู้อื่น ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการทางสังคมหรือเป็นปัจจัยจูงใจ โดยเฉพาะหากได้รับการยอมรับจากบุคคลที่คิดว่ามีความสำคัญต่อตัวเขาจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการทำงานและได้รับความพึงพอใจจากกลุ่มที่ตนมีส่วนร่วม

นอกจากนี้การบริการที่มีคุณภาพต้องมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลา เพื่อยกระดับคุณภาพของบริการให้สูงขึ้นอยู่เสมอ ถือเป็นภาระหน้าที่ของทุกคนในองค์การ โดยทุกคน ทุกระดับตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงหรือผู้อำนวยการ คณะกรรมการบริหาร ไปจนถึงบุคลากรระดับปฏิบัติการทุกฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายบริหาร ฝ่ายบริการ ฝ่ายวิชาการ และฝ่ายสนับสนุนต่างๆ คนที่อยู่ในแต่ละขั้นตอนการทำงานในแต่ละฝ่าย บุคลากรแต่ละคนจะมีบทบาท

และความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน (Ishikawa, 1985) ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพบริหารจึงต้องให้  
 ทุกๆ คนในองค์กรได้มีส่วนร่วมหรือมีบทบาทสำคัญอย่างทัดเทียมกันทั้งนี้เพราะบุคลากร  
 เหล่านั้นเข้าใจสถานการณ์และเป็นผู้ปฏิบัติงานโดยตรง การให้บุคลากรทุกระดับมีความรู้สึก  
 เป็นเจ้าขององค์กรในการปรับปรุงจะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรวดเร็วและมี  
 ประสิทธิภาพสูงสุดได้ ซึ่งการจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการที่เน้นการมีส่วนร่วมของ  
 บุคลากรถือเป็นวิธีการที่ง่ายที่จะช่วยนำพาให้องค์กรบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ของ  
 องค์กรได้นั้นคือ การเพิ่มขึ้นของคุณภาพบริการ(ยุพิน อังสุโรจน์, 2541) สอดคล้องกับผล  
 การศึกษาของกงขวัญ บุญยรัักษ์ (2551) ซึ่งพบว่า ประสพการณ์การมีส่วนร่วมในการจัดการ  
 ความรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ แบ่งเป็น 6 ประเด็น คือ (1) เริ่มต้นด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน  
 (2) ต้องใช้เวลาสร้างความเข้าใจ (3) กิจกรรมใน CoP ไม่มีรูปแบบตายตัว (4) ประสพการณ์ที่  
 ได้รับนำมาปรับใช้ได้หลากหลาย เช่น เกิดประโยชน์ส่วนตัว ส่งผลถึงหน่วยงาน เล่าขานผ่าน  
 สื่อ และร่วมมือสร้างเครือข่าย (5) อุปสรรคมีมากมายทำให้เมื่อหน่วยงานเข้ากลุ่ม และ (6)  
 หน่วยงานต้องทุ่มทุน พร้อมเกื้อหนุนให้กำลังใจ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของบุษบา สังข์ทอง  
 (2550) ซึ่งพบว่า การทำงานเป็นทีมและควมมีอิสระในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกใน  
 ระดับสูงกับคุณภาพบริการของหอผู้ป่วยวิกฤติ ( $p\text{-value} = 0.01$ ) ( $r = 0.79$  และ  $0.77$ ) และ  
 ผลการวิจัยของ ยุพพร มาพะเนา (2552) ซึ่งพบว่า การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวาน  
 และครอบครัวในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาล เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและ  
 ให้บริการ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวในด้านผู้ให้บริการจึง  
 เกิดแนวทางการปฏิบัติและกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน  
 สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากร  
 ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน เป็นการพัฒนาคุณภาพใน  
 มุมมองของผู้ให้บริการ โดยการกระตุ้นให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ  
 บริการ หรือการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้วยความสมัครใจ มีการ  
 ตัดสินใจร่วมกันในข้อตกลงเกี่ยวกับกระบวนการที่กำหนดในองค์กร โดยร่วมคิดและแก้ไข  
 ปัญหาเพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนางาน

กล่าวได้ว่าการที่บุคลากรในโรงพยาบาลเข้าร่วมพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงาน  
 เพื่อให้ โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพและได้รับการรับรอง ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วม  
 ในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วน  
 ร่วมในการประเมินผลหรือเป็นกลไกการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา คุณภาพของ โรงพยาบาล

ควบคู่ไปกับแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ และการรับรองจากองค์กรภายนอก มีการกำหนดมาตรฐาน ตรวจสอบ และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อรับรองว่า โรงพยาบาลมีกระบวนการทำงานที่เป็นมาตรฐานมีระบบตรวจสอบตนเอง โดยมีการปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้ และมีการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มีการนำปัญหามาทบทวนเพื่อให้เกิดการแก้ไขและเกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง มีการบริหารงานที่เป็นระบบ มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการจัดกำลังคน สถานที่และเครื่องมือเหมาะสมสอดคล้องกับพันธกิจและขอบเขตของ โรงพยาบาล ร่วมกับการมีกระบวนการบำรุงรักษาและพัฒนาเพื่อให้ใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการยึดหลักความพึงพอใจของ

ผู้ใช้บริการหมายถึงผู้ใช้บริการทั้งภายนอกองค์กรและผู้ใช้บริการภายในองค์กร ผู้ให้บริการภายนอกองค์กรขององค์การสุขภาพเป็นผู้ให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพทั้งที่เป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ส่วนผู้ใช้บริการภายในองค์การขององค์การสุขภาพเป็นบุคลากรทุกคนและทุกระดับที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ ในการบริหารงานคุณภาพตามหลักการเน้นผู้ใช้บริการเป็นสำคัญนั้น ผู้ให้บริการ ซึ่งจัดเป็นผู้ให้บริการภายในองค์การจะต้องได้รับความเคารพในความเป็นมนุษย์และศักดิ์ศรีจากผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานในองค์การ โดยถือว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน ส่วนผู้ใช้บริการสุขภาพภายนอกจะต้องได้รับการเคารพในความเป็นมนุษย์จากผู้ให้บริการเช่นเดียวกัน ดังนั้น ผู้ให้บริการต้องคำนึงว่าผู้ใช้บริการ คือ บุคคลสำคัญที่ช่วยให้้องค์การสามารถดำเนินพันธกิจขององค์การได้ หากบริการขององค์การใดมีจำนวนผู้มาใช้บริการจากองค์การนั้นๆ น้อยหรือปริมาณความต้องการน้อยหรือปริมาณความต้องการน้อยกว่าปริมาณการผลิต องค์การนั้นย่อมไม่สามารถดำเนินธุรกิจต่อไปไม่ได้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2543; Goettech and Davis, 2000)

2. ปัจจัยความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร พบว่า ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กรเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชนในรูปแบบที่เป็นสาเหตุลำดับที่สอง และเป็นอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพการบริการ สอดคล้องกับผลการศึกษานันสกี มูลตะกอน (2551) ที่ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ได้แก่ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพของผู้นำ เช่นเดียวกับจิราวรรณ ช้างทอง (2554) พบว่า ผลการศึกษารั้งนี้แสดงให้เห็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยนอกด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

โดยเฉพาะเรื่องความกระตือรือร้น แสดงความพร้อมที่จะให้บริการของเจ้าหน้าที่งานบริการของคลินิกให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมให้มีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาให้เพียงพอต่องานบริการ ดังแนวคิดของ Besterfiled และคณะ (1999) กล่าวถึงภาวะผู้นำในลักษณะของผู้นำคุณภาพที่จะนำองค์กรประสบผลสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ ควรจะประกอบด้วย ผู้นำที่ให้ความสำคัญต่อความต้องการของผู้รับบริการทั้งภายนอกและภายในให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ได้บังคับบัญชามากกว่าการควบคุม เน้นกระบวนการปรับปรุงให้ดีขึ้นมากกว่าการรักษาสภาพให้คงอยู่หรือเน้นที่การป้องกันมากกว่าการแก้ไขภายหลังเกิดข้อบกพร่อง ให้การสนับสนุนการประสานงานมากกว่าการเน้นที่การแข่งขันระหว่างหน่วยงาน ให้การฝึกฝนและให้การแนะนำแก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ มีความสนใจในการเรียนรู้ถึงปัญหาและทำให้ปัญหากลายเป็นโอกาสในการพัฒนา พยายามปรับปรุงวิธีการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสื่อสารแบบสองทาง นอกจากนี้การแสดงถึงความมุ่งมั่นในคุณภาพถือเป็นคุณลักษณะที่สำคัญ รวมไปถึงการเลือกผู้ส่งมอบภายนอกบนพื้นฐานคุณภาพและการสนับสนุนทีม ตลอดจนการยอมรับและให้ความสำคัญแก่บุคลากรทุกคน สอดคล้องกับ Kouzes และ Posner (1998 ; อ้างถึงใน รุ่งนภา ยางเอน, 2542) เสนอว่าผู้นำคุณภาพที่จะนำองค์กรประสบความสำเร็จในการบริหารคุณภาพ ควรปฏิบัติหรือมีบทบาทต่างๆ เช่น เป็นผู้ริเริ่มกระบวนการใหม่ๆ ค้นหาโอกาสในการเปลี่ยนแปลงสภาพปัจจุบันขององค์กร เป็นผู้กระตุ้นใจบุคลากรให้สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน ผู้นำจะใช้ทักษะในการสื่อสารให้ทุกคนมุ่งมั่นต่อจุดหมายร่วมกัน เป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานจนประสบความสำเร็จ แสดงตนเป็นแบบอย่างด้านค่านิยมและความเชื่อขององค์กรและใช้รูปแบบการจูง

กล่าวได้ว่าบทบาทของผู้นำที่สำคัญมี 4 บทบาท ได้แก่ บทบาทในการค้นหา

(Path finding) บทบาทในการสร้างความสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน (Aligning) การคิดค้นระบบงานและเทคนิคบริหารเพื่อใช้ในปฏิบัติงานมุ่งสู่วิสัยทัศน์ บทบาทในการกระจายอำนาจการตัดสินใจ (Empowering) การสร้างเงื่อนไขเพื่อผลักดันให้บุคลากรได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการปฏิบัติงานที่มีอยู่อย่างเต็มที่และบทบาทในการเป็นแบบอย่างที่ดี (Modeling) ทั้งหลักการในการทำงานและการประพฤติตน เพื่อสร้างศรัทธาให้กับบุคลากรใช้เป็นแบบอย่าง

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการปรับปรุงคุณภาพบริการเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้นำที่จะริเริ่มนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการไปใช้ ผู้นำมีอิทธิพลมากในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร การวางวิสัยทัศน์ และการกำหนดทิศทางของกระบวนการพัฒนาคุณภาพการสร้างความสำเร็จใดๆ ในองค์กรจะมีโอกาสสำเร็จ



มากกว่าหากผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูงเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยตรงหรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าการพัฒนาคุณภาพบริหารจะสำเร็จได้สูงสุด ถ้าผู้บริหารมีความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ (2543) และอนุวัฒน์ ศุภขุติกุล และ จิรฉมภ์ ศรีบัลลังค์ (2543) ที่ชี้ให้เห็นว่าองค์การที่ผู้นำที่มีลักษณะความมุ่งมั่นสูง สามารถส่งผลให้องค์การไปสู่การพัฒนาที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้ นอกจากนี้ความมุ่งมั่นของผู้นำดังกล่าว ยังส่งผลผ่านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของบุคลากร การยึดหลักความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องและการวัดผลการปฏิบัติงานทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดการคุณภาพ เพื่อนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพบริการ ดังนั้น ความสำเร็จขององค์การที่ได้มาซึ่งคุณภาพบริการนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะความมุ่งมั่นของผู้นำเป็นสำคัญ

### 3. ปัจจัยการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร พบว่า การปรับปรุง

กระบวนการอย่างต่อเนื่องเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชนในรูปที่เป็นสาเหตุ ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์ตัวแปรตามรวมกับตัวแปรอื่นๆ ได้ร้อยละ 82.7 ( $R^2 = 0.827$ ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของอัมพร ปิงชัย (2550) ซึ่งพบว่าการรับรู้คุณภาพบริการตามมาตรฐาน โครงสร้างมีการรับรู้มากที่สุด และผู้รับบริการเสนอแนะให้ศูนย์สุขภาพชุมชนทากาสาหาแนวทางปรับปรุงคุณภาพบริการบางประเด็นที่ยังไม่เป็นที่พอใจของผู้ใช้บริการให้ดีขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของเกศสุดา เหมทานนท์ (2552) ซึ่งพบว่า คุณภาพบริการของสถานอนามัยตามการรับรู้ของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้ให้บริการควรตระหนักและปรับปรุงคุณภาพบริการ เพื่อตอบสนองความคาดหวังและให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและประทับใจในบริการที่ได้รับ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของธนมณฑชนก เจริญสวัสดิ์ (2552) ที่ได้พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงานและปัจจัยค้ำจุนด้านการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ; อัจฉราวดี บุญยสิริวงษ์ (2552) ที่พัฒนาคุณภาพบริการ สำหรับผู้ป่วยวัยโรคระยะเข้มข้นและครอบครัว พบว่า การใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการที่ดี; มิรันตี นรสาร (2554) ที่ได้ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการแบบเครือข่าย โรงพยาบาลตามมาตรฐานสาธารณสุข ซึ่งพบว่า การกระตุ้นและทบทวนการปฏิบัติงานเป็นประจำในหน่วยงานการสร้างตระหนักแก่เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานส่งผลให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการแบบเครือข่าย โรงพยาบาล มีการ



เปลี่ยนแปลงในหน่วยงานคือ มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ดี มีการตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือและยาให้พร้อมใช้ ความเสี่ยงลดลง พฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ดีขึ้นและการพัฒนาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลต่อคุณภาพพยาบาลด้านการสื่อสาร ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสื่อสารเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดีมาก และมีพฤติกรรมการสื่อสารสูงกว่าก่อนทดลอง ( $p$ -value < 0.05) และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลอยู่ในระดับมาก (สุวรรณา เพิ่มพูน, 2552)

สำหรับการปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตจะทำการปรับปรุงกระบวนการที่เต็มไปด้วยความสูญเสียดังกล่าว (Waste) และเวลาไร้ประสิทธิภาพ (Idle) 5 ขั้นตอนหลักของ CPI ประกอบด้วย การเลือกกระบวนการที่จะทำการปรับปรุง ไม่ว่าจะเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้รับบริการเดือดร้อน ไม่พอใจหรือกระบวนการที่ทำให้ประสิทธิภาพการผลิตตกต่ำ จากนั้นจะทำการ วิเคราะห์ เพื่อหาขั้นตอนการทำงานที่เป็นต้นเหตุหรือขั้นตอนการทำงานที่ไม่เกิดมูลค่า การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่องเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นในการสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยการพัฒนาให้เกิดการยอมรับในเป้าหมายด้านคุณภาพ (Oakland, 1987) หรือความพยายามอย่างคงที่สม่ำเสมอในการจัดหาบริการที่ดีขึ้นกว่าเดิมและการมีคุณภาพของผลผลิตที่สูงขึ้น ที่เน้นการปรับปรุงที่บุคคลและกระบวนการของผลิการปฏิบัติงาน โดยใช้วิธีการค้นหาและติดตามอย่างต่อเนื่อง หรือเป็นการที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานหรือผู้บริหาร มีการคิดค้นหาวิถีทางในการที่จะนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสนับสนุนให้มีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น (Bessant, J., & Grunt, M., 1985; Krajewski and Ritzman, 2007)

โดยที่การปรับปรุงระบบงานเพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพของบริการนั้น ตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบ ประกอบกับความเข้าใจพื้นฐานความต้องการและจุดประสงค์การใช้งานของผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ยังใช้หลักการทางสถิติมาช่วยในการค้นหาสาเหตุของปัญหา โดยการศึกษาข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่เพื่อเรียนรู้ที่จะนำมาปรับปรุงงานให้ดีขึ้น โดยใช้วงจรของเดมมิง (สุลัดดา พงษ์รัตนมาน, 2542) เช่น การวางแผนการวางแผนจะต้องมีการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากร การลงมือปฏิบัติการลงมือปฏิบัติเป็นการนำแผนมาปฏิบัติในสถานที่ปฏิบัติงานจริง การตรวจสอบ เป็นการตรวจสอบว่าผลที่ได้จากการปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนหรือไม่ และการกำหนดแนวทางปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่ผ่านการตรวจสอบแล้วว่าสามารถนำไปใช้ได้ ในทางปฏิบัติได้ มากำหนดเป็นมาตรฐานในการทำงาน ทดแทนวิธีปฏิบัติ

เดิม แต่ถ้านำไปใช้แล้วมีปัญหา ต้องย้อนกลับไปที่ยุทธศาสตร์ที่ 1 ใหม่ แล้วดำเนินการซ้ำจนครบถึงขั้นที่ 4 อีกครั้งหนึ่ง

4. ปัจจัยวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ พบว่า วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชนในรูปที่เป็นสาเหตุ ซึ่งสามารถรวมกันพยากรณ์ตัวแปรตามรวมกับตัวแปรอื่นๆ ได้ร้อยละ 75.1 ( $R^2 = .751$ ) สอดคล้องกับผลการวิจัยของเพชรราชวัลย์ วีระเดชะ (2550 : 66) ซึ่งพบว่า คุณภาพตามความคาดหวังสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งในด้านบุคลากร ด้านคุณภาพบริการ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของกตัญชติ นาคชุ่ม (2546) ได้วิเคราะห์ตัวประกอบคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพฯ พบว่า ตัวประกอบความคาดหวังด้านความเป็นรูปธรรมของบริการและอัยยาศัยไมตรีของเจ้าหน้าที่เป็นตัวประกอบความคาดหวังที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 28.09 มีตัวแปรที่บรรยายตัวประกอบ จำนวน 22 ตัวแปร และสอดคล้องกับผลการวิจัยของอัทธมา หรั่งลอย (2544) ได้ศึกษาคุณภาพบริการในมุมมองของญาติผู้ป่วยจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชทั่วไปในเขตภาคเหนือ พบว่า คุณภาพบริการในภาพรวมของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไปในเขตภาคเหนือ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการและความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในการบริการที่ได้รับมากกว่าความคาดหวังในบริการ ( $p < 0.001$ ) ดังผลการวิจัยของ อภิสมัย ไสโยธา (2553) ซึ่งพบว่า คุณภาพบริการของโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคมต่ำกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การใช้เวลารอคอยมากกว่าที่คาดไว้ การยอมรับฟังความคิดเห็นต่ำกว่าที่คาดไว้ ความสามารถในการแก้ปัญหาที่ผู้ใช้บริการต้องการต่ำกว่าที่คาดไว้ ผู้รับบริการไม่ค่อยเชื่อถือผลการตรวจรักษาของแพทย์โดยเฉพาะห้องตรวจโรคทั่วไปและคุณลักษณะของห้องตรวจโรคมีสภาพไม่ตรงตามที่หวังไว้

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก การพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้งนั้นต้องถือเอาความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นความสำคัญอันดับแรก เน้นถึงความสำคัญกับผู้รับบริการ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2539 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ, 2543 ; Crosby, 1984 ; Ishikawa, 1985; Besterfield et al., 1999 และ Brady and Cronin Jr., 2001) โดยผู้รับบริการที่ได้รับการทำงานของเรา คือ ผู้รับบริการหรือผู้มาติดต่อกับโรงพยาบาลและผู้รับบริการภายในคือ บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล ซึ่งทุกคนต่างเป็น

ผู้รับบริการของกันและกัน ซึ่งหน้าที่ของบุคลากรทุกคนคือ การสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการสามารถรับรู้ถึงความต้องการของผู้รับบริการได้ โดยการสำรวจข้อมูลจากการให้ผู้ใช้บริการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ ผู้ใช้บริการและสำรวจชุมชนเป็นต้น ดังนั้น ผู้ให้บริการต้องคำนึงว่าผู้ใช้บริการเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยให้องค์กรสามารถดำเนินพันธกิจขององค์กรได้ หากบริการขององค์กรใดมีจำนวนผู้มาใช้บริการจากองค์กรนั้นๆ น้อยหรือปริมาณความต้องการน้อยกว่าปริมาณการผลิตขององค์กรนั้นย่อมไม่สามารถดำเนินธุรกิจต่อไปไม่ได้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการ อันดับแรก คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากร (PAR) อันดับที่สอง คือ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร (COMMIT) อันดับสาม คือ การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร (CPI) และอันดับสุดท้าย คือ วิถีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ โดยองค์ประกอบทั้งสี่ปัจจัยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพการบริการได้ร้อยละ 62.50 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของวันเพ็ญ ศิวารมย์ (2554) ซึ่งพบว่า 1) สภาพการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอมีการปรับปรุงคุณภาพบริการในระดับปานกลาง โดยมีการปรับปรุงอันดับแรก คือ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางสำหรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการปรับปรุงคุณภาพบริการในระดับน้อย โดยมีการปรับปรุงอันดับแรก คือ การสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้รับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพกายสุขภาพจิตของตนเองในระดับน้อย คุณภาพการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้รับบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอมีการรับรู้คุณภาพบริการส่งเสริมสุขภาพในทั้ง 10 มิติ คุณภาพบริการต่ำกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการ ( $p$ -value < 0.01) และผู้รับบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการรับรู้คุณภาพบริการส่งเสริมสุขภาพในทั้ง 10 มิติคุณภาพบริการสูงกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการ ( $p$ -value < 0.01) และ 3) ปัจจัยการรับรู้คุณภาพบริการ พบว่า ในมุมมองผู้รับบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอสามารถสกัดปัจจัยได้ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ 1 ด้านพฤติกรรมบริการปัจจัยที่ 2 ด้านสมรรถนะบุคลากรปัจจัยที่ 3 ด้านสถานที่และสามารถสกัดปัจจัยการรับรู้คุณภาพบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ 1 ด้านสมรรถนะบุคลากรและพฤติกรรมบริการปัจจัยที่ 2 ด้านกายภาพและปัจจัยที่ 3 ด้านการมุ่งเน้นผู้รับบริการผลการ

วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า รูปแบบการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยผลการวิเคราะห์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอมีค่าไค-สแควร์ไม่แตกต่างกัน ( $p$ -value = 0.109)  $\chi^2 / df = 1.157$  GFI = 0.83 AGFT = 0.74 และ RMSEA = 0.045 สำหรับผลการวิเคราะห์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีค่าไค-สแควร์ไม่แตกต่างกัน ( $p$ -value = 0.06985)  $\chi^2 / df = 1.761$  GFI = 0.81 AGFT = 0.74 และ RMSEA = 0.046 แสดงว่า ปัจจัยการรับรู้คุณภาพบริการในมุมมองผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอและตำบลที่กำหนดขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อเสนอแนะโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีโอกาสในการพัฒนาคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความคาดหวังความศรัทธาและความไว้วางใจของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลอยู่ในระดับมาก (สุวรรณา เพิ่มพูน, 2552) ดังผลการวิจัยนวลอนงค์ ผานัด (2558 :100-103) พบว่า คุณค่าที่รับรู้มีอิทธิพลทางบวกต่อความไว้นื้อเชื่อใจของผู้รับบริการ และคุณค่าที่รับรู้มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการบริษัท การบินไทย จำกัด ความไว้นื้อเชื่อใจมีอิทธิพลทางบวกต่อการบอกต่อของผู้รับบริการและความไว้นื้อเชื่อใจมีอิทธิพลทางบวกต่อการกลับมาใช้บริการซ้ำ ความพึงพอใจมีอิทธิพลทางบวกต่อการบอกต่อ และการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการผลการศึกษาของรุ่งโรจน์ สงสระบุญ (2557 : 152-170) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยการบริการสุขภาพที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาล เอกชน (2) เพื่อค้นหารูปแบบความสัมพันธ์ปัจจัยการบริการสุขภาพที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลเอกชน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ระยะเวลาทำวิจัยตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 – เมษายน พ.ศ. 2557 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 880 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (MultiStage Random Sampling) สถิติที่ทดสอบสมมติฐานประกอบด้วยสถิติวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (Path Analysis) และสถิติวิเคราะห์โมเดลสมการ โครงสร้าง (Structural Equation Modeling : SEM) พบว่า (1) รูปแบบการบริการสุขภาพที่มีผลต่อความพึงพอใจผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลเอกชนประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยการบริการทางการแพทย์และการต้อนรับของแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลเอกชน โดยปัจจัยการบริการสุขภาพที่มีผลมากที่สุด คือ ปัจจัยการต้อนรับของแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลเอกชน รองลงมา ได้แก่ ปัจจัย

การบริการทางการแพทย์ ตามลำดับ (2) ปัจจัยความพึงพอใจของผู้ป่วย ในแผนกอายุรกรรม กลุ่มโรงพยาบาลเอกชน และธิดินันท์ ชาญโกศล (2557 : 207-227) พบว่า ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการคุณภาพการบริการ โครงการฯ นั้น ได้ทำการอ้างอิงสถิติวิเคราะห์ด้วยการตรวจสอบความกลมกลืนของ โมเดลแบบข้อมูลเชิงประจักษ์โดยรวม และประเมินความกลมกลืนของผลลัพธ์ในส่วนประกอบที่สำคัญของ โมเดล โมเดลมีความสามารถในการพยากรณ์ต่อการบริหารจัดการคุณภาพการบริการ โครงการฯ ได้ในระดับดี และเป็นที่ยอมรับ คิดเป็นร้อยละ 57.00

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก การพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลชุมชน โดยทั่วไปแล้วนั้นเป็นรูปแบบกิจกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพเป็นเครือข่าย มุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการโดยตรง ทุกคนที่มีส่วนร่วมมีความสุข ประหยัดและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เกิดขึ้นโดย กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนร่วมกันจัดตั้งเครือข่ายขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ที่ต้องการจะพัฒนาคุณภาพให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ได้คุณภาพบริการที่ส่งมอบให้แก่ประชาชนในมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งการพัฒนานี้ โดยอาศัยความคิด ศักยภาพ และความสามารถของทีมงานระดับหัวหน้าหน่วยงาน ที่มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงหน่วยงานได้ โดยใช้มาตรฐานบริการสาธารณสุข เป็นจุดตั้งต้น และเป็นแกนหลักในการพัฒนา และใช้กระบวนการ TQM-Standardization กำหนดสิ่งที่ทำได้จริง เป็นมาตรฐานคุณภาพสำหรับเครือข่ายด้วยการให้สมาชิกในเครือข่ายร่วมกันเสนอ สิ่งที่จะทำให้เป็นมาตรฐาน แล้วทดลองทำจริงก่อนเสมอใช้กระบวนการเพื่อนช่วยเพื่อน (Quality Round Audit) ทั้งหมดเครือข่าย เป็นเครื่องมือสำหรับการเทียบเคียง (Benchmarking) เป็นระยะๆ เพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และเพื่อความยั่งยืน

การพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลชุมชนจะเกิดขึ้นได้นั้น จุดสำคัญอยู่ที่ หัวหน้าหน่วยงาน แพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารระดับสูง ผู้ปฏิบัติงานในสนาม และผู้สนับสนุนตามลำดับ สิ่งที่หัวหน้าหน่วยงานจะต้องรู้และมีทักษะจนสร้างคุณภาพได้คือ หลักและวิธี “การบริหารแบบสร้างคุณภาพ” วิธีการ “นำ” ให้ลูกน้องทุกคนสร้างคุณภาพ วิธีการ “ควบคุม แก้ไข-ป้องกันปัญหาและการปรับปรุง” โดยใช้การพัฒนาแบบเครือข่ายเป็นวิธีที่ดีและประหยัดที่สุด หัวหน้าหน่วยงานจึงต้องมีความรู้และทักษะในการ “การตรวจประเมิน” กล่าวได้ว่าการจัดการให้เกิดคุณภาพ ในการส่งมอบบริการให้ผู้รับบริการนั้นต้องมองให้ครอบคลุมทั้งบริการส่วนบุคคล (Individual Service) อย่างเช่น ทำคลอด ตรวจผู้ป่วยนอก ผ่าตัดคนไข้หรือบริการกลุ่มคน (Mass Service) ให้สุขศึกษารายกลุ่มหรือบริการสังคม (Social Service) การ



หยอดวัคซีน โปลิโอ การปฏิบัติตามจรรยาวิชาชีพ ซึ่งโรงพยาบาลต้องจัดให้องค์ประกอบของ  
 บริการได้คุณภาพทั้งหมด หรือ Product Content in Service คือ อุปกรณ์การให้บริการที่ให้  
 ผู้ป่วยไปด้วย เช่น ยา ใหมเย็บแผล อาหาร น้ำดื่ม วัสดุ สิ่งของทุกชิ้น ต้องกำหนดรายละเอียด  
 ของผลิตภัณฑ์ (Specification) คัดเลือกผู้จัดหา (Suppliers) คัดกรองรายละเอียดผลิตภัณฑ์อย่าง  
 รัดกุมให้ Suppliers มีกระบวนการจัดเก็บที่ดี มีกระบวนการควบคุมการเบิกจ่าย Mechanize  
 Service คือ เครื่องมือ อาคารสถานที่ที่ให้บริการแล้ว ไม่ได้ให้ผู้ป่วยไปด้วย เช่น ห้องพัก เตียง  
 นอน ผ้าห่ม ครุภัณฑ์การแพทย์ เครื่องมือ เครื่องใช้ การกำหนดรายละเอียดของผลิตภัณฑ์  
 แผนการซ่อมบำรุงและการบำรุงรักษา และ Personalized Service คือ การทำหัตถการ การดูแล  
 และพฤติกรรมบริการ คนทุกคนต้องเป็นผู้ปฏิบัติในกระบวนการ ให้เกิดคุณภาพได้ หัวหน้า  
 ต้องเป็นผู้รับประกันว่าลูกน้องมีความสามารถในกิจที่ควรทำ โดยจัดการให้ มีวิธีการปฏิบัติที่  
 ใช้ในกระบวนการ กำหนดคุณสมบัติของคนที่เหมาะสม คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดและ  
 ฝึกอบรมให้ได้ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยการ Motivation, Education, Training, Skill,  
 Experience การจัดการเรื่องคุณลักษณะบุคลิกของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติต้องมี ความรู้  
 ความสามารถที่ดีพอ ครบถ้วน บุคลิกดี แต่งกายสะอาด ไม่รกรุงรัง (ผม หนวด) ต้องมีสุขภาพที่  
 ดี พร้อมต่อการปฏิบัติหน้าที่ ต้องมี วินัย และปฏิบัติตนเป็นผู้ที่เชื่อถือได้ อากัปกิริยาที่น่า  
 ประทับใจ สบตา ส่งยิ้มด้วยความเป็นมิตร ไมตรี ลูกขึ้นยืน กล่าวทักทายเมื่อพบหน้าทุกครั้ง ใช้  
 น้ำเสียงที่นุ่มนวลชวนฟัง ไม่กระโชก โชกฮาก รู้จัก ปลอดภัย เรียกขวัญ ในคนที่กำลังเสีย  
 ขวัญ กล่าวขอโทษ หรือ ขออนุญาต ก่อนทำหัตถการบนตัวผู้ป่วย ปิดม่านหรือปกปิดร่างกาย  
 ผู้ป่วยเมื่อต้องการทำหัตถการใดๆ ปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยความสุภาพ ละมุนละไม จะเห็นได้  
 ว่าการพัฒนาคุณภาพโดยใช้วิธีการทำงานที่ดีจากสนามจริง (Standardization) ควรกำหนดเป็น  
 ลายลักษณ์อักษร ฝึกผู้ใช้ให้เข้าใจ จูงใจให้คนปฏิบัติตาม ฝึาคิดตามผลว่าวิธีนั้นดีหรือไม่  
 และการปรับแต่งให้ตรงกับที่กำหนด วิธีการบริการที่เหมาะสม (Service Procedure) คือ การ  
 ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ (Work Instructions: WI) ที่เขียนไว้ และดูใน WI ว่ามีจุดคุณภาพ  
 หรือไม่สนองความต้องการของผู้รับบริการหรือไม่ ซึ่งคุณภาพ มิได้เกิดขึ้น “ตามยถากรรม” แต่  
 ทว่าเกิดขึ้น โดยมีเหตุปัจจัยที่ดีที่เหมาะสม ที่เพียงพอ เท่านั้น ดังนั้นเราจึงต้อง “ควบคุม” ปัจจัย  
 เหล่านั้นให้สามารถก่อให้เกิดคุณภาพได้จริง คือ “กำหนดสภาพที่ต้องเป็น” หมั่นตรวจ ให้อู่ว่า  
 อะไรเป็นอะไร ปรับแต่งให้ตรงกับบริการที่กำหนด (Service Specification) แล้วส่งมอบบริการ  
 ให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ (Customer Focus) โดยไม่เดาเอาเองว่าเป็นความ  
 ต้องการของผู้รับบริการ (Product Out Customer Focus) ต้องถามผู้รับบริการเสมอ (Market In



Customer Focus) ซึ่งผู้เกี่ยวข้องของคุณภาพ คือ ผู้ป่วย หรือญาติ ต้องอยู่ในสภาพที่พร้อมต่อการรับรู้ มีความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง ในการดูแลตนเอง บุคลากรต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้อง โรงพยาบาลต้องมียุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมที่คิดครบถ้วนตามมาตรฐานสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องมีการปฏิบัติที่ดี อยู่ในกรอบมาตรฐาน ตามมาตรฐานวิชาชีพผู้บริหาร โรงพยาบาลต้องมีการจัดระบบบริหารที่ดีให้ได้ใบรับรอง คือ HA “ภารกิจหลัก” คือ ต้องส่งมอบบริการที่ดีที่มีคุณภาพตามมาตรฐานบริการสาธารณสุข (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549 : 102-108)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลนั้น ผู้บริหารต้องมีหลักกรรมในการบริหารโดยยึดหลักพรหมวิหาร 4 ได้แก่ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา ซึ่งเริ่มต้นโดยใช้มาตรฐานการพยาบาล แล้วทบทวนว่าปฏิบัติได้ตามเกณฑ์มาตรฐานแล้วหรือยัง มีอะไรบ้างที่ยังไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานก็นำมาทบทวนว่าสิ่งนั้นทำให้เกิดความเสี่ยงขึ้นมาได้หรือไม่ ถ้ายังไม่ได้มาตรฐานก็นำมาพัฒนาโดยใช้ PDCA แล้วประเมินว่ายังมีปัญหาอะไรเหลืออีกบ้าง หลังจากนั้นนำปัญหามาค้นหาสาเหตุที่แท้จริงและวางแผนแก้ไขต่อไป ทำเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ จนเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Pmprovement : CQI) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ การตรวจรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ซึ่งได้แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง QA, CQI และ Accreditation ดังนั้นจึงส่งผลให้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการ คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากร ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้บังคับการ การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร และและวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพการบริการ ได้ร้อยละ 62.50

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การมีส่วนร่วมของบุคลากร พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากร ประเด็นมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยการดำเนินงานน้อยกว่ากิจกรรมอื่นๆ ดังนั้น ทีมผู้บริหารโรงพยาบาลจึงควรให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมประเมินผลการปฏิบัติงานรอบ 6 เดือน หรือร่วมในการประเมินยุทธศาสตร์ประจำปีของโรงพยาบาล เพื่อสะท้อนปัญหาการให้บริการในมุมมองของผู้รับบริการ

1.2 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้บังคับการ พบว่า ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร ประเด็นการจัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้ เรื่อง การพัฒนาคุณภาพบริการ มี

ค่าเฉลี่ยการดำเนินงานกิจกรรมน้อยกว่ากิจกรรมอื่นๆ ดังนั้น ทีมผู้บริหาร โรงพยาบาลควรจัดประชุมวิชาการ เรื่อง การพัฒนาคุณภาพบริหารให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละครั้ง

1.3 การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร พบว่า การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ประเด็นศึกษาเรื่องคุณภาพมาเป็นแนวทางปรับปรุงการทำงานมีค่าเฉลี่ยการดำเนินงานกิจกรรมน้อยกว่ากิจกรรมอื่นๆ ดังนั้น ทีมผู้บริหาร โรงพยาบาลจึงควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้และฝึกทักษะการนำและใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพแบบต่อเนื่อง (CQI) มาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างจริงจัง

1.4 วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ พบว่า วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ประเด็นสำรวจและประเมินความต้องการผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยการดำเนินงานน้อยกว่ากิจกรรมอื่นๆ ดังนั้น ทีมผู้บริหาร โรงพยาบาลควร สำรวจและประเมินความต้องการผู้รับบริการอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง แล้วนำความต้องการเหล่านั้น ไปจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในกรณีที่เป็นปัญหาเร่งด่วนก็ปรับปรุงการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ส่วนปัญหาระยะยาวก็จัดทำแผนปฏิบัติการรองรับ

1.5 คุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า คุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ประเด็นความน่าเชื่อถือ (Reliability) ที่มีกิจกรรมที่สำคัญคือ โรงพยาบาลต้องให้บริการตามที่สัญญาไว้ โรงพยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือในการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ โรงพยาบาลต้องให้บริการตรงตามความต้องการตั้งแต่ครั้งแรก โรงพยาบาลต้องให้บริการได้ตามเวลาที่สัญญาไว้ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงวันเวลาที่มารับบริการในคลินิกต่างๆ มีค่าเฉลี่ยการดำเนินงานกิจกรรมน้อยกว่ากิจกรรมอื่นๆ ดังนั้น ทีมผู้บริหาร โรงพยาบาลจึงให้ความสำคัญและนำประเด็นที่เป็นกิจกรรมสำคัญเหล่านี้ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

1.6 จากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน อันดับแรก คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากร อันดับที่สองคือ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร อันดับที่สามคือ การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากรและอันดับสุดท้าย คือ วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ซึ่งเห็นว่า การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนนั้น สิ่งที่ผู้บริหารหรือทีมผู้นำต้องพิจารณาอันดับแรกคือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร ต้องมีส่วนร่วมทุกระดับ เช่น ระดับที่ 1 เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่บุคลากรในโรงพยาบาลเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล เป็นระดับที่เข้ามามี

ส่วนร่วมในขั้นน้อยที่สุด ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานของบุคลากร โรงพยาบาลในการได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับงาน โดยโรงพยาบาลมีหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลที่เป็นจริงถูกต้อง ทันสมัย และบุคลากรสามารถเข้าถึงได้ ระดับที่ 2 เป็นการเปิดให้บุคลากรในโรงพยาบาลแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ/การปฏิบัติงานของ โรงพยาบาลอย่างอิสระและเป็นระบบ โดยโรงพยาบาลจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็น การปรึกษาหารือ ทั้งเป็นทางการและ ไม่เป็นทางการและนำข้อเสนอแนะความคิดเห็น ประเด็นที่บุคลากรในโรงพยาบาลเป็นห่วง ไปเป็นแนวทางการปรับปรุงนโยบาย การตัดสินใจและพัฒนาวิธีการปฏิบัติงานในหน่วยงาน (To Consult) ระดับที่ 3 เป็นระดับที่หน่วยงานภาครัฐเปิดโอกาสให้บุคลากรในโรงพยาบาล เข้ามามีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบาย การวางแผนงาน โครงการและ วิธีการทำงาน โดยโรงพยาบาลมีหน้าที่จัดระบบอำนวยความสะดวกยอมรับการเสนอแนะและ การตัดสินใจร่วมกับบุคลากร (To Involve) การมีส่วนร่วมระดับนี้มักดำเนินการในรูปแบบ กรรมการที่มีตัวแทนบุคลากรในโรงพยาบาลเข้าร่วม ระดับที่ 4 การที่โรงพยาบาลเปิดโอกาส ให้บุคลากรในโรงพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วม มีบทบาทเป็นหุ้นส่วนหรือภาคีในการดำเนิน กิจกรรมของโรงพยาบาล (To Collaborate) ระดับที่ 5 เป็นการเสริมอำนาจบุคลากร (To Empower) เป็นระดับที่เปิดโอกาสให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีบทบาทเต็มในการตัดสินใจ การบริหารงานและการดำเนินกิจกรรมใดๆ เพื่อเข้ามาทดแทนการดำเนินงานของผู้บริหาร ดำเนินการหรือปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรนี้ถือว่าเป็นการมี ส่วนร่วมในระดับสูงสุดที่เน้นให้บุคลากรเป็นเจ้าของดำเนินการกิจและภาครัฐมีหน้าในการ ส่งเสริมสนับสนุนเท่านั้น

## 2. ข้อเสนอแนะ สำหรับการศึกษารั้งต่อไป

2.1 ควรเพิ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ เช่น ระบบการให้บริการ บุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย และ สิ่งแวดล้อมด้านสถานที่ให้บริการ

2.2 ควรศึกษาคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

2.3 ควรศึกษาคุณภาพการบริการที่เป็นคลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิกเบาหวาน/

ความดันโลหิตสูง คลินิกไตวายเรื้อรัง คลินิกผู้สูงอายุ One Stop Clinic คลินิกเอดส์ คลินิกจิตเวช และยาเสพติด คลินิกแพทย์แผนไทยและคลินิกวัยรุ่น

2.4 ควรศึกษาแนวทางการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเชิงรุก เพื่อให้ได้สารสนเทศที่เพียงพอต่อการปรับปรุงระบบบริการยิ่งขึ้นและนำสิทธิของผู้ป่วยมาสู่การปฏิบัติให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

**บรรณานุกรม**

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

## บรรณานุกรม

- กนกพร ลีลาเทพินทร. (2554). การประเมินระดับคุณภาพการบริการของ โรงพยาบาลรัฐบาล  
ในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL. วารสารวิจัยและพัฒนา มจร. ปีที่ 34  
ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2554
- กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.2549.  
“การมีส่วนร่วมของประชาชน,” [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา:  
<http://www.roiet.go.th/ictroiet/b.html> (5 ตุลาคม 2554).
- กตัญญูลี นาคหุ่ม. (2546). **ตัวประกอบคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ป่วยแผนก  
อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- กนกนาค หงสกุล. (2554). **ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบริการงานชั้นสูตรพลีคสพ  
ในโรงพยาบาลศูนย์กระทรวงสาธารณสุข. รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารรัฐกิจสาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.**
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, กองสูงศึกษา. (2547). **รายงานการศึกษา  
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ. นนทบุรี : เจเอส.**
- กมลรัตน์ มั่งวงษ์. (2554). **ความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของ โรงพยาบาลเอกชน  
ของผู้ประกันตน เขตสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 10.  
วารสารการเงิน การลงทุน การตลาด และการบริหารธุรกิจ. ปีที่ 2 ฉบับที่ 4.**
- เกศสุดา เหมทานนท์. (2552). **คุณภาพบริการของสถานีอนามัยตามความคาดหวังและการรับรู้  
ของผู้รับ.ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัย  
ทักษิณ.**
- จรเดช ดิเรกสุนทร. (2553). **ปัญหาการใช้อำนาจทางปกครองของแพทยสภา : ศึกษากรณี  
การต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม. วิทยานิพนธ์ (นม.) :  
มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.**
- ชนิษฐา ลีอนาม. (2554). **รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพัน  
ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขต  
กรุงเทพมหานคร.ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติ**



ทางการศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- คงขวัญ บุญยรักษ์. (2551). **ประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ**. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชนภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ค่านวล ชุมณี. (2554). **โมเดลแสดงอิทธิพลของคุณภาพบริการของโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต กระบี่ และพังงาต่อความจงรักภักดีของนักท่องเที่ยว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- จันทรารัตน์ คงช่วย. (2549). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคุณภาพบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.) การวิจัยและพัฒนาาระบบสาธารณสุข : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา ธนวิบูลย์ชัย. (2537). **การวิเคราะห์อิทธิพลด้วยเทคนิค Path Analysis**. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- จินตนา ส่องแสงจันทร์. (2549). **การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลท่าตะเียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา**. สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์.
- จิตติมา ธีรพันธุ์เสถียร. (2549). **การศึกษาคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สาขาพร้อมมิตร**. สารนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา วิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จิราวรรณ ช้างทอง. (2554). **ความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีต่อคุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี**. สาขาวิชาการบริหารงานยุติธรรม และสังคม : ร.ม.(การบริหารงานยุติธรรมและสังคม). มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). **ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ**. นทบุรี : โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชาย โปริสิตา. (2547). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้น แอนด์ พับลิชชิง

- ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ. (2558). การวิจัยแบบผสม (Mixed Methods Research) สารสมาคมวิจัยสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2558
- ทวีวัฒน์ ชัยมงคล. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาพแวดล้อม และระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
- ชนกณ พรหมยม. (2552). ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพการบริการทางกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอ่างทอง. การค้นคว้าอิสระปริญญาธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาบริหารธุรกิจมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.
- ชนมณฑนกร เจริญสวัสดิ์. (2552). การพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. ปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชิตินันท์ ชาญโกศล. (2557). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการคุณภาพการบริการ โครงการระบบขนส่งทางรถไฟเชื่อมท่าอากาศยานสุวรรณภูมิและสถานีที่รับ-ส่ง ผู้โดยสารอากาศยานในเมืองของประเทศไทย. วารสารบัณฑิตศึกษา : มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. ปีที่ 8: ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2557
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). โมเดลลิสเรลสตีดิวิเคราะห้ สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- \_\_\_\_\_. (2548). แนวโน้มการวิจัยในยุคสังคมความรู้. วารสารบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น, 1(2), 9-18.
- นพปฎล สุนทรนนท์. (2557). “มิติใหม่ของการบริหารรัฐบาล : เส้นทางแห่งการเปลี่ยนแปลงและท้าทาย,” ใน รัฐสภาสาร. ปีที่ 62 ฉบับที่ 3 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2557.
- นวลฉวี รตางสุ. (2543). ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อการรับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศิริราช. ปริญญาโทการศึกษามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นวลพรรณ วรรณสุธี. (2553). การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลส่งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนคอมพิวเตอร์ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3

: การวิจัยแบบผสมวิธี. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. (สาขาการวิจัยและประเมินผลการศึกษา). มหาวิทยาลัยนเรศวร.

นภาพรณ์ อินตะ. (2554). การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นวลอนงค์ ผานัด. (2558). โมเดลเชิงสาเหตุอิทธิพลของคุณภาพการให้บริการและคุณค่าที่รับรู้ที่มีต่อความไว้วางใจ ความพึงพอใจ การบอกต่อและการกลับมาใช้บริการซ้ำของลูกค้าบริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน). ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.

นฤมล พุกขศิลป์. (2546). การประเมินคุณภาพบริการห้องสมุดในสำนักหอสมุดและศูนย์สารนิเทศมหาวิทยาลัยรังสิต. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. อักษรศาสตร์ (บรรณารักษศาสตร์และสารนิเทศศาสตร์)

นิภาพร ละครวงศ์. (2547). การวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อคุณภาพการบริการพยาบาลโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2555). วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานสำหรับงานสาธารณสุข.

วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2555.

นันทิกี มูลตะกอน. (2551). สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

บุญใจ ศรีสถิตนราฎร. (2543). การพัฒนาดัชนีรวมของคุณภาพการจัดการศึกษาสำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. วารสารการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ. 2(3),204-210.

บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาสน.

บุษบา สังข์ทอง. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัย การทำงานเป็นทีม ความมีอิสระในการทำงานกับคุณภาพบริการของหอผู้ป่วยวิกฤติตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร.

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ปนัดดา วัฒน. (2554). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีต่อการปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพของครู  
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ สาขาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต  
(สถิติประยุกต์) คณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ประสพโชค เจริญวิริยะภาพ. (2554). คุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลบ้านโป่ง  
อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. การค้นคว้าอิสระรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต,  
สาขาวิชานโยบายสาธารณะ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จ  
เจ้าพระยา.
- ปริญานูช ชัยกองเกียรติ และสุธารัตน์ สารสว่าง. (2551). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ  
ระหว่างการจัดการทุนทางปัญญา การจัดการความรู้และประสิทธิผลองค์การของ  
วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยาสารเกษตรศาสตร์ สาขา  
สังคมศาสตร์. ปีที่ : 29 ฉบับที่ 2 เลขหน้า : 140-153 ปี พ.ศ. 2551.
- เพชรราวดี วีระเดชะ. (2550). คุณภาพบริการตามคาดหวังที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ  
ของผู้รับบริการต่อห้องตรวจโรคของผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาล  
อานันทมหิดลซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับรองคุณภาพมาตรฐาน HA.  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เพชรรัตน์ แดงน้อย. (2552). คุณภาพบริการสาธารณสุขที่บ้าน สำหรับครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน  
ชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม. รายงานการศึกษา  
ค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว  
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- เพชรีย์ เรือนก้อน. (2551). การประเมินคุณภาพบริการปฐมภูมิจังหวัดพิษณุโลก.  
หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาระบบและนโยบายสุขภาพคณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- รัตน์ะ บัวสนธ์. (2554). วิธีการเชิงผสมผสานสำหรับการวิจัยและประเมิน. พิษณุโลก.  
\_\_\_\_\_. (2551). ปรัชญาวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.  
\_\_\_\_\_. (2541). การประเมินโครงการ/การวิจัยเชิงปริมาณ. กรุงเทพฯ:  
บริษัท คอมแพคท์พริ้นท์ จำกัด.
- ราตรี นิยมฉลอง. (2551). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ผ่าน  
การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พ.ม.)  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รุ่งนภา ยางเอน. (2542). การเปรียบเทียบคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน  
โรงพยาบาลที่ใช้และไม่ใช้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรธรรม, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งโรจน์ สงสรรบุญ. (2557). รูปแบบการบริการสุขภาพที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย  
ในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลเอกชน. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากรฉบับภาษาไทย:  
ปีที่ 34 (3) : 151-170, 2557
- โรงพยาบาลกลาง. (2553). “กระแสการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล,” ใน สารพัฒนาคุณภาพ  
โรงพยาบาล. ฉบับที่ 14 ปีที่ 4 วันที่ 16-31 ก.ค.53.
- วรระชะ วงศ์ศักดิ์. (2546). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความลาดทาง  
อารมณ์ของครูผู้สอนในจังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต  
สาขาการวิจัยและพัฒนาศึกษา มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วสันต์ ปุ่นผล. (2551). การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณลักษณะนักเรียนที่มีความสามารถพิเศษทาง  
วิทยาศาสตร์ : การประยุกต์ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
การศึกษาคณะศึกษาศาสตร์สาขาการวิจัยและประเมินผลการศึกษา มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วิชาญ เกิดวิชัย. (2547). “คุณภาพในบริการสุขภาพ,” ในเอกสารการสอนชุดวิชาการบริการ  
กลยุทธ์และการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล หน่วยที่ 12. นนทบุรี.  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา.
- วิฑูรย์ สิมะ โชคดี. (2543). คุณภาพ คือ ความอยู่รอด. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ :  
บริษัท เอส.เอเซียเพรส จำกัด
- วีระวัฒน์ ปันนิตามัย. (2544). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อการสร้างระบบบริหารกิจการ  
บ้านเมืองและสังคมที่ดี. วารสารข้าราชการ. ปีที่ 46 ฉบับที่ 4 .
- วีรพงษ์ ลือประสิทธิ์สกุล. (2541). TQM Living Handbook. ภาคสามคู่มือการตรวจวินิจฉัย  
คุณภาพระบบบริหาร. กรุงเทพฯ : บ.บีพีอาร์ แอนด์ ทีคิวเอ็มคอนซัลแทนท์.
- วันเพ็ญ ศิวารมย์. (2554). คุณภาพบริการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ระดับอำเภอและตำบลเขตการสาธารณสุขที่ 10 และ 12. กรมอนามัย กระทรวง  
สาธารณสุข.
- ภัทรนันท์ ไชยคุณ. (2554). ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณภาพงานบริการผู้ป่วย  
ในของโรงพยาบาลก้นทลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. โรงพยาบาลก้นทลักษ์  
จังหวัดศรีสะเกษ
- มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. สำนักวิทยบริการ. (2552). รายงานการวิจัยเรื่องการประเมิน

คุณภาพบริการของสำนักวิทยบริการมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. สำนักวิทยบริการ  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

มีรันตี นรสาร. (2554). การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการแบบเครือข่าย  
โรงพยาบาล(Hospital Network Quality Audit : HNQA) ตามมาตรฐานสาธารณสุข  
กลุ่มที่ 1 ปี 2552 โรงพยาบาลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร. รายงาน  
การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารโรงพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เมทินี วงศ์รวัดณ์. (2553). แนวทางการเสริมสร้างคุณภาพบริการของพนักงานบริการ  
ส่วนหน้าโรงแรมระดับ 5 ดาวในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ. สาขาวิชาการ  
จัดการบริการคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.

ขงยุทธ เอี่ยมฤทธิ์. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพ  
ชุมชนของบุคลากรจังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

เยาวภา ปฐมศิริกุล. (2554). “แบบจำลองปัจจัยความสำเร็จการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพ  
ของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย,” วารสารบริหารธุรกิจ. ปีที่ 34 : ฉบับที่ 130,  
เมษายน-มิถุนายน 2554.

ยุพาพร มาพะเนา. (2552). การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวในคลินิก  
เบาหวานโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2532). “โมเดลเชิงสาเหตุ : การสร้างและการวิเคราะห์,” วิทยวิทยการวิจัย.  
4(3) :1 - 24.

\_\_\_\_\_. (2537). ทฤษฎีการประเมิน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

\_\_\_\_\_. (2548). ทฤษฎีการประเมิน. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศักดิ์ดา ศิริภัทร โสภณและปารย์ทิพย์ ธนาธิคุปตานนท์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพ  
การบริการที่ได้รับกับความพึงพอใจและความภักดีของคนไข้ : กรณีศึกษาโรงพยาบาล  
เอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัย มข. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554; 10(2)

ศุภชาติ แสงเรืองอ่อน. (2553). การบริหารโรงพยาบาลที่เป็นเลิศกับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ  
แนวคิด เกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติ. เวชสารแพทย์ทหารบก, ฉบับที่ 63. เล่มที่ 2.



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล .(2549). **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติ ๑๐๐ ปี**. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

\_\_\_\_\_. (2553). **HA UPDATE 2510**. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

สมหญิง ลมูลพัคตร์. (2545). **ตัวชี้วัดวัฒนธรรมคุณภาพกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาล ศูนย์**.<http://www.thaithesis.org/detail.php?id=1082545001226>

สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. (2553). **โครงการรางวัลคุณภาพแห่งชาติ**. กรุงเทพมหานคร.

สิริรักษ์ ภูริยะพันธ์. (2556). **การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)**. คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร : กรุงเทพฯ .

สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา. (2552). **ความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดตราดที่ผ่านการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**.

**วารสารวิจัยรำไพพรรณี มหาวิทยาลัยรำไพพรรณี**. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (2551) : 46-58.

สุกมาศ อังสุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณมาและรัชนิกุล ภิญ โยภานุวัฒน์ .(2551). **สถิติการวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ : เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL**. กรุงเทพฯ: มิสชั่นมีเดีย.

สุวรรณา เพิ่มพูน. (2552). **ผลของโปรแกรมฝึกอบรมพัฒนาพฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลต่อคุณภาพพยาบาลด้านการสื่อสาร หน่วยงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง**. ปริญญาโท ส.ม. สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

\_\_\_\_\_. (2555). **รายงานผลการดำเนินงานตามนโยบาย รัฐบาลและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข**. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (2555-2559)**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2550). **คู่มือการบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อ**

เสริมสร้างความเป็นเลิศในการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.).สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .(2553). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2553.

นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สุภัทรา มิ่งปรีชา. (2550). ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลแพร์. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและพัฒนาประชาคมเมืองและชนบท, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

สุภางค์ จันทร์วานิช. (2543). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวรรณีย์ แสงมหาชัย. (2544). การจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพรวมขององค์กร: แนวคิดและกระบวนการในการนำไปปฏิบัติ .(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สหાયบลิ็อกและการพิมพ์.

สุดัศดา พงศ์รัตน์นามาน. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

หัตยา แก้วกิม. (2555). ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2 The 2<sup>nd</sup> STOU Graduate Research Conference

อนันต์ มาลารัตน์. (2551). การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการเครือข่ายชุมชนด้านสุขภาพ: การวิจัยแบบผสานวิธี. วิทยานิพนธ์ กศ.ศ. (สาขาการวิจัยและประเมินผลการศึกษา). มหาวิทยาลัยนเรศวร.

อโนทัย งามวิชัยจิต. (2558). การวิจัยแบบผสานการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ.

<http://sms-stou.org/pr/media/journal/article/58-1/58-1-article1.pdf>

อภิสมัย ไสโยธา. (2553). การศึกษาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยนอกที่รับบริการโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. การศึกษาอิสระปริญญาหลักสูตรบริการธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการตลาด มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. (2545). บริการสุขภาพ: แนวทางสู่คุณภาพและประสิทธิภาพ.


- ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และ สุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม (บรรณาธิการ), 30 ประเด็นสู่  
แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (หน้า 295-308). กรุงเทพฯ: สหประชาชาติชัย  
\_\_\_\_\_. (2546). "การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล," ในเอกสารการสอนชุดวิชาการบริหาร  
จัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล หน่วยที่ 15. นนทบุรี :  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช.  
อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และจิรัตรม ศรีรัตนบัลล์. (2543). คุณภาพของระบบสุขภาพ. นนทบุรี :  
โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.  
อัจฉราวดี บุญยศิริวงษ์. (2552). การพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น  
และครอบครัวโรงพยาบาลสกลนคร. รายงานการศึกษาอิสระปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
อัชมา หรั่งลอย. (2544). คุณภาพบริการในมุมมองของญาติผู้ป่วยจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลจิตเวชทั่วไปในเขตภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.) จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.  
อัมพร ปิงชัย. (2553). คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนதாகศ  
อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบ  
สุขภาพมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.  
อินทรา จันทร์ฐ. (2552). ความคาดหวังและการรับรู้จริงต่อคุณภาพการบริการสายการบิน  
ต้นทุนต่ำเที่ยวบินภายในประเทศ. หลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการจัดการมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
อิสระ ทองสามสี และอาคม ใจแก้ว. (2555). การวิจัยแบบผสมผสานวิธีการ. วารสาร  
มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒวิทยาลัย. ฉบับที่ 5, เล่มที่ 1 (2555) : มกราคม-มิถุนายน 2555  
อิสรา ตุงตระกูล. (2553). ปัจจัยเชิงพหุระดับที่อิทธิพลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของ  
หัวหน้าสถานีอนามัย และข้อเสนอเชิงนโยบายของการบริหารงานสถานีอนามัย  
ในจังหวัด นครราชสีมา.  
วิทยานิพนธ์ (ศ.ด.ภาวะผู้นำทางการบริหารการศึกษา) สาขาวิชาภาวะผู้นำทางการบริหาร  
การศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

- Alwin, D.F. & Hauser, R.M. (1975). The Decomposition of effects in path analysis.  
**American Sociological Review**. 40: 37 – 47
- Arikian, Veronica L. (1991). "Total Quality Management: Applications to Nursing service,"  
**JONA** 21(June 1991). 46-50.
- Bagozzi, R.P. and Yi, Y. (1988). "On the evaluation of structural equation models,"  
**Journal of the Academy of Marketing Science**, Vol. 16, No. 1, pp. 74-84.
- Besterfield et al. (1999). **Total Quality Management**. 2<sup>nd</sup> ed. Upper Saddle River, N.J. :  
Prentice Hall,
- Bessant, J., & Grunt, M. (1985). **Management and Manufacturing Innovation in the  
United Kingdom and West Germany**. USA: Gower.
- Brady, M.K. and Cronin, J.J. Jr (2001). "Some new thoughts on conceptualizing perceived  
service quality: a hierarchical approach," **Journal of Marketing**, Vol. 65, pp.  
34-49
- Barber, N. (1996). **Quality Assessment for Healthcare: A Baldrige-Based Hand book :  
Quality Resources**, New York.
- Crosby, P.B. (1984). **Quality Without Tears**. New York; McGraw-Hill.
- Duncan, O.D. (1975). **Introduction to structural equation models**. New York :Academic  
Press.
- Elleuch, A., (2008). "Patient satisfaction in Japan," **International Journal of Health Care  
Quality Assurance**, Vol. 21, No. 7, pp. 692-705.
- Goetsch, D. L., & Davis, S. (2000). **Introduction to Total Quality : Quality, Productivity,  
Competitiveness**. New York : Macmillan Publishing Company.
- Good, C.V. (1973). **Dictionary of Education**. New York : McGraw-hill Book.
- Gronroos C., (1984) "A service quality model and its marketing implications, "**European  
Journal of Marketing**, Vol. 18, No. 4, pp. 36-44.
- George, J.M., & Jones, G.R. (1996). **Organizational behavior: Understanding and  
Management**. New York: Addison-Wesley.
- Hair Jr., J. F., W. C. Black, B. J. Babin, and R. E. Anderson. (2009). **Multivariate Data  
Analysis**, 7<sup>edit</sup>. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

- Hausser, D. L. (1980). **Comparison of Different Models for Organizational Analysis**.  
New York : John Wiley and Son,
- Herzberg, F.B. Mausner & Snyderman. B. (1993). **The Motivation to Work**. New York:  
John Wiley and Sons.
- Heizer, J. H. & Render, B. (1999). **Principles of Operations Management (3<sup>rd</sup> ed.)**.  
New Jersey: Prentice Hall.
- Ishikawa, K. (1985). **What Is Total Quality Control ?**. Translated by D.J.Lu. Englewood  
Cliffs, N.J. : Prentice – Hall.
- Joreskog, K.G., and Sorbom, D. (1993). **Structural Equation Modeling with the Simplis  
command Language**. Chicaco : Scientific Software International inc.
- Kelly, Scott W. (1992). Developing customer orientation among service employees.  
**Journal of the Academy of Marketing Science**, 20, 27 – 36
- Kotler, P. (1994). **Marketing Management : Analysis : Planning, Implementation and  
Control**. 8<sup>th</sup> ed. Englewood Clift: Prentice-Hall.
- Krajewski, L., Ritzman, L., and Malhotra, M. (2007). “Operations Management” 8<sup>th</sup> ed.  
**Pearson Education**, New Jersey, USA.
- Lim, P. C. and Tang, N.K.H., (2000). “A study of patients' expectations and satisfaction in  
Singapore Hospitals,” **International Journal of Health Care Quality Assurance**,  
Vol. 13, No. 7, pp. 290-299.
- Larkin, J. M. (1997). **Effects of Conflict management course on nurse managers**. MSN  
Dissertation. Nursing Health Sciences. Duquesne University.
- MacDonald, K.I.(1979). Interpretation of residual paths and decomposition of variance.  
**Sociological Methods and Research**. 7 : 289 - 304.
- Maslow, A. H. (1954). **Motivation and Personality**. New York : Harper and Brother.
- Mcgregor, D. (1960). **The Human Side of Enterprise**. New York : Mcgraw – Hill.
- Mowday, R., Steers, R.M., & Porter, L. (1979). The measurement of organizational  
commitment. **Journal of Vocational Behavior**, 14, 224-247.
- Nunnally, J.C., 1978, **Psychometric Theory**, New York : McGraw-Hill.

- Pedhazur, Elazar J.(1982). **Multiple Regression in Behavioral Research**. New York : Holt, Rinehart and Winston.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., and Berry,L.L., (1988). "SERVQUAL : A Multiple-item scale For measuring consumer perceptions of service quality," **Journal of Retailing**, Vol. 64, No.1, pp.12-40.
- Robbins, S. P. (1996). **The Administrative Process**. USA : Prentice-Hall.
- Seth N., Deshmukh S.G., and Vrat, P., (2005). "Service quality models: a review," **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol.22, No. 9, pp. 913-949.
- Schumacher, R. E., & Lomax, R. G. (1996). **A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling**. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Stoner, A.F., & Wankel, C. (1986). **Management**. 3rd ed. New Delhi : Prentice – Hill.
- Stanton, William J.; & Charles Futrell. (1987). **Fundamentals of Marketing** . 8<sup>th</sup> ed. New York: McGraw – Hill Book.
- Tosi, H.L. and Carroll, SJ. (1982). **Management**. New York: John Wiley and Sons.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., and Berry,L.L., (1985). "A conceptual model of service qualityand its implications for future research," **Journal of Marketing**, Vol. 49, No. 1, pp. 41-50.
- Pizam, A., (2005). **The Encyclopedia of Hospitality**, Oxford : Butterworth-Heinemann.
- Willer, D. (1986). **Scientific Sociology : Theory and Method**. Englewood Cliff, NJ : Prentice-Hall Inc.
- Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., and Berry,L.L., (1990). **Delivering quality service : Balancing customer perceptions and expectations**, New York :Free Press.
- Zimmermann M.A. (1990). **Taking Aim on Empowerment Research : On the Instinct ion Between Individual and Psychological Conceptions**. Am J Com Psychol 1990 ; 18(1) 169-177.
- Youssef, F.N., Nel, D., Tony, & Bovaird.,1996, "Health care quality in NHS hospitals," **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 9, No. 1, pp. 15-28.





ภาคผนวก ก  
เครื่องมือวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ฉบับที่ 1

แบบวิเคราะห์เอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 1. ชนิดเอกสาร ( ) บทความ ( ) รายงานการวิจัย ( ) ตำรา  
( ) รายงาน/คู่มือ/เอกสารต่างๆ ของหน่วยงานของหน่วยงาน  
( ) วิทยานิพนธ์

2. ชื่อเอกสาร.....

3. ชื่อผู้แต่งและปีที่พิมพ์.....

4. สถานที่พิมพ์.....

5. สาระสำคัญของเอกสาร.....

6. สรุปเนื้อหาสำคัญ.....



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ฉบับที่ 2

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์

1. คุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนในมุมมองของท่าน หมายถึงอะไร

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. ท่านเห็นว่าปัจจัยต่อไปนี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนหรือไม่อย่างไร

2.1 ความน่าเชื่อถือ (ความสามารถในการให้บริการนั้นตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับ ผู้รับบริการการบริการที่ให้ทุกครั้งมีความถูกต้องเหมาะสมและมีความสม่ำเสมอที่จะทำให้ ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่ได้นั้นมีความน่าเชื่อถือสามารถให้ความไว้วางใจได้)



.....  
.....  
.....  
.....

2.2 การตอบสนอง (ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนอง ความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที่ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและ ได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการรวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็วไม่ต้องรอนาน)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2.3 การสร้างความมั่นใจ (ผู้ให้บริการมีทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพมีกิริยาท่าทาง และมารยาทที่ดีในการให้บริการที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและเกิดความมั่นใจว่าจะได้บริการที่ดีที่สุด)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2.4 ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (ความสามารถในการดูแลความเอื้ออาทรเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการในแต่ละคน เกณฑ์วัดคุณภาพบริการ 5 ด้านนี้ ได้มีผู้นำมาใช้ในการวัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาล โดยวัดจากการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการผลที่ได้แปรผันตรงกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการ โดยสิ่งสำคัญที่จะทำให้การจัดการบริการมีคุณภาพสูงก็คือ การจัดการบริการให้ผู้รับบริการรับรู้ตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการ)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



2.5 รูปลักษณ์ทางกายภาพ (ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ได้แก่ เครื่องมืออุปกรณ์บุคลากรและการใช้สัญลักษณ์หรือเอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารให้ผู้รับบริการ ได้สัมผัสและการบริการนั้นมีความเป็นรูปธรรมสามารถรับรู้ได้)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ฉบับที่ 3

## แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

ชุมชน : การวิจัยแบบผสานวิธี

## ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

 ชาย  หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

 มัธยมศึกษา อนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า

4. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน.....ปี

5. บทบาทในการให้บริการคุณภาพบริการใน โรงพยาบาลชุมชน

 ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร (หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย)

## ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถามให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อคำถามเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มี

ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน มากน้อยเพียงใดและ

กาเครื่องหมาย (/) ในช่องทางด้านขวามือของท่านข้อคำถามละ 1 เครื่องหมาย

ข้อคำถาม	ระดับความสำคัญต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้องค์กร(COM)					
1. ประกาศและชี้แจงนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการ.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. ถ่ายทอดและเน้นให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการ ทุกครั้งที่มีการประชุม.....	.....	.....	.....	.....	.....
3. สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ.....	.....	.....	.....	.....	.....
4. กระตุ้นหรือรื้อนในการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการต่างๆ มา ปฏิบัติ.....	.....	.....	.....	.....	.....

ข้อคำถาม	ระดับความสำคัญต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5. จัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการ.....	.....	.....	.....	.....	.....
วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ (SAS)					
1. สำรวจและประเมินความต้องการของผู้รับบริการ.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น.....	.....	.....	.....	.....	.....
3. การส่งเสริมการมีและใช้ศักยภาพในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ.....	.....	.....	.....	.....	.....
4. ผู้นำส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตาม โดยยึดหลักความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญ.....	.....	.....	.....	.....	.....
5. ให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ.....	.....	.....	.....	.....	.....
การมีส่วนร่วมของบุคลากร (PAR)					
1. มีส่วนร่วมในการสร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจของหน่วยงาน.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. ร่วมเป็นคณะกรรมการหรือสมาชิกในทีมพัฒนาคุณภาพ.....	.....	.....	.....	.....	.....
3. ตระหนักถึงคุณภาพบริการต้องเริ่มที่คนแต่ละคน ทำหน้าที่ทำต่อเนื่องและทำเรื่องใกล้ตัว.....	.....	.....	.....	.....	.....
4. ร่วมค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขความผิดพลาดจากการทำงาน.....	.....	.....	.....	.....	.....
5. มีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน.....	.....	.....	.....	.....	.....
การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร (CPI)					
1. ศึกษา เรื่อง คุณภาพมาเป็นแนวทางในการการปรับปรุงทำงาน.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. สร้างวัฒนธรรมการค้นหาโอกาสพัฒนา และดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ : บุคคล โครงสร้าง หน่วยงาน และองค์กร.....	.....	.....	.....	.....	.....
3. ใช้แนวทางในการค้นหาโอกาสที่หลากหลาย เช่น การทบทวนผลงาน การเปรียบเทียบข้อกำหนด/มาตรฐานและมีทีมงานจากสหวิชาชีพแล้วมองภาพรวม.....	.....	.....	.....	.....	.....
4. ประเมินผลการทำงานหลังทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้.....	.....	.....	.....	.....	.....
5. สร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา.....	.....	.....	.....	.....	.....

### ตอนที่ 3 คุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน

คุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน	ระดับความสำคัญต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ความน่าเชื่อถือ (Reliability)					
1. โรงพยาบาลต้องให้บริการตามที่สัญญาไว้.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. โรงพยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือในการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ.....	.....	.....	.....	.....	.....
3. โรงพยาบาลต้องให้บริการตรงตามความต้องการตั้งแต่ครั้งแรก... ..	.....	.....	.....	.....	.....
4. โรงพยาบาลต้องให้บริการได้ตามเวลาที่สัญญาไว้.....	.....	.....	.....	.....	.....
5. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงวันเวลาที่จะมา รับบริการในคลินิกต่างๆ.....	.....	.....	.....	.....	.....
การตอบสนอง (Responsiveness)					



6. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องให้บริการอย่างรวดเร็ว .....	.....	.....	.....	.....	.....
7. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องยินดีให้บริการด้วยความเต็มใจ .....	.....	.....	.....	.....	.....
8. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพร้อมที่จะให้บริการตลอดเวลา .....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>การสร้างความมั่นใจ (Assurance)</b>					
9. ลักษณะท่าทีของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ .....	.....	.....	.....	.....	.....
10. ต้องทำให้ผู้รับบริการสีกวางใจ เมื่อเขามาติดต่อกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ .....	.....	.....	.....	.....	.....
11. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องสุภาพ อ่อนน้อมต่อผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ .....	.....	.....	.....	.....	.....
12. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ที่จะตอบคำถามของผู้รับบริการได้ .....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>การดูแลเอาใจใส่ (Empathy)</b>					
13. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องให้ความสนใจต่อผู้รับบริการเป็นการส่วนตัว .....	.....	.....	.....	.....	.....
14. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องให้บริการด้วยความเอาใจใส่ .....	.....	.....	.....	.....	.....
15. โรงพยาบาลต้องถือเอาผลประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ .....	.....	.....	.....	.....	.....
16. โรงพยาบาลต้องเข้าใจถึงความต้องการของผู้รับบริการ .....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>รูปลักษณ์ทางกายภาพ (Tangibles)</b>					
17. โรงพยาบาลต้องมีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ ทันสมัย .....	.....	.....	.....	.....	.....
18. อุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ต้องดูสวยงามและสะอาด .....	.....	.....	.....	.....	.....
19. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องมีบุคลิกแบบมืออาชีพ .....	.....	.....	.....	.....	.....
20. โรงพยาบาลต้องมีวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ รองรับบริการแก่ผู้รับบริการอย่างความสะดวกและทั่วถึง .....	.....	.....	.....	.....	.....
21. โรงพยาบาลต้องเปิดทำการในเวลาที่สะดวกสำหรับผู้รับบริการ .....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

### แบบประเมินความสอดคล้องของแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถามให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการหรือไม่อย่างไร

ข้อคำถาม	ความสอดคล้อง		
	+1	0	-1
ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร			
1. ประกาศและชี้แจงนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการ.....	.....	.....	.....
2. ถ่ายทอดและเข้าใจเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการ ทุกครั้งที่มีการประชุม.....	.....	.....	.....
3. สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ.....	.....	.....	.....
4. กระตือรือร้นในการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการต่างๆ มาปฏิบัติ.....	.....	.....	.....
5. จัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการ.....	.....	.....	.....
วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ			
1. สำรวจและประเมินความต้องการของผู้รับบริการ.....	.....	.....	.....
2. การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น.....	.....	.....	.....
3. การส่งเสริมการมีและใช้ศักยภาพในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ.....	.....	.....	.....
4. ผู้นำส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตาม โดยยึดหลักความพึงพอใจ ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ.....	.....	.....	.....
5. ให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ.....	.....	.....	.....
การมีส่วนร่วมของบุคลากร			
1. มีส่วนร่วมในการสร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจของหน่วยงาน.....	.....	.....	.....
2. ร่วมเป็นคณะกรรมการหรือสมาชิกในทีมพัฒนาคุณภาพ.....	.....	.....	.....
3. คุณภาพบริการต้องเริ่มที่คนแต่ละคน ทำหน้าที่ ทำค่อเนื่อง และทำเรื่อง ใกล้ตัว.....	.....	.....	.....
4. ร่วมค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขความผิดพลาดจากการทำงาน.....	.....	.....	.....
5. มีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน.....	.....	.....	.....
การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร			
1. ศึกษา เรื่อง คุณภาพมาเป็นแนวทางในการการปรับปรุงการทำงาน.....	.....	.....	.....
2. สร้างวัฒนธรรมการค้นหาโอกาสพัฒนา และดำเนินการพัฒนา อย่างค่อเนื่องในทุกระดับ : บุคคล โครงการฯ หน่วยงาน และองค์กร.....	.....	.....	.....
3. ใช้แนวทางในการค้นหาโอกาสที่หลากหลาย เช่น การทบทวนผลงาน การเปรียบเทียบข้อกำหนด/มาตรฐานและมีทีมงานจากสหวิชาชีพ มาองภาพรวม.....	.....	.....	.....
4. ประเมินผลการทำงานหลังทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้.....	.....	.....	.....

ข้อความ	ความสอดคล้อง		
	+1	0	-1
5. สร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา.....	.....	.....	.....
<b>คุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน</b>			
<b>ความน่าเชื่อถือ (Reliability)</b>			
1. โรงพยาบาลต้องให้บริการตามที่สัญญาไว้ .....	.....	.....	.....
2. โรงพยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือในการแก้ไข ปัญหาของผู้รับบริการ .....	.....	.....	.....
3. โรงพยาบาลต้องให้บริการตรงตามความต้องการตั้งแต่ครั้งแรก .....	.....	.....	.....
4. โรงพยาบาลต้องให้บริการได้ตามเวลาที่สัญญาไว้ .....	.....	.....	.....
5. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงวัน เวลาที่จะมา รับบริการในคลินิกต่างๆ .....	.....	.....	.....
<b>การตอบสนอง (Responsiveness)</b>			
6. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องให้บริการอย่าง .....	.....	.....	.....
7. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องยินดีให้บริการด้วยความเต็มใจ .....	.....	.....	.....
8. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพร้อมที่จะให้บริการตลอดเวลา .....	.....	.....	.....
<b>การสร้างความมั่นใจ (Assurance)</b>			
9. ลักษณะท่าทีของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องสร้างความมั่นใจกับผู้รับบริการ...	.....	.....	.....
10. ต้องทำให้ผู้รับบริการสีกวางใจ เมื่อเขามาคิดต่อกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ..	.....	.....	.....
11. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องสุภาพ อ่อนน้อมต่อผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ ..	.....	.....	.....
12. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ที่จะตอบคำถามของผู้รับบริการได้ .....	.....	.....	.....
<b>การดูแลเอาใจใส่ (Empathy)</b>			
13. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องให้ความสนใจต่อผู้รับบริการเป็นการส่วนตัว ..	.....	.....	.....
14. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องให้บริการด้วยความเอาใจใส่ .....	.....	.....	.....
15. โรงพยาบาลต้องถือเอาผลประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ .....	.....	.....	.....
16. โรงพยาบาลต้องเข้าใจถึงความต้องการของผู้รับบริการ .....	.....	.....	.....
<b>รูปลักษณ์ทางกายภาพ (Tangibles)</b>			
17. โรงพยาบาลต้องมีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ ทันสมัย .....	.....	.....	.....
18. อุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ต้องดูสวยงามและสะอาด .....	.....	.....	.....
19. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องมีบุคลิกแบบมืออาชีพ .....	.....	.....	.....
20. โรงพยาบาลต้องมีวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ รองรับบริการแก่ผู้รับบริการ อย่างความสะดวกและทั่วถึง .....	.....	.....	.....
21. โรงพยาบาลต้องเปิดทำการในเวลาที่สะดวกสำหรับผู้รับบริการ .....	.....	.....	.....



**ภาคผนวก ข**  
**การหาคุณภาพเครื่องมือ**

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ตารางที่ 23 การหาคุณภาพเครื่องมือ

ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ
ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กร	
1. ประกาศและชี้แจงนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการ	0.643
2. ถ่ายทอดและย้ำให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการ ทุกครั้งที่มีการประชุม	0.700
3. สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ	0.785
4. กระตือรือร้นในการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการต่างๆ มาปฏิบัติ	0.631
5. จัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพ บริการ	0.678
ค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ 0.865	
วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ	
1. สำรวจและประเมินความต้องการของผู้รับบริการ	0.489
2. การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น	0.790
3. การส่งเสริมการมีและใช้ศักยภาพในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ	0.748
4. ผู้นำส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตาม โดยยึดหลักความพึงพอใจ ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ	0.716
5. ให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ	0.716
ค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ 0.865	
การมีส่วนร่วมของบุคลากร	
1. มีส่วนร่วมในการสร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจของหน่วยงาน	0.732
2. ร่วมเป็นคณะกรรมการหรือสมาชิกในทีมพัฒนาคุณภาพ	0.575
3. คุณภาพบริการต้องเริ่มที่คนแต่ละคน ทำทันที ทำต่อเนื่อง และทำ เรื่องใกล้ตัว	0.668
4. ร่วมค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขความผิดพลาดจากการทำงาน	0.714
5. มีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน	0.638
ค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ 0.857	
การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร	
1. ศึกษา เรื่อง คุณภาพมาเป็นแนวทางในการการปรับปรุงการทำงาน	0.776
2. สร้างวัฒนธรรมการค้นหาโอกาสพัฒนา และดำเนินการพัฒนา	

ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ
อย่างต่อเนื่องในทุกระดับ : บุคคล โครงการฯ หน่วยงาน และองค์กร	0.793
3. ให้แนวทางในการค้นหาโอกาสที่หลากหลาย เช่น การทบทวนผลงาน การเปรียบเทียบข้อกำหนด/มาตรฐานและมีทีมงานจากสาขาชีพ มามองภาพรวม	0.874
4. ประเมินผลการทำงานหลังทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้	0.890
5. สร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา	0.890
ค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ 0.941	
คุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน	
ความน่าเชื่อถือ (Reliability)	
1. โรงพยาบาลต้องให้บริการตามที่สัญญาไว้	0.638
2. โรงพยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือในการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ	0.714
3. โรงพยาบาลต้องให้บริการตรงตามความต้องการตั้งแต่ครั้งแรก	0.759
4. โรงพยาบาลต้องให้บริการได้ตามเวลาที่สัญญาไว้	0.805
5. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงวัน เวลาที่จะมา รับบริการ ในคลินิกต่างๆ	0.783
การตอบสนอง (Responsiveness)	
6. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องให้บริการอย่าง	0.669
7. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องยินดีให้บริการด้วยความเต็มใจ	0.829
8. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพร้อมที่จะให้บริการตลอดเวลา	0.827
การสร้างความมั่นใจ (Assurance)	
9. ลักษณะท่าทีของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ	0.811
10. ต้องทำให้ผู้รับบริการสีกวางใจ เมื่อเขามาติดต่อกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	0.807
11. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องสุภาพ อ่อนน้อมต่อผู้รับบริการอย่าง สม่าเสมอ	0.861
12. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ที่จะตอบคำถามของผู้รับบริการได้	0.745



ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ
<b>การดูแลเอาใจใส่ (Empathy)</b>	
13. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องให้ความสนใจต่อผู้รับบริการเป็น การส่วนตัว	0.632
14. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องให้บริการด้วยความอย่างเอาใจใส่	0.795
15. โรงพยาบาลต้องถือเอาผลประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญ	0.672
16. โรงพยาบาลต้องเข้าใจถึงความต้องการของผู้รับบริการ	0.562
<b>รูปลักษณะทางกายภาพ (Tangibles)</b>	
17. โรงพยาบาลต้องมีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ ทันสมัย	0.754
18. อุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ต้องดูสวยงามและสะอาดตา	0.646
19. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องมีบุคลิกแบบมืออาชีพ	0.649
20. โรงพยาบาลต้องมีวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ รองรับบริการแก่ ผู้รับบริการอย่างความสะดวกและทั่วถึง	0.646
21. โรงพยาบาลต้องเปิดทำการในเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ	0.633
ค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ 0.957	

ภาคผนวก ก

หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม โทร. ๓๐๐

ที่ บว. ๑๑๒๗/๒๕๕๖

วันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นพ.สำเร็จ โภคาผล

ด้วย นายเสฐียรพงษ์ ติวิณา รหัสประจำตัว ๕๕๘๒๑๐๑๖๐๑๑๓ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาวิจัย และประเมินผลการศึกษา รูปแบบการศึกษานอกเวลาราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน : การวิจัยแบบผสมผสานวิธี” เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุตามวัตถุประสงค์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาการวิจัย

- ด้าน  ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษา
- ตรวจสอบด้านการวัดและประเมินผล
- ตรวจสอบด้านสถิติ การวิจัย
- อื่นๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกรียงศักดิ์ ไพรวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม โทร. ๓๐๐

ที่ บว. ว ๑๑๒๗/๒๕๕๖

วันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นพ.พิทักษ์พงษ์ พายุหะ

ด้วย นายเสฐียรพงษ์ ศิวินา รหัสประจำตัว ๕๕๘๒๑๐๑๗๐๑๑๓ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาวิจัย และประเมินผลการศึกษา รูปแบบการศึกษานอกเวลาราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน : การวิจัยแบบผสมผสานวิธี” เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุตามวัตถุประสงค์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาการวิจัย

- |      |                          |                                    |
|------|--------------------------|------------------------------------|
| ด้าน | <input type="checkbox"/> | ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษา |
|      | <input type="checkbox"/> | ตรวจสอบด้านการวัดและประเมินผล      |
|      | <input type="checkbox"/> | ตรวจสอบด้านสถิติ การวิจัย          |
|      | <input type="checkbox"/> | อื่นๆ ระบุ.....                    |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกรียงศักดิ์ ไพพรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ศษ ๐๕๔๐.๐๑/ว ๑๔๔๕

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

อ.เมือง จ.มหาสารคาม ๔๔๐๐๑

๒๔ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน คร. ภาสกร เต็มภูนิล

ด้วย นายเดชาธิพงษ์ ทิวิธา รหัสประจำตัว ๕๕๘๒๑๐๑๗๐๑๑๓ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาวิจัย และประเมินผลการศึกษา รูปแบบการศึกษานอกเวลาราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน : การวิจัยแบบผสมผสานวิธี” เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุตามวัตถุประสงค์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาการวิจัย

- เพื่อ  ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษา
- ตรวจสอบด้านการวัดและประเมินผล
- ตรวจสอบด้านสถิติ การวิจัย
- อื่นๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกรียงศักดิ์ ไพรรวม)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๖๒-๕๔๓๘



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม โทร. ๓๐๐

ที่ บว. ว ๑๑๒๗/๒๕๕๖

วันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผศ.ดร.ไพศาล วรคำ

ด้วย นายเสฐียรพงษ์ ตีวินา รหัสประจำตัว ๕๕๘๒๑๐๑๗๐๑๑๓ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาวิจัย และประเมินผลการศึกษา รูปแบบการศึกษานอกเวลาราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน การวิจัยแบบผสมผสานวิธี” เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุตามวัตถุประสงค์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาการวิจัย

- ด้าน  ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษา
- ตรวจสอบด้านการวัดและประเมินผล
- ตรวจสอบด้านสถิติ การวิจัย
- อื่นๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกรียงศักดิ์ ไพรรวม)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม โทร. ๓๐๐

ที่ บว. ๑๑๑๒๗/๒๕๕๖

วันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผศ. กนกพร ทองสอดแสง

ด้วย นายเสฐียรพงษ์ ศิวินา รหัสประจำตัว ๕๕๘๒๑๐๑๗๐๑๑๓ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาวิจัย และประเมินผลการศึกษา รูปแบบการศึกษานอกเวลาราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน : การวิจัยแบบผสมผสานวิธี” เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุตามวัตถุประสงค์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาการวิจัย

คำาน  ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษา

ตรวจสอบด้านการวัดและประเมินผล

ตรวจสอบด้านสถิติ การวิจัย

อื่นๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกรียงศักดิ์ ไพรวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายเสฐียรพงษ์ ศิวินา
วันเกิด	วันที่ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. 2508
สถานที่เกิด	บ้านเลขที่ 34 หมู่ที่ 4 ตำบลฝักแว่น อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 161 หมู่ที่ 5 ตำบลเมืองบัว อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
สถานที่ทำงาน	กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางแพทย์ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานกลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางแพทย์
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2530	ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น
พ.ศ. 2535	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา
พ.ศ. 2546	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ศศ.ม.) (สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา) สถาบันราชภัฏมหาสารคาม
พ.ศ. 2552	ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต (ปร.ค.) (สิ่งแวดล้อมศึกษา) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
พ.ศ. 2559	ครุศาสตรมหาบัณฑิต (ค.ม.) (การวิจัยและประเมินผลการศึกษา) มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม