

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

เปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการและคุณภาพบริการ
ที่ได้รับในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

นพรัตน์ โขวิฑูรกิจ

b00260403

10 ก.ค. 2561

377885

เริ่มบริการ

24 เม.ย. 2562

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินรายได้ ของ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ 2546

ประกาศคุณูปการ

ผลงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จาก นายแพทย์ธวัช วัฒนิงสิงคาลวณิช ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่อนุมัติทุนอุดหนุนงานวิจัย ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ผศ. ดร. รัชณี สรรเจริญ ผศ. ดร. จินตนา วัชรสินธุ์ และ ดร. พิสมัย หอมจำปา ที่กรุณาให้คำปรึกษาและช่วยแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผศ. ดร. ไพรัตน์ วงษ์นาม ผู้ทรงคุณวุฒิให้คำปรึกษาด้านสถิติการวิจัย และนายแพทย์พิศิษฐ์ พิธิยาพรรณ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้รับแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ และประสบการณ์อย่างกว้างขวางในการทำวิจัยครั้งนี้ จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ พี่น้องพยาบาล และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่สนับสนุนและช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย รวมทั้งผู้ที่ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณทุก ๆ ท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือเป็นกำลังใจสำคัญอย่างยิ่งในการทำผลงานวิจัยฉบับนี้ให้สำเร็จด้วยดี

นพรัตน์ โขวิฑูรกิจ

1 สิงหาคม 2547

ชื่อเรื่อง เปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการและคุณภาพบริการที่ได้รับใน
หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้วิจัย นพรัตน์ ไชวิชุกรกิจ

ปี พ.ศ. 2546

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การแพทย์

คำสำคัญ ความคาดหวัง/ การรับรู้/คุณภาพบริการ

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา เปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการและคุณภาพบริการที่ได้รับในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพบริการกับบริการที่ได้รับและศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพบริการ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยในที่มีมารับบริการ ณ หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 176 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยเป็นแบบสอบถามความคาดหวังและแบบสอบถามการรับรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ และ สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยสรุปดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนของความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่จำแนกรายด้านพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง 1 ด้าน
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางแต่จำแนกรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมาก 2 ด้านและอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน
3. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา พบว่า คุณภาพบริการของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพโดยภาพรวมและจำแนกรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา แยกตาม เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการเบิกจ่าย ในภาพรวมไม่แตกต่างกันแต่จำแนกรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในประเด็นของสถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการเบิกจ่าย
5. ผลความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการตามการรับรู้กับ อายุ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลโดยภาพรวมไม่แตกต่างกันเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การรับรู้คุณภาพบริการด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์ในทางลบกับจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพบริการ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้างมีความสำคัญสูงสุดในการทำนายคุณภาพบริการ รองลงมาคืออาชีพรัฐวิสาหกิจ ได้สมการรูปคะแนนมาตรฐานดังนี้

Title : Comparative of Inpatient's Expectation on service quality and Perception on service quality at General Ward Health Science Center, Burapha University.

Researcher : Ms.Nopparat Khowitookit

Grant : Health Science Center, Burapha University

Year : 2003

Concentration : Health Science

Key words : Expectation, Perception, Service quality

ABSTRACT

The purposes of this study were compare service quality between expectation and perception of patients in Health Science Center, Burapha University. The samples were one thousand five hundred and twenty patients by purposive sampling. The tools were the expectative and perspective questionnaire ($r = 0.94, 0.94$). Statistics employed were means, percentage, standard deviation, t-test, one way ANOVA, Correlation and Step-wise multiple regression.

The studies were found that :

1. As the whole the expectation on quality of services were in high level but the tangibles was in medium level.
2. The perception on quality of services were in medium level. The most inpatient's perception were reliability and empathy.
3. The comparative of inpatient's expectations and perception on service quality at general ward were difference with the statistical significance ($p < .05$).
4. As the whole sex, status, education, vocation, welfare were not difference with the statistical significance ($p < .05$) by comparative of inpatient's expectations and perceptions on service quality at general ward. The Tangibles, Reliability and Assurance were difference with the statistical significance ($p < .05$) in the view of status, vocation and welfare.
5. Relative of Age, Income and During time of admission were not difference with the statistical significance ($p < .05$).
6. The effect that predicted quality of service was vocation (employee) with the statistical significance ($p < .05$) Z score = .176 .The second of effect that predicted quality of service was a state enterprise Z score = - .159.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพประกอบ	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพและระบบบริการผู้ป่วยใน	5
ระบบบริการผู้ป่วยใน	6
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วย	8
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ	11
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัย	29
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล	39

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	39
ระยะเวลาที่ทำการวิจัย	40
4 ผลการวิจัย	41
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	61
สรุปผลการวิจัย	62
อภิปรายผล	65
ข้อเสนอแนะ	71
บรรณานุกรม	72
ภาคผนวก	82
แบบสอบถาม	83
ประวัติย่อของผู้วิจัย	91

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการเบิกจ่าย	42
2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ อายุ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และระยะเวลาการเข้ารับบริการ	44
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลตาม ความคาดหวังและการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา	44
4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลตาม การรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา	45
5 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้จริง ของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในภาพรวมและจำแนก รายด้าน	46
6 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำแนกตามเพศ ในภาพรวมและ จำแนกรายด้าน	47
7 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำแนกตามสถานภาพสมรส ในภาพรวม และจำแนกรายด้าน	48

ตารางที่

หน้า

8	ผลการเปรียบเทียบรายคู่ คุณภาพบริการตามการรับรู้จริง ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย สามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในด้านความเชื่อถือไว้วางใจ กับสถานภาพสมรส	49
9	ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้จริง ของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำแนกตามระดับการศึกษา ในภาพรวมและจำแนกรายด้าน	50
10	ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำแนกตามอาชีพในภาพรวมและ จำแนกรายด้าน	51
11	ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในด้านความเชื่อถือไว้วางใจกับอาชีพ ...	52
12	ผลการเปรียบเทียบรายคู่ คุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในด้านความมั่นใจกับอาชีพ	53
13	ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้จริง ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำแนกตามประเภทการเบิกจ่ายใน ภาพรวมและจำแนกรายด้าน.....	54
14	ผลการเปรียบเทียบรายคู่ คุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย สามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในด้านความเป็นรูปธรรม ของบริการกับประเภทการเบิกจ่าย	55
15	ผลการเปรียบเทียบรายคู่ คุณภาพบริการตามการรับรู้จริง ของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย สามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในด้านความเชื่อถือไว้วางใจ กับประเภทการเบิกจ่าย	56
16	ผลการเปรียบเทียบรายคู่ คุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย สามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในด้านความมั่นใจกับประเภท การเบิกจ่าย	57

17	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา กับปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และระยะเวลาที่รับบริการใน โรงพยาบาลในภาพรวม และจำแนกรายด้าน	58
18	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ(R)ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับคุณภาพบริการ.....	59
19	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนน มาตรฐาน (beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอย พหุคูณที่ใช้พยากรณ์คุณภาพบริการ	60

สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบที่

หน้า

1	รูปแบบการกำหนดคุณภาพบริการ	22
---	----------------------------------	----

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

การจัดบริการสาธารณสุขตามแผน พัฒนาการสาธารณสุขเป็นการจัดบริการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนด้านสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนของประเทศมีสุขภาพดีขึ้น การจัดบริการสุขภาพต้องจัดบริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึงจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทางด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการพัฒนาด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร ทำให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับผู้รับบริการมีความรู้เรื่องสุขภาพมากขึ้นจึงมีความคาดหวังและแสวงหาสถานบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองความต้องการตามที่ตนคาดหวัง สถานบริการสุขภาพจึงต้องมีการแข่งขันในเรื่องคุณภาพของผลผลิตและการบริการที่ประทับใจซึ่งการบริการที่มีคุณภาพนั้นต้องสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด

ในการให้บริการด้านสุขภาพของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ผ่านมามีปัญหาการ ให้บริการยังไม่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ จากปัญหาการ ให้บริการที่ล่าช้า การมีบุคลากรให้บริการไม่เพียงพอ บุคลากรพูดจาไม่สุภาพ อาหารไม่อร่อย ห้องผู้ป่วยไม่ค่อยมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและผลลัพธ์ของคุณภาพการบริการไม่เป็นที่พึงพอใจทำให้ผู้รับบริการไม่มีความเชื่อมั่น ในการเข้ารับบริการในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจการแข่งขันด้านบริการสุขภาพสูงโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนได้ตระหนักถึงสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีการนำกลยุทธ์ทางการตลาดมาใช้ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจในการบริการ การดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้ประชาชนหันมาใช้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้นในปัจจุบันประชาชนในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 60 ที่ใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน (สงวน นิตยรัมภ์พงศ์, 2539 , หน้า 12) ต่อมาทางกระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญเรื่องคุณภาพบริการและได้นำการบริหารคุณภาพมาใช้ในโรงพยาบาลรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 เป็นต้นมาโดยกำหนดให้โรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพเต็ม 100 เปอร์เซ็นต์ โดยวัดจากผู้ใช้บริการ ได้รับการบริการตรงตามความคาดหวังและเกิดความพึงพอใจผลการดำเนินการจากการพัฒนาคุณภาพบริการตามแผนดังกล่าวพบว่ากระทรวงสาธารณสุขต้องมีการปรับปรุงงานที่ผิดพลาด ที่ต้องมีการปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานในเรื่องการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่และลดขั้นตอนของระบบงานเป็นต้น (งามจิตต์ จันทรสาธิต, 2539)

จากแนวทางการคิดในการปฏิรูประบบราชการในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ทำให้โรงพยาบาลของรัฐในระบบราชการเป็น โรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐซึ่งเป็นนโยบายที่มีการปฏิรูประบบราชการ โดยสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐออกเป็นหน่วยงานในกำกับ โดยเฉพาะหน่วยงานบริการที่ต้องเน้นคุณภาพ ได้มีการปรับเปลี่ยนคุณภาพบริการและระบบงานประกอบด้วย การลดขั้นตอนการทำงานแบบราชการ ปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลให้ทันสมัย สะดวก สะอาด โดยยึดความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลัก พัฒนาคุณภาพบริการโดยขยายบริการที่จำเป็นมากขึ้น ส่งเสริมและจูงใจบุคลากรโดยการจ้างค่าตอบแทนเพิ่ม บุคลากรทางการแพทย์ได้รับค่าตอบแทนในการทำงานนอกเวลา โดยมีเงื่อนไขเช่นเดียวกับการทำงานในโรงพยาบาลเอกชน เน้นการประชาสัมพันธ์กับผู้มารับบริการและประชาชนในพื้นที่มากขึ้น ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา อยู่ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นหน่วยงานราชการที่จะต้องปฏิรูปหน่วยงานให้เป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐหน่วยงานหนึ่ง ซึ่งขณะนี้ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพาได้เปิดให้บริการด้านสุขภาพแก่ข้าราชการทั้งภายในภายนอกมหาวิทยาลัยประชาชนทั่วไปและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นหน่วยงานที่สามารถให้บริการรับผู้ป่วยขนาด 150 เตียง แต่ความเป็นจริงปัจจุบันนี้สามารถเปิดรับผู้ป่วยในได้เพียง 70 เตียง โดยมีพยาบาลประจำที่ให้บริการในหอผู้ป่วยในทั้งหมดจำนวน 16 คน วิชาชีพต่อ 2 คน ผู้ช่วยพยาบาลทั้งหมด 22 คน แพทย์เฉพาะทาง 9 คน แพทย์ใช้ทุน 7 คน โดยหอผู้ป่วยสามัญมีพยาบาลประจำ 6 คน วิชาชีพต่อ 1 คน ขณะนี้เปิดรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญได้จำนวน 40 เตียงขณะเดียวกันนี้ทางศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมีนโยบายที่ต้องการขยายจำนวนเตียงให้เพียงพอ กับความต้องการของผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น ขณะที่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีไม่เพียงพอทำให้เกิดปัญหาการดูแลที่ไม่ทั่วถึงและมีผลให้ผู้รับบริการเกิดความไม่พึงพอใจในการบริการ จากปัญหาที่เกิดขึ้นผู้บริหารต้องตระหนักถึงปัญหาและการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อรักษาปริมาณผู้มารับบริการเดิมไว้และเพิ่มผู้เข้ามาใช้บริการใหม่ดังนั้นจึงต้องพยายามหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพให้ดีขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งการบริการที่มีคุณภาพและผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาความคาดหวังของคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยต้องการเมื่อมารับบริการในหอผู้ป่วยสามัญและบริการที่ผู้ป่วยได้รับจากหอผู้ป่วยสามัญศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพาซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษามาปรับปรุงคุณภาพบริการของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. ศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. เปรียบเทียบ ความคาดหวังคุณภาพบริการและคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพบริการกับคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. ศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพบริการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำข้อมูลคุณภาพบริการพยาบาล ตามความคาดหวัง ของผู้ป่วยที่ค้นพบไปสร้างเป็นรูปแบบบริการพยาบาลให้เป็นการบริการที่มีคุณภาพตามความคาดหวังของผู้ป่วย
2. นำข้อมูลคุณภาพบริการพยาบาลที่เป็นปัญหาตามความเป็นจริงที่ผู้ป่วยได้รับมาปรับปรุงรูปแบบบริการพยาบาลให้เป็นการบริการที่มีคุณภาพตรงตามความคาดหวังของผู้ป่วย
3. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการกำหนดกลยุทธ์ทางการตลาด ในการจัดระบบบริการให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการและเพิ่มส่วนแบ่งในตลาดบริการสุขภาพ
4. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล ให้เข้าใจถึงความคาดหวัง และความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของคุณภาพบริการ
5. นำข้อมูลที่ได้รับ ไปพัฒนารูปแบบการให้บริการในหอผู้ป่วยต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลต่อเนื่องจนได้ตัวอย่างครบในช่วงเวลาประมาณ 3 เดือน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความคาดหวังคุณภาพบริการ (Expectations On Service Quality)

หมายถึงความต้องการ ความรู้สึกหรือความคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพาในการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงบริการที่มีคุณภาพว่าควรมีหรือควรเป็นไปตามความเหมาะสมต่อสถานการณ์ จึงสามารถวัดได้ด้วยเกณฑ์การวัดความคาดหวังของผู้ป่วยจำแนกได้ 6 ด้าน คือ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจ ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ และผู้ให้บริการ

คุณภาพการบริการ (Quality of Service) หมายถึงระดับของการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและความสามารถในการตอบสนอง ความต้องการของผู้มาใช้บริการ

ผู้ป่วยใน (Inpatients) หมายถึงผู้มารับบริการสุขภาพในหอผู้ป่วยสามัญทุกรายหรือผู้แทนกรณีที่เป็นผู้รับบริการอายุต่ำกว่า 15 ปีหรือผู้รับบริการที่ไม่สามารถรับรู้ถึงบริการได้และแพทย์พิจารณาเข้ารับรักษาในศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำมารวบรวมสรุปเป็นสาระสำคัญซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษา โดยได้ลำดับเนื้อหา ดังนี้

- ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพและระบบบริการผู้ป่วยใน
- แนวคิดการรับรู้
- แนวคิดคุณภาพบริการ
- แนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการ
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพและระบบบริการผู้ป่วยใน

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นหน่วยงานภายในมหาวิทยาลัยบูรพา ก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2527 เดิมใช้ชื่อว่า “โครงการศูนย์บริการทางการแพทย์” โดยได้รับความอนุเคราะห์จากพลเอกอาทิตย์ กำลังเอก บริจาคอาคาร 2 ชั้น ตามรูปแบบโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง พร้อมครุภัณฑ์ประจำอาคาร และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในชุมชน ใกล้เคียง เช่น ชายหาดบางแสน ตำบลแสนสุข ฯลฯ และเป็นที่พักประสพการณ์วิชาชีพ แก่นิสิต คณะพยาบาลศาสตร์

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพเริ่มให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา ในปี พ.ศ. 2528 ได้ขยายบริการรับผู้ป่วยใน บริการตลอดบุตรตลอด 24 ชม. ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 มหาวิทยาลัยได้จัดทำโครงการจัดตั้งคณะสาธารณสุขศาสตร์ขึ้น แก่นิสิต/ นักศึกษาด้านสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องใช้สถานที่ฝึกปฏิบัติงานเพื่อให้บัณฑิตที่จบออกไปมีความสามารถปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี มหาวิทยาลัยจึงมีโครงการขยายงานของโครงการศูนย์บริการทางการแพทย์ ด้านการรักษาพยาบาลเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขนาด 150 เตียง โดยกำหนดเป็นโรงพยาบาลในสังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ ในการนำเสนอโครงการจัดตั้งคณะสาธารณสุขศาสตร์ ในการประชุมครั้งที่ 8/2536 เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2536 คณะกรรมการทบวงมหาวิทยาลัยมีมติขอให้มหาวิทยาลัยนำไปพิจารณาทบทวนในส่วนของ ภาควิชา กายภาพบำบัดและโรงพยาบาล ซึ่งมหาวิทยาลัยได้ตั้งคณะทำงานศึกษาหาข้อมูล ได้ข้อสรุปว่า ภาควิชา กายภาพบำบัดและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ควรกำหนดไว้ในโครงการศูนย์บริการทางการแพทย์ และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2540 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น โครงการจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ในแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ระยะที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) และในแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ระยะที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) ของมหาวิทยาลัยบูรพา ได้บรรจุโครงการจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ไว้ในแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ระยะที่ 9 เพื่อเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนการเรียนการสอน วิจัยและพัฒนางานวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นการสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยบูรพาเป็นมหาวิทยาลัยที่สมบูรณ์แบบ (comprehensive – university) ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมและกระจาย โอกาสและเสริมสร้างความเสมอภาคทางการศึกษาในภูมิภาคต่อไป โดยมีปรัชญาขององค์กร เพื่อ พัฒนาองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพบนพื้นฐานวิชาการและวิจัยเพื่อสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพของประชาชน โดยมีพันธกิจ 3 ประการ คือ ประการที่ 1 ส่งเสริมและพัฒนาวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนและประเทศชาติ ประการที่ 2 สนับสนุนการเรียนการสอนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประการที่ 3 ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่บุคลากร นิสิต และบุคคลทั่วไปอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ภายใต้องค์ความรู้ทางด้านวิชาการและวิจัยเป็นฐาน มีวิสัยทัศน์ดังนี้ ศึกษา ค้นคว้าและพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ สนับสนุนการเรียนการสอน สนับสนุนงานวิชาการ ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ให้บริการรักษาพยาบาลบนพื้นฐานวิชาการและวิจัย มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน โดยเป็นองค์กรที่มีหลักการบริหารจัดการที่ดีและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอก อย่างมีประสิทธิภาพ และมีวัตถุประสงค์ ของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

1. เพื่อศึกษา ค้นคว้าและพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยใช้งานวิจัยเป็นพื้นฐาน ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น และสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน
2. เพื่อให้บริการวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพเน้นการส่งเสริมและป้องกันแก่ชุมชน
3. เพื่อสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพอันจะนำไปสู่การผลิตบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และคุณธรรม
4. เพื่อบริการรักษาพยาบาลแก่บุคลากร นิสิต และบุคคลทั่วไป บนพื้นฐานวิชาการและวิจัยอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
5. พัฒนาระบบการบริหารจัดการรูปแบบพิเศษเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กร

ระบบบริการผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยใน หมายถึงผู้มารับบริการสุขภาพในหอผู้ป่วยสามัญทุกรายหรือผู้แทนกรณีผู้รับบริการอายุต่ำกว่า 15 ปีหรือผู้รับบริการที่ไม่รับรู้ถึงบริการได้ และแพทย์พิจารณาเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยใน

เริ่มต้นหลังจากที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาในโรงพยาบาลและแพทย์ลงความเห็นจำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล แผนกตรวจโรคจะแจ้งมาที่หอผู้ป่วยต่าง ๆ เพื่อเตรียมพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่ ทั้งด้านบุคลากร รวมทั้งห้องพักและอุปกรณ์ แพทย์ที่รับผิดชอบหอผู้ป่วยจะตรวจวินิจฉัยขั้นต้นอย่างละเอียดอีกครั้งอาจมีการสืบสวนโรค (Investigation) เพิ่มเติมเช่น X-RAY , EKG, LAB และอื่น ๆ และสั่งการรักษาเพิ่มเติมแล้วแต่อาการและความรุนแรงของโรคแพทย์อาจทำหัตถการต่างๆเพื่อการวินิจฉัยและ/หรือการรักษาโดยพยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ปฏิบัติการรักษาตามแผนการรักษาบางอย่างของแพทย์และให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยนอนพักอยู่ในโรงพยาบาลระหว่างนี้จะมีการวินิจฉัยเพิ่มเติม ในผู้ป่วยที่ยังคงมีปัญหาทางด้านสุขภาพอาจเป็นการวินิจฉัยที่ซับซ้อนหรือเฉพาะทางขึ้นกับอาการป่วยและสาเหตุของโรคที่เป็นอยู่บางรายอาจได้รับการผ่าตัดหรือส่งต่อเพื่อไปรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิต่อไป ขณะที่นอนในโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลจะให้การดูแลสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับภาวะของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ โดยผลัดเปลี่ยนกันดูแลตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วนเมื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วนแล้ว จึงจำหน่ายผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ต่อไปซึ่งการจำหน่ายผู้ป่วยสามารถแบ่งเป็น

1. หายหรือแพทย์เห็นสมควรให้กลับบ้านได้ พยาบาลจะให้คำแนะนำการดูแลตนเองหรือการฟื้นฟูตนเองที่บ้านซึ่งแล้วแต่ความเหมาะสมกับสถานครอบครัว ฐานะเศรษฐกิจ และสังคม ตลอดจนการป้องกันโรคไม่ให้เกิดซ้ำ
2. ตายกรณีผู้ป่วยอาการหนักหรือรุนแรงมากเมื่อได้รับการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วนและเต็มที่แล้ว ไม่สามารถรักษาชีวิตไว้ได้ ต้องจำหน่ายผู้ป่วยถึงแก่กรรมและดำเนินตามระเบียบผู้ป่วยเสียชีวิตตามระเบียบของโรงพยาบาล
3. การส่งตัวผู้ป่วยคือในบางกรณีที่ผู้ป่วยมีขีดจำกัดเกินความสามารถที่จะรักษาพยาบาลได้จึงจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยให้ไปรับการรักษาในสถานที่ที่มีขีดความสามารถสูงกว่าหรือกรณีที่ผู้ป่วยและญาติขอให้ส่งตัวไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อสะดวกในการเยี่ยมผู้ป่วย
4. การจำหน่ายผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้ป่วยหรือญาติต้องเซ็นชื่อไม่สมัครใจอยู่รับการรักษาพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร

การดำเนินการในการจำหน่ายผู้ป่วย

1. พยาบาลบันทึกรายงานทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน
2. เก็บรวบรวมรายงานการรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงวันจำหน่าย
3. ลงทะเบียนจำหน่ายผู้ป่วย

4. ผู้ช่วยพยาบาลเก็บของเครื่องใช้ที่ใช้กับผู้ป่วย ทำความสะอาดเตียง โต๊ะข้างเตียง อุปกรณ์ทุกชิ้น พร้อมทั้งเตรียมเตียงสำหรับรับผู้ป่วยรายต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วย

สุชา จันทน์เอม (2540,อ้างถึงใน ธีรนนท์ พุ่มหมอก, 2543 หน้า 46) ได้ให้ความหมายว่าการรับรู้เป็นกระบวนการที่มีระดับตั้งแต่ง่ายที่สุดถึงซับซ้อนที่สุดจนยากแก่การเข้าใจ การรับรู้คือการตีความหมายจากการสัมผัส (sensation) ในการรับรู้ นั้นเราไม่เพียงแต่มองเห็น ได้ยิน หรือได้กลิ่นเท่านั้น แต่เราต้องรับรู้ได้ว่าวัตถุหรือสิ่งของที่เรารับรู้นั้นคืออะไร มีรูปร่างอย่างไร อยู่ทิศใดไกลกว่าเรามากน้อยแค่ไหน เป็นต้นเท่ากับเป็นการใส่ความหมายให้กับสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในการรับสัมผัส

จิรประภา ภาวิไล (2535 อ้างถึงใน บุปผา พวงมาลี , 2542 , หน้า 13) ได้ให้ความหมายว่าการรับรู้เป็นกระบวนการด้านความคิด ความเข้าใจที่มนุษย์ได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัว โดยบุคคลนั้นมีความใส่ใจในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม เป็นพื้นฐานในการที่จะนำข้อมูลต่าง ๆ ของสิ่งเร้านั้นเข้าสู่กระบวนการรับรู้ผ่านระบบประสาทหรือสัมผัสของร่างกายทั้งห้าและเมื่อข้อมูลถูกป้อนเข้าสู่กระบวนการรับรู้ประกอบความคิดบุคคลจะเลือกจัดประเภทของข้อมูลและมีการแปลความหมายของข้อมูลเกิดขึ้น ซึ่งต้องอาศัยคุณสมบัติภายในของตัวบุคคล

คิง (King , 1981 , P.146) ได้ให้ความหมายว่าการรับรู้เป็นกระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมายและแรงผลักดัน การรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคลนั้นกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่ รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอก โดยทางประสาทสัมผัสและความจำ

เดมเบอร์ และวอลซิม (Dember & Wlasm, 1977, PP.14-15) กล่าวว่า การรับรู้ในทางทฤษฎีถือว่าเป็นสภาพทางจิตวิทยา การรับรู้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ไม่ใช่เหตุการณ์ ที่เห็นหรือสามารถสังเกตได้โดยตรง ในทางจิตวิทยาถือว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวป้อนหรือตัวกระตุ้น กับพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งการแสดงออกจะเป็นผลจากการรับรู้ภายในที่เกิดจากองค์ประกอบหลายประการ เช่น การรับรู้ ความจำ แรงกระตุ้นอารมณ์และอื่น ๆ ส่วนแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ ถือว่า การรับรู้เป็นกระบวนการจัดกระทำกับข้อมูล (information pressing) ที่เกิดขึ้นภายในสิ่งมีชีวิต เมื่อข้อมูลถูกป้อนหรือกระตุ้นเข้ามา (input) กระบวนการภายในก็จะดำเนินการจัดกระทำข้อมูลโดยจะถูกลงทะเบียน (Coddle) แล้วเก็บรวบรวม (Stored) และจะถูกนำไปใช้ (Utilised) ภายหลัง

พจนานุกรมของมอสบี (Mosby's Dictionary ,1994 อ้างถึงใน สมฤดี พุ่มท่าอิฐ ,2544 , หน้า 24) ได้ให้ความหมายว่าการรับรู้ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจซึ่งอาจเป็น

ความนึกคิดที่เฉพาะเจาะจง เป็นแนวคิดหรือความประทับใจก็ได้ เป็นการแสดงออกถึงความสามารถของสมองที่จะแปลความหมายหรือความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของต่าง ๆ การรับรู้ยังเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้อีกด้วย

ซันดีน และคณะ (Sundeen et.al, 1994 อ้างถึงใน สมฤดี พุ่มท่าอิฐ , 2544 หน้า 25) ได้ให้ความหมายว่า การรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลได้รวบรวมและแปลความรู้นี้จากสิ่งเร้าภายนอกเป็นความหมายหรือแปลเป็นภาพออกมา โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ความต้องการ ความเชื่อ ค่านิยม และความคิดเห็น ของคนเป็นตัวกำหนดภาพออกมา

แกริสัน และมากูน (Garrison & Magoon , 1972 , P.2) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางสมอง ในการตีความหมายหรือแปลความหมายข้อมูลจากการสัมผัสของประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของร่างกายกับสิ่งแวดล้อม ก็เป็นสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้น ว่าเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร ลักษณะเป็นอย่างไร และการที่จะรับรู้สิ่งที่มาสัมผัสนั้น ต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการตีความถ้าไม่เคยมีประสบการณ์ มาก่อนบุคคลนั้น จะไม่สามารถรับรู้ว่าเป็นสิ่งนั้นคืออะไร หรือมีความหมายอย่างไร

เดมเบอร์ และวอร์ม (Dember & Warm ,1977, PP.14-15 อ้างถึงใน วัลภา คุณทรงเกียรติ , 2537) กล่าวว่า เมื่อสิ่งเร้าหรือข้อมูลที่ถูกป้อนเข้ามา กระบวนการภายในบุคคลจะดำเนินการจัดและทำข้อมูลเหล่านั้นเป็นลำดับหลายขั้นตอน ข้อมูลที่ถูกป้อนเข้ามานั้นจะถูกกรองรหัสและรวบรวมไว้และนำไปใช้ภายหลัง และจากการที่การรับรู้จริงต้องอาศัยอวัยวะสัมผัสของร่างกาย (Sens organ) จึงต้องมีความเกี่ยวข้องกับหลายองค์ประกอบ เช่น ระดับพัฒนาการทางบุคลิกภาพ ภาวะจิตสังคม วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพหรือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

(Jasmin & Trygstad,1979, P.11) การรับรู้จริงของผู้ใช้บริการต่อบริการที่ได้รับจากผู้ให้บริการในโรงพยาบาลนั้น จึงเป็นการแสดงออกของผู้ป่วย เกี่ยวกับการได้ยิน ได้เห็น หรือเผชิญต่อกิจกรรมของผู้ใช้บริการที่ตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ดังนั้นการศึกษาการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อการบริการโดยตรงนอกจากแสดงถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยในฐานะผู้ใช้บริการแล้วยังสะท้อนให้เห็นบทบาทของผู้ให้บริการอีกด้วย

จากแนวคิดดังกล่าว สามารถสรุปความหมายของการรับรู้ คือ การแปลความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบด้วยประสาทสัมผัสโดยอาศัยประสบการณ์เดิม การเรียนรู้ที่เป็นเครือข่ายแล้วแสดงออกเป็นความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึที่เกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละคน

จากการศึกษาแนวคิดการรับรู้ นั้น สรุปได้ว่าการรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ (พีระพล รัตนะ, 2541 , หน้า 20)

1. ลักษณะของผู้รับรู้ จากการศึกษาพบว่า การที่บุคคลจะเลือกรับรู้เรื่องใดก่อนหลัง มากน้อยอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้รับรู้ ปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะของผู้รับรู้แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1.1 ด้านกายภาพ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ซึ่งมีอิทธิพลต่อและการรับรู้ ทำให้และการรับรู้แตกต่างกันออกไป รวมทั้งอวัยวะในการรับสัมผัสต่าง ๆ ถ้ามีความผิดปกติ หรือหย่อนสมรรถภาพก็จะทำให้การรับรู้ผิดไปได้ เช่น หูตึง สายตาสั้น ยาว เอียง หรือตาบอดสี หรือมีอาการหวัด และการรับรู้จะสามารถทำให้มีคุณภาพดีขึ้นได้ ถ้าเราใช้อวัยวะรับสัมผัสหลายชนิดช่วยกัน เช่น การรับรู้รส โดยใช้จมูกกับลิ้นช่วยกัน หรือการใช้ตา และหูสัมผัสสิ่งต่าง ๆ ในเวลาเดียวกัน จะทำให้เราแปลความหมายได้ถูกต้อง

1.2 ด้านจิตวิทยาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของคนที่มีอิทธิพลและการรับรู้มีหลายประการ เช่น ความจำ ความพร้อม สติปัญญา การสังเกตพิจารณา ความสนใจ ความตั้งใจ ทักษะ ค่านิยม วัฒนธรรม ฯลฯ อันเป็นผลมาจากการเรียนรู้เดิม

2. ลักษณะของสิ่งเร้า คุณสมบัติของสิ่งเร้าเป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้คน เกิดความสนใจที่จะรับรู้ หรือทำให้การรับรู้ของคนเรากลายเคลื่อนไปจากความจริง ได้แก่ ความใกล้ชิดกันของสิ่งเร้า ความคล้ายคลึงกันของสิ่งเร้า ความต่อเนื่องกันของสิ่งเร้า เป็นต้น

เนื่องจากการรับรู้ คือ การแสดงออกถึงความรู้สึกลึกซึ้ง ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากการตีความ หรือแปลความจากการสัมผัส (Sensation) ของร่างกายต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นตัวช่วย ดังนั้น การรับรู้จึงต้องวัดจากสิ่งที่บุคคลแสดงออก ได้แก่ ความรู้สึกลึกซึ้ง ความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การรับรู้ของผู้ป่วย เป็นตัววัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาล และเพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้คำว่า การรับรู้จริง แทนคำว่าและการรับรู้ เพื่อเป็นการเน้นว่าเป็นการรับรู้จริงหลังได้ใช้บริการแล้ว

คุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมาใช้บริการในโรงพยาบาลจะประเมิน คุณภาพบริการตามปฏิสัมพันธ์ที่มี กับผู้ให้บริการ (Kotler, 1994) และจะเปรียบเทียบการรับรู้จริงคุณภาพจากความคาดหวังตามกลไกที่มี อิทธิพลต่อความคาดหวังบริการ (Parasuraman et al., 1990) คือ จากคำบอกเล่าปากต่อปาก จากความต้องการส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการ ซึ่งขึ้นอยู่กับภูมิหลังของบุคคล นั้น ๆ จากประสบการณ์ในอดีต จากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ และผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการจะประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาลจากการเปรียบเทียบ บริการที่คาดหวัง (expected services) กับบริการที่เกิดขึ้นจริงตามความคาดหวัง และการรับรู้จริง (perceived services) ถ้าบริการที่ตนรับรู้จริงน้อยกว่าบริการที่คาดหวังไว้ ผู้ใช้บริการจะไม่พึงพอใจ ถ้าบริการที่รับรู้จริงเท่ากับบริการที่คาดหวังไว้ผู้ใช้บริการจะพึงพอใจ และ

ถ้าบริการที่รับรู้จริงมากกว่า บริการที่คาดหวังไว้ แสดงว่า ผู้ใช้บริการประทับใจในบริการที่ได้รับ และมีโอกาสกลับมาใช้บริการของโรงพยาบาลซ้ำสูง

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

สุภาสุข จันทมงคล (2544, หน้า 171) ให้ความหมายว่าคุณภาพบริการคือ ความสอดคล้องระหว่างความต้องการความคาดหวังของผู้ใช้บริการกับการปฏิบัติโดยใช้ความรู้ความสามารถที่เหมาะสม โดยมีการปรับสมดุลระหว่างประโยชน์และผลเสียที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้น

อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ (2542) กล่าวว่า คุณภาพบริการ หมายถึง การตอบสนองความจำเป็นของลูกค้า โดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วย ความถูกต้อง ตามมาตรฐาน และความถูกต้องตรงความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2542) กล่าวว่า คุณภาพบริการ หมายถึง การทำให้ลูกค้าได้รับความพึงพอใจสอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า ทั้งนี้ต้องตอบสนองต่อความต้องการเบื้องต้น ตลอดจนครอบคลุมไปถึงความคาดหวังของผู้รับบริการ

วีรพงษ์ เกลิมจิระรัตน์ (2539, หน้า 14) ให้ความหมายว่าคุณภาพบริการคือความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการระดับความสามารถของบริการในการบำบัด ความต้องการของผู้ใช้บริการ ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังจากได้รับบริการไปแล้ว

ศิริพร ตันติพิศวนิชย์ (2538) กล่าวว่า คุณภาพบริการนั้น ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบของผู้รับบริการระหว่างบริการที่คาดหวังไว้ล่วงหน้า กับบริการที่ได้รับในความคิดของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537, หน้า 171) ให้ความหมายว่าคุณภาพบริการคือความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการและประเมินว่าบริการนั้นเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่

คอตเลอร์ (Kotler, 1994, P. 483) ได้กล่าวว่าคุณภาพบริการ ตามแนวคิดทางการตลาดว่าเป็นการแข่งขันด้านธุรกิจบริการ ผู้ให้ต้องสร้างบริการให้เข้ากับหรือมากกว่า คุณภาพบริการที่ผู้รับคาดหวัง

บราวน์ (Brown et.al., 1991, P.9) ได้กล่าวว่า คุณภาพบริการนั้นยากที่จะให้ความหมาย เพราะเป็นนามธรรมที่มีการจัดบริการให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับ คำว่าคุณภาพนั้นมีความแตกต่างระหว่างบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่งและจากสถานการณ์หนึ่งสู่อีกสถานการณ์หนึ่ง

ไฟท์เจินบาม (Feijenbam, 1991, P.7) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพเป็นการตัดสินใจของลูกค้ามิใช่ผู้ให้บริการตลาดหรือผู้บริหาร แต่ขึ้นกับผู้รับบริการที่ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับสินค้าหรือบริการอย่างไร โดยคุณภาพวัด ได้จากความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการ

พาราสุราแมน และคณะ (Parasuraman et al. , 1985) ได้ให้ความหมายของ คุณภาพในสายตาของผู้บริโภคว่า เกิดจากการเปรียบเทียบความคาดหวังในบริการและสิ่งที่ผู้รับบริการคิดว่าได้รับจากบริการนั้น บริการจะมีคุณภาพเมื่อ ผู้รับบริการได้รับในสิ่งที่คาดหวังไว้

โดนาบีดีน (Donabedian, 1980 Cited in Gilles , 1994 , P.516) ให้ความหมายว่า คุณภาพบริการด้านสุขภาพคือการใช้ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยในขณะที่เดียวกันก็มีการปรับสมดุล ระหว่างประโยชน์และผลเสียที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้น

จึงสรุปได้ว่าคุณภาพการบริการคือความสามารถความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการสามารถตอบสนองความต้องการบริการ โดยใช้ความรู้ความสามารถที่เหมาะสมมีมาตรฐานวิชาชีพ

คุณภาพบริการพยาบาล

คุณภาพบริการพยาบาลหมายถึงลักษณะความดีของบริการพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับโครงสร้างหรือการบริการการพยาบาล กระบวนการของการให้การพยาบาลและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ โดยมีเกณฑ์ที่ดีไว้สำหรับการประเมินระดับของมาตรฐาน

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2540 , หน้า 33) กล่าวว่าคุณภาพของการบริการพยาบาลขึ้นอยู่กับลักษณะสำคัญหลายประการ

ประการแรกบริการพยาบาลจะดีได้จะต้องจัดบริการในปริมาณที่เหมาะสม คือ ความสามารถให้บริการ ในจำนวน ขนาดและประเภทที่สอดคล้องกับความต้องการบริการ

ประการที่สองลักษณะของการบริการเป็นที่ยอมรับและตระหนักถึงคุณค่าของบริการทั้งทางฝ่ายผู้ให้ผู้ใช้บริการและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ

ประการที่สามบริการพยาบาลที่จัดให้ต้องมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอมีระบบและมีแผน ประการที่สี่บริการพยาบาลต้องมีความครอบคลุมทั้งในเชิงเทคนิค วิทยาศาสตร์ จรรยา และ ศิลปะการพยาบาลรวมทั้งการจัดการ

ประการที่ห้าต้องมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานเพื่อกำหนดแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารการศึกษา การประเมินผล การพัฒนาและประโยชน์ทางกฎหมาย

ประการที่หกคือความสามารถในการรักษาคุณภาพไว้ในระดับสูงสุดเท่าที่จะทำได้ในแต่ละสถานที่ เวลา และสภาพการณ์ไม่ใช่อยู่ในปทัศถาหรือระดับที่เป็นค่าเฉลี่ยของการบริการทั่วไป

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538, หน้า 4-5) กล่าวว่า การพยาบาลที่มีคุณภาพอาจมองได้ 3 แนว ดังนี้

1. ตามแนวการตอบสนองความต้องการของประชาชนหมายถึงการได้บริการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการรายบุคคลและชุมชนอาจปรากฏในรูปของการให้ปริมาณการพยาบาลที่เพียงพอและรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์

2. ตามแนวการตอบสนองต่อนโยบายด้านสุขภาพอนามัยของประเทศหมายถึงความคาดหวังของประเทศในการให้บริการลักษณะการผสมผสานคือ การดูแลรักษา ป้องกัน ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพซึ่งเน้นการรักษาเบื้องต้นในชุมชนที่ห่างไกล

3. ตามแนวทางวิชาชีพหมายถึงการรักษาความเป็นวิชาชีพของพยาบาล โดยต้องปรากฏในการปฏิบัติการพยาบาลเช่นดำเนินการให้การพยาบาลอย่างมีระบบระเบียบทางวิทยาศาสตร์ การประสานงานการดูแลรักษาในทีมพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพการรักษาและดำรงไว้ซึ่งจรรยาบรรณวิชาชีพ

การบริการที่มีคุณภาพบุคลากรพยาบาลจะต้องเข้าใจถึงความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ใช้บริการซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยและญาติรวมถึง สังคม โดยรวมดำเนินการในการบริการพยาบาลมีคุณภาพที่แท้จริงจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการในส่วนการพิจารณาคุณภาพการพยาบาลจากองค์ประกอบของคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลสามารถแยกออกได้ 3 ประการคือ

1. คุณภาพด้านความพึงพอใจบริการ (affective quality) เป็นคุณภาพที่วัดได้จากความพอใจของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการเนื่องจากการพยาบาลเป็นการบริการที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อผู้ใช้บริการสุขภาพดังนั้นผู้ใช้บริการสามารถที่สัมผัสได้และสามารถบอกได้ว่าพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อบริการนั้น ๆ

2. คุณภาพเชิงวิชาการ (cognitive quality) เป็นคุณภาพที่วัดได้จากความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาลและปฏิบัติในระดับวิชาชีพต่อผู้ใช้บริการสุขภาพ ซึ่งสามารถวัดได้จากกระบวนการพยาบาล โดยสามารถตรวจสอบได้จากเอกสารรายงานประจำตัวของผู้รับบริการหรือบันทึกทางการพยาบาลเพื่อสร้างความสมบูรณ์ของการใช้กระบวนการพยาบาลและแสดงออกถึง กิจกรรมของวิชาชีพการพยาบาลให้ปรากฏแก่ชุมชนอย่างแท้จริง

3.ภาพทางด้านเทคนิค (psychomotor quality) เป็นคุณภาพการพยาบาลที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติด้วยความชำนาญ มีทักษะที่ถูกต้องตามหลักการ และเทคนิคซึ่งสามารถประเมินได้จากให้ผู้ปฏิบัติประเมินตนเองหรือผู้ร่วมงานเป็นผู้ประเมิน การสังเกต การสอบถามผู้บริการทางการพยาบาลตลอดจนการสอบถามจากการบอกเล่าของผู้ใช้บริการรักษาให้มีระดับคุณภาพเป็นที่ยอมรับ ของสังคมซึ่งนอกจากจะเป็นภาพสะท้อนคุณภาพบริการโดยตรงถ้าหากเกิดความยอมรับในคุณภาพบริการแล้วจะดึงดูดประชาชนผู้มาใช้บริการและดึงดูดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถสูงไว้ปฏิบัติงานดังนั้นการพัฒนาคุณภาพบริการที่มากกว่าหรือเกินกว่าที่ผู้ใช้บริการคาดหวังไว้จะต้องเป็นการบริการที่มุ่งมั่นในการปรับปรุงคุณภาพ การได้บริการอย่างไม่หยุดยั้งทั้งทางด้านกายภาพการรักษา ให้มีระดับคุณภาพเป็นที่ยอมรับของสังคมซึ่งนอกจากจะเป็นภาพสะท้อนคุณภาพโดยตรงถ้าหากเกิดความยอมรับในคุณภาพบริการแล้วจะดึงดูดประชาชนผู้มาใช้บริการและดึงดูด

บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถสูงไว้ปฏิบัติงานได้ (เรวดี ศิรินคร , 2541 หน้า 37-38) สอดคล้องกับ พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์ (2541,หน้า18) กล่าวว่าทำให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพคือการที่พยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพ โดยให้การพยาบาลตามแนวทางวิชาชีพ การพยาบาลโดยแท้

แอนเดอร์สัน (Andersen, 1981) ได้ศึกษาและพัฒนารูปแบบการใช้พฤติกรรมสุขภาพที่เน้นเฉพาะผู้ใช้บริการว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจไปหาและใช้บริการสุขภาพใด ๆ ก็ตามขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ปัจจัยได้แก่

1. ปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร โครงสร้างทางสังคม เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพของหัวหน้าครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพ ทักษะคิด ความเชื่อที่มีต่อคุณภาพ บริการสุขภาพและต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ปัจจัยสนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถใช้บริการได้ ประกอบด้วยเศรษฐกิจฐานะของครอบครัว แหล่งประโยชน์อื่น ๆ ที่แต่ละครอบครัวได้รับ เช่น การทำประกันสุขภาพสวัสดิการที่รัฐจัดให้

3. ปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพ ซึ่งวัดได้จากการรับรู้เรื่องสุขภาพของบุคคล และการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน โดยประเมินปัจจัยนี้ได้ 2 ทาง คือ จากการรับรู้โดยบุคคลนั่นเอง และจากการประเมินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เอเกอร์ (Aaker, 1988,pp.213-215) ได้วิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยเมื่อมาโรงพยาบาล และแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้คือ

1. บริการหลักที่ต้องการจริง ๆ หมายถึง บริการที่ผู้รับบริการต้องการมากจนกระทั่งตัดสินใจมารับบริการครั้งนั้น ๆ

2. บริการที่เกี่ยวข้อง หมายถึง บริการที่เกี่ยวข้องกับบริการหลักอันจะมีส่วนช่วยส่งเสริมคุณภาพบริการ ซึ่งแบ่งตามมุมมองของผู้รับบริการได้เป็น บริการที่คาดหวังจะได้รับกับบริการที่อยู่นอกเหนือความคาดหมาย

เพนชานสกีและโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981,p.127-140 ; อ้างถึงใน วุฒิพงษ์ ไตรพิพัฒน์, 2538, หน้า 28 – 29) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ โดยสรุปแยกเป็น 5 ประเภท ต่อไปนี้

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ กับความต้องการของผู้ป่วย
2. การเข้าถึงแหล่งบริการ คือความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้โดยสะดวก
3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ
4. ความสามารถของผู้ป่วยในการเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการหรือการมีประกันสุขภาพ
5. การยอมรับในคุณภาพการบริการและลักษณะผู้ให้บริการ

การบริการสุขภาพจะต้องผสมผสานด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ โดยให้ประชาชนได้รับการที่มีคุณภาพ คือ

1. คุณภาพบริการมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity)
2. คุณภาพการดูแลแบบองค์รวม (holistic) ที่ต้องคำนึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วย
3. คุณภาพการดูแลแบบบูรณาการ (integrated) ซึ่งรวมทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ
4. คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยพึงพอใจและเป็นไปตามมาตรฐาน
5. ความเสมอภาคในการให้บริการประชาชนกลุ่มเป้าหมายทุกคน

อนูวัฒน์ สุขชุตติกุล (2541, หน้า 45-46) ได้กล่าวถึงคุณภาพการบริการ คือ ภาระที่เกื้อกูลต่อผู้ใช้ หรือลูกค้า ด้วยการตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยหรือลูกค้าอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ และความรู้ที่ทันสมัย

บุญสม มิตรพระพันธ์ (2542) กล่าวว่า บริการที่มีคุณภาพ คือ การจัดการด้านการบริการต่อผู้ใช้บริการ โดยการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม มาตรฐานของการให้บริการเป็นการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้น ในการให้บริการตามภาวะปัจจัยที่เหมาะสมกับสภาพและสิ่งแวดล้อม ตามทรัพยากรที่พอเหมาะพอควรและคุ้มค่า

ดังนั้นคุณภาพในการบริการสุขภาพน่าจะมีลักษณะ ดังนี้คือ

1. ไม่มีปัญหาคือความที่ไม่มีความเสี่ยง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นการทำสิ่งที่จะต้องตั้งแต่นั้นมา ไม่ต้องมาแก้ปัญหาในภายหลัง
2. ผู้รับบริการพอใจ คือ การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ
3. ได้มาตรฐาน หมายถึง การมีมาตรฐานวิชาชีพ มีมาตรฐานในกระบวนการทำงาน ทุกขั้นตอนและมีมาตรฐานตามกฎหมายหรือกฎระเบียบต่างๆ ที่มีอยู่
4. สถานคุณภาพชีวิต / สถานสู่ความเป็นเลิศ โดยคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพ ส่วนการมุ่งสู่ความเป็นเลิศคือการตั้งปณิธานว่าจะพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุดยั้ง

บอพพ์ (Bopp, 1990, p.615 อ้างถึงใน อรรช อาชาฤทธิ์, 2541, หน้า 20-21) ได้ศึกษาคุณภาพบริการเชิงการแสดงผลของแพทย์ และพยาบาล โดยการวิเคราะห์ตัวประกอบ พบว่า

1. ตัวประกอบคุณภาพบริการเชิงการแสดงผลด้านการดูแลที่ผู้ใช้บริการต้องการ ได้แก่ ความเข้าใจ ความสนใจ ความเมตตากรุณา ความอบอุ่น ความห่วงใยสุขภาพ และความมีอัธยาศัยไมตรี

2. ตัวประกอบคุณภาพบริการเชิงการแสดงผลออกด้านวิชาชีพที่ผู้ให้บริการต้องการ ได้แก่ การให้ความอบอุ่น มีความเชี่ยวชาญ มีจิตใจที่เปิดกว้างและจิตใจ

3. ตัวประกอบคุณภาพบริการเชิงการแสดงผลออกด้านสมรรถนะที่ผู้ให้บริการต้องการ ได้แก่ ความสามารถพิเศษ มีความชำนาญเฉพาะทาง และมีทักษะในการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

Canadian Council on Health Service Accreditation ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วย ที่มีคุณภาพไว้ว่าเป็นการดูแลโดยมุ่งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางเน้นการปรับปรุงกระบวนการอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อให้ได้คุณภาพที่เป็นเลิศ ซึ่งมีมิติต่าง ๆ ของคุณภาพนั้นประกอบด้วย

1. ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ คือ ความรู้และทักษะของผู้ให้บริการซึ่งเหมาะสมกับภารกิจในการดูแลผู้ป่วย และมีระบบการประเมินอย่างสม่ำเสมอ

2. การยอมรับของผู้รับบริการ คือ การที่กิจกรรมต่าง ๆ นั้นตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงิน

3. ประสิทธิภาพ คือ ผลของการรักษาหรือบริการนั้นทำให้เพิ่มอัตราการรอดหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

4. ความเหมาะสมของการตรวจและการดูแลรักษา คือ การให้บริการที่ถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ หรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มีน้ำหนัก ความน่าเชื่อถือสูง

5. ประสิทธิภาพ คือการใช้ทรัพยากร (เวลา การทดสอบ เครื่องมือ สถานที่) ที่น้อยที่สุดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

6. การเข้าถึงบริการ คือ การให้บริการในสถานที่ที่ถูกต้องและในเวลาที่เหมาะสม

7. ความปลอดภัย คือ การหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้น และมีการอธิบายโอกาสเหล่านั้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

8. ความต่อเนื่องในการดูแล

สำหรับมาตรฐาน Hospital Accreditation กำหนดให้คุณภาพ หมายถึงการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้รับบริการบนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพรวมทั้งการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ โดยมีมิติแห่งคุณภาพดังนี้

1. ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถ (competency)

2. บริการเป็นที่ยอมรับ ตรงตามความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ (acceptability)

3. บริการมีความเหมาะสมได้ตามมาตรฐานที่กำหนดและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ (appropriateness)

4. บริการมีประสิทธิภาพ ได้ผลการบริการหรือผลการรักษาที่ดี (effectiveness)

5. บริการประสิทธิภาพ มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (efficiency)
6. บริการมีความปลอดภัยไม่เกิดอันตรายหรือผลแทรกซ้อน (safety)
7. สามารถเข้าถึงบริการ ได้ง่าย มีให้บริการเมื่อจำเป็น (accessibility)
8. ความเท่าเทียมกันในการรับบริการ (equity)
9. ความต่อเนื่องในการให้บริการ หรือดูแล รักษาพยาบาล(continuity)

คุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังของผู้ป่วย

ความหมายของความคาดหวัง

พจนานุกรม ของเวบสเตอร์ (Webster's New world Dictionary , 1988 , P.478) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่าหมายถึง การคาดการณ์อนาคตในสิ่งที่ดี โดยที่ความคาดหวังอาจเป็นการคาดการณ์อนาคตในสิ่งที่ดีหรือไม่ดีก็ได้

พจนานุกรม โคลลิน (Colling Cobuild English Dictionary , 1997 ,P.580) ได้ให้ความหมายว่า ความคาดหวังเป็นสิ่งที่คาดหวังเอาไว้เป็นความเชื่อว่าสิ่งใดน่าจะเกิดขึ้นและเป็นไปตามความต้องการที่ได้คาดหวังเอาไว้

พินดา คำยุ (2538 , หน้า 11) ได้ให้ความหมายของคำว่าความหวังว่า เป็นความต้องการ ความรู้สึกหรือความคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลในการคาดคะเนหรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่คิดว่าจะมีหรือจะเป็นหรือจะเกิดในอนาคตตามความเหมาะสมของสถานการณ์ และความคาดหวังนี้จะถูกต้องมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ประทีนทิพย์ ป็องจันทร์ (2543 , หน้า 14) ได้ให้ความหมายของคำว่าคาดหวังว่า เป็นความคิด ความรู้สึก ความต้องการหรือความมุ่งหวังของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่คิดงามที่อยากให้เกิดขึ้นในอนาคตตามที่คาดการณ์ไว้

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปความหมายได้ว่าความคาดหวังหมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการหรือการคาดการณ์ล่วงหน้า ถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าควรจะมีหรือไม่มี ตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้รับบริการ คุณภาพบริการเป็นสิ่งที่สำคัญในการสร้างความแตกต่างทางธุรกิจบริการสุขภาพ คือ การรักษาระดับการให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่ง โดยเสมอ คุณภาพบริการนี้สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการก่อนที่จะมาใช้บริการผู้รับบริการจะมีความคาดหวังในคุณภาพการบริการและเมื่อมาใช้บริการจะเปรียบเทียบกับบริการที่ได้รับจริงซึ่งผู้รับบริการทุกคนจะมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการทุกรูปแบบไม่ว่าจะเป็นระยะใดของความเจ็บป่วยหรือไม่เจ็บป่วยก็ตามผู้ให้บริการต้องพยายามตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งทั้งเป็นการสร้างความสุขสบายและพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวัง ความคาดหวัง มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตเพราะเกิดจากแรงผลักดันจากความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ตามทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow, 1970, pp. 24-25) เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ ที่ว่า ความต้องการนี้มีอยู่ตลอดเวลา และไม่มีที่สิ้นสุด ความต้องการที่ได้รับ การตอบสนองแล้ว จะไม่เป็นสิ่งจูงใจพฤติกรรม ความต้องการของคนจะมีลักษณะเป็นลำดับขั้น จากต่ำไปสูงตามลำดับของความสำคัญ เมื่อความต้องการในระดับต่ำ ได้รับ การตอบสนองแล้ว ความต้องการในระดับสูงก็จะเรียกร้องให้มีการตอบสนองต่อไป ลำดับขั้น ความต้องการของมนุษย์ (hierarchy of needs) มี 5 ระดับดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (physiological)
2. ความต้องการด้านความปลอดภัยในชีวิต (safety)
3. ความต้องการความรัก และความรู้สึกเป็นเจ้าของ (social)
4. ความต้องการที่รู้สึกว่ามีคุณค่า และได้รับการยอมรับนับถือ (self esteem)
5. ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (self actualization)

วูม (Vroom, 1964, p.99) อ้างถึงใน วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2567) ได้ตั้งทฤษฎีความคาดหวัง หรือทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy theory) โดยให้ความสำคัญในเรื่องที่ว่าบุคคลจะถูกใจ ด้วยเป้าหมายอะไร และถูกใจอย่างไร โดย ความต้องการ เป็นเพียงองค์ประกอบในกระบวนการตัดสินใจว่าจะปฏิบัติ ใดๆของบุคคลเท่านั้น การจูงใจ จะเป็นผลของความต้องการที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด และคาดคะเนการกระทำที่จะนำไปสู่สิ่งนั้น พฤติกรรมจะถูกกำหนดโดยแรงกดดันภายในบุคคล และสภาพแวดล้อม เพราะบุคคลมีความคาดหวังไม่เหมือนกัน และบุคคลจะตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรม โดยอยู่บนพื้นฐานความคาดหวัง และมีแนวโน้มจะทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าจะได้รับผลตอบแทน

คุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ป่วย จากแนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังจะเห็นว่า เป็นเรื่องยากที่จะแยกความต้องการออกจากความคาดหวัง และได้มีผู้ศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ที่มีต่อผู้ให้บริการสุขภาพ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2537) ดังนี้

1. การรับฟังคำพูดของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาผู้ป่วยจะบอกถึงความต้องการ เพราะผู้ป่วยไม่ต้องการถูกซักถามโดยความคิดของผู้ให้บริการ ดังนั้น ผู้ให้บริการจึงควรมีศิลปะในการฟังและมีความสามารถประเมินความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้

2. ถามความต้องการของผู้ป่วย การถามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการประเมินอาการของผู้ป่วยผิดพลาด

3. ไม่ละเลยสิ่งที่ผู้ป่วย วิดกกังวลหรือเป็นปัญหาของผู้ป่วยอยู่ผู้ให้บริการต้องตระหนัก ในปัญหาของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผล ควรเชื่อว่าปวดจริงไม่นำเอาความรู้สึกของตนเอง มาตัดสินว่าแผลแค่นี้ไม่น่าจะปวดได้และให้การดูแลตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้

4. ให้การดูแลผู้ป่วยโดยสนใจที่ตัวบุคคล มากกว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็น คือ ไม่มัวแต่สนใจเฉพาะแฟ้มประวัติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จนลืมนึกถึงความเป็นบุคคลที่มีศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

5. เคารพในสิทธิของผู้ป่วย คือ สิทธิที่ผู้ป่วยจะได้รับรู้เรื่องของตนสิทธิที่จะได้รับบริการที่เหมาะสมและสิทธิที่จะตายโดยไม่เจ็บปวด และมีศักดิ์ศรีของมนุษย์

6. ทำให้เขารู้สึกว่าผู้ให้บริการมีความห่วงใยเสมอ

7. ใช้คำพูดที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

8. ควรพูดกับผู้ป่วยไม่ใช่พูดถึงผู้ป่วย เช่น เมื่อผู้ให้บริการพูดถึงผู้ป่วยโดยใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการได้

9. อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยรอคอย เพราะจะทำให้เกิดความคับข้องใจ ดังนั้นหากจะให้ผู้ป่วยรอ ควรบอกหรือพูดอย่างสุภาพ และอธิบายถึงเหตุผลความจำเป็นและให้ทางเลือกอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่หมดหนทาง

10. อย่าออกคำสั่งให้ผู้ป่วยทำโดยไม่บอกว่าทำอย่างไร เพราะการบอกให้ทำตามคำสั่งโดยไม่มีการสอบถามว่าทำอย่างไร หรือทำได้หรือไม่ เพราะจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเข้าใจของผู้ป่วยและความรู้สึกว่าคุณอื่นเข้าใจตัวผู้ป่วยหรือไม่

11. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การให้ข้อมูลในเรื่องของความก้าวหน้าของโรค ควรบอกตั้งแต่แรกเริ่ม และบอกเป็นระยะ ๆ และการให้ข้อมูลนั้นต้องชัดเจนและเข้าใจง่าย ซึ่งควรจะตรวจสอบความเข้าใจหลังให้ข้อมูลทุกครั้ง

12. ผู้ให้บริการควรจดจำประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำงานได้ แต่ต้องการเล่าความสามารถของตนในอดีตให้ฟัง เราจึงควรให้ความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตน

13. บอกผู้ป่วยถึงการดูแลที่จะได้รับ เพราะผู้ป่วยต้องการรับรู้การได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ใช่การตัดสินใจให้ผู้ป่วยทำ

จากความต้องการและความคาดหวังดังกล่าวข้างต้นของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงย่อมจะคาดหวังว่าจะได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ และการบริการที่ประทับใจ (ศิริพร ตันติพูลวินัย, 2538) ซึ่งในต่างประเทศ แซงค์ และเคนนี่ (Shank & Kennedy, 1970) ได้ศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้ดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลเพื่อให้มีสุขภาพดีที่สุด

2. บุคลากรที่มีสุขภาพต้องมีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และมีบุคลิกดี

3. บุคลากรทีมสุขภาพต้องมีความสามารถในการสังเกต ความรู้สึก และพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ใช้บริการ และสามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้
4. ผู้ป่วยและครอบครัว ควรจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และครอบครัวมีความเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้
5. ควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่าง บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อที่จะให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง สมบูรณ์ โดยใช้ทรัพยากรบุคคลและแหล่งประโยชน์ในชุมชน
6. บุคลากรทีมสุขภาพต้องรวบรวมและเก็บบันทึกรายงานของผู้ป่วยเพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษา ตลอดจนเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย
7. ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีและเหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและใจที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537, หน้า 171-178) ยังให้แนวคิดว่า ความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการนั้นยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ดังนี้

1. บริการหลักที่ต้องการจริง ๆ (core services) หมายถึง บริการที่ผู้มาใช้บริการต้องการมาก จนกระทั่งก่อให้เกิดการตัดสินใจมารับบริการครั้งนั้น ๆ
2. บริการที่เกี่ยวข้อง (peripheral services) หมายถึง บริการที่ไม่ใช่บริการหลักซึ่งผู้ให้บริการต้องการจริง ๆ แต่เป็นบริการอื่นที่ผู้ให้บริการสามารถให้บริการร่วมกับบริการหลักซึ่งจะมีส่วนช่วยส่งเสริมคุณภาพบริการได้ ดังนี้

2.1 บริการที่คาดหวังว่าจะได้รับ หมายถึง บริการข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับบริการหลักที่ต้องการจริง ๆ ซึ่งผู้ให้บริการคาดหวังไว้ล่วงหน้าว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการและการได้รับบริการตามที่คาดหวังไว้ นั้นทำให้ผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจ และประเมินว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพ และในทางกลับกัน หากไม่ได้รับบริการดังที่คาดหวัง ก็จะประเมินว่าบริการที่ได้รับนั้นด้อยค่าลง

2.2 บริการที่อยู่เหนือความคาดหมาย หมายถึง บริการที่ผู้ให้บริการอยากจะได้รับแต่ไม่ได้คาดหวังว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ เช่น การที่ผู้ป่วยมาใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ อาจคาดการณ์ว่าจะต้องรอเป็นเวลานาน แต่กลับได้รับบริการที่รวดเร็ว ทำให้ผู้ให้บริการเกิดความปิติยินดี ส่งผลให้ประเมินบริการที่ได้รับว่ามีคุณภาพเยี่ยม ซึ่งแม้ผู้ให้บริการจะไม่ได้รับบริการประเภทนี้ก็ไม่ได้เกิดความไม่พึงพอใจ เนื่องจากเป็นบริการที่อยู่เหนือความคาดหมาย

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษายาบาลใน โรงพยาบาลมีความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลที่ดีจากบุคลากรทีมสุขภาพ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะศึกษาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลตามความคาดหวังของผู้ป่วย

นักวิชาการหลายคน ได้ศึกษาข้อคิดเห็นของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและสรุปความคาดหวังของผู้ใช้บริการไว้ดังนี้ (พรจันทร์ สุวรรณชาติ , 2538, หน้า 515)

ผู้ให้บริการเป็นผู้มีความรู้ความสามารถทางวิชาชีพสามารถให้ความมั่นคงปลอดภัย เอาใจใส่ผู้บริการอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ให้บริการมีคุณสมบัติส่วนตัวเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดีสามารถสื่อสาร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

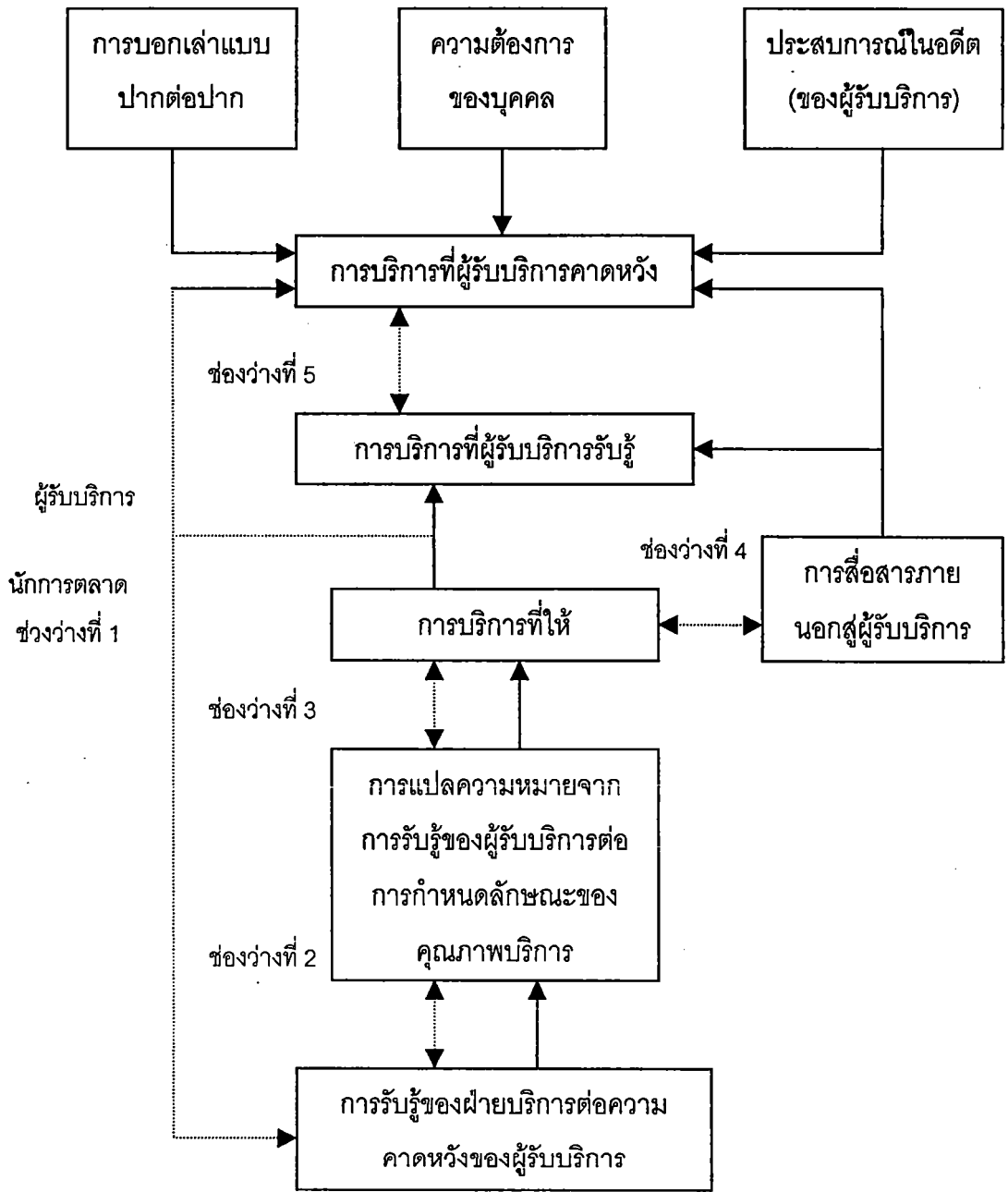
ผู้ให้บริการประสงค์ที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลและต้องการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษาของตนเอง

ผู้ให้บริการประสงค์ที่จะได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการและในบาง โอกาสต้องการที่จะสงวนและดำรงความเป็นอิสระแก่ตนเองในการนี้จึงคาดหวังว่าผู้ให้บริการจะสามารถตอบสนองความต้องการนี้ได้ตามความเหมาะสม

ผู้ให้บริการพยาบาลให้การยอมรับผู้บริการในฐานะเป็นบุคคลและตระหนักถึงสิทธิของผู้บริการอยู่เสมอ

ผู้บริการมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ายังมีความเป็นอิสระแก่ตนเองในการพึ่งพาตนเองได้จึงคาดหวังรับบริการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้ผู้บริการและครอบครัวได้ดูแลและช่วยเหลือตนเอง โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

การประเมินการบริการที่มีคุณภาพผู้รับบริการก่อนจะมารับบริการคาดหวังไว้ว่าจะได้รับบริการเป็นไปตามความคาดหวังและความต้องการตนเองแล้ว ได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบ การบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการไว้ จากผลการวิจัยของ พาราเซอราแมน (Paraseraman . 1995) ได้ศึกษารูปแบบของการบริการที่เกี่ยวกับปัจจัยการกำหนดคุณภาพและช่องว่าง 5 ประการ ที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบรูปที่ 1 รูปแบบการกำหนดคุณภาพบริการ

ต่อมาพาราเซอรามาเนน (Parasuraman ,1990) ได้ทำการศึกษาใหม่โดยได้พัฒนารูปแบบของกรอบแนวคิดของคุณภาพบริการที่ใช้วัดเนื่องจากมีบางหมวดมีการซ้ำซ้อนกันจึงได้นำมาปรับปรุงให้กระชับมากขึ้น โดยเหลือตัววัดคุณภาพการบริการอยู่ 5 ระดับ ได้แก่

ความเป็นรูปธรรมของบริการ (tangibles) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ และผู้ใช้บริการสามารถคาดคะเนคุณภาพบริการได้ชัดเจน เช่น สถานที่ทำให้บริการมีความสะดวกสบาย เครื่องมือ เครื่องใช้ในการให้บริการสวยงาม เป็นต้น

ความน่าเชื่อถือหรือไว้วางใจได้ (reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการ ผู้ให้บริการ โดยบริการที่ให้ทุกครั้งต้องมีความถูกต้องเหมาะสมและสม่ำเสมอทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกว่าการบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือสามารถไว้วางใจได้

การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที (responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและเต็มใจที่จะให้บริการของผู้ให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ตามต้องการ

การให้ความมั่นใจ (assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความมั่นใจให้เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้บริการและมีทัศนคติที่ดีในการให้บริการ

ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้ใช้บริการ (empathy) หมายถึง ผู้ให้บริการให้บริการโดยคำนึงถึงจิตใจ และความแตกต่างของผู้ใช้บริการตามลักษณะของผู้ใช้บริการแต่ละบุคคล

นารีรัตน์ รูปงาม (2542) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจการได้รับข้อมูลป้อนกลับด้านคุณภาพบริการ การให้รางวัลและวัฒนธรรมคุณภาพบริการกับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้นำเครื่องมือมาประยุกต์ใช้กับบริการพยาบาลพบว่า มีความเที่ยงสูงได้ค่าความเชื่อมั่นการวัดคุณภาพบริการ 0.92 สามารถนำไปวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้อย่างสมบูรณ์ สอดคล้อง กับ คุณพวงทิพย์ วงศ์พันธุ์ (2541) วรรณฤดี ภูทอง (2539) และพัชรี ทองแผ่ (2540) พบว่าเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพบริการมีค่าความเที่ยงสูงได้แก่ 0.93 , 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ

การตัดสินใจคุณภาพบริการส่วนใหญ่จะมาจากกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดเหมาะสมกับสภาวะการณ์ในปัจจุบัน สวานส์เบิร์ก (Swansberg, 1993, P.209) ได้กล่าวว่าผู้บริหารทางการแพทย์ต้องตระหนักถึงความเกี่ยวพันของงบประมาณ จุดมุ่งหมาย และสาระการพยาบาล ศิริพร ตันติพลูวินัย (2538, หน้า 82) กล่าวว่า งานบริการพยาบาลเป็นงานสร้างภาพลักษณ์ให้กับโรงพยาบาล เป็นงานที่สร้างผลิตภัณฑ์ของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ มีราคาในขณะที่ฝ่ายบริการพยาบาลเป็นฝ่ายสร้างงานหลักของการให้การดูแลผู้ป่วย (Product Line)

610.433

๙ 184 ๗

377885

ผู้รับบริการเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลด้วยเหตุผลเพียงอย่างเดียว คือ การรับบริการพยาบาล (Nursing Care) เมื่องานหลักของวิชาชีพพยาบาล คือ การดูแล (Caring) ผู้บริหารทางการพยาบาล จะทำอย่างไรที่จะช่วยให้งานการดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่มีคุณค่าต่อสายตาของผู้ใช้บริการ

วิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่เกิดจากเมตตาธรรม และความเอื้ออาทร เสียสละเพื่อประโยชน์สุขของผู้อื่น บทบาทของพยาบาลจึงไม่ใช่บทบาทนักธุรกิจ ในความคาดหวังของสังคมองค์ประกอบพื้นฐานทาง จริยธรรมที่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย ในฐานะที่มนุษย์พึงปฏิบัติต่อกัน ได้แก่ (ศิริลี ศิริโล, 2539, หน้า 198-201)

1. ความเอื้ออาทร (caring) ความเอื้ออาทรเป็นสิ่งสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล กับผู้ป่วย คล้ายคลึงกับการทำให้อบอุ่นใจ แต่มีความหมายที่ลึกซึ้งกว่า เนื่องจากความเอื้ออาทรเกิดขึ้นจากการตระหนักในคุณค่าของบุคคล ความเข้าใจในชีวิตมนุษย์ ก่อให้เกิดความรู้เอื้ออาทรคือ มีน้ำใจเอื้อเพื่อ ใส่ใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วย มีการแสดงออกด้วยความอ่อนโยนมีความเคารพต่อตัวของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกคุ้นเคยเป็นกันเอง และมีความอบอุ่นใจ

2. ความเชื่อถือและไว้วางใจ (trust and confidence) คือ ความรู้สึกที่เกิดจากการรู้ว่าใน ส่วนหนึ่งในโลกส่วนตัวของเรานั้น ไม่เป็นอิสระ เราต้องการความช่วยเหลือ และในความรู้สึกดังกล่าวมีบุคคลหนึ่งที่อยู่เอื้ออาทรต่อเรา สามารถช่วยเหลือและเป็นมิตรต่อเรา ความเชื่อถือและไว้วางใจเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลกล้าเปิดเผยเรื่องราว ก่อให้เกิดความร่วมมืออันดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

3. ความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา (empathy) คือการที่เราเข้าใจและยอมรับว่าคนแต่ละคนย่อม มีโลกส่วนตัวของตัวเอง มีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก โลกทัศน์ที่ต่างจากผู้อื่นความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเราที่มีต่อผู้ป่วย การรับรู้สภาพความรู้สึก ความคิดของผู้ป่วยขณะนั้นจะช่วยทำให้พยาบาลไม่โกรธเคืองผู้ป่วยที่อาจขัดขืนและไม่คว้นตัดสินใจทันทีถึงแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่พยาบาลเห็นว่าดีและเหมาะสม

4. ความเห็นอกเห็นใจ (sympathy) เป็นการแสดงออกของความรู้สึกที่สมบูรณ์ของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน แสดงว่าบุคคลนั้นอยู่ในสภาพของความเจริญทางวิญญูคือ การรับรู้ในปัญหาของผู้ป่วย การให้ความสนใจ สามารถตระหนักและเข้าใจบุคคลอื่นในภาวะเช่นเดียวกับตน การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ ความเมตตาและการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา นั้น อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเรียกร้องหรืออ่อนแอเพิ่มขึ้นจึงมีข้อพึงระวังว่าต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น และสามารถเผชิญปัญหา ตัดสินใจความเห็นอกเห็นใจที่ถูกต้อง คือ การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้งมีคนเข้าใจเป็นกำลังใจ

5. การให้ความเคารพ (respect) เป็นการแสดงความเคารพในด้านชาติวุฒิ คุณวุฒิและวิญญู ซึ่งถือเป็นกฎธรรมชาติ (Natural law) เป็นสิทธิมนุษยชนที่พึงได้รับ พยาบาลควรใช้

คำพูด แสดงกิริยาหรือปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เป็นพระภิกษุ และแสดงออกถึงความเป็นผู้มีจริยธรรม ในการให้ความเคารพต่อความเป็นมนุษย์ของบุคคล และในขณะเดียวกันพยาบาลก็มีสิทธิที่จะได้รับความเคารพจากบุคคลอื่นเช่นกัน

6. ความเป็นผู้มีอารมณ์ขัน (humour) เป็นการก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิตช่วยลดความตึงเครียด และช่วยสร้างบรรยากาศที่ดี การรู้สึกรักอารมณ์ขันในการมองสิ่งต่าง ๆ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญ เป็นผลดีทั้งต่อความรู้สึกรักของพยาบาลเองและผู้ป่วย แต่ต้องระมัดระวังว่า การมีอารมณ์ขันนี้อาจเป็นผลร้ายต่อผู้ป่วย หากขาดการมีศิลปะและเป็นไปในทางล้อเลียน ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกอับอายและขุ่นเคือง

ลักษณะปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จากการสัมมนา เรื่องการพัฒนาการเรียนการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลวิชาชีพ โดยคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล ระหว่างวันที่ 13-15 ธันวาคม 2521 ณ สถานพักฟื้นสวางคนิวาส จังหวัดสมุทรปราการ (อ้างถึงใน สิวลี สิริไล, 2539, หน้า 220-225)

1. ท่าทีพฤติกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย

1.1 ขาดมนุษยสัมพันธ์ที่ดีพอกจากพฤติกรรมที่แสดงออก คือสีหน้าบึ้งตึง กิริยาอาจไม่สุภาพ ขาดความอดกลั้น ไม่รู้จักควบคุมอารมณ์ การแสดงออก ขาดความเห็นอกเห็นใจ ไม่ให้ความเป็นกันเอง ขาดความยืดหยุ่นต่อกฎระเบียบข้อบังคับของแต่ละหน่วยงาน

1.2 ละเลยต่อหน้าที่ ความรับผิดชอบและขาดวุฒิภาวะ สนใจต่องานที่กำลังทำอยู่น้อยกว่าเท่าที่ควร เพิกเฉยต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย ให้การแนะนำผู้ป่วยที่ถูกต้องน้อยเกินไป

1.3 ตระหนักในศิลปะทางการพยาบาลน้อย ขาดความนุ่มนวลในการสัมผัสขาดศิลปะในการพูดปลอบโยนผู้ป่วย

1.4 มีความซื่อสัตย์ต่อหลักการปฏิบัติวิชาชีพไม่เพียงพอ ปฏิบัติการพยาบาลผิดหลักและเทคนิค

1.5 ขาดการตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนที่เพียงพอ ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยไม่คิดหรือระวังเท่าที่ควร เปิดเผยความลับของผู้ป่วย ให้การพยาบาลโดยไม่แจ้งหรือขออนุญาตผู้ป่วย ขูขู่เรื่องส่วนตัวต่อหน้าผู้ป่วย มิได้คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้รับเท่าที่ควร

1.6 ให้ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ วิชาชีพและสังคมน้อย

2. การรักษาความลับของผู้ป่วย

3. การบอกความจริงแก่ผู้ป่วย

4. การให้รายละเอียดข้อมูลแก่ผู้ป่วย และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยก่อนที่แพทย์และพยาบาลจะให้การรักษาพยาบาลใด ๆ แก่ผู้ป่วย

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาความรู้และการรับรู้ของผู้บริโภคต่อโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ พบว่า 68% เป็นความไม่พึงพอใจที่เกิดจากการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ เป็นคำร้องเรียนเกี่ยวกับการให้คำอธิบาย การแบ่งแยกผู้ป่วย และจริยธรรม ในลำดับที่ 6,7 และ 8 ตามลำดับ (Bennettes S, 1994 ; อ้างถึงใน อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2539, หน้า 2-3)

สุกัญญา โลจนานักวิวัฒน์, วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์ และสุชาติ ธิติวรณะ (2536) ได้ศึกษาเปรียบเทียบตามคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วย และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ศึกษาในผู้ป่วย 125 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังและการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยอย่างมีเค้าโครง 4 ด้าน คือ สิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน สิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของตน สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อสิทธิของตนทั้งโดยรวมและด้านต่าง ๆ สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากการนำเครื่องมือคุณภาพบริการมาใช้ประเมินคุณภาพบริการ พาราเซอราแมน (Parasuraman , 1990) ได้พัฒนาเครื่องมือคุณภาพบริการ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 จนถึงปี ค.ศ. 1990 มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ พนิตา คำยุ (2536) สกาวดี ดวงเด่น (2539) ได้นำแนวคิด ของพาราเซอราแมน (Parasuraman , 1990) มาพัฒนาใช้ในการประเมินคุณภาพบริการในโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร โดยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้รับบริการจัดลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้คาดหวัง ผลการวิจัยพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยมากกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวังยกเว้นหมวดรูปธรรมของบริการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังหาผู้ป่วยน้อยกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวัง พัชรี ทองแผ่ (2540) ได้ตีความคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าการรับรู้คุณภาพบริการ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนดีเด่น ทั้งโดยรวม รายด้านและรายข้อ

การแปลผลคะแนนคุณภาพการรับรู้ คำนวณโดยการนำค่าเฉลี่ย ของการรับรู้ที่ได้รับเป็นตัวตั้ง แล้วลบด้วยค่าเฉลี่ยของความคาดหวังจะได้ผลต่างเป็นคะแนน โดยแปลผลการรับรู้เป็น 3 ระดับคือ

1. คะแนนความคาดหวังสูงกว่าคะแนนการรับรู้บริการถ้าหากผลต่างเป็นค่าลบ แสดงว่าไม่พึงพอใจต่อคุณภาพบริการ
2. คะแนนความคาดหวังเท่ากับคะแนนการรับรู้บริการถ้าผลต่างมีค่าเป็นศูนย์ แสดงว่าพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ
3. คะแนนความคาดหวังต่ำกว่าคะแนนการรับรู้บริการถ้าผลต่างมีค่าเป็นบวก แสดงว่าประทับใจต่อคุณภาพบริการ

จากการศึกษา ของ ยูสเซฟ และคณะ (Youssef et al ., 1996, pp. 15-22) เรื่องคุณภาพในการดูแลทางด้านสุขภาพอนามัยในโรงพยาบาล ที่มีบริการด้านสุขภาพอนามัยแห่งชาติ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ (SERVQUA : Service quality) ประเมินการพึงพอใจของผู้รับบริการเปรียบเทียบกับระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลกับการรับรู้ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งมีเกณฑ์ 5 ประการ ในการประเมิน คือ

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ
2. ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้
3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที
4. ความน่าเชื่อถือ
5. การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ

พบว่ามีความแตกต่างกันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล จะมาด้วยความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ แต่เมื่อมาถึงโรงพยาบาลบริการที่เกิดขึ้นจริงอาจเป็นไปตามความคาดหวังหรือต่ำกว่าความคาดหวังหรือเกินความคาดหวังก็ได้ซึ่งหมายถึง การรับรู้คุณภาพบริการ เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะประเมินคุณภาพบริการตามการรับรู้ของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาลจึงไม่ทราบว่าบริการที่ได้รับเป็นไปตามมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ตามที่ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลกำหนดไว้หรือไม่ แม้ภายหลังใช้บริการแล้วก็ยังไม่สามารถประเมินได้อยู่นั่นเอง แต่ผู้ป่วยจะประเมินคุณภาพบริการที่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังหรือไม่ (พนิดา ดามาพงศ์ , 2538) โดยการเปรียบเทียบบริการที่ตนคาดหวังกับบริการที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ของตน ถ้าบริการที่ตนรับรู้ต่ำกว่าบริการที่ตนคาดหวัง ผู้ป่วยจะไม่พึงพอใจและไม่กลับมาใช้บริการอีก ถ้าบริการที่ตนรับรู้ต่ำกว่า บริการที่ตนคาดหวัง ผู้ป่วยจะเกิดความพึงพอใจ ถ้าบริการที่ตนรับรู้เกินกว่าบริการที่ตนคาดหวัง ผู้ป่วยจะเกิดความประทับใจ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจและประทับใจบริการ นี้จะกลายเป็นผู้ป่วยประจำของโรงพยาบาล ซึ่งในทางการตลาดเรียกว่าเป็นลูกค้าผู้ภักดีและลูกค้าเหล่านี้จะเป็นผู้บอกกล่าวแก่ผู้อื่นจากปากต่อปาก ต่อ ๆ กันไป

นอกจากนี้ คอทเลอร์ (Kotler , 1994) ได้แบ่งเกณฑ์การกำหนดคุณภาพบริการไว้ 2 ประเภทคือ

1. มาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ (technical or professional standard) ซึ่งการกำหนดคุณภาพตามมาตรฐานของวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 รูปแบบคือ

- 1.1 มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (structure standard) เป็นการกำหนดโดยคำนึงถึงระบบบริการ ได้แก่ ปรัชญา จุดประสงค์ นโยบายการปฏิบัติงาน รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือเครื่องใช้ อาคารสถานที่ ตลอดจนแหล่งช่วยเหลือ ทางด้านความรู้

ต่าง ๆ รวมทั้งการวางแผน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ การกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างนี้จะมุ่งประสิทธิภาพคือ การบรรลุเป้าประสงค์ตามที่วางไว้ และประสิทธิผลคือ ประหยัดในแง่การใช้แรงงาน เวลา งบประมาณ และทรัพยากรต่าง ๆ

1.2 มาตรฐานเชิงกระบวนการ (process standard) เป็นกิจกรรมที่ครอบคลุมแผนของการปฏิบัติงาน โดยบอกวิธีปฏิบัติอย่างละเอียดของกิจกรรมที่พึงประสงค์และที่ไม่ควรปฏิบัติ ทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกเห็นได้ชัดเจน และพฤติกรรมที่ไม่แสดงออก เช่น การตัดสินใจที่รวดเร็ว เชี่ยวชาญ ทันทต่อเหตุการณ์ รวมถึงคุณภาพของการติดต่อสื่อสารและบันทึกด้วย

1.3 มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (outcome standard) เป็นกิจกรรมที่ตั้งไว้เป็นบรรทัดฐาน บ่งชี้พฤติกรรมที่มีลักษณะเจาะจงของผู้ใช้บริการตามที่คาดหวังภายหลังได้รับบริการแล้ว

2. มาตรฐานเชิงการรับรู้หรือเชิงการแสดงออก (expressive standard) เป็นการกำหนดคุณภาพตามความเห็นและความรู้สึกของผู้ใช้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการไม่มีความรู้เรื่องของวิชาชีพ จึงประเมินคุณภาพบริการจากสิ่งที่ได้เห็น สัมผัส และรู้สึกได้ขณะเข้ามาใช้บริการ และการที่จะเกิดคุณภาพบริการนั้นจะคำนึงถึงคุณภาพวิชาชีพ จึงเป็นเกณฑ์ที่ผู้ประกอบการกำหนดเพียงอย่างเดียวไม่ได้ คอทเลอร์ สอดคล้องกับ บอปป์ (Kotler, 1994 ; Bopp 1990) อธิบายว่า ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีแบบแผนการรับรู้และการประเมินคุณภาพที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ให้บริการจะประเมินคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่ผู้รับบริการไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพ จึงไม่สามารถรับรู้ถึงคุณภาพเชิงวิชาชีพได้ จึงประเมินคุณภาพบริการจากการมีปฏิสัมพันธ์ กับ ผู้ให้บริการในขณะที่ใช้บริการ ดังนั้นในบริการที่ได้รับ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพเชิงการรับรู้ควบคู่ไปด้วย จึงจะเรียกได้ว่ามีคุณภาพโดยแท้จริง

นอกจากนี้ บอปป์ (Bopp, 1990) ได้ศึกษาคุณภาพบริการเชิงการแสดงออก (expressive quality) ของผู้ป่วยจากโรงพยาบาล 394 เคียง พบว่าตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการโรงพยาบาลเชิงการแสดงออก ด้านการดูแลที่ผู้รับบริการต้องการคือ ความเมตตา กรุณา ความพอใจ การยอมรับ การร่วมมือ ความสุภาพและความมีอัธยาศัยไมตรี ตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการพยาบาล เชิงการแสดงออก ด้านวิชาชีพ ที่ผู้รับบริการต้องการคือ ให้ความอบอุ่น ความสะดวกสบาย มีจิตใจที่เปิดกว้างและมีความจริงใจ ตัวประกอบสำคัญของคุณภาพบริการเชิงแสดงออกด้านสมรรถนะ ที่ผู้รับพิจารณาบริการต้องการคือ การใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการแก้ปัญหา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะว่า การให้บริการแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการมักให้ความสำคัญแก่คุณภาพเชิงการแสดงออกน้อยกว่าผู้ป่วย ดังนั้น ขณะให้บริการ ผู้ให้บริการควรปรับปรุงทัศนคติ และพฤติกรรม การแสดงออกด้าน สีหน้า ท่าทาง อารมณ์ในขณะให้บริการ

คุณภาพบริการมีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาลซึ่งการให้บริการพยาบาล พยาบาลมีความรับผิดชอบสำคัญที่จะต้องให้บริการที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงเป็นที่พอใจและเชื่อถือไว้วางใจของผู้รับบริการต่อพยาบาลหน่วยงานและสถาบันบริการการพยาบาล จึงต้องมีคุณภาพมีมาตรฐานโดยต่อเนื่องตลอดไป (พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์, 2541, หน้า 17)

สำหรับทีมผู้ให้บริการในโรงพยาบาลทุกคนต้องมุ่งมั่นหรือใส่ใจในการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการและสร้างบรรยากาศของการให้บริการเป็นเลิศอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อให้เกิดการบริการที่ประทับใจอย่างที่ใช้บริการไม่เคยคาดหวัง (เรวดี ศิรินคร, 2541, หน้า 37-38) จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ พนิดา คามาพงศ์ และคณะ (อ้างถึง อรรถ อชาตฤทธิ, 2541 หน้า 39) ได้ศึกษาความคาดหวังต่อบริการของโรงพยาบาล คือให้บริการอย่างเสมอภาคไม่แบ่งชั้นวรรณะ ให้ความสำคัญแก่ผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลหนึ่งและไม่เปิดเผยความลับของผู้ใช้บริการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2537, หน้า 149 – 152) ได้เสนอแนวคิดที่ว่าปัจจัยด้านระบบการให้บริการและปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีส่วนเกี่ยวข้องที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อสุขภาพบริการที่ได้รับ สอดคล้องกับ วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางสุขภาพ ของประชาชนที่มุ่งหวังให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจเสนอให้มีการศึกษาปัจจัยด้านลักษณะของประชาชนผู้ใช้บริการด้วยปัจจัยด้านผู้รับบริการ

1. เพศ โดยธรรมชาติทั้งทางสรีระและบุคลิกนิสัยของชายและหญิง ย่อมมีความแตกต่างกัน ดังนั้นในด้านสุขภาพมีความเป็นไปได้ว่า เพศหญิงมีความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาลมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงย่อมมีเวลาและความสะดวกในการแสวงหา การรักษาพยาบาลมากกว่า และมีความละเอียดอ่อน ห่วงใยใส่ใจเรื่องสุขภาพมากกว่า อาจมีผลให้เกิดความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาลเพิ่มขึ้นได้ วิลสัน (wilson, 1970 อ้างถึงใน คัลทียา ศิริภัทรากูร, 2541, หน้า 5) คำนิยมในการให้เกียรติเพศชาย เป็นหัวหน้าครอบครัวต้องหาเลี้ยงครอบครัวและมีโอกาสในการศึกษามากกว่าเพศหญิง ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับรู้ข่าวสาร และเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพและสังคมจึงมีมากกว่าเพศหญิง เพศชายจึงมีการดูแลตนเองและแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับรู้ข่าวสาร และเข้าร่วมในแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535, หน้า 133) ซึ่งโยธิน ศันสนยุท และคณะ (2533, หน้า 6) กล่าวไว้ว่า การที่เพศชายมีความอดทนเชื่อมั่นในตนเองสูง จึงทำให้เพศชายมีความคาดหวังในการรับบริการน้อยกว่าเพศหญิง เหตุผลอีกประการหนึ่ง คือสังคมไทยได้อบรมเลี้ยงดูเพศหญิงให้อยู่ในบทบาทแม่บ้าน แม่เรือน ดูแลเลี้ยงดูบุตร ปราบนียบตีบิดา มารดาหรือสามี การที่ตนเองจะมารับบริการบ้าง จึงเกิดความคาดหวังที่จะได้รับบริการที่ดี เช่น ที่ตนปฏิบัติต่อผู้อื่น จากการศึกษาของ

ชิษณุกร พรภานุวิชญ์ (2540) ที่ศึกษาความคาดหวังของประชาชนต่อบทบาทการจัดการทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่นของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่าเพศชายมีความคาดหวังต่อบทบาทจัดการทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่นของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของ คัทลียา ศิริภัทรากร (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคาดหวังคุณภาพบริการโรงพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานครพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ที่ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก จำนวน 400 คน พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ มณีฉาย และ นิสาชล สิงหศิริ (2543) ที่ศึกษาระดับการได้รับการปฏิบัติจริงและความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการในแผนก ผู้ป่วยนอก พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีความต้องการพยาบาลสุขภาพไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของ นนิกานต์ วงศ์ลือ (2543) ที่ศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยใน พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความต้องการพยาบาลสุขภาพไม่แตกต่างกันผลการวิจัยของ (จิระกุด ต้นวิวัฒนากุล, 2528 อ้างถึงใน เตยหอม บุญพันธ์, 2539, หน้า 43) พบว่าความพึงพอใจการบริการการพยาบาลผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมต่อโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาล จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามเพศไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น เพศ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาว่ามีผลต่อคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

2. อายุ เนื่องจากผลิตภัณฑ์จะสามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้บริโภคที่มีอายุแตกต่างกัน นักการตลาดจึงใช้ประโยชน์จากอายุเป็นตัวแปรด้านประชากรศาสตร์ที่แตกต่างของส่วนตลาด นักการตลาดได้ค้นหาตลาดส่วนเล็ก (niche market) โดยมุ่งความสำคัญที่ตลาดที่ตลาดอายุส่วนนั้น จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะสะสม ประสบการณ์ชีวิต มีการปรับตัวและเรียนรู้สิ่งใหม่ตลอดเวลา และแสวงหาวิธีปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้ตนรู้สึกมั่นคงและพึงพอใจ อายุเป็นปัจจัยพื้นฐาน ที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โอเรม (Orem, 1991) และอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดเห็นและพฤติกรรม เนื่องจากคนในวัยต่าง ๆ กัน ย่อมจะมีความต้องการแตกต่างกัน ส่วนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดตามพัฒนาการของร่างกายตามอายุนั้น จะพบว่าความรู้สึกนึกคิด เจตคติ การรับรู้และการประเมินตนเอง จะค่อยเพิ่มทีละน้อยตั้งแต่วัยเด็กจนถึงผู้ใหญ่ (ถึง 49) และจะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่สูงอายุ (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2536, หน้า 7) ส่วน อัจริยา วัชรวิวัฒน์ (2536) ศึกษา

พฤติกรรมกล้าแสดงของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลตามการรับรู้ของตนเอง โรงพยาบาลศูนย์
 กระทรวงสาธารณสุขความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้บริหารทางการแพทย์
 พยาบาล จำแนกพยาบาลที่มีอายุมากมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกมากกว่าผู้บริหารทางการแพทย์
 ที่มีอายุน้อยกว่า จากการศึกษาของคาร์ณี สมศรี (2536) ที่ศึกษาและเปรียบเทียบการนิเทศงานตาม
 การรายงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พบว่า
 อายุของหัวหน้าหอผู้ป่วยแม้จะแตกต่างกัน แต่การปฏิบัติงานด้านการวางแผน การดำเนินงานและ
 การประเมินผล การนิเทศไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของ สงวน ธาณี (2538) ที่ศึกษา
 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าอายุของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถ
 ในการปฏิบัติงาน รัตนา ลือวานิช (2539, หน้า 8) ได้เสนอว่า บุคคลที่มีอายุต่างกันย่อม
 หมายถึงระยะเวลาที่ผ่านประสบการณ์ ต่าง ๆ ของชีวิตแตกต่างกัน รวมทั้งมีความแตกต่างกัน
 ในด้านสรีระวิทยา จิตใจ และสังคม มนุษย์เมื่อเติบโตมีอายุมากขึ้น ย่อมมีการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น มี
 ความคิดและความรู้สึกที่ แตกต่างกันตามวัย ดังนั้นบุคคลในแต่ละวัยจึงน่าจะมี ความคาดหวังที่
 แตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะความคาดหวังต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล จากการศึกษาของ
 สุภาภรณ์ ใจสิทธิกุล (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตใจ ปัจจัยบำรุงรักษากับความพึง
 พอใจในการ ปฏิบัติงานของผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลของรัฐ พบ
 ว่าผู้บริหารและอาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลของรัฐที่มีอายุต่างกัน จะมีความพึงพอใจใน
 การปฏิบัติงานต่างกัน จากการศึกษาของ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2538) ที่อธิบายถึงพฤติกรรมผู้บริโภค
 ว่า ผลิตภัณฑ์จะสามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้บริโภคที่มีอายุต่างกัน ดังนั้นนักการ
 ตลาดได้ค้นคว้าหาความต้องการของตลาดส่วนเล็ก โดยมุ่งความสำคัญที่ตลาดอายุส่วนนั้น จากการศึกษา
 ของ สุพัตรา เหลี่ยมวรารังกูร (2540) ได้ศึกษาคุณภาพบริการงานอุปกรณ์ศูนย์สิรินธรเพื่อการ
 ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติตามการรับรู้ของผู้รับบริการพบว่า ผู้รับบริการที่มีอายุต่าง
 กันมีผลทำให้การรับรู้คุณภาพบริการต่างกัน ดังนั้นผู้รับบริการที่มีอายุต่างกันมีความคาดหวังเกี่ยว
 กับคุณภาพบริการแตกต่างกัน จากการศึกษาของ วิษณุกร พรภาณวิษณุ (2540) ได้ศึกษาความ
 คาดหวังของประชาชนที่มีต่อบทบาทการจัดการทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่นของสมาชิกองค์การ
 บริหารส่วนตำบล พบว่า ประชาชนที่มีกลุ่มอายุ 31-40 ปี มีความคาดหวังต่อบทบาทการจัดการ
 ทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่นของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ จากการศึกษา
 ของ ประภัสสร วัฒนวิทย์ (2543) ได้ศึกษาทัศนคติต่อการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพใน
 โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีทัศนคติต่อการวิจัย
 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น อายุ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจที่ศึกษาว่ามีผลต่อคุณภาพบริการหรือไม่อย่างไร

3. การศึกษา การศึกษามีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูล นำมาพิจารณาตัดสินใจ การกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยและผู้ที่มีการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะ ในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆที่สงสัยหรือไม่เข้าใจตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์รู้จักที่จะรักษาและดูแล เอาใจใส่สุขภาพให้ดีได้อย่างถูกต้องและดีกว่าผู้มีการศึกษาดำสอคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) และสุทธิศรี ตระกูล โชค (2535) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาดำและจากการศึกษาของ ประเทือง สงสุวรรณ (2534) พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลในการสอนให้คนรู้จักคิด วิเคราะห์และหาความรู้ใหม่ ๆ เสมอ ผู้มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ความคิดและความสามารถมากกว่าผู้มีการศึกษาดำ การใช้บริการทางการแพทย์ที่มีแนวโน้มที่แปรผันไปตามระดับการศึกษา นอกจากนี้บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสดีในการเลือกสิ่งต่างๆ ในชีวิต ได้รู้เห็นอะไรมากกว่าจึงทำให้มีความคาดหวังสูงกว่า จิสมุส (Jismuss, 1958 อ้างถึงใน เตยหอม บุญพันธ์, 2539 หน้า 42) จะพบเสมอว่าผู้มีการศึกษาสูงมักมีฐานะความเป็นอยู่ทางสังคม มีความพร้อมในการซื้อบริการตอบสนองความต้องการ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ มีความคาดหวังสูงกว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ เฟรนช์ (French, 1976 อ้างถึงใน คัทเลียา ศิริภทรากูร, 2541, หน้า 6) พบว่าบุคคลที่มีการศึกษาและสถานภาพทางสังคมสูงย่อมมีความคาดหวังใน ด้านบริการทางการแพทย์สูงด้วย จากการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกจำนวน 400 คนพบว่า ผู้รับบริการที่มีการศึกษาต่างกันมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่แตกต่างกัน แต่มีการรับรู้คุณภาพไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ คัทเลียา ศิริภทรากูร (2541) ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาล สอดคล้องกับ นนิกานต์ วงศ์ลือ (2543) ศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชน พบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่างกันความคาดหวังคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น การศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาว่ามีผลต่อคุณภาพบริการหรือไม่อย่างไร

4. รายได้ รายได้ต่อเดือนเป็นตัวบ่งบอกสถานะทางเศรษฐกิจของบุคคล ที่มีต่อความคาดหวัง ทำให้บุคคลมีความคาดหวังที่แตกต่างกัน เกศณีย์ ประพุทธพิทยา (2540) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อบริการพยาบาลของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ลานนา โดยสอบถามผู้ป่วยจำนวน 100 คน พบว่า รายได้ที่แตกต่างกัน ได้รับบริการที่แตกต่างกันได้แก่ ด้านการใช้บริการด้านให้ความรู้ ด้านบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม และมีความพึงพอใจต่อบริการ

พยาบาลต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา เหลี่ยมวรานุกร (2540) ที่พบว่า ผู้มารับบริการที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกันจะมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลแตกต่างกันแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติมา ภูหาทอง (2533) มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535) และ มัทรี นครน้อย (2536) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความคาดหวังคุณภาพบริการโรงพยาบาล จากการศึกษา ปุณศรี พิชัยจุมพล (2541) พบว่า ผู้มีรายได้สูงมีความต้องการและความคาดหวังสูง ต่อบริการที่ได้รับมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยวรรณ ประคุณชัย (2533, หน้า 99) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรัฐ:ศึกษากรณีจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าผู้รับบริการที่มีรายได้แตกต่างกันมีความพึงพอใจต่อบริการแตกต่างกัน โดยผู้มีรายได้ต่ำมีความพึงพอใจมากกว่าผู้มีรายได้สูงและจากการศึกษาของ เบญจมาภรณ์ ภิญ โยพรพานิชย์ (2536) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชรพบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีรายได้เท่ากับหรือน้อยกว่า 2,000 บาท จะมีระดับความพึงพอใจสูง ร้อยละ 66 และมีรายได้มากกว่า 6,000 บาท มีระดับความพึงพอใจต่ำ ร้อยละ 11.30 จากความสัมพันธ์ดังกล่าวมีแนวโน้มว่า ผู้มีระดับรายได้สูงจะมีความพึงพอใจต่ำน้อยกว่าผู้มีรายได้ต่ำและสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญกร พงษ์ชวลิต (2541, หน้า 174) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี พบว่าผู้รับบริการที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลพนัสนิคมแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้รับบริการที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มรายได้อื่น ๆ และผู้รับบริการกลุ่มรายได้มากกว่า 6,000 บาท มีความพึงพอใจต่ำกว่าผู้รับบริการที่มีรายได้กลุ่มอื่น ๆ

ดังนั้น รายได้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจที่ศึกษาว่ามีผลต่อคุณภาพบริการหรือไม่อย่างไร

5. ประสพการณ์ในการรักษาหรือจำนวนครั้งที่มารับบริการเป็นส่วนหนึ่งของประสพการณ์การได้รับบริการที่ผ่านมาซึ่งมีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ตามแนวคิดของ จอห์นสัน และ ลิธ ใน บราวน์ (Johnson & Lyth in Brown, 1991, pp.181-182) โฟล์ค อ้างถึงใน ลิธและโอลิเวอร์ (Folkes in Rust & Oliver, Eds; 1994, pp.108-110, อ้างถึงใน ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์, 2541, หน้า 35) ที่กล่าวว่า ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับเกิดจากประสพการณ์การได้รับบริการที่ผ่านมา ถ้าผู้รับบริการพึงพอใจก็จะกลับมาใช้บริการอีกซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พาราสุราแมน และคณะ (1990, หน้า 19) พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความคาดหวังในบริการ คือ ประสพการณ์เดิมจากการที่เคยใช้บริการนั้น ๆ มาก่อน เมื่อมาใช้บริการครั้งต่อไปก็เกิดความคาดหวังว่า บริการจะดีเท่าเดิมหรือมากกว่าเดิม ซึ่งนั่นทวัน เหลี่ยมปรีชา (2538, หน้า 25) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ให้บริการแต่ละคนจะมีแบบและวิธีการในการให้บริการที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะเป็น

บริการจากคน ๆ เดียวกัน แต่ถ้าต่างวาระกันก็จะให้บริการที่ไม่เหมือนกัน ถ้าผลของการบริการไม่ดีผู้รับบริการก็จะไม่พึงพอใจ และก็จะไม่มารับบริการอีก ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2538, หน้า 358) ศึกษาพบว่าวิธีการหนึ่งที่ผู้ใช้บริการจัดการกับความเสี่ยง (how customer handle risk) ในการเลือกใช้บริการ ผู้ใช้บริการจะพัฒนากลยุทธ์ของตัวเองเพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มความเชื่อมั่นเมื่อตัดสินใจเลือกใช้บริการทางหนึ่ง ก็คือ กลยุทธ์แห่งความภักดี (royalty effect strategies) นั่นคือ ผู้ใช้บริการจะหลีกเลี่ยงความเสี่ยงโดยสร้างความภักดี หรือเป็นกลุ่มลูกค้าเก่า ต่อตราสินค้า/บริการหนึ่งแทนที่จะซื้อหรือใช้บริการกับตราสินค้า/แหล่งบริการใหม่ ผู้ที่รับรู้ว่ามีความเสี่ยงสูงจะมีความภักดีต่อตราสินค้า/บริการเดิมและไม่ทดลองซื้อสินค้า/ใช้บริการใหม่เลย โดยทั่วไปเมื่อผู้ใช้บริการมีประสบการณ์ในการอยู่โรงพยาบาล ถ้ามีความประทับใจก็จะเกิดการเรียนรู้ว่า จะได้รับบริการในลักษณะใดต่อไป เมื่อเกิดการเจ็บป่วยครั้งต่อไปมักจะตัดสินใจมาใช้บริการในโรงพยาบาลเดิม และเกิดความคาดหวังในบริการที่จะได้รับว่าต้องมีคุณภาพเท่ากับหรือมากกว่าเดิม การใช้บริการซึ่งเป็นประสบการณ์ในอดีตนี้ จะมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในคุณภาพบริการครั้งต่อไป ดังนั้นจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น่าจะเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อความคาดหวังในการใช้บริการของโรงพยาบาล จากการวิจัยของ สิริยา สัมมาวาจ (2540, หน้า 286 – 297) เรื่องความพึงพอใจต่อบริการการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามารชิบัติ 115 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับพอใจมาก ร้อยละ 54.80 และพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนมีความพึงพอใจ แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนมีความพึงพอใจแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 จากการศึกษาของ คัทลียา ศิริภัทรากูร (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคาดหวังคุณภาพบริการโรงพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 400 คน พบว่าประสบการณ์ในการรับพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังคุณภาพบริการโรงพยาบาล จากการศึกษาของทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ที่ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ พบว่าผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งที่มารับบริการต่างกัน มีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการแตกต่างกัน

ดังนั้นจำนวนครั้งที่มารับบริการ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจที่ศึกษาว่ามีผลต่อคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

6. ระยะเวลาอนพักรักษา ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลด้วยโรคต่างกันจะใช้เวลาในการนอนพักรักษาพยาบาลต่างกัน ดังผลการวิจัยของอัมพร เจริญชัย (2521) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2521 พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล ระยะสั้นและเป็นโรคทั่ว ๆ ไป มีความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนานและเป็นโรคเรื้อรัง ศิริพร มงคลถาวรชัยและคนอื่น ๆ (2530, อ้างในเบญจมาศ ศิริกมลเสถียร, 2542 : 48) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน มีความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลมากกว่าที่พักรักษาตัวในระยะสั้น

ดังนั้น ระยะเวลาอนพักรักษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจที่ศึกษาว่ามีผลต่อคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

7. ประเภทผู้รับบริการ ผู้รับบริการประเภทที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองน่าจะมีทัศนคติในคุณภาพบริการมากกว่า เนื่องจากมีโอกาสในการเลือกใช้สถานบริการได้หลากหลายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นนิกานต์ วงศ์ถิอ (2543) ที่ศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรุงเทพพญา พบว่า ผู้ป่วยทั่วไปที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองมีความคาดหวังในคุณภาพบริการพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยประเภทที่มีประกันสังคมหรือประกันสุขภาพ

ดังนั้น ประเภทผู้รับบริการจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจที่ศึกษาว่ามีผลต่อคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

สกาวดี ดวงเด่น (2539) ทำการศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .05

ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ทำการศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า ความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ โดยรวมอยู่ในระดับดีมากและปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 5.88 และ 4.80 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งโดยรวมและจำแนกรายด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ การตอบสนองผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการและความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการนอกจากนี้ยังพบว่าผู้รับบริการมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นกุลยา ส่งสวัสดิ์ (2545) ทำการศึกษาความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ากรมแพทยทหารเรือ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยนอกมีความ

คาดหวังในด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้สูงสุด ด้านที่มีความคาดหวังต่ำสุดคือ ความพร้อมที่จะให้การรักษาพยาบาลด้านคุณภาพบริการระหว่างกาให้บริการปัจจุบันกับความคาดหวังในอนาคต พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

เรวดี ภูมมะกสิกร (2545) ทำการศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังคุณภาพบริการทาง ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการมากที่สุด และความคาดหวังทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ มาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิภา แวงจิต (2545) ทำการศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี พบว่าคุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับน้อยกว่าที่คาดหวัง ความคาดหวังและการรับรู้ต่อบริการพยาบาลของผู้ป่วยใน โดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วัชรวิ อินท โขติ (2545) ทำการศึกษาคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้จริงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลตาม ความคาดหวังและตามความการรับรู้จริงของผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้จริงพบว่าคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลใน ภาพรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการและคุณภาพบริการที่ได้รับในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร และกลุ่มตัวอย่างประชากร และกลุ่มตัวอย่าง)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยในที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยสามัญศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในระหว่าง กรกฎาคม 2545 - มิถุนายน 2546 มีผู้มารับบริการจำนวน 1,520 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้ คือผู้ป่วยในที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของ Yamane (1967 อ้างถึง ประคอง กรรณสูตร , 2538 , หน้า 10-11) โดยมีระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 317 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงทุกรายที่เข้ามาใช้บริการที่หอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในระหว่างที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพ สมรส อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สิทธิการเบิกจ่าย จำนวนครั้งที่มารับบริการและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในที่ผู้ป่วยคาดหวังและคุณภาพที่ได้รับ ในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา แบ่งเป็นคำถาม ได้ดังนี้

ข้อมูลความคาดหวังต่อคุณภาพบริการของผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา แบ่งเป็น 5 ด้านดังนี้

- | | | |
|-----------------------------------|------------|--------|
| 1. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ | มีข้อคำถาม | 11 ข้อ |
| 2. ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ | มีข้อคำถาม | 5 ข้อ |

- 3. ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ มีข้อคำถาม 4 ข้อ
- 4. ด้านการให้ความมั่นใจ มีข้อคำถาม 8 ข้อ
- 5. ด้านการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ มีข้อคำถาม 12 ข้อ

โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ มาตรการส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale)

ซึ่งมีลักษณะคำถามแข่งขัน 4 ระดับ คือ

- 4 คะแนน หมายถึงความคาดหวังอยู่ในระดับ มาก
- 3 คะแนน หมายถึงความคาดหวังอยู่ในระดับ ปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึงความคาดหวังอยู่ในระดับ น้อย
- 1 คะแนน หมายถึงความคาดหวังอยู่ในระดับ น้อยที่สุด

การประเมินผลโดยใช้คะแนนเฉลี่ย 4 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลางและระดับน้อย และน้อยที่สุด มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.49	ระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	1.50-2.49	ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.50-3.49	ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.50-4.00	ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพ ของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงให้เหมาะสมกับคุณภาพการบริการตามความคาดหวังของหอผู้ป่วยสามัญแล้ว นำเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจาก นั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามที่ได้รับคำแนะนำ

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถาม โดยการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดสอบกับผู้ป่วยในที่มาใช้บริการหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ชุดจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟ่า ครอนบาค (Cronbach's Coefficient alpha) โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความคาดหวังของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามการรับรู้จริงของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการเท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิจัยไปยังผู้อำนวยการ

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าแผนก ผู้ป่วยสามัญ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3. แนะนำตนเองและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้ข้อมูลครบถ้วนมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลความคาดหวังของผู้ป่วยใน นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่ได้รับในปัจจุบันนำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
4. เปรียบเทียบความคาดหวังคุณภาพบริการและคุณภาพบริการที่ได้รับโดยใช้ t-test
5. เปรียบเทียบคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญจำแนกตามเพศโดยใช้

t- test

6. เปรียบเทียบคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญที่มี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการเบิกจ่ายที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้เทคนิค LSD

7. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ กับผู้ป่วยที่มารับบริการที่มี อายุ รายได้ จำนวนครั้งที่มารับบริการ และจำนวนวันที่เข้ามาใช้บริการที่ต่างกัน โดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' Correlation Coefficient)

8. วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพบริการ โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน Stepwise multiple regression

9. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมด
ที่ระดับ .05

ระยะเวลาที่ทำการวิจัย

ระยะเวลาในการวิจัยตลอดโครงการ 12 เดือน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการที่ได้รับในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพาจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 176 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้จริงในผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความคาดหวังคุณภาพบริการและคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา โดยใช้ t-test

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญจำแนกตามเพศ โดยใช้ t-test

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญที่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการเบิกจ่าย ที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้เทคนิควิเคราะห์ LSD

ตอนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ กับผู้ป่วยที่มารับบริการที่มี อายุ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการ และระยะเวลาที่รับการรักษาที่ต่างกัน โดยใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' Correlation Coefficient)

ตอนที่ 7 วิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยที่รวมพยากรณ์คุณภาพบริการ และสมการพยากรณ์คุณภาพบริการ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ป่วยนำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สหิทธิการเบิกจ่าย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 176)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	110	62.5
หญิง	66	37.5
สถานภาพสมรส		
โสด	84	47.7
สมรส	80	45.5
ม่าย,หย่าร้าง,แยกกันอยู่	12	6.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	2.3
ประถมศึกษา	44	25.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	39	22.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	19	10.8
ปวช.	7	4.0
ปวส.	22	12.5
อนุปริญญา	10	5.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	31	16.5
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	36	20.5
นิสิต/นักเรียน/นักศึกษา	40	22.7
เกษตรกร	2	1.1
รับจ้าง	57	32.4
ธุรกิจส่วนตัว	27	15.3
พนักงานของรัฐ	3	1.7
รัฐวิสาหกิจ	3	1.7
รับราชการ	8	4.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 176)	ร้อยละ
สิทธิการเบิกจ่าย		
เบ็กราชการ	28	15.9
เบ็กรัฐวิสาหกิจ	6	3.4
เบ็กประกันชีวิต	4	2.3
ใช้สิทธิบัตรทอง	18	10.2
เบ็กประกันสังคม	18	10.2
เบ็ก พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ	24	13.6
ชำระเงินเอง	78	44.3

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.5 และเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 37.5 ส่วนมากมีสถานภาพ โสด คิดเป็นร้อยละ 47.7 รองลงมา สมรส คิดเป็นร้อยละ 45.5 และมีสถานภาพม่าย/หย่า/แยกกันอยู่ น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 6.8

ผู้ป่วยส่วนมากมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25.0 รองลงมา มีระดับการศึกษาในมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 22.2 โดยมีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 17.7 และมีผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือเป็นกลุ่มที่น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 2.3

ผู้ป่วยส่วนมากมีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 32.4 รองลงมา เป็นนิสิต/นักศึกษา/นักเรียน คิดเป็นร้อยละ 22.7 และมีอาชีพเกษตรกรรรมน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.1

ผู้ป่วยส่วนมากชำระเงินเองคิดเป็นร้อยละ 44.3 รองลงมา ใช้สิทธิเบ็กจากราชการ คิดเป็นร้อยละ 15.9 และใช้สิทธิเบ็กจากบริษัทประกันชีวิตน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 2.3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ อายุ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และระยะเวลาการเข้ารับบริการ

ข้อมูลส่วนบุคคล (N = 176)	\bar{X}	SD
อายุ	34.27	17.87
รายได้	4,908.63	7,383.54
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา	2.18	1.79
ระยะเวลาการเข้ารับบริการ	2.64	1.95

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่า อายุของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยสามัญมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.27 ปี มีรายได้ เฉลี่ยเท่ากับ 4,908.63 บาท จำนวนที่เข้ารับการรักษา เฉลี่ยเท่ากับ 2.18 ครั้ง และ ระยะเวลาการเข้ารับบริการเฉลี่ย 2.64 วัน

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามความหวังและการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลตาม ความคาดหวังและการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

คุณภาพบริการของหอผู้ป่วยสามัญ	ความคาดหวังของผู้ป่วยใน (N = 176)		
	\bar{X}	SD	ระดับ
1.ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	3.234	.471	ปานกลาง
2.ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ	3.688	.390	มาก
3.ด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที	3.601	.467	มาก
4.ด้านความมั่นใจ	3.633	.432	มาก
5.ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ	3.716	.397	มาก
รวม	3. 537	.348	มาก

จากตาราง 3 พบว่าระดับความคาดหวังของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในภาพรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.537$) และเมื่อพิจารณาเป็นราย ด้านพบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังของหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา อยู่ในระดับ มาก 4 ด้าน โดยพบว่า ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.716$) รองลง

มาด้านความเชื่อถือไว้วางใจ ($\bar{X}=3.688$) ด้านความมั่นใจ ($\bar{X}=3.633$) ด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที ($\bar{X}=3.601$)ตามลำดับ ส่วนด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ($\bar{X}=3.234$) ซึ่งถือว่ามีคามคาดหวังอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

คุณภาพบริการของหอผู้ป่วยสามัญ	การรับรู้จริงของผู้ป่วยใน (N=176)		
	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	3.097	.481	ปานกลาง
2. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ	3.541	.409	มาก
3. ด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที	3.439	.459	ปานกลาง
4. ด้านความมั่นใจ	3.494	.423	ปานกลาง
5. ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ	3.576	.406	มาก
รวม	3.397	.347	ปานกลาง

จากตาราง 4 พบว่า คุณภาพการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา ในภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}=3.397$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้จริงในคุณภาพการบริการอยู่ในระดับมาก 2 ด้าน และ ระดับปานกลาง 3 ด้าน โดยพบว่าคุณภาพการบริการของหอผู้ป่วยสามัญ ในด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.576$) รองลงมาคือ ด้านความไว้วางใจ ($\bar{X}=3.541$) ด้านความมั่นใจ ($\bar{X}=3.494$) การตอบสนองผู้รับบริการทันที ($\bar{X}=3.439$) และ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้จริงในคุณภาพการบริการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.097$)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความคาดหวังคุณภาพบริการและคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้จริง ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในภาพรวมและจำแนกรายด้าน

คุณภาพบริการ	คุณภาพบริการที่คาดหวัง		คุณภาพบริการที่รับรู้จริง		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
1. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	3.234	.471	3.097	.481	4.771*
2. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ	3.688	.390	3.541	.409	5.189*
3. ด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที	3.601	.467	3.439	.459	4.395*
4. ด้านความมั่นใจ	3.633	.432	3.494	.423	4.382*
5. ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ	3.716	.397	3.576	.406	5.202*
รวม	3.537	.348	3.397	.347	5.715*

* $p < .05$

จากตาราง 5 พบว่าคุณภาพบริการของหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามความคาดหวังและตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญในภาพรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับคุณภาพบริการของหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามความคาดหวังและตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งหมด 5 ด้าน โดยพบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในคุณภาพบริการของหอผู้ป่วยสามัญมากกว่า การรับรู้จริงในคุณภาพบริการของหอผู้ป่วยสามัญทั้ง 5 ด้าน

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญจำแนกตามเพศโดยใช้ t- test

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำแนกตามเพศ ในภาพรวมและจำแนกรายด้าน

คุณภาพบริการ	ชาย		หญิง		t	P
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	3.096	.492	3.100	.466	-.052	.959
2. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ	3.558	.407	3.514	.414	.686	.494
3. ด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที	3.450	.455	3.423	.469	.377	.707
4. ด้านความมั่นใจ						
5. ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ	3.516	.419	3.457	.438	.895	.372
	3.574	.406	3.579	.408	-.080	.936
รวม	3.404	.353	3.385	.340	.344	.731

* $P < .05$

จากตาราง 6 พบระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยที่มีเพศต่างกัน โดยภาพรวมและจำแนกรายด้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ จำแนกตามสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่มารับบริการ และสิทธิการเบิกจ่ายที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้เทคนิควิเคราะห์ LSD

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำแนกตามสถานภาพสมรส ในภาพรวมและ จำแนกรายด้าน

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
1.ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ					
ระหว่างกลุ่ม	.099	2	.049	.213	.808
ภายในกลุ่ม	40.528	173	.234		
รวม	40.628	175			
2.ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ					
ระหว่างกลุ่ม	1.003	2	.501	3.061*	.049
ภายในกลุ่ม	28.333	173	.164		
รวม	29.336	175			
3.ด้านการตอบสนองต่อผู้ให้บริการทันที					
ระหว่างกลุ่ม	.289	2	.145	.683	.507
ภายในกลุ่ม	36.665	173	.212		
รวม	36.954	175			
4.ด้านความมั่นใจ					
ระหว่างกลุ่ม	.313	2	.157	.874	.419
ภายในกลุ่ม	30.999	173	.179		
รวม	31.312	175			
5.ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ					
ระหว่างกลุ่ม	.662	2	.331	2.033	.134
ภายในกลุ่ม	28.182	173	.163		
รวม	28.845	175			
โดยรวม					
ระหว่างกลุ่ม	.294	2	.147	1.218	.298
ภายในกลุ่ม	20.853	173	.121		
รวม	21.147	175			

* $P < .05$

จากตาราง 7 พบว่าระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส ต่างกันโดย ภาพรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า มีหนึ่งด้านที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือด้านความเชื่อถือไว้วางใจ สำหรับอีก 4 ด้านคือ

ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที ด้านความมั่นใจ และ ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ คุณภาพบริการตามการรับรู้จริง ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในด้านความเชื่อถือไว้วางใจกับสถานภาพสมรส

\bar{X}	โสด	สมรส	ม่าย,หย่า,แยกกันอยู่
	3.46	3.62	3.55
โสด (3.46)	-	-0.156*	-0.08
สมรส (3.62)	-	-	-0.07
ม่าย,หย่า,แยกกันอยู่ (3.55)	-	-	-

* $P < .05$

จากตารางที่ 8 พบว่าเมื่อทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความไว้วางใจ ที่มีสถานภาพสมรสโสด มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการด้านความไว้วางใจน้อยกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำแนกตามระดับการศึกษาในภาพรวมและ จำแนกรายด้าน

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
1.ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ					
ระหว่างกลุ่ม	1.929	7	.276	1.196	.307
ภายในกลุ่ม	38.699	168	.230		
รวม	40.628	175			
2.ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ					
ระหว่างกลุ่ม	1.264	7	.181	1.080	.378
ภายในกลุ่ม	28.072	168	.167		
รวม	29.336	175			
3.ด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที					
ระหว่างกลุ่ม	1.176	7	.168	.789	.597
ภายในกลุ่ม	35.778	168	.213		
รวม	36.954	175			
4.ด้านความมั่นใจ					
ระหว่างกลุ่ม	1.538	7	.220	1.240	.284
ภายในกลุ่ม	29.774	168	.177		
รวม	31.312	175			
5.ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ					
ระหว่างกลุ่ม	.949	7	.136	.816	.575
ภายในกลุ่ม	27.896	168	.166		
รวม	28.845	175			
โดยรวม					
ระหว่างกลุ่ม	.634	7	.091	.742	.637
ภายในกลุ่ม	20.513	168	.122		
รวม	21.147	175			

* $P < .05$

จากตาราง 9 พบว่าระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา ต่างกัน โดย ภาพรวมและจำแนกรายด้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำแนกตามอาชีพในภาพรวมและจำแนกรายด้าน

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
1. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ					
ระหว่างกลุ่ม	2.950	7	.422	1.881	.075
ภายในกลุ่ม	37.675	168	.224		
รวม	40.628	175			
2. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ					
ระหว่างกลุ่ม	2.542	7	.363	2.277*	.031
ภายในกลุ่ม	26.794	168	.159		
รวม	29.336	175			
3. ด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที					
ระหว่างกลุ่ม	2.005	7	.286	1.377	.218
ภายในกลุ่ม	34.948	168	.208		
รวม	36.954	175			
4. ด้านความมั่นใจ					
ระหว่างกลุ่ม	2.615	7	.374	2.187*	.038
ภายในกลุ่ม	28.697	168	.171		
รวม	31.312	175			
5. ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ					
ระหว่างกลุ่ม	1.205	7	.172	1.047	.401
ภายในกลุ่ม	27.640	168	.165		
รวม	28.845	175			
โดยรวม					
ระหว่างกลุ่ม	1.635	7	.234	2.012	.056
ภายในกลุ่ม	19.512	168	.116		
รวม	21.147	175			

* $P < .05$

จากตาราง 10 พบว่าพบระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยที่มี อาชีพ ต่างกัน โดยภาพรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการจำแนกรายด้าน เมื่อจำแนกรายด้านพบว่ามี 2 ด้านที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือด้านความเชื่อถือไว้วางใจ และด้านความมั่นใจ

ตารางที่ 11 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในด้านความเชื่อถือไว้วางใจกับอาชีพ

\bar{X}	ไม่ได้ ทำงาน	นิสิต, นักศึกษา	เกษตร กรรม	รับจ้าง	ธุรกิจ ส่วนตัว	พนักงาน ของรัฐ	รัฐ วิสาหกิจ	รับ ราชการ
	3.55	3.45	3.50	3.65	3.44	3.33	3.00	3.72
ไม่ได้ทำงาน (3.55)	-	.10	.05	-.09	.11	.22	.55*	-.17
นิสิต,นักศึกษา, นักเรียน (3.45)	-	-	-.04	-.19*	-.01	.12	.45	-.27
เกษตรกรรม (3.50)	-	-	-	-.15	.05	.16	.50	-.22
รับจ้าง (3.65)	-	-	-	-	.21*	.32	.65*	-.07
ธุรกิจส่วนตัว (3.44)	-	-	-	-	-	.11	.44	-.28
พนักงานของรัฐ (3.33)	-	-	-	-	-	-	.33	-.39
รัฐวิสาหกิจ (3.00)	-	-	-	-	-	-	-	-.72*
รับราชการ (3.72)	-	-	-	-	-	-	-	-

* $P < .05$

จากตาราง 11 เมื่อทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพรัฐวิสาหกิจ มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเชื่อถือไว้วางใจ ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงาน ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้าง และผู้ป่วยที่อาชีพรับราชการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้าง มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเชื่อถือไว้วางใจสูงกว่า ผู้ป่วยที่เป็นนิสิต/นักศึกษา/นักเรียนและผู้ป่วยที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ คุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในด้านความมั่นใจกับอาชีพ

\bar{X}	ไม่ได้ ทำงาน	นิสิต, นักศึกษา	เกษตร กรรม	รับจ้าง	ธุรกิจ ส่วนตัว	พนักงาน ของรัฐ	รัฐวิสาหกิจ	รับ ราชการ
	3.41	3.45	3.50	3.60	3.36	3.58	3.12	3.81
ไม่ได้ทำงาน (3.41)	-	-.03	-.08	-.18*	-.04	-.16	.29	-.39*
นิสิต,นักศึกษา, นักเรียน (3.45)	-	-	-.04	-.14	.08	-.12	.32	-.35
เกษตรกรรม (3.50)	-	-	-	-.10	.13	-.08	.37	-.31
รับจ้าง (3.60)	-	-	-	-	.23*	.01	.47	-.21
ธุรกิจส่วนตัว (3.36)	-	-	-	-	-	-.21	.24	-.44*
พนักงานของรัฐ (3.58)	-	-	-	-	-	-	.45	-.23
รัฐวิสาหกิจ (3.12)	-	-	-	-	-	-	-	-.68*
รับราชการ (3.81)	-	-	-	-	-	-	-	-

* $P < .05$

จากตาราง 12 เมื่อทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการด้านความมั่นใจ สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงาน ผู้ป่วยที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว และผู้ป่วยที่อาชีพรัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้าง มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการด้านความมั่นใจ สูงกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงานและผู้ป่วยที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 13 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำแนกตามประเภทการเบิกจ่ายในภาพรวมและ จำแนกรายด้าน

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
1.ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ					
ระหว่างกลุ่ม	3.010	6	.502	2.254*	0.041
ภายในกลุ่ม	37.618	169	.223		
รวม	40.628	175			
2.ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ					
ระหว่างกลุ่ม	2.210	6	.368	2.295*	.037
ภายในกลุ่ม	27.125	169	.161		
รวม	29.336	175			
3.ด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที					
ระหว่างกลุ่ม	1.242	6	.207	.980	.441
ภายในกลุ่ม	35.712	169	.211		
รวม	36.954	175			
4.ด้านความมั่นใจ					
ระหว่างกลุ่ม	2.258	6	.376	2.189*	.046
ภายในกลุ่ม	29.054	169	.172		
รวม	31.312	175			
5.ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ					
ระหว่างกลุ่ม	.447	6	0.074	.443	.849
ภายในกลุ่ม	28.398	169	.168		
รวม	28.845	175			
โดยรวม					
ระหว่างกลุ่ม	1.166	6	.194	1.643	.138
ภายในกลุ่ม	19.981	169	.118		
รวม	21.147	175			

* $P < .05$

จากตาราง 13 พบว่าพบระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยที่ประเภทการเบิกจ่ายต่างกัน โดยภาพรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการจำแนกรายด้าน เมื่อจำแนกรายด้านพบว่ามี 3 ด้านที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ และ ด้านความมั่นใจ

ตารางที่ 14 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ คุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย สามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการกับ ประเภทการเบิกจ่าย

\bar{X}	ราชการ	รัฐ วิสาหกิจ	ประกัน	บัตร ทอง	ประกัน สังคม	พรบ.	ชำระเอง
	3.01	2.73	3.48	3.05	3.24	3.28	3.05
เบิกราชการ (3.01)	-	.27	-.46	-.03	-.22	-.28*	-.04
เบกรัฐวิสาหกิจ (2.73)	-	-	-.75*	-.31	-.50*	-.56*	-.32
เบิกประกัน (3.48)	-	-	-	.43	.24	.19	.42
ใช้บัตรทอง (3.05)	-	-	-	-	-.19	-.23	-.004
ประกันสังคม (3.24)	-	-	-	-	-	-.04	.18
เบิกจาก พรบ. (3.28)	-	-	-	-	-	-	.23*
ชำระเงินเอง (3.05)	-	-	-	-	-	-	-

* $P < .05$

จากตาราง 14 เมื่อทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการเบิกจ่ายโดยเบิกจากราชการมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจาก พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากรัฐวิสาหกิจมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากบริษัทประกันชีวิต ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากประกันสังคม และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากพรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากพรบ. ผู้ประสบภัยจากรถมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการมากกว่าผู้ป่วยที่ชำระเงินเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 15 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ คุณภาพบริการตามการรับรู้จริง ของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย
สามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในด้านความเชื่อถือไว้วางใจกับประเภท
การเบิกจ่าย

\bar{X}	ราชการ	รัฐ วิสาหกิจ	ประกัน	บัตร ทอง	ประกัน สังคม	พรบ.	ชำระเอง
	3.66	3.15	3.35	3.54	3.65	3.63	3.48
เบิกราชการ (3.66)	-	.51*	.31	.12	.01	.02	.18*
เบ็กรัฐวิสาหกิจ (3.15)	-	-	-20	-39*	-50*	-48*	-33
เบิกประกัน (3.35)	-	-	-	-19	-30	-28	-13
ใช้บัตรทอง (3.54)	-	-	-	-	-11	-09	.06
ประกันสังคม (3.65)	-	-	-	-	-	.02	.17
เบิกจาก พรบ. (3.63)	-	-	-	-	-	-	.15
ชำระเงินเอง (3.48)	-	-	-	-	-	-	-

* $P < .05$

จากตาราง 15 เมื่อทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการเบิกจ่ายโดยเบิก
จากราชการมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเชื่อถือไว้วางใจมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจาก
รัฐวิสาหกิจ และผู้ป่วยที่ชำระเงินเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่าย
จากรัฐวิสาหกิจมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเชื่อถือไว้วางใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรทอง
ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากประกันสังคม และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากพรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 16 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ คุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย
สามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในด้านความมั่นใจกับประเภทการเบิกจ่าย

\bar{X}	ราชการ	รัฐ วิสาหกิจ	ประกัน	บัตร ทอง	ประกัน สังคม	พรบ.	ชำระเอง
	3.59	3.18	3.37	3.58	3.55	3.64	3.40
เบิกราชการ (3.59)	-	.41*	.22	.01	.04	-.05	.18*
เบ็กรัฐวิสาหกิจ (3.18)	-	-	-.19	-.40*	-.36	-.46*	-.22
เบิกประกัน (3.37)	-	-	-	-.20	-.18	-.27	-.03
ใช้บัตรทอง (3.58)	-	-	-	-	.03	-.06	.17
ประกันสังคม (3.55)	-	-	-	-	-	-.09	.14
เบิกจาก พรบ. (3.64)	-	-	-	-	-	-	.24*
ชำระเงินเอง (3.40)	-	-	-	-	-	-	-

* $P < .05$

จากตาราง 16 เมื่อทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการเบิกจ่ายโดยเบิก
จากรัฐวิสาหกิจมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความมั่นใจ น้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจาก
ราชการ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากประกันสังคม และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากพรบ.ผู้ประสบภัย
จากรถ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่ชำระเงินเองมีการรับรู้คุณภาพบริการด้าน
ความมั่นใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจากราชการ และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากพรบ
ผู้ประสบภัยจากรถ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ กับผู้ป่วยที่มารับบริการที่มี อายุ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาระยะเวลาที่รับบริการ ที่ต่างกันโดยใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' Correlation Coefficient)

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา กับปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้า รับการรักษา และระยะเวลาที่รับบริการ ในโรงพยาบาลในภาพรวมและจำแนกรายด้าน

คุณภาพบริการ	อายุ	รายได้	จำนวนครั้งที่เข้า รับการรักษา	ระยะเวลา รับบริการ
1. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	.02	.13	.03	.03
2. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ	.12	-.02	.08	.07
3. ด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที	.10	.01	-.02	.08
4. ด้านความมั่นใจ	.04	.00	-.06	.10
5. ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ	.08	.06	-.16*	.05
โดยรวม	.07	.08	-.04	.07

* $p < .05$

จากตาราง 17 พบว่าระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยในภาพรวม ไม่มีความสัมพันธ์ กับ อายุ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาระยะเวลารับบริการในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{xy} = .07, .08, -.04, .07$ ตามลำดับ, $p > .05$) ส่วนความสัมพันธ์รายด้านพบว่า การรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยในด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ มีความสัมพันธ์ในทางลบกับจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{xy} = -.16$ $p < .05$)

ตอนที่ 7 วิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพบริการ และสมการทำนายคุณภาพบริการ

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ(R)ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับคุณภาพบริการ

ตัวพยากรณ์	R	R ²	R ² Change	F	P
ขั้นที่ 1					
ค่าคงที่, อาชีพรับจ้าง	.190	.036	.036	6.530*	.011
ขั้นที่ 2					
ค่าคงที่, อาชีพรับจ้าง, อาชีพรัฐวิสาหกิจ	.248	.061	.025	5.646*	.004

* $p < .05$

จากตาราง 18 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณเพื่อหาตัวแปรที่มีอำนาจในการพยากรณ์คุณภาพการบริการของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ได้ผลดังนี้

ขั้นที่ 1 ตัวพยากรณ์ที่เข้าสมการถดถอยพหุคูณอันดับ 1 คือ อาชีพรับจ้าง สามารถพยากรณ์คุณภาพการบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .036 ($R^2 = .036$) แสดงว่า อาชีพรับจ้างสามารถพยากรณ์คุณภาพการบริการได้ร้อยละ 3.6

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ อาชีพรัฐวิสาหกิจเข้าไปในสมการ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .061 ($R^2 = .061$) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ อาชีพรับจ้าง และอาชีพรัฐวิสาหกิจสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพการบริการได้ร้อยละ 6.1 ถ้าพิจารณาตัวแปรอาชีพรัฐวิสาหกิจเพียงตัวเดียวจะพบว่าสามารถพยากรณ์คุณภาพการบริการได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.5 ($R^2 \text{ Change} = .025$)

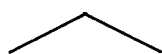
ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์คุณภาพบริการ

ตัวพยากรณ์	<i>b</i>	<i>SEb</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ค่าคงที่	3.363	3.363		106.912*	.000
อาชีพรับจ้าง	.130	.130	.176	2.375*	.019
อาชีพรัฐวิสาหกิจ	-.426	-.426	-.159	-2.151*	.033

* $p < .05$

จากตาราง 19 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานพบว่าตัวพยากรณ์สูงสุดคืออาชีพรับจ้าง คือมีค่า $\beta = .176$ แสดงว่า อาชีพรับจ้าง มีความสำคัญในการพยากรณ์คุณภาพบริการของหอผู้ป่วยสามัญได้สูงสุด รองลงมาคืออาชีพรัฐวิสาหกิจ โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพบริการของหอผู้ป่วยสามัญ ดังต่อไปนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ



$$\text{คุณภาพบริการ} = 3.36 + .130 (\text{อาชีพรับจ้าง}) - .426 (\text{อาชีพรัฐวิสาหกิจ})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{คุณภาพบริการ}} = .176(\text{อาชีพรับจ้าง}) - .159 (\text{อาชีพรัฐวิสาหกิจ})$$

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ได้รับในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในหอผู้ป่วยสามัญศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกรายหรือผู้แทนกรณีผู้ที่มารับบริการที่มีอายุต่ำกว่า 9 ปีและ ผู้รับบริการที่ไม่สามารถรับรู้ถึงบริการได้ ซึ่งแพทย์พิจารณาเข้ารับเข้าอนรรักษาในหอผู้ป่วยสามัญและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถามทั้งหมด 176 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับคุณภาพการบริการของผู้ป่วยในตามกรอบแนวคิดของพาราซูรามันและคณะ (Parasuraman et al., 1985) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและนำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการที่มารับบริการในหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 30 ราย ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้และนำคำตอบที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbarch's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความคาดหวังของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 และ สอบถามการรับรู้จริงของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการทั้งฉบับเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความคาดหวังคุณภาพบริการและคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา โดยใช้ t-test เปรียบเทียบคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญจำแนกตามเพศโดยใช้ t-test เปรียบเทียบคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญที่มี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่มารับบริการ และ สิทธิการรักษาที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้เทคนิค LSD ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ กับผู้ป่วยที่มารับบริการที่มี อายุ รายได้ และจำนวนวันที่เข้ามาใช้บริการที่ต่างกัน โดยใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพบริการ และสมการทำนายคุณภาพบริการ

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้มารับบริการในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่พบว่าเป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 34.27 ปี มีสถานภาพสมรสโสด ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ย 4908.63 บาท เป็นผู้มีอาชีพ รับจ้าง จำนวนครั้งที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพเฉลี่ย 2.18 ครั้ง และมีระยะเวลาการนอนรักษาในหอผู้ป่วยสามัญโดยเฉลี่ย 2.64 วัน ส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการที่ชำระเงินเองคิดเป็นร้อยละ 44.3

2. คุณภาพการบริการตามความคาดหวัง

2.1 ความคาดหวังของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากแต่เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมาก 4 ด้านระดับปานกลาง 1 ด้านคือ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ โดยผู้ป่วยมีความคาดหวังในคุณภาพบริการด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจมากที่สุด และผู้ป่วยมีความคาดหวังคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการน้อยที่สุดคืออยู่ในระดับปานกลาง

3. คุณภาพบริการตามการรับรู้จริง

3.1 การรับรู้จริงของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพบริการอยู่ในระดับมาก 2 ด้านระดับปานกลาง 3 ด้าน โดยผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจมากที่สุดรองลงมาคือด้านความเชื่อถือไว้วางใจและผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการน้อยที่สุด

4. การเปรียบเทียบความคาดหวังคุณภาพบริการและคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ

4.1 เปรียบเทียบความคาดหวังคุณภาพบริการและคุณภาพบริการที่ได้รับของหอผู้ป่วยสามัญ พบว่าคุณภาพบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้จริงทั้งในภาพรวมและจำแนกรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังคุณภาพบริการมากกว่าคุณภาพบริการที่ได้รับทั้ง 5 ด้าน

4.2 เปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงกับเพศของผู้ป่วยหอผู้ป่วยสามัญ พบว่าการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยที่มีเพศต่างกัน โดยภาพรวม และจำแนกรายด้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.3 เปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้จริงกับ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการเบิกจ่าย ของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ พบว่าการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการเบิกจ่าย ที่แตกต่างกันโดยภาพรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าเมื่อสถานภาพสมรสต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการที่ต่างกัน 1 ด้านคือด้านความเชื่อถือไว้วางใจโดยสถานภาพสมรส โสดมีระดับการรับรู้คุณภาพบริการด้านความไว้วางใจน้อยกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ที่มีอาชีพต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2 ด้านคือด้านความเชื่อถือไว้วางใจและด้านความมั่นใจ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพรัฐวิสาหกิจมีระดับการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเชื่อถือไว้วางใจต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงาน ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้างและผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้างมีระดับการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเชื่อถือไว้วางใจสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นนิสิต นักศึกษา นักเรียนและผู้ป่วยที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้คุณภาพบริการด้านความมั่นใจในผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกันพบว่าอาชีพรับราชการมีสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงาน ผู้ป่วยที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวและผู้ป่วยที่มีอาชีพรัฐวิสาหกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้างมีระดับการรับรู้คุณภาพบริการด้านความมั่นใจสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงานและผู้ป่วยที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.4 เปรียบเทียบคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ที่มีประเภทการเบิกจ่ายต่างกันพบว่าการรับรู้คุณภาพบริการ โดยภาพรวมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มี 3 ด้านที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ

ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ และด้านความมั่นใจ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิการเบิกจ่ายจากราชการมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการน้อยกว่าผู้ที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจาก พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากรัฐวิสาหกิจมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากบริษัทประกันชีวิต ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากประกันสังคมและผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากพรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากพรบ. ผู้ประสบภัยจากรถมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการมากกว่าผู้ป่วยที่ชำระเงินเองด้านความเชื่อถือไว้วางใจพบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการเบิกจ่ายจากราชการมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเชื่อถือไว้วางใจมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากรัฐวิสาหกิจและผู้ป่วยที่ชำระเงินเองและผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากรัฐวิสาหกิจมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเชื่อถือไว้วางใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรทอง ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากประกันสังคมและผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจาก พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ

ด้านความมั่นใจพบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากรัฐวิสาหกิจมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความมั่นใจน้อยกว่าผู้ที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากราชการ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากประกันสังคมและผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากพรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ และ ผู้ป่วยที่ชำระเงินเองมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความมั่นใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากราชการ และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากพรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ

5.เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทาลัยบูรพากับผู้ป่วยที่มีอายุ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และระยะเวลาที่รับบริการที่แตกต่างกันพบว่าระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และระยะเวลาที่รับบริการในโรงพยาบาลส่วนความสัมพันธ์ระดับด้านพบว่าการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์ในทางลบกับจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.ผลการวิเคราะห์สมการการถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพบริการพบว่า ตัวพยากรณ์ที่เข้าสมการถดถอยพหุคูณอันดับหนึ่ง คืออาชีพรับจ้างสามารถพยากรณ์คุณภาพการบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ $.036(R^2 = .036)$ แสดงว่าอาชีพรับจ้างสามารถพยากรณ์คุณภาพบริการการได้ร้อยละ 3.6

เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ อาชีพรัฐวิสาหกิจเข้าไปในสมการ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น $.061 (R^2 = .061)$ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ อาชีพรับจ้าง และอาชีพรัฐวิสาหกิจสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพการบริการได้ร้อยละ 6.1 ถ้าพิจารณาตัวแปรอาชีพรัฐวิสาหกิจเพียงตัวเดียวจะพบว่าสามารถพยากรณ์คุณภาพการบริการได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.5 ($R^2 \text{ Change} = .025$)

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานพบว่าตัวพยากรณ์สูงสุดอาชีพรับจ้าง คือมีค่า $\beta = .176$ แสดงว่า อาชีพรับจ้าง มีความสำคัญในการพยากรณ์คุณภาพบริการของหอผู้ป่วยสามัญได้สูงสุด รองลงมาคืออาชีพรัฐวิสาหกิจ โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพบริการของหอผู้ป่วยสามัญ ดังต่อไปนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\text{คุณภาพบริการ} = 3.36 + .130 (\text{อาชีพรับจ้าง}) - .426 (\text{อาชีพรัฐวิสาหกิจ})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{คุณภาพบริการ}} = .176(\text{อาชีพรับจ้าง}) - .159 (\text{อาชีพรัฐวิสาหกิจ})$$

อภิปรายผล

1. คุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้มารับบริการในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพจากผลการวิจัยพบว่าความคาดหวังคุณภาพบริการ โดยรวมและจำแนกรายด้านอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ เรวดี ภูมมะกสิกร(2545) ศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัด สมุทรปราการ พบว่าความคาดหวังโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากแต่มีความแตกต่างกันเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเนื่องจากผลการศึกษาของผู้วิจัยพบว่าความคาดหวังคุณภาพบริการด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุดและความคาดหวังด้านความเป็นรูปธรรมของบริการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนผลการศึกษาของ เรวดี ภูมมะกสิกร ความคาดหวังคุณภาพบริการอยู่ในระดับมากทุกด้านและค่าเฉลี่ยของความคาดหวังด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการมีค่าสูงสุดและผลการศึกษาของผู้วิจัยยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นนิกานต์ วงศ์ลือ (2543) ศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรุงเทพพญา พบว่าความคาดหวังคุณภาพบริการ โดยรวมและจำแนกรายด้านอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภัทรา ทรัพย์นภาพร (2545) ได้ศึกษาศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพนัสนิคม จากการศึกษาของผู้วิจัยที่ผ่านมาพบว่าการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีความแตกต่างกันทั้งทางด้านสถานะเศรษฐกิจสังคมและระดับการศึกษา แต่ความคาดหวังคุณภาพบริการ โดยภาพรวม ไม่แตกต่างกันคืออยู่ในระดับมากแต่เมื่อพิจารณารายด้านมีด้านหนึ่งซึ่งความคาดหวังคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลางคือความคาดหวังด้านความเป็นรูปธรรมซึ่งอาจเป็นเพราะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยสามัญซึ่งการศึกษาของสุภัทรา ทรัพย์นภาพร ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะเศรษฐกิจสังคมและระดับการศึกษาอยู่ในระดับล่าง เช่นเดียวกับ สกาวดี ดวงเด่น (2539) ที่ศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังจากโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร สำหรับ นนิกานต์ วงศ์ลือ (2543) ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีมีสถานะเศรษฐกิจสังคมและระดับการศึกษาอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างด้านภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำให้ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการแตกต่างกันซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าคุณภาพบริการเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตมนุษย์และขึ้นอยู่กับลักษณะของตัวบริการ ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยทุกคนในฐานะที่เป็นมนุษย์ไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพใด ย่อมมีความคาดหวังคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน อีกทั้งคุณภาพบริการเป็นสิ่งที่ มองไม่เห็น จับต้องไม่ได้ ไม่สามารถเก็บไว้ได้และไม่มีรูปแบบแน่นอน คุณภาพบริการจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ให้บริการได้ลงมือปฏิบัติ อีก

ทั้งคุณภาพบริการมีความหลากหลายและสามารถแปรผันได้ง่าย ขากแก่การคาดคะเนไม่เหมือนกับผลิตภัณฑ์ซึ่งผู้บริโภคมองเห็น ได้ดังนั้นผู้รับบริการจึงคาดคะเนคุณภาพบริการโดยการคาดหวัง

2. คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้มารับบริการในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์

สุขภาพ จากผลการวิจัยพบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านความเข้าใจเห็นอกเห็นใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนด้านความรูปธรรมของบริการมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด พบว่าการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) และพวงรัตน์ พรหมจันทร์ (2545) พบว่าผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความรูปธรรมของบริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด และ ด้านความเข้าใจเห็นอกเห็นใจมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อาจเป็นเพราะว่าเนื่องจาก ศูนย์วิทยาศาสตร์กำลังเริ่มปรับปรุงคุณภาพบริการและมีการขยายงานเพื่อการรองรับการบริการที่เพิ่มขึ้นดังนั้นการปรับปรุงด้านรูปธรรมต่าง ๆ อาจยัง ไม่ได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและยังไม่เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ เช่นเรื่องเครื่องมือพร้อมใช้ บุคลากรครบทุกสาขา ความสะอาด ปลอดภัย การมีป้ายบอกทิศทางอย่างชัดเจน อาหารอร่อยเป็นต้นซึ่งจากการแสดงข้อคิดเห็นของผู้มารับบริการจากแบบสอบถามความพึงพอใจในการบริการภาพรวมของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ผ่านมายังพบว่ามี การให้ความคิดเห็นให้ปรับปรุงด้าน สถานที่ ความสะอาด การมีป้ายบอกทางที่ชัดเจน การมีที่จอดรถอย่างเพียงพอ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพด้านความเป็นรูปธรรมบริการซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ สำหรับคุณภาพบริการด้านความเข้าใจเห็นอกเห็นใจที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของบอพฟ์ (Bopp,1990) พบว่าตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการที่ผู้รับบริการต้องการคือความเมตตา กรุณา ความพอใจ ความสุภาพ ความร่วมมือ ความอบอุ่น ความสะดวกสบายเป็นต้น เนื่องจากที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพได้ให้ความสำคัญต่อผู้รับบริการเป็นอันดับแรกและได้มีการพัฒนาบุคลากรในด้านพฤติกรรมบริการเพื่อให้การบริการเกิดความประทับใจซึ่งจะเห็นได้จากมีการจัดอบรม และมีแผนดำเนินการต่อเนื่อง อีกทั้งการดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดการรับรู้ที่ดี และมีความพึงพอใจสูง แต่ทั้งนี้ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ยังคงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการที่ดียิ่งขึ้น และเป็นที่ยังพอใจของผู้รับบริการต่อไป

3. ผลการเปรียบเทียบความคาดหวังคุณภาพบริการ และคุณภาพบริการที่ได้รับ พบว่าคุณภาพการบริการตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญโดยภาพรวมและจำแนกรายด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาณี มุสิกบุญเลิศและคณะ (2536) มยุลี สำราญญาติ(2536) สุกัญญา โจนานาภิวัฒน์และคณะ(2536) ชนัญญา มหาพรหม(2537) สุภา เบญจพร, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, และวีณา บัลลังก์โพธิ์(2537) พัชรี ทองแผ่ (2540) และ

นิภา แว่ววิจิต(2545) สามารถอธิบายได้ว่าการบริการยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในได้อย่างเต็มความคาดหวัง โดยทั่วไปแล้วบุคคลมีความคาดหวังสูงกว่าความเป็นจริงที่ได้รับ ซึ่งหากบุคคลได้รับผลลัพธ์หรือความสำเร็จตามความคาดหวังระดับความคาดหวังครั้งต่อไปจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งพาราซูราแมนและคณะ (1990) อธิบายไว้ว่า คุณภาพบริการจะแปรผันโดยตรงกับขนาดและทิศทางของช่องว่างที่เกิดจากการบริการที่ผู้คาดหวังจะได้รับซึ่งเป็นผลมาจาก คำบอกเล่าของคนอื่น ความต้องการของตนเอง และจากประสบการณ์ในอดีต กับบริการที่ผู้รับบริการได้รับรู้ ซึ่งเป็นผลจากการให้บริการและสื่อสารของผู้ให้บริการไปยังผู้รับบริการหากบริการที่ผู้รับบริการได้รับดีกว่าหรือเท่ากับที่คาดหวัง บริการนั้นจะถูกจัดว่ามีคุณภาพ นอกจากนี้ คอทเลอร์ (Kotler,1994) ได้อธิบายไว้ว่าผู้รับบริการไม่มีความรู้ด้านเทคนิควิชาชีพที่จะประเมินคุณภาพเชิงวิชาชีพ ดังนั้นผู้รับบริการจึงประเมินคุณภาพใน 2 ลักษณะ คือประเมิน คุณภาพในขณะที่ตนมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการและประเมินคุณภาพจากสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับเจมส์และ ดริว (James & Druce ,1990) ที่ได้ศึกษาแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล พบว่าแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลเกิดจากการมารับบริการแล้วเกิดความพึงพอใจปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ สถานที่รอกอย ห้องพัก อาหาร ทำเลที่ตั้ง มนุษย์สัมพันธ์ของผู้ให้บริการนอกจากนี้ยังเชื่อมั่นในเรื่องความรู้ความสามารถ ความชำนาญของพยาบาลผู้ให้การดูแล ความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา หรืออุปกรณ์การรักษาที่ทันสมัยช่วยชีวิตได้

ดังนั้นแม้การบริการของโรงพยาบาลจะเป็นไปตามมาตรฐานเชิงโครงสร้างตามพระราชบัญญัติของกระทรวงสาธารณสุขแต่หากไม่เป็นไปตามมาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์ของผู้รับบริการผู้รับบริการจะเกิดการรับรู้ว่าการไม่มีคุณภาพ พาราซูราแมนและคณะ (Parasuraman et al.,1985) ได้เสนอว่าคุณภาพบริการขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของผู้บริโภค สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ (2542) ได้กล่าวว่า คุณภาพบริการ คือ การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกค้าโดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพทั้งนี้ประกอบด้วยความถูกต้องตามมาตรฐานและความถูกต้องตามความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการดังนั้นการที่จะให้ผู้รับบริการได้รับรู้คุณภาพบริการในระดับที่เท่ากับหรือมากกว่าที่คาดหวังไว้ จะต้องจัดบริการที่ให้โดยคำนึงถึงความคาดหวังของผู้รับบริการด้วย และ บริการนั้นจะต้อง สะดวก รวดเร็วถูกต้อง ได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ เป็นบริการที่เสมอภาค มีมนุษยสัมพันธ์ มีความเอื้อเฟื้อช่วยเหลือทุกขั้นตอนและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย (อรรถชัย ภูมาพันธ์ และคณะ, 2538)แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตว่าผลการวิจัยที่ได้มีความแตกต่างจากผลการวิจัยของพนิดา คำยู(2538) สกาวดี ดวงเด่น(2539)และวัชรอินทโชติ(2545) ซึ่งพบว่าผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพบริการมากกว่าความคาดหวังอาจเป็นไปได้ว่าการศึกษานั้นเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลที่มีการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการไปอีกระดับหนึ่ง

4. การเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญจำแนกตาม

4.1 เพศ พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีการรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน

สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) นนิกานต์ วงศ์ถื่อ (2543) และ สุภัทรา ทรัพย์นภาพร (2545) ที่พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีการรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน แสดงว่า ผู้รับบริการทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการในหอผู้ป่วยสามัญมีการรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน

4.2 สถานภาพสมรส พบว่าการรับรู้คุณภาพบริการในภาพรวมไม่แตกต่างกันแต่มีความแตกต่างกันในรายด้านคือผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสดมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเชื่อถือว่าไว้วางใจน้อยกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา เหลี่ยมวรารังกูร (2540) ที่พบว่าผู้รับบริการที่มีสถานภาพสมรส สมรสมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการสูงสุดส่วนผู้ที่มีสถานภาพ โสดมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการต่ำสุดชี้ให้เห็นได้ว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลให้บุคคลมีการรับรู้ที่ต่างกันออกไป

4.3 ระดับการศึกษา พบว่า การรับรู้คุณภาพบริการโดยรวมและจำแนกรายด้านไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเทือง สูงสุวรรณ (2534) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล แสดงว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันการรับรู้ของผู้รับบริการไม่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะว่า ในปัจจุบัน เทคโนโลยีการสื่อสารต่าง ๆ ก่อนข้างทันสมัยและก้าวหน้าทำให้ผู้รับบริการได้รับข่าวสารต่างๆด้านสุขภาพอย่างรวดเร็วมีโอกาสเลือกใช้สถานพยาบาลได้มากขึ้น ดังนั้นการรับรู้ของผู้รับบริการเมื่อมาใช้บริการจึงมีมากขึ้น และจากการศึกษาเรื่องระดับการรับรู้พบว่า การรับรู้คือการที่ผู้รับบริการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับจากการสัมผัส เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบ หลังจากนั้นก็จะถูกจำแนกออกด้วยกลไกของสมอง เทียบเคียงกับประสบการณ์เดิมในความทรงจำให้กลายเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมายส่งต่อการแสดงพฤติกรรมและนำไปใช้ในการเรียนรู้ต่อไป ดังนั้นการที่ผู้รับบริการเคยมีประสบการณ์ที่ดีต่อคุณภาพบริการอาจส่งผลจากการที่ผู้รับบริการได้สัมผัสกับคุณภาพบริการที่ได้รับจึงทำให้เกิดการรับรู้ที่ดีต่อคุณภาพบริการดังนั้นแม้จะมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันแต่ถ้าหากผู้รับบริการมีการสัมผัสได้กับคุณภาพบริการที่ดีหรือไม่ดีผู้รับบริการเกิดการรับรู้ได้ บวกกับประสบการณ์เดิมที่เคยได้รับผู้รับบริการสามารถรับรู้ได้ถึงบริการที่มีคุณภาพหรือไม่ นอกจากนี้ ผู้รับบริการที่มี อายุ รายได้ และจำนวนวันที่เข้ารับบริการ แตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) และนิภา แว่ววิจิต (2545) พบว่า อายุ รายได้ จำนวนวันที่เข้ารับบริการต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน

4.5 อาชีพ พบว่าอาชีพต่างกันการรับรู้คุณภาพบริการ โดยภาพรวมไม่แตกต่างกัน

แต่พิจารณารายด้านพบแตกต่างกัน2ด้านคือด้านความเชื่อถือไว้วางใจและด้านความมั่นใจในบริการ โดยผู้ป่วยที่มีอาชีพรัฐวิสาหกิจรับรู้คุณภาพบริการด้านความเชื่อถือไว้วางใจน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้างและผู้ที่มีอาชีพรับราชการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้างมีระดับการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเชื่อถือไว้วางใจสูงกว่านิสิต นักศึกษา นักเรียนและผู้ป่วยที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนด้านความมั่นใจพบว่าผู้ที่อาชีพรับราชการมีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน ผู้ที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวและอาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจส่วนผู้ที่มีอาชีพรับจ้างมีการรับรู้คุณภาพบริการด้านความมั่นใจสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานและผู้ที่ทำอาชีพธุรกิจส่วนตัวซึ่งสรุปได้ว่าอาชีพต่างกันมีผลทำให้การรับรู้ต่างกัน โดยอาชีพเป็นส่วนหนึ่งของอิทธิพลสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล โดยสถิติ วงษ์สุวรรณค์(2529,หน้า194)ได้กล่าวไว้ว่าอิทธิพลของสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นเหตุให้บุคคลภายในสังคมต่างๆรับรู้สิ่งเดียวกันแตกต่างกันออกไป

4.6 ประเภทการเบิกจ่ายหรือสิทธิการรักษา พบว่าการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการที่มีประเภทการเบิกจ่ายต่างกันในภาพรวมไม่แตกต่างกันแต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามีความแตกต่างกัน3ด้านคือด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ และด้านความมั่นใจในบริการกล่าวคือในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการนั้นผู้รับบริการที่มีสิทธิการเบิกจ่ายจากสวัสดิการของรัฐวิสาหกิจ ของทางราชการและผู้ที่มีเงินเองมีทางเลือกในการใช้บริการได้มากกว่าอาจจะเคยได้รับบริการจากสถานพยาบาลอื่นเช่น โรงพยาบาลเอกชนหรือจากโรงพยาบาลของรัฐอื่นๆที่มีความพร้อมทั้งในด้านเครื่องมือเครื่องใช้ อาคารสถานที่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานและมีการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลที่ดีกว่าจึงมีการรับรู้คุณภาพน้อยกว่ากลุ่มอื่น ส่วนด้านความเชื่อถือไว้วางใจและด้านความมั่นใจในบริการนั้นผู้รับบริการที่มีสิทธิเบิกจากราชการมีการรับรู้คุณภาพบริการมากกว่าในกลุ่มที่เบิกจ่ายจากรัฐวิสาหกิจและข้าราชการเงินเองอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มที่ทำงานในระบบราชการมีความเข้าใจและเชื่อมั่นในการบริการถึงแม้ว่าความเป็นรูปธรรมนั้นจะด้อยไปบ้างขณะเดียวกันผู้รับบริการที่มีสิทธิการเบิกจ่ายจากการประกันสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ บัตรทอง ประกันสังคม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถและประกันชีวิตสามารถรับรู้คุณภาพบริการได้มากกว่ากลุ่มแรกซึ่งนับได้ว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพเชิงมาตรฐานวิชาชีพและศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพยังได้มีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆมาช่วยในการปฏิบัติงานเช่นคอมพิวเตอร์ เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆที่เกินระดับขั้นพื้นฐานมาใช้ในการช่วยปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจากประสบการณ์ทำงานบุคลากรก็ยังสามารถได้รับคำชมเชย บัตรอวยพรต่างๆแต่อย่างไรก็ตามการที่ผู้รับบริการมีสิทธิการเบิกจ่ายหรือสิทธิการรักษาต่างกันก็มีผลทำให้การรับรู้คุณภาพการบริการที่ต่างกันบ้างเป็นรายด้านตามอิทธิพลของสภาพเศรษฐกิจสังคมสิ่งแวดล้อมต่างๆตลอดจนประสบการณ์

เดิมที่ผู้รับบริการเคยได้รับรวมทั้งคำบอกเล่าต่างๆซึ่งผลทำให้การรับรู้ของบุคคลต่างกัันดังกล่าว ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพจึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพต่อไป

5. จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่มารับบริการที่แตกต่างกับการรับรู้คุณภาพบริการพบเพียงหนึ่งด้านที่มีความสัมพันธ์ในทางลบคือด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ หมายความว่าเมื่อจำนวนครั้งที่มารับบริการเพิ่มขึ้นการรับรู้คุณภาพบริการยิ่งน้อยลงผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) พบว่าจำนวนครั้งที่มารับบริการที่แตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้รับบริการ มีความคาดหวังคุณภาพบริการมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่มารับบริการจึงมีผลทำให้การรับรู้คุณภาพบริการน้อยลงเมื่อเทียบกับความคาดหวัง

6. การศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพบริการพบว่า อาชีพของผู้รับบริการสามารถทำนายคุณภาพบริการได้โดยอาชีพรับจ้างมีการรับรู้คุณภาพบริการสูงอธิบายได้ว่าผู้ที่มีอาชีพรับจ้างนั้นมีอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม สังคม สภาพเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำดังนั้นการจัดบริการที่ได้มาตรฐานวิชาชีพก็สามารถรับรู้ถึงคุณภาพบริการได้ประกอบกับศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในมหาวิทยาลัยมีความสะอาด ไม่แออัด และมุ่งเน้นด้านวิชาการมีความสะดวกสบายเครื่องมือเครื่องใช้ค่อนข้างทันสมัยการให้บริการไม่รีบเร่งเกินไปเนื่องจากมีจำนวนผู้รับบริการไม่มากนักเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลของรัฐหลายๆแห่ง ส่วนอาชีพรัฐวิสาหกิจนั้นการรับรู้คุณภาพบริการค่อนข้างน้อย แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้รับบริการที่มีขีดความสามารถในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเพื่อการรักษาได้มากแสดงว่าผู้รับบริการสามารถเลือกเข้ารับบริการสุขภาพจากสถานบริการที่ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและรู้ว่าสถานบริการสุขภาพนั้นให้บริการที่มีคุณภาพอาจรับรู้จากญาติ พี่น้อง บุคคลภายในครอบครัว เพื่อนร่วมงานที่เคยมารับบริการมาก่อน และจากข่าวสารที่ได้รับซึ่งในสภาวะปัจจุบันข่าวสารมีการเผยแพร่ไปอย่างรวดเร็วทำให้ผู้รับบริการมีสิทธิในการเลือกใช้บริการสุขภาพตามที่ตนเองพึงพอใจ จึงมีสิทธิที่เลือกใช้บริการที่คาดหวังว่ามีคุณภาพบริการที่ดี และเมื่อมาใช้บริการในสถานสุขภาพแล้วผู้รับบริการกลุ่มนี้จึงมีอำนาจในการทำนายคุณภาพบริการที่ได้รับมากกว่าผู้รับบริการในกลุ่มอื่น ๆ ด้วยบุคคลกลุ่มนี้จะมีความคาดหวังและความต้องการคุณภาพบริการเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้รับบริการอื่นๆ นั่นเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังในคุณภาพบริการอยู่ในระดับมากทั้งภาพรวมและจำแนกรายข้อ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพบริการน่าจะนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการพัฒนาเพื่อให้การพัฒนาคุณภาพการบริการตรงตามความต้องการของผู้รับบริการในทุก ๆ ด้าน
2. ในเรื่องการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในด้านความรู้ การเข้าใจในงาน ระเบียบต่าง ๆ สิทธิการรักษาที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการ เพื่อสร้างความเชื่อถือไว้วางใจและความมั่นใจในการบริการต่อผู้รับบริการ รวมทั้งการแจ้งข่าวสารอย่างเป็นระบบ
3. เรื่องการวิเคราะห์งานบริการและมีการปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษาหาข้อมูลความต้องการของผู้รับบริการ และจากข้อคิดเห็นของผู้ใช้บริการและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริการที่หน่วยงานมีอยู่

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำปัญหา อุปสรรค และผลการวิจัยที่ได้ศึกษา นำมาปรับปรุงคุณภาพโดยใช้กระบวนการวิจัย เช่น การวิเคราะห์ระบบงาน กระบวนการให้บริการ เช่น การรอคอยของผู้รับบริการ การให้บริการทางเลือกแก่ผู้รับบริการ เป็นต้น
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพบริการและพฤติกรรมบริการเนื่องจากผลการศึกษาที่ได้นั้นผู้รับบริการยังมีการรับรู้คุณภาพบริการน้อยกว่าคุณภาพบริการที่คาดหวังไว้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กิตติพงษ์ สกุนดิ. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สิทธิขอรับผลประโยชน์ทดแทน ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533: กรณีศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัด อ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารกฎหมายการ แพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษมีย์ ประพุทธพิทยา. (2540). ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อการบริการพยาบาลของแผนก ผู้ป่วยในโรงพยาบาลลานนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริการการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- กัทธิดา ศิริภัทรกูร. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความคาดหวังคุณภาพบริการ พยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- งามจิตต์ จันทรสาคิต.(2539).เส้นทางสู่คุณภาพ. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข,4(3), หน้า 146.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2534). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของ ประชาชนชาวไทยภาคกลาง. โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัยหน้าใหม่. สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์.(2537).คุณภาพของบริการทางการแพทย์กับแนวคิดทางด้านการตลาด. จุฬาลงกรณ์เวชสาร,38(4), 169-178.
- ชินนุกร พรภานุวิชญ์. (2540). ความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อบทบาทการจัดการทรัพยากร ธรรมชาติของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล. วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุตินา คูหาทอง. (2533). การรับรู้และการปฏิบัติตามบทบาทในงานแม่และเด็กและวางแผน ครอบครัวของแม่ตัวอย่าง ที่อบรมแล้วในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกการบริหาร โรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดารณี จามจूरีย์. (2542). ความเป็นผู้นำกับบทบาทการบริหารการพยาบาล เพื่อเข้าสู่ศตวรรษที่ 21. วารสารกองการพยาบาล, 6(2), 74-78.

- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เดชมอม บุญพันธ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์กับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์. (2541). คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาการบริหาร โรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีรนนท์ พุ่มหมอก. (2542). การรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของบุคลากรทีมสุขภาพโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นกุลยา ส่งสวัสดิ์. (2545). ความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ากรมแพทย์ทหารเรือ. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นันทวัน เหลี่ยมปรีชา. (2536). คุณภาพของการบริหาร. วารสารกรมบัญชีกลาง, 36 (3), 24-29.
- นนิกันต์ วงศ์ลือ. (2543). การศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา. งานนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นวลลักษณ์ บุญบง. (2541). ตัวประกอบคุณภาพบริการในแผนกผู้ป่วยนอกตามความคาดหวังของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นารีรัตน์ รูปงาม .(2542). ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจ การได้รับข้อมูล
ป้อนกลับด้านคุณภาพบริการ การให้รางวัล และวัฒนธรรมคุณภาพบริการ กับคุณภาพ
บริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญสม มิตรพระพันธ์. (2542). การบริการพยาบาลสู่คุณภาพ. วารสารการศึกษาพยาบาล,
10(1), 14-18
- บุษกร พงษ์ชวลิต. (2541). ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการทางการแพทย์ของ
โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เบญจมาศ ภิญโญพรพานิชย์. (2536). ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อการให้บริการ
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุปผา พวงมาลี. (2542). การรับรู้ความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยวรรณ ประคุณชัย. (2533). ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการโรงพยาบาลของ
รัฐศึกษารณีส จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิจัย
ประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปุลนทรี พิชัยจุมพล.(2541). ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน
ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาสังคมบัณฑิตวิทยาลัย สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ประทีนทิพย์ ป็องขัน.(2543). ความคาดหวังของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาลในหอ
ผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลบางละมุง. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหาร
การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประภัตสร วัฒนวิทย์.(2543). ทศนคติต่อการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเมือง
ฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหาร
การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พนิดา คำยุ. (2538). การศึกษาคุณภาพบริการผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล และการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนิดา ดามาพงศ์. (2538). การตลาดบริการพยาบาล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง กลยุทธ์บริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความพึงพอใจในยุคการแข่งขัน, หน้า 26-39. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชนี เชยจรรยา และคณะ. (2538). แนวคิดหลักนิเทศศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- พัชรี ทองแผ่. (2545). คุณภาพบริการพยาบาลตาม การรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ชุมชนเขต 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พีระพล รัตน์. (2541). การรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของแพทย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2538). เสริมสร้างความพร้อมในงานบริการพยาบาล : เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง กลยุทธ์บริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความพึงพอใจในยุคแข่งขัน. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ พรหมจันทร์ (2545). คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดยะลา. งานนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พวงรัตน์ บุญญานูรัตน์ (2541) การประกันคุณภาพการพยาบาล. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
-
- (2540). แนวทางการพัฒนาบุคลากรพยาบาลและงานบริการพยาบาล. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง นวัตกรรมทางการบริการพยาบาลครั้งที่ 3 : บริการพยาบาลไทยสู่สากล ณ โรงแรมเอเชียพญา จังหวัดชลบุรี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
-
- (2541). กลยุทธ์การสร้างงานบริการพยาบาลเชิงธุรกิจ. ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- พรจันทร์ สุวรรณชาติ.(2536). กรณีเลือกสรรการพยาบาลฉุกเฉินและวิกฤต หน่วยที่ 1 – 8 . เอกสาร
การสอนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- มัทรี นครน้อย. (2536). การรับรู้ของประชาชนในเขตเมืองเกี่ยวกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ในอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิจัยบริหาร
สาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ.(2534). การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อ
ป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพา กุ์สันติสัมพันธ์. (2538). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ของผู้ประกันตนในจังหวัดปทุมธานี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โยธิน ศันสนยุทธ์ และคณะ (2533). จิตวิทยา. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- โยธิน แสงวดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี และมาลี สันภูวรรณ.(2543). ปัญหาและทุกข์ของประชาชน
เมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา ลือวานิช. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ในงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาล สังกัด
กระทรวงสาธารณสุขเขตภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เรวดี ศิรินคร. (2541). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทางคลินิก.สารสภากาพยาบาล,13
(3),37-40.
- วรรณฤดี กุ์ทอง. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการด้านคุณภาพบริการพยาบาลที่
ให้แก่ผู้ประกันตน ถึงคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ประกันตนรับรู้โรงพยาบาลรัฐ
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหาร
การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไลภา คุณทรงเกียรติ. (2537). ความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยต่อพยาบาล. วารสาร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 1, 7,-12.

- วิไลเดือน พรอนันต์. (2536). ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของผู้ประกันตนต่อการได้รับ
คุ้มครองกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533
ในจังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วารี วัฒนชัยผล. (2539). ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลและความรับรู้ของ
ผู้บริหารการพยาบาล ต่อความคาดหวังของผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และ
โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีรพงษ์ เถลิงจิระรัตน์. (2539). คุณภาพในงานบริการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ประชาชน
ศิริพร ดันติพูลวินัย. (2538). กลยุทธ์การสร้างคุณภาพการบริการ. เอกสารประกอบการประชุม
วิชาการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความพึงพอใจในยุคแข่งขัน. (หน้า 57-63).
กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร ปรางประสิทธิ์. (2536). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของ
ผู้ประกันตน ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.
2533. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2538). พฤติกรรมผู้บริโภค. กรุงเทพฯ : บริษัทวิสิทธิ์พัฒนา จำกัด.
- สกาวดี้ ดวงเด่น. (2538). การศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง และที่
พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สงวน ธานี. (2538). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานของ
พยาบาลโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สงวน นิตยธัมภ์พงศ์. (2539, 4 เมษายน). ผู้จัดการรายวัน, หน้า 12.
- สมทรง ศิริรักษ์. (2539). ความพึงพอใจของผู้ประกันตนในจังหวัดลำปางต่อการประกันตน.
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลำปาง.
- สมฤดี พุ่มท่าอิฐ. (2544). พฤติกรรมการรับรู้. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.
- สิระยา สัมมาวาจ. (2540). ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย
ศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ. รามาริบัติสาร, 3, 286-297.

- สุชา จันทร์เอม. (2539). จิตวิทยาทั่วไป. (พิมพ์ครั้งที่9). กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2535). แรงแสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก
ตนเองด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา เหลี่ยมวรางกูร.(2540). คุณภาพบริการงานกายอุปกรณ์ ศูนย์สิทธิฯเพื่อการฟื้นฟู
สมรรถภาพ ทางกายแพทย์แห่งชาติ ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาการบริหาร โรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภัทรา ทรัพย์นภาพร (2545) .การศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
พนัสนิคม. งานนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุภาสุข จันทมงคล.(2544). การวิเคราะห์ต้นทุนต่อประสิทธิผลของการบริการพยาบาลอย่างมี
รูปแบบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่แผนกผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุภาภรณ์ ใจสีทรากุล.(2538). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงใจปัจจัยบำรุงรักษากับความ
พึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษา
ภาครัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2539). ไปดูเขาพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในแคนาดาโดยกระบวนการ
Accreditation. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 4 ,196-204.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล,และจิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). คุณภาพของระบบสุขภาพ.นทบุรี:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อรรถชัย ภูมาพันธ์, รัชนิกร ผงผ่าน, และกิตติพงษ์ บุญลพ. (2538). การจัดระบบบริการผู้ป่วยนอก
แนวใหม่ :แนวคิดและการปฏิบัติ.วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข,3(2),68-71.
- อจริยา วัชรวิวัฒน์. (2536). การศึกษาพฤติกรรมกล้าแสดงของผู้บริหารการพยาบาลตามการ
รับรู้ของตนเองโรงพยาบาลศูนย์กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรชร อาษาฤทธิ์.(2541) .ตัวประกอบคุณภาพบริการของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาล
ทั่วไปตามความคาดหวังของผู้ป่วยในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ,
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bopp, D.K. (1990). How patients evaluate the quality of ambulatory medical encounters : A
marketing perspective. *Journal of Health Care Marketing*, 10 , 6-15.
- Brown,S.W.,Gummesson,E.,Edvardson,B.,& Gustavasson B. (1991). *Service quality :
multidisciplinary a multinational perspectives*. Massachusetts : Lexington Books.
- Collins, Cobuild.(1997). *Collins cobuild English dictionary* . England : Harper Collins
publishers.
- Dember, W.N.& Joels, W.(1977). *Psychology of perception*. London : Holf Rinchart and
Winston.
- Feigenbaum, A.V. (1991). *TQC*. (3 th ed). New York : McGraw – Hill.
- Johnson,R,&Lyth, D.(1991). Implementing the integration of customer expectation and
Operational capability. In S.W. Brown, E. Gummerson, B. Edvardson & B. Gustavsson
(Eds). *Service Quality : Multidisciplinary and multinational perspectives*. Massachusetts
: Lexington Books.
- Garrison, U.C.,& Magoon, R. (1972). *Education psychology*. Columbus. Ohio : Charles E.
Merrill.
- Gillies,D.A.(1994). *Nursing management ; A system approach*.(3rd ed). Philadelphia:
W.B.Saunders.
- Jasmin, S.,& Trygstad, L.N.(1979). *Behavioural concepts and the nursing process*.
St. Louis : the C.V. Mosby.
- King, I.M. (1981). *A theory for nursing : Systems, concepts, process*. New York : John
Wiley & Sons.
- Maslow, A.H.(1970). *Motivation and personality* (2 nd ed.) . New York :
Haper & Rom .
- Neufeldt, V.& Guralnik,D.K.(1988). *Webster,s new world dictionary*. 3th ed. New York :
Simon & Schuster.
- Parasuraman, A, Zeithamal, V.A, & Berry, L.L. (1985). *A conceptual model of service
quality and its implications for future research*. *Journal of Marketing*, PP.14-50.

Parasuraman, A, Zeithamal, V.A (1990). *Delivery quality service : Balancing customer perceptions and expectations*. New York : Free Press.

Penchansky, R and W.J. thomas, (1981). *The Concept of Access Definition and Relationship to Consumer Satisfaction*. Medical Care. 19(2)

Schiffman, L.G.,& Lesile, L. Kanuk.(1994). *Consumer behavior* (6 th ed.)New Jersey : Prentice – Hall.

Shank, M.D.,& Kennedy, D.A. (1970). *Administration in nursing*. New York : McGrew-Hill Book.

Swansberg,R.C.(1993). *Introductory management and leadership for clinical nurses*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Youssef,F.N., Nel,D.,& Bovird,T. (1996). Health care quality in NHS hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(1), 15-28.

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

เรื่อง

การเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ป่วยใน
ต่อคุณภาพบริการและคุณภาพบริการที่ได้รับในหอผู้ป่วยสามัญ
ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการรักษา ระยะเวลาในการนอนรักษา ประเภทผู้รับบริการ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการ และคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับในหอผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. ข้อมูลที่ได้รับจากท่าน ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำผลการวิจัยไปศึกษาและนำข้อมูลที่ได้มาใช้ ในการพัฒนาคุณภาพบริการของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน
ผู้ตอบแบบสอบถามเป็น 1. () ผู้ป่วย 2. () ญาติหรือผู้ดูแล

1. เพศ

1. () ชาย 2. () หญิง

2. สถานภาพสมรส

1. () โสด 2. () สมรส

3. () ม่าย, หย่าร้าง, หรือแยกกันอยู่

3. ปัจจุบันท่านมีอายุ ปี

4. ระดับการศึกษา

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1. () ไม่ได้เรียนหนังสือ | 6. () ปวส. |
| 2. () ประถมศึกษา | 7. () อนุปริญญา |
| 3. () มัธยมศึกษาตอนต้น | 8. () ปริญญาตรี |
| 4. () มัธยมศึกษาตอนปลาย | 9. () สูงกว่าปริญญาตรี |
| 5. () ปวช | 10. () อื่น ๆ |

5. อาชีพ

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 1. () ไม่ได้ทำงาน | 5. () ธุรกิจส่วนตัว |
| 2. () นิสิต / นักศึกษา / นักเรียน | 6. () พนักงานของรัฐ |
| 3. () เกษตรกรรม | 7. () รัฐวิสาหกิจ |
| 4. () รับจ้าง | 8. () รับราชการ |

6. ปัจจุบันท่านมีรายได้.....บาท / เดือน

7. ท่านมารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้กี่ครั้ง

- | | |
|-------------------|---|
| 1. () ครั้งแรก | 3. () ครั้งที่ 3 |
| 2. () ครั้งที่ 2 | 4. () มากกว่า 3 ครั้ง โปรดระบุ ครั้ง |

8. ระยะเวลาในการนอนรักษาครั้งนี้ วัน

9. ประเภทของผู้รับบริการจำแนกตามสิทธิการเบิกจ่าย

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. () เบิกได้จากราชการ | 6. () เบิกได้จาก พรบ.ผู้ประสบภัย |
| 2. () เบิกได้จากรัฐวิสาหกิจ | 7. () เบิกได้จาก กองทุนทดแทน |
| 3. () เบิกได้จากบริษัทประกันชีวิต | 8. () ชำระเงินเอง |
| 4. () ใช้สิทธิบัตรทอง | 9. () อื่นๆระบบ |
| 5. () เบิกได้จากประกันสังคม | |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังคุณภาพบริการและคุณภาพบริการที่ท่านได้รับจริงใน
แผนกของผู้ป่วยสามัญ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

ลำดับ ที่	คุณภาพบริการของผู้ป่วยสามัญตามองค์ประกอบต่าง ๆ	ระดับความคาดหวัง คุณภาพบริการที่ท่านต้องการ				ระดับคุณภาพบริการที่ท่านได้ รับจริง			
		มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	1. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ								
1.	ห้องน้ำ ห้องส้วมของผู้ป่วยมีความสะอาด	....	.....	....	....	....	.....	....	....
2.	ระเบียบ , ทางเดิน ของผู้ป่วยมีความสะอาด	....	.....	....	....	....	.....	....	....
3.	ผู้ป่วยมีอากาศถ่ายเทดี สดชื่น ไม่มีกลิ่นเหม็น	....	.....	....	....	....	.....	....	....
4.	ผู้ป่วย ไม่มีสัตว์รบกวนเช่น 1. ยุง มด 2. แมลงสาบ หนู 3. แมว สุนัข	....	.....	....	....	....	.....	....	....
5.	ผู้ป่วยมีเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการรักษา พยาบาลในจำนวนที่เพียงพอแก่ผู้ป่วย	....	.....	....	....	....	.....	....	....
6.	ผู้ป่วยมียาจำนวนเพียงพอสำหรับการรักษา แก่ผู้ป่วย	....	.....	....	....	....	.....	....	....
7.	ผู้ป่วยมีห้องน้ำเพียงพอสำหรับผู้ป่วยและญาติ	....	.....	....	....	....	.....	....	....
8.	ผู้ป่วยมีแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ อื่น ๆ คอยให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ	....	.....	....	....	....	.....	....	....
9.	ผู้ป่วยมีที่นั่งเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยและญาติ	....	.....	....	....	....	.....	....	....
10.	ผู้ป่วยมีเตียงนอนเพียงพอสำหรับผู้ป่วย	....	.....	....	....	....	.....	....	....
11.	ผู้ป่วยมีเครื่องหมายป้ายหรือลูกศรบ่งชี้เพื่อ แนะนำสถานที่ต่าง ๆ ชัดเจน	....	.....	....	....	....	.....	....	....

ลำดับ ที่	คุณภาพบริการของผู้ป่วยสามัญตามองค์ประกอบต่าง ๆ	ระดับความคาดหวัง คุณภาพบริการที่ท่านต้องการ				ระดับคุณภาพบริการที่ท่าน ได้รับจริง			
		มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	2 ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ								
12.	พยาบาลให้บริการตรงตามเวลาและดูแลท่าน อย่างต่อเนื่อง	....	.....	....	....	....	.....	....	....
13.	แพทย์ทำการตรวจเยี่ยมอาการท่านทุกวัน	....	.....	....	....	....	.....	....	....
14.	เจ้าหน้าที่บอกให้ท่านทราบว่าจะทำอะไรก่อน การลง	....	.....	....	....	....	.....	....	....
15.	มือปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง ขณะที่แพทย์ทำการตรวจร่างกายท่านมีการปิด ม่านอย่างมิดชิดและมีพยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือ	....	.....	....	....	....	.....	....	....
16.	คน ไข้อยู่เป็นเพื่อนท่านขณะตรวจทุกครั้ง เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด เตียงนอน โต๊ะ และ ตู้ข้างเตียง ตลอดจนห้องน้ำเป็นประจำทุกวัน	....	.....	....	....	....	.....	....	....
	3. ด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที								
17.	พยาบาลและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยมีความกระตือ - รือร้นให้บริการท่านทันทีเมื่อท่านร้องขอ	....	.....	....	....	....	.....	....	....
18.	ท่านสามารถติดต่อกับแพทย์ที่ให้การรักษาท่าน ทันที	....	.....	....	....	....	.....	....	....
19.	ที่ท่านต้องการความช่วยเหลือ โรงพยาบาลแห่ง นี้ มีการนำระบบการให้บริการที่ ทันสมัย รวดเร็วมาใช้ ทำให้ท่านไม่ต้องเสีย	....	.....	....	....	....	.....	....	....
20.	เวลารอนาน ในขณะที่มารับบริการที่หอผู้ป่วย เมื่อท่านมาถึงหอผู้ป่วย มีพยาบาลและเจ้าหน้าที่ มาให้การดูแลท่านทันที	....	.....	....	....	....	.....	....	....

ลำดับ ที่	คุณภาพบริการของผู้ป่วยสามัญตามองค์ประกอบต่าง ๆ	ระดับความคาดหวัง คุณภาพบริการที่ท่านต้องการ				ระดับคุณภาพบริการที่ท่าน ได้รับจริง			
		มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	4. ด้านความมั่นใจ								
21.	แพทย์ในโรงพยาบาลนี้มีความสามารถในการรักษาโรคต่าง ๆ	....	.....	....	....	....	.....	....	....
22.	ท่านคิดว่าท่านได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์เป็นอย่างดีทำให้หายจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	....	.....	....	....	....	.....	....	....
23.	พยาบาลมีความรู้ความสามารถให้การดูแลท่านเป็นอย่างดี	....	.....	....	....	....	.....	....	....
24.	พยาบาลมีความรู้ความสามารถให้คำแนะนำหรืออธิบายเกี่ยวกับอาการหรือโรคของท่านที่เป็นอยู่	....	.....	....	....	....	.....	....	....
25.	ผู้ช่วยเหลือคนไข้มีความชำนาญในการช่วยเหลือท่านในการดูแลความสะอาดร่างกายเป็นอย่างดี	....	.....	....	....	....	.....	....	....
26.	แพทย์อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นรวมทั้งวิธีการรักษาที่ใช้กับท่าน	....	.....	....	....	....	.....	....	....
27.	แพทย์ได้ให้โอกาสท่านเป็นผู้ตัดสินใจเลือกในบาง	....	.....	....	....	....	.....	....	....
28.	ขั้นตอนของการรักษาพยาบาลได้ให้คำแนะนำการดูแลตนเองและปฏิบัติตัวแก่ท่านจนท่านเข้าใจดี	....	.....	....	....	....	.....	....	....

ลำดับ ที่	คุณภาพบริการของผู้ป่วยสามัญตามองค์ประกอบต่าง ๆ	ระดับความคาดหวัง คุณภาพบริการที่ท่านต้องการ				ระดับคุณภาพบริการที่ท่านได้ รับจริง			
		มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
5. ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ									
29.	แพทย์ให้ความสนใจเอาใจใส่อาการเจ็บป่วยโดย รับฟังปัญหาเกี่ยวกับโรคของท่านอย่างตั้งใจจริง	....	.....	....	....	....	.....	....	....
30.	แพทย์สนใจดูแลตรวจรักษาท่านอย่างละเอียด	....	.....	....	....	....	.....	....	....
31.	พยาบาลสนใจ เอาใจใส่สอบถามในอาการป่วย ของท่านและช่วยเหลืออย่างจริงจังและสม่ำเสมอ	....	.....	....	....	....	.....	....	....
32.	พยาบาลทักทายได้ตามความรู้สึกดีอาการเจ็บ ป่วยของท่านอยู่เสมอ	....	.....	....	....	....	.....	....	....
33.	ผู้ช่วยเหลือคนไข้ สนใจเอาใจใส่ดูแลให้ การช่วยเหลือท่านอย่างตั้งใจจริงจัง	....	.....	....	....	....	.....	....	....
34.	แพทย์พูดจาเป็นกันเองสุภาพไพเราะและ ยิ้มแย้มแจ่มใสในช่วงที่ท่านเข้ารับการรักษา	....	.....	....	....	....	.....	....	....
35.	พยาบาลพูดจาเป็นกันเองสุภาพไพเราะและยิ้ม แย้มแจ่มใสในช่วงที่ท่านเข้ารับการรักษา	....	.....	....	....	....	.....	....	....
36.	ผู้ช่วยเหลือคนไข้พูดจาเป็นกันเองสุภาพไพเราะ และยิ้มแย้มแจ่มใสในช่วงที่ท่านเข้ารับการรักษา	....	.....	....	....	....	.....	....	....
37.	แพทย์ใจเย็นควบคุมอารมณ์ได้ไม่หงุดหงิดง่าย กับท่าน	....	.....	....	....	....	.....	....	....
38.	เจ้าหน้าที่เปิด โอกาสให้ท่านซักถามข้อสงสัยและ ยินดีตอบคำถามของท่าน	....	.....	....	....	....	.....	....	....
39.	พยาบาลใจเย็นควบคุมอารมณ์ได้ไม่หงุดหงิดง่าย กับท่าน	....	.....	....	....	....	.....	....	....
40.	ผู้ช่วยเหลือคนไข้ใจเย็นควบคุมอารมณ์ได้ไม่ หงุดหงิดง่ายกับท่าน	....	.....	....	....	....	.....	....	....