

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศการให้บริการในองค์การกับคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยในตามการรับรู้ของผู้ประกันตน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากเอกสาร บทความ วารสาร หนังสือ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องซึ่งมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาล
 - 1.1 ความหมายของคุณภาพบริการพยาบาล
 - 1.2 ลักษณะของบริการพยาบาล
 - 1.3 การประเมินคุณภาพบริการ
2. แนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพบริการ
 - 2.1 ความหมายการรับรู้
 - 2.2 การรับรู้คุณภาพบริการพยาบาล
 - 2.3 การวัดการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาล
3. บรรยากาศการให้บริการในองค์การ
 - 3.1 ความสำคัญของบรรยากาศการให้บริการในองค์การ
 - 3.2 แนวคิดทฤษฎีบรรยากาศการให้บริการในองค์การ
4. แนวความคิดเกี่ยวกับผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรัฐ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศการให้บริการในองค์การกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาล

การบริการพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ซึ่งต้องการความเข้าใจและการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะเฉพาะของศาสตร์ และการดึงความรู้จากศาสตร์สาขาอื่นๆเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) ในการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพบุคลากรพยาบาลจะต้องเข้าใจถึงความต้องการ หรือความคาดหวังของ

ผู้รับบริการซึ่งหมายรวมถึงทั้งผู้ป่วยและญาติ รวมไปถึงสังคมโดยรวม การให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพที่แท้จริงจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ เนื่องจากคุณภาพบริการพยาบาลมีความเป็นนามธรรม และสามารถรับรู้คุณภาพบริการได้ทั้งในขณะที่รับบริการ และจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการให้บริการ

1.1 ความหมายของคุณภาพบริการพยาบาล

คุณภาพ (Quality)

มีผู้ให้ความหมายไว้มากมายดังนี้

Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA, 1991) ให้ความหมายของคุณภาพว่า คือ ระดับของการจัดบริการที่ทำให้ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีและเหมาะสมกับความต้องการ โดยลดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ

Juran (1992) กล่าวว่า คุณภาพ คือ ความเหมาะสมหรือคุณค่าของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ (fitness for use)

Gillies (1994) ได้กล่าวไว้ว่า "คุณภาพ" เป็นลักษณะที่แสดงถึงผลของการปฏิบัติที่ดีเลิศ และความเป็นเลิศนั้นวัดได้จากการเปรียบเทียบผลของการกระทำกับเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งแต่ละวิชาชีพได้กำหนดไว้

Judith (1996) ให้ความหมาย คุณภาพ ว่าเป็นความพยายามอย่างต่อเนื่อง เพื่อสิ่งที่ดีเลิศและทำให้บรรลุถึงแนวทางที่กำหนด

Kotler (2000) กล่าวว่า คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะและลักษณะสำคัญโดยรวมของผลิตภัณฑ์หรือบริการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการทำให้เกิดความพึงพอใจหรือตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ จึงจะถือว่าผู้บริการให้บริการที่มีคุณค่าก็ต่อเมื่อผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นเป็นไปตามความคาดหวังหรือได้มากกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการ

วิภาดา คุณาวิทิตกุล (2542) กล่าวถึงคำว่า คุณภาพ ว่าเป็นการกระทำในสิ่งที่ถูกต้องตามหลักการ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2542) ได้ให้ความหมายคุณภาพว่าการทำตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการ (Need) ของผู้ป่วยและลูกค้า

จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) กล่าวถึง คุณภาพ ว่าหมายถึง คุณลักษณะของบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตและตอบสนองความต้องการเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า คุณภาพ หมายถึง ระดับของความดีเลิศ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหรือลูกค้าที่ได้ใช้บริการหรือผลิตภัณฑ์ ซึ่งมีความสอดคล้องกับมาตรฐานของวิชาชีพและความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

ความหมายของบริการ

Kotler (1997: 467) กล่าวว่าการบริการ หมายถึง กิจกรรมใดๆ หรือการปฏิบัติที่กลุ่มหรือคณะใดคณะหนึ่งสามารถเสนอสิ่งสำคัญที่มองไม่เห็นเป็นตัวเป็นตน และไม่มีผลในการเป็นเจ้าของผลผลิตของบริการอาจเป็นหรือไม่เป็นผลิตภัณฑ์ก็ได้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2530: 577 ได้ให้ความหมายของบริการว่า หมายถึงปฏิบัติรับใช้ให้ความสะดวกต่างๆ

สมาคมการบริการแห่งประเทศไทย (อ้างถึงใน ศิริพร ดันติพุลวินัย, 2538: 59) ให้ความหมายของการบริการว่าเป็นงานที่เราทำเพื่อผู้อื่น ทำแล้วผู้อื่นได้รับประโยชน์และความพึงพอใจ และผู้กระทำต้องมีความสุขในงานด้วย

วีระพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์ (2539) ได้ให้ความหมายบริการ (Service) ว่าหมายถึง พฤติกรรมการกระทำที่บุคคลหนึ่งทำให้แก่บุคคลหนึ่ง โดยมีเป้าหมายและความตั้งใจในการส่งมอบบริการนั้น และในสายตานิเทศศาสตร์มีนักบริหารงานบริการได้กำหนดคุณลักษณะ 7 ประการแห่งการบริการที่ดีดังนี้

S = Smiling and Sympathy ยิ้มแย้ม เอาใจเขาใส่ใจเรา เห็นอกเห็นใจต่อความลำบาก ยุ่งยากของลูกค้า

E = Early Response ตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าอย่างรวดเร็ว ทันใจ โดยมีทันได้เอ่ยปากเรียกหา

R = Respectful แสดงออกถึงความนับถือ ให้เกียรติลูกค้า

V = Voluntaryness manner ลักษณะการให้บริการเป็นแบบสมัครใจ และเต็มใจทำมิใช่ทำแบบเสียไม่ได้

I = Image enhancing แสดงออกซึ่งการรักษาภาพพจน์ของผู้ให้บริการและเสริมภาพพจน์ขององค์กรด้วย

C = Courtesy กิริยาอาการอ่อนโยน สุภาพ และมีมารยาทดี อ่อนน้อมถ่อมตน

E = Enthusiasm มีความกระฉับกระเฉง และกระตือรือร้นขณะบริการ

โดยสรุปแล้ว การบริการ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการแก่ลูกค้าหรือผู้ใช้บริการโดยมีความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับ

ความหมายของคุณภาพบริการ

Parasuraman et al. (1985: 42) ให้ความหมายคุณภาพบริการ (Service quality) หมายถึงการรับรู้ต่อบริการที่จัดให้ว่าสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้เป็นไปตามความคาดหวังได้มากน้อยเพียงไร

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537: 171) ได้ให้ความหมายคุณภาพบริการในแนวคิดทางการตลาดว่า คือความสามารถในการสนองความต้องการของผู้มารับบริการ นั่นคือเป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้บริการหรือลูกค้า (Conformance to requirement) และประเมินว่าบริการนั้นเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่

วีระวัฒน์ บัณฑิตามัย (2538: 234) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการ ว่าหมายถึงคุณสมบัติ คุณลักษณะทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ของการบริการที่ผู้รับบริการ (ลูกค้า) รับรู้ว่ามีคุณค่าโดดเด่นตรงหรือเกินกว่าความคาดหวังเป็นที่น่าประทับใจจากการที่ผู้รับบริการได้ จ่ายเงิน แลกเปลี่ยนสัมผัส มีประสบการณ์ ทดลองใช้ เป็นต้น

วีรพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์ (2539: 14) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการคือความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ระดับความสามารถของบริการในการบำบัดความต้องการของผู้รับบริการ และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังจากได้รับบริการไปแล้ว

ทองหล่อ เดชไทย (2540: 159) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการว่า หมายถึง ความพยายามอย่างต่อเนื่องของสมาชิกทุกคนในองค์กรที่จะให้ผู้รับบริการซึ่งคือผู้ป่วยได้รับสิ่งที่เขาต้องการหรือคาดหวัง ซึ่งสามารถสรุปจุดเน้นเป็น 3 ประเด็น ได้แก่

1. ความพยายามอย่างต่อเนื่อง
2. สมาชิกทุกคนในองค์กร
3. ความคาดหวังของผู้รับบริการ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (2542) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการว่า หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกค้าโดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งนี้ประกอบด้วย ความถูกต้องตามมาตรฐาน และความถูกต้องตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ

จากแนวคิดดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า คุณภาพบริการ คือความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการกับการปฏิบัติโดยใช้ความรู้ความสามารถที่เหมาะสม โดยมีการปรับสมดุลระหว่างประโยชน์และผลเสียที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้น

คุณภาพบริการเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อองค์กร ทัศนคตินี้มีพื้นฐานมาจากการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการบริการเฉพาะอย่าง หรือหลายๆอย่างที่ได้รับ (Cronin and Taylor, 1992 ; Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985 ; Gronroos, 1982 อ้างถึงใน Neidz, 1998) ในการให้บริการทางสุขภาพจะมีผู้ป่วยเป็นผู้รับบริการที่สำคัญ การให้บริการที่มีคุณภาพเป็นสิ่งที่สำคัญที่พยาบาล แพทย์ ผู้บริหาร ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจะต้องตระหนัก แม้ว่าแต่ละบุคคลจะให้คำจำกัดความคำว่า คุณภาพแตกต่างกันไปตามมุมมองของตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากความคาดหวังส่วนบุคคลและประสบการณ์โดยรวมที่เคยประสบมา แต่การให้บริการที่ใช้ความรู้ความสามารถอย่างถูกต้อง เหมาะสม ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้บริการต้องใช้เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด

Blumental and David (1996) กล่าวถึง คุณภาพบริการ ว่าจะมีความสำคัญต่อแพทย์และผู้รับบริการมากขึ้นจนถึงศตวรรษหนึ่ง โดยที่คุณภาพบริการวัดได้ 2 มิติ คือ

1. การให้บริการอย่างเหมาะสม หมายถึง การตระหนักถึงการตอบสนอง และการต่อต้านในความต้องการอย่างมีคุณค่าของผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงความคิดเห็นของผู้รับบริการ ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมสำคัญในการชี้วัดคุณภาพบริการ
2. การให้บริการด้วยความชำนาญ หมายถึง การที่ผู้ให้บริการสามารถประยุกต์การบริการ โดยใช้เวลาน้อยในการทำงาน และทำให้คุณภาพบริการเพิ่มขึ้น

ถึงแม้ว่าเป้าหมายของงานบริการจะอยู่ที่ผู้รับบริการ แต่ชำนาญ ภูเอี่ยม (2537) ได้ให้ความสำคัญต่อผู้ให้บริการ โดยกล่าวว่า สำหรับงานบริการนั้น ปัจจัยหลักของคุณภาพก็คือ ผู้ปฏิบัติงานซึ่งจะต้องมี

1. Knowledge ความรู้เพื่อความถูกต้องแม่นยำในงาน
2. Experience ประสบการณ์
3. Feeling ความรู้สึกที่ดีในขณะที่ให้บริการ

นอกจากนั้น จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537: 171-178) กล่าวว่า การบริการทางการแพทย์สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ไม่เพียงแต่จะหายจากโรคเท่านั้น แต่ยังสนองความต้องการอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แบ่งการบริการตามความต้องการดังนี้

1. บริการหลักที่ต้องการจริงๆ (Core services) หมายถึง บริการที่ผู้รับบริการต้องการมากจนกระทั่งก่อให้เกิดการตัดสินใจมารับบริการครั้งนั้นๆ

2. บริการที่เกี่ยวข้อง (Peripheral services) หมายถึง บริการที่ไม่ใช่บริการหลักที่ต้องการจริงๆ แต่เป็นบริการอื่นที่ผู้ให้บริการสามารถให้ร่วมกับบริการหลัก ซึ่งจะมีส่วนช่วยส่งเสริมคุณภาพการบริการได้ แบ่งเป็น

- 2.1 บริการที่คาดหวังจะได้รับ (Expected services) หมายถึง บริการข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับบริการหลักที่ต้องการจริงๆ ซึ่งผู้รับบริการคาดหวังล่วงหน้าว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ และการได้รับบริการตามที่คาดหวังไว้ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและประเมินว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพ หากไม่ได้รับบริการดังที่คาดหวังไว้ บริการนั้นย่อมด้อยลง

- 2.2 บริการที่อยู่นอกเหนือความคาดหวัง (Augmented services) หมายถึง การบริการที่ผู้รับบริการอยากได้รับแต่ไม่คาดว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐอาจคาดว่าจะต้องนั่งรอเป็นเวลานาน แต่การได้รับการบริการที่รวดเร็วทำให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจ อันเป็นความรู้สึกที่มากกว่าความพอใจ ส่งผลให้ประเมินว่าบริการที่ได้รับมีคุณภาพเยี่ยม ซึ่งแม้ผู้รับบริการไม่ได้รับบริการประเภทนี้ก็ได้เกิดความไม่พอใจแต่ประการใด

การปรับปรุงคุณภาพการบริการเป็นอีกประเภทหนึ่งที่ผู้ให้บริการต้องจัดกระทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การปรับปรุงคุณภาพหมายถึงการยึดมั่นและปฏิบัติในการปรับปรุงพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองตอบหรือให้ได้ผลที่ตอบสนองหรือได้ผลลัพธ์เกินความคาดหวังของ

ผู้รับบริการ (Schroeder, 1994) แนวคิดในการปรับปรุงคุณภาพในทางสุขภาพซึ่งดัดแปลงมาจากแนวคิดทางการอุตสาหกรรมมี 3 ประการ ได้แก่

1. ให้ความสำคัญและมุ่งเน้นที่การร่วมกันปฏิบัติทั่วทั้งองค์กรมากกว่าที่จะมุ่งเน้นที่ตัวบุคคล
2. วิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ทั้งภายนอกและภายในองค์กร จากนั้นจึงมาทำการปรับปรุงเพื่อสนองความต้องการเหล่านั้น
3. ใช้การทำงานเป็นทีมและความคิดสร้างสรรค์ เพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร (Dienemann and Nyberg, 1998)

คุณภาพบริการกับความพึงพอใจ

มีบางคนยังใช้คำว่า คุณภาพบริการกับความพึงพอใจในความหมายที่ใช้แทนกันได้ แต่ในส่วนของนักวิจัยได้พยายามหาข้อแตกต่างระหว่าง 2 แนวคิดนี้ โดยพบว่า มีพื้นฐานแตกต่างกัน ถ้าพิจารณาในทาง "สาเหตุ" และ "ผลลัพธ์" สามารถสรุปได้ว่า คุณภาพบริการเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ โดยคุณภาพบริการเป็นการประเมินที่เกิดจากการรับรู้การให้บริการในด้านต่างๆ ส่วนความพึงพอใจจะมีความหมายกว้างและครอบคลุมคุณภาพบริการ เป็นการรับรู้คุณภาพบริการ คุณภาพของสินค้า และราคา นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสถานการณ์ และปัจจัยส่วนบุคคล (Zeithaml and Bitner, 2000: 75)

การพยาบาล (Nursing Care)

มีผู้ให้ความหมายไว้มากมายดังนี้

Nightingale (1859 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2539: 1) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลว่าเป็นการรับผิดชอบดูแลในเรื่องสุขภาพของบุคคลและสิ่งที่พยาบาลกระทำ คือ การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ดีที่สุดเพื่อธรรมชาติจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้

Handerson (1959 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2539: 1) ได้เกิดแนวคิดของการพยาบาลซึ่งเป็นที่ยอมรับทั่วโลกว่าเป็นการช่วยเหลือบุคคลที่สุขภาพดี หรือเจ็บป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่ทำให้สุขภาพดี หรือหายจากโรค หรือตายอย่างสงบ ซึ่งถ้าบุคคลนั้นมีสิ่งจำเป็น คือ มีความลำบาก มีความตั้งใจหรือความรู้จะประกอบกิจกรรมเหล่านั้นได้เอง โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือ การกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยให้บุคคลนั้นได้กระทำเพื่อช่วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งบุคคลอื่นให้เร็วที่สุด

ลอบ หุตางกูร (2521 อ้างถึงใน อัมไพ ยุติธรรม, 2526) กล่าวว่า การบริการพยาบาลเป็นบริการวิชาชีพที่เกิดขึ้นตามความต้องการของสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ทั้งในภาวะสุขภาพดีและในยามเจ็บป่วย

สภาการพยาบาล (2540: 87) ได้ให้ความหมาย การพยาบาล ว่าหมายถึง การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

โดยสรุปแล้ว การพยาบาล หมายถึง การกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการของโรค รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบุคคลที่มีสุขภาพดี ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะในการพยาบาล

ดังนั้น คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ลักษณะความดีของบริการพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับโครงสร้าง หรือการบริหารบริการพยาบาล กระบวนการของการให้การพยาบาลและผลที่เกิดขึ้น โดยมีเกณฑ์ลักษณะที่มีไว้เพื่อประเมินระดับของมาตรฐาน

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538) กล่าวว่า การพยาบาลที่มีคุณภาพอาจมองได้ 3 แนว ดังนี้

1. ตามแนวการตอบสนองความต้องการของประชาชน หมายถึง การให้บริการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการรายบุคคล และชุมชน อาจปรากฏในรูปของการให้บริการพยาบาลที่เพียงพอและรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์
2. ตามแนวการตอบสนองต่อนโยบายด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน หมายถึง ความคาดหวังของประเทศในการให้บริการในลักษณะของการผสมผสานคือ การดูแล รักษา ป้องกัน ฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นการรักษาเบื้องต้นในชุมชนที่ห่างไกล
3. ตามแนวทางวิชาชีพ หมายถึง การรักษาความเป็นวิชาชีพของพยาบาลโดยต้องปรากฏในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น ดำเนินการให้การพยาบาลอย่างมีระบบระเบียบทางทางวิทยาศาสตร์ การประสานงานการดูแลรักษาในทีมพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรักษาและดำรงไว้ซึ่งจรรยาวิชาชีพ

จากการศึกษาของ Messner (1993) พบว่า การดูแลที่ผู้ป่วยต้องการจากพยาบาลมากที่สุด 11 ประการ คือ รับฟังผู้ป่วย ถามความต้องการผู้ป่วย ไม่ละเลยในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่า อย่าดูแลรักษาผู้ป่วยเหมือนโรค แต่ดูแลรักษาอย่างที่เขาเป็นคน พุดกับผู้ป่วยไม่ใช่พุดถึงผู้ป่วย เคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยรอคอยนานเกินไปหรือรอคอย โดยไม่รู้เหตุผล อย่าสั่งให้ผู้ป่วยทำโดยไม่อธิบายให้ชัดเจน ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย จดจำในสิ่งที่ผู้ป่วยเคยเป็นได้ และ บอกผู้ป่วยถึงการดูแลที่จะได้รับ

ลอบ หุตางกูร (2536) กล่าวว่า การบริการพยาบาล เป็นงานที่จัดอำนวยความสะดวกในระดับองค์การซึ่งมีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ่วมให้บริการแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทางสุขภาพ คุณภาพบริการพยาบาลไม่ได้ขึ้นอยู่กับพยาบาลผู้ให้บริการแต่ฝ่ายเดียว หากขึ้นอยู่กับผู้ที่จะได้รับผลกระทบจากบริการประกอบกัน ได้แก่ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการและญาติ ผู้ร่วมงานและผู้บริหารขององค์การ ซึ่งกล่าวโดยสังเขปดังนี้

1. การพยาบาลที่มีคุณภาพที่ให้ในทัศนะของผู้รับบริการ มีลักษณะโดยสรุปดังนี้

1.1 เป็นการบริการที่ให้โดยฉับไว ไม่ชักช้าให้บริการแก่ผู้รับบริการทุกคนอย่างทั่วถึงและเสมอภาค

1.2 เป็นบริการที่ให้ด้วยความรัก ความชำนาญการ ใช้วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม ใช้เทคนิคที่ถูกต้อง มีเหตุผลอันดี ให้ความปลอดภัย และผลดีต่อการปรับดูแลสุขภาพ และช่วยให้สุขภาพดีขึ้น

1.3 พยาบาลมีมารยาทและอัธยาศัยอันดี ให้เกียรติแก่ผู้รับบริการ บอกกล่าวเพื่อผู้รับบริการเข้าใจและร่วมมือในการรักษาพยาบาล เอาใจใส่ เอื้ออาทร ให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นต่อการปรับและรักษาดูแลสุขภาพ ทำให้มีความเข้าใจ อบอุน คลายกังวล

1.4 เป็นบริการรักษาพยาบาลที่ให้ผลดีได้โดยเร็วที่สุด ช่วยให้ผู้รับบริการสิ้นเปลืองน้อยที่สุด ทั้งในค่าใช้จ่าย เวลาและพลังงาน

2. การพยาบาลที่มีคุณภาพและยอมรับในควมมีคุณภาพ เมื่อบริการพยาบาลมีลักษณะดังต่อไปนี้

2.1 พยาบาลมีมารยาทอัธยาศัยดี มีความรู้ความสามารถในงานดีมาก รู้เท่าถึงการณ์ มีความรับผิดชอบสูง ร่วมมือและประสานงานดีมาก ช่วยให้แผนการรักษาบังเกิดผลสมบูรณ์

1.2 ลักษณะของบริการพยาบาล

บริการพยาบาลมีลักษณะสำคัญแตกต่างจากบริการสินค้า 4 ประการ คือ บริการไม่มีตัวตน มีความหลากหลายในตัวเอง ไม่สามารถแบ่งแยกได้ และไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ (Kotler, 2000; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2537 และ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2541) ดังนี้

1.2.1 บริการไม่มีตัวตน (Intangibility)

บริการพยาบาลเป็นนามธรรม ผลลัพธ์ออกมาในรูปแบบของผลงาน (Performance) มิใช่สินค้า (Product) จับต้องและมองไม่เห็น ฉะนั้นจะทำการวัด นับ หรือนำมาทดสอบโดยตรงไม่ได้ ทำให้ยากแก่การประเมินและตรวจสอบ ดังนั้นการนำเสนอบริการจึงต้องแสดงให้เห็นให้ผู้บริโภคหรือผู้ใช้บริการสามารถรับรู้ได้ถึงบริการนั้น และตัดสินใจเลือกใช้บริการ ซึ่งได้แก่

1. สถานที่ (Place) ผู้ให้บริการต้องจัดสถานที่ให้บริการที่สะดวก สบาย สะอาด ใต้อากาศ และเหมาะสม เพื่อให้มีความเชื่อมั่นในการเข้ามาใช้บริการ

2. บุคคล (People) ผู้ให้บริการต้องมีสุขภาพที่ดี มีการแต่งกายที่เหมาะสม สะอาด บุคลิกดี อภัยภัยไมตรีดี กระตือรือร้น เอาใจใส่ น่าเชื่อถือ เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจในการที่จะได้รับบริการที่ดี

3. เครื่องมือและอุปกรณ์ (Equipment) ผู้ให้บริการต้องจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ในการบริการที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ สะอาด สะดวก เพียงพอ และพร้อมที่จะให้อยู่เสมอ รวมถึงอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นในการอำนวยความสะดวกต่างๆ ด้วย เช่น โทรศัพท์ โทรทัศน์ วีดีโอ ตู้เย็น เป็นต้น

4. วัสดุสื่อสาร (Communication material) สื่อโฆษณา และเอกสารการโฆษณาต่างๆ จะต้องสอดคล้องกับลักษณะของบริการที่เสนอขายและลักษณะของผู้ใช้บริการ

5. สัญลักษณ์ (Symbols) คือ ชื่อตราสินค้าหรือเครื่องหมายตราสินค้าที่ใช้ในการให้บริการ เพื่อให้ผู้ใช้บริการเรียกชื่อได้ถูก ควรมีลักษณะสื่อความหมายที่ดีเกี่ยวกับบริการที่เสนอขาย

6. ราคา (Price) ผู้ให้บริการต้องกำหนดราคาการให้บริการควรเหมาะสมกับระดับการให้บริการ ชัดเจนและง่ายต่อการจำแนกระดับบริการที่แตกต่างกัน

1.2.2 บริการมีความหลากหลายในตัวเอง (Variability or Heterogeneity)

การให้บริการแต่ละครั้งมีความแตกต่าง แม้ผู้ให้บริการคนเดียวกันและบริการชนิดเดียวกัน แต่ผลผลิตของบริการจะไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับสถานที่ สถานการณ์ สภาพของผู้ให้บริการ เวลา หรือแม้แต่ผู้ใช้บริการด้วย ทำให้ความสม่ำเสมอ (Consistency) เกิดขึ้นได้ยาก สิ่งที่ผู้ให้บริการต้องการให้อาจจะไม่ตรงกับที่ผู้รับได้รับเนื่องจากการรับรู้ (Perception) หรือความเข้าใจไม่ตรงกัน

1.2.3 บริการไม่สามารถแบ่งแยกได้ (Inseparability)

การให้บริการเป็นการผลิต การส่งมอบและการบริโภคจะเกิดขึ้นพร้อมกัน ผู้รับบริการจะมีส่วนร่วมอย่างมากในกระบวนการผลิตบริการ จึงมีบทบาทสำคัญในการผลิตบริการ ให้มีคุณภาพ และมักต้องเข้าไปเกี่ยวข้องโดยตรงกับบุคลากรของหน่วยงานที่ให้บริการเป็นจำนวนมาก

1.2.4 บริการไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ (Perishability)

การผลิต และการส่งมอบบริการเกิดขึ้นพร้อมกัน จึงไม่สามารถผลิตไว้ล่วงหน้าแล้วเก็บรักษาไว้ เพื่อส่งมอบหรือจำหน่ายภายหลังได้เหมือนสินค้า ดังนั้นเมื่อมีการจัดสรรทรัพยากร และเตรียมความสามารถในการผลิตบริการไว้ เช่น การว่าจ้างบุคลากร การจัดซื้ออุปกรณ์ต่างๆ การจัดเตรียมสถานที่ เมื่อถึงเวลาไม่มีผู้มารับบริการหรือผู้มารับบริการมีจำนวนไม่มากพอทำให้ทรัพยากรที่ใช้ไปนั้นจะสูญเปล่า เช่น การที่โรงพยาบาลมีห้องพักรักษา การที่ไม่มีผู้ป่วยมารับบริการตรวจโลหิตทั้งที่มีอุปกรณ์ เป็นต้น สถานการณ์เช่นนี้ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่มีงานและไม่ทำให้เกิดผลผลิต การควบคุมประสิทธิภาพของการให้บริการจึงทำได้ยากกว่าการผลิตสินค้า

จากลักษณะของบริการดังกล่าวจึงทำให้ยากในการประเมินคุณภาพ ดังนั้นผู้ใช้บริการจึงประเมินคุณภาพบริการจากการรับรู้ที่ได้รับเมื่อมาใช้บริการโดยนำมาเปรียบเทียบกับความคาดหวังก่อนใช้บริการ

1.3 การประเมินคุณภาพบริการพยาบาล

เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการมี 2 ประเภท คือ มาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ และมาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์หรือเชิงการรับรู้ (Bopp, 1990: 6 ; Omachonu, 1990: 3)

1.3.1 **มาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ (Technical or Professional Standard หรือ Standard in Fact หรือ Quality in Fact)** เป็นเกณฑ์ที่บอกให้ทราบว่าบริการนั้นมีคุณภาพหรือประสิทธิภาพตรงตามหลักการ วิธีการ ตามมาตรฐานที่หน่วยงานหรือองค์กรกำหนดไว้ ซึ่งองค์กรทางการแพทย์พยาบาลได้กำหนดเกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพของงานบริการพยาบาลตามมาตรฐานสากล 3 รูปแบบดังนี้คือ (Donabedian, 1996 ; ศิริพร ตันติพิบูลชัย, 2537)

1.3.1.1 **มาตรฐานด้านโครงสร้าง (Structure standard)** เป็นลักษณะการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดองค์กร ระบบการจัดบริการ สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ เครื่องใช้ และงบประมาณ

1.3.1.2 **มาตรฐานด้านกระบวนการ (Process standard)** เป็นลักษณะการดำเนินการซึ่งเกี่ยวกับกระบวนการรักษาพยาบาล เช่น การวินิจฉัยโรค การให้การบริการพยาบาล

1.3.1.3 **มาตรฐานด้านผลลัพธ์ (Outcomes standard)** เป็นลักษณะการดำเนินการเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงาน ซึ่งจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและชุมชนหลังจากการให้การรักษาพยาบาลแล้ว

1.3.2 **มาตรฐานเชิงการปฏิสัมพันธ์หรือเชิงการรับรู้ (Interactive Standard หรือ Quality in Perception)** คือ มาตรฐานที่วัดจากการรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละคน เนื่องจากผู้รับบริการไม่สามารถประเมินคุณภาพเชิงวิชาชีพได้ ผู้รับบริการจึงประเมินคุณภาพบริการเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนกับผู้ให้บริการและปัจจัยแวดล้อม

ดังนั้นการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลจึงต้องประเมินด้วยเกณฑ์ทั้ง 2 อย่าง คือ ตามมาตรฐานวิชาชีพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

2. แนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพบริการ

2.1 ความหมายของการรับรู้ (Perception)

การรับรู้ถือเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคลที่สำคัญ เพราะถ้าปราศจากการรับรู้แล้วจะไม่สามารถมีความจำหรือการเรียนรู้ได้ (บุปผา พวงมาลี, 2542) ได้มีนักการศึกษา นักจิตวิทยา และนักการตลาดหลายท่านได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ในทัศนะต่างๆ กันดังนี้

การรับรู้มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือ "Percipere" ซึ่ง Per หมายถึงผ่าน (Through) และ Cipere หมายถึง การนำ (To take) (Blunting, 1988: 168)

Garrison (1972: 607) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความหรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร และการที่บุคคลจะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้นจะต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

พจนานุกรมของเวบสเตอร์ (1975: 1100) ได้ให้นิยามว่า การรับรู้ หมายถึง แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

Kotler (1997: 185) ได้ให้ความหมายว่า การรับรู้ คือ การแสดงออกของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลมาจากการรับรู้ในสถานการณ์นั้นของเขา

Zeithaml and Bitner (2000: 74) กล่าวว่า คุณภาพบริการและความพึงพอใจอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้การบริการ และคำว่า "การรับรู้" มักมีส่วนเกี่ยวข้องกับความคาดหวังเสมอ ความคาดหวังเป็นพลวัต การประเมินความคาดหวังของผู้บริโภคจึงมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในวันนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ในวันพรุ่งนี้ และควรพึงระลึกไว้ว่า คุณภาพและความพึงพอใจนั้นอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้การบริการของผู้ใช้บริการในเรื่องเกี่ยวกับการบริการที่ได้รับ

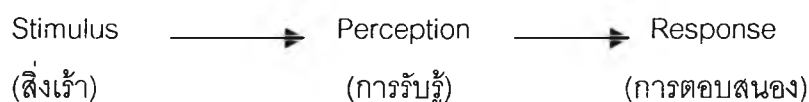
สุบัญญัติ ไชยชาญ (2542) กล่าวว่า การรับรู้ เป็นกระบวนการที่ผู้บริโภคเลือกรับเอาสารสนเทศเข้ามาจัดระเบียบและทำความเข้าใจ โดยอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องมือ จากนั้นจึงมีปฏิกิริยาตอบสนอง เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาอย่างหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการตัดสินใจซื้อ

สุชา จันทน์เอม (2539: 123) ได้ให้ความหมายการรับรู้ดังนี้

การรับรู้เป็นกระบวนการที่มีระดับตั้งแต่ง่ายที่สุดถึงซับซ้อนที่สุดจนยากแก่การเข้าใจ นักจิตวิทยาได้ให้ความหมายการรับรู้แตกต่างกันออกไป เช่น

1. การรับรู้ คือ การตีความหมายจากการรับสัมผัส (Sensation) ในการรับรู้ นั้นเราไม่เพียงแต่มองเห็น ได้ยินหรือได้กลิ่นเท่านั้น แต่เราต้องรับรู้ได้ว่าวัตถุหรือสิ่งที่เรารับรู้ นั้นคืออะไร มีรูปร่างอย่างไร อยู่ทิศใด ไกลกว่าเรามากน้อยแค่ไหน เป็นต้น ทั้งหมดที่เราบอกได้นี้เป็น การใส่ความหมายให้กับสิ่งต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในการรับสัมผัส

2. ในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ดังแผนภูมิข้างล่าง



ดังนั้น การรับรู้จึงหมายถึง กระบวนการที่คนเรามีประสบการณ์กับวัตถุ หรือเหตุการณ์ต่างๆ โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัส

เทพพนม เมืองแมน, สวิง สุวรรณ (2539: 6-7) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการในการเลือกรับ การจัดระเบียบ และการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่บุคคลพบเห็นหรือมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วยในสภาพแวดล้อมหนึ่งๆ

สถิต วงษ์สุวรรณ (2529: 77) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า หมายถึง การรับสัมผัสสิ่งเร้าแล้วแปลความหมายได้

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การรับรู้หมายถึงการแสดงออกทางความคิด ความเข้าใจจากการที่สมองตีความหรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสด้วยประสาทสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยประสบการณ์เดิมและการเรียนรู้เป็นเครื่องช่วยเป็นพื้นฐานในการวัดคุณภาพบริการและความพึงพอใจ

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ ลักษณะของผู้รับรู้กับลักษณะสิ่งเร้า (สถิต วงษ์สุวรรณ, 2529)

ลักษณะของผู้รับรู้ การที่บุคคลจะเลือกรับรู้ได้ก่อนหลัง มากน้อยอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะผู้รับรู้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของผู้รับรู้แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านกายภาพและด้านจิตวิทยา

1. ด้านกายภาพ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ทำให้การรับรู้ต่างกันออกไป และยังพิจารณาอวัยวะรับสัมผัสต่างๆปกติหรือไม่ ถ้าผิดปกติหรือหย่อน

สมรรถภาพ ก็ย่อมทำให้การรับรู้ผิดไป เช่น หูตึง เป็นหวัด สายตาสั้น ยาว เอียง การรับรู้จะสามารถทำให้มีคุณภาพดีขึ้นได้ ถ้าเราใช้วิธีกระตุ้นช่วยกัน เช่น ใช้ลึ้นกับจุมุกช่วยกันในการรับรู้รส หรือใช้ตาและหูสัมผัสต่างๆ ในเวลาเดียวกัน ทำให้เราสามารถแปลความหมายได้ถูกต้อง

2. ด้านจิตวิทยา ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของคนที่มือถือพิลต่อการรับรู้มีหลายประการ เช่น ความจำ ความพร้อม สติปัญญา การสังเกตพิจารณา ความสนใจ ตั้งใจ ทักษะ ค่านิยม วัฒนธรรม ฯลฯ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้เดิม

ลักษณะของสิ่งเร้า คุณสมบัติของสิ่งเร้าเป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้คนเราเกิดความสนใจที่จะรับรู้ หรือทำให้การรับรู้ของคนเรากลายเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ได้แก่ ความใกล้ชิดกันของสิ่งเร้า ความคล้ายคลึงกันของสิ่งเร้า ความต่อเนื่องกันของสิ่งเร้า สภาพและพื้นฐานการรับรู้

Kotler (1997: 185-186) กล่าวว่า บุคคลรับรู้แตกต่างกันทั้งๆที่พบตัวกระตุ้นหรือสิ่งเร้าเดียวกันก็เพราะกระบวนการทางการรับรู้ 3 อย่างคือ การเลือกตั้งใจ การเลือกแปลความหมาย บิดเบือน และการเลือกเก็บรักษา

1. การเลือกตั้งใจ (Selective attention) คนเปิดรับตัวกระตุ้นในแต่ละวันมากมาย ดังนั้นจึงมีการกรองออก เนื่องจากรับข่าวสารทั้งหมดไม่ไหว กระบวนการนี้เรียกว่าการเลือกตั้งใจ มีการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้และพบว่า

1.1 บุคคลมักสังเกตตัวกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการอย่างหนึ่งอย่างใดในปัจจุบันมากกว่า

1.2 บุคคลมักสังเกตเห็นตัวกระตุ้นที่เขาคาดคะเนได้

1.3 บุคคลสังเกตเห็นตัวกระตุ้นมากกว่า ถ้าความแตกต่างของขนาดตัวกระตุ้นใหญ่กว่าขนาดปกติของตัวกระตุ้น

2. การเลือกแปลความหมายบิดเบือน (Selective distortion) เป็นแนวโน้มที่คนจะแปลข่าวสารตามวิถีทางที่จะเป็นการสนับสนุนความเชื่อที่เขาถืออยู่เดิม

3. การเลือกเก็บรักษา (Selective retention) คนมักลืมข่าวสารส่วนมากที่เขาเรียนรู้ เขามักจะเก็บรักษาไว้เพียงแต่ข่าวสารที่สนับสนุนทัศนคติและความเชื่อของเขา

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2539: 6-7) กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ สถานการณ์ ความต้องการ และหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคล การรับรู้ที่แตกต่างกันจะมีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลแตกต่างกันออกไป

สุชา จันทน์เอม (2539: 132) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลจะรับรู้ได้มากน้อยเพียงใด นอกจากจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม ความต้องการและความสนใจแล้วยังขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม และลักษณะของสิ่งเร้า ถ้าคนเราอยู่ในสภาพแวดล้อมดีและสิ่งเร้ามีคุณสมบัติ ตลอดจนมีความหมายต่อตัวเขาด้วยแล้วย่อมทำให้การรับรู้ดียิ่งขึ้น

อรุณ รักรธรรม (2521: 21-26) กล่าวถึง เมื่อบุคคลมีการรับรู้ หรือมีความรู้สึกในสิ่งใดแล้วจะรับรู้ในสิ่งนั้นร่วมกับประสบการณ์เดิมแล้วจะเกิดพฤติกรรมในเรื่องนั้นตามการรับรู้ของตน

ทั้งหมดที่กล่าวมานี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล ซึ่งก่อให้เกิดการตอบสนองเป็นการกระทำและพฤติกรรมตามมา การรับรู้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของบุคคล เพราะถ้าบุคคลรับรู้ต้องการแสดงพฤติกรรมก็จะออกมาในรูปแบบหนึ่ง แต่ถ้าหากบุคคลรับรู้ไม่ต้องการประเมินคุณภาพบริการจะออกมาในอีกรูปแบบหนึ่ง นั่นคือ การรับรู้มีส่วนทำให้บุคคลประเมินคุณภาพบริการแตกต่างกัน

ลักษณะของการรับรู้

การรับรู้ของบุคคลเกิดขึ้นได้ 3 ลักษณะ คือ การรับรู้ด้านกายภาพ การรับรู้ด้านพฤติกรรมศาสตร์ และการรับรู้ด้านปฏิสัมพันธ์

2.2.1 การรับรู้ด้านกายภาพ เป็นการรับรู้ที่อาศัยการสัมผัสโดยตามากที่สุด เป็น การรับรู้เกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะ เช่น ชาว ดำ อ้วน ผอม หญิง ชาย เป็นต้น

2.2.2 การรับรู้ด้านพฤติกรรม เป็นการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะคุณสมบัติประจำตัวบุคคล เช่น ความเฉลียวฉลาด สนุกสนาน ร่าเริง และเป็นผู้มีความเมตตาากรุณา เป็นต้น

2.2.3 การรับรู้ด้านปฏิสัมพันธ์ เป็นการรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคล เช่น ความ เป็นญาติ ความเป็นพี่น้องกัน เพื่อน ผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า การรับรู้เป็นแนวคิดสำคัญที่งานบริการได้นำมาใช้เป็นตัววัดการบรรลุของการให้บริการ ซึ่งในการให้บริการสาธารณะนั้น Brudney and England (1985 อ้างใน เทพศักดิ์บุญยรัตพันธ์, 2536 ได้เปรียบเทียบวิธีการวัดการให้บริการ ระหว่างแนวทางแบบอัตวิสัยและแนวทางวัดถุวิสัย สรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิธีประเมินเป้าหมายของการให้บริการ

มิติ (Dimension)	อัตวิสัย (Subjective)	วัดถุวิสัย (Objective)
การมุ่งเน้นหน้าที่ของการบริการ	1. พิจารณาที่ประเมินคุณภาพบริการ 2. พิจารณาหน้าที่ทางการเมือง 2.1 พิจารณาที่การสนองตอบ (Responsiveness) ต่อความต้องการและข้อเรียกร้องของผู้รับบริการ 2.2 พิจารณาที่ความเสมอภาค (Equity) ในการกระจาย	1. พิจารณาที่ผู้ให้บริการ 2. พิจารณาหน้าที่ทางเศรษฐกิจ 2.1 พิจารณาที่ประสิทธิภาพ (Efficiency) พิจารณาจากผลิตผล (Productivity) 2.2 พิจารณาที่ประสิทธิผล (Effectiveness) เช่น พิจารณาจากผลการประเมิน

จากตารางดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าวิธีการวัดการให้บริการด้านการมุ่งเน้นหน้าที่ของการบริการจะมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ การวัดด้านอัตวิสัยจะมุ่งเน้นที่ผู้รับบริการ ในขณะที่การวัดด้านวัดถุวิสัยจะมุ่งเน้นที่ผู้ให้บริการเป็นหลัก นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในแง่ของเป้าหมายของการบริการแล้วในการวัดด้านอัตวิสัยจะมุ่งตอบคำถามที่สำคัญ 2 ประการ คือ หน่วยงานที่มีหน้าที่ให้บริการสามารถสนองตอบต่อความต้องการหรือข้อเรียกร้องของผู้รับบริการได้หรือไม่ อย่างไร และมีความเสมอภาคในการให้บริการหรือไม่ ในขณะที่การวัดด้านวัดถุวิสัยจะมุ่งเน้นตอบคำถามที่สำคัญ 2 ประการ คือ ระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่

เนื่องจากการให้บริการพยาบาลเป็นการบริการที่ต้องมีความละเอียดอ่อน และความรอบคอบ เพราะผู้รับบริการมีความหลากหลาย การให้บริการจะต้องคำนึงถึงด้านจริยธรรมควบคู่ไปกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการแบบองค์รวม ดังนั้น จุดมุ่งหมายในการให้บริการ

จึงต้องคำนึงถึงความต้องการและการตอบสนองของผู้รับบริการมากที่สุดโดยไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาล การศึกษาค้นคว้าจึงใช้วิธีวัดด้านอัตวิสัยที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นหลัก

ประเภทของการรับรู้

การรับรู้ของบุคคลหรือการรับรู้เกี่ยวกับมนุษย์ยังจำแนกออกได้เป็น

1. การรับรู้อารมณ์ (Perception of emotion) คือ การตีความหมายเกี่ยวกับอารมณ์ภายในบุคคล อารมณ์เป็นพฤติกรรมภายในบุคคล เป็นสิ่งที่ยากต่อการเข้าใจ

2. การรับรู้บุคลิกภาพ (Perception of personality) คือ การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะและความสามารถของบุคคล การที่บุคคลได้พบหรือได้รับการแนะนำให้รู้จักบุคคลใดบุคคลหนึ่งจะสังเกตเห็นลักษณะบางอย่างในตัวผู้ถูกแนะนำ เพื่อจะได้จดจำบุคคลนั้นได้ ลักษณะดังกล่าว คือ ลักษณะยิ้มง่าย คุยเก่ง วางตัวเหมาะสม เจียมขีริ่ม รูปร่างหน้าตา สีสผิว เป็นต้น มนุษย์จะพยายามจดจำบุคคลอื่น โดยการค้นหาลักษณะและคุณสมบัติบางอย่างนำมาเปรียบเทียบหรือเชื่อมโยงกับประสบการณ์ที่มีอยู่ มนุษย์จะประเมินตัดสินบุคลิกภาพของบุคคลอื่นโดยอาศัยองค์ประกอบดังนี้

2.1 ภาพพจน์และอคติ

2.2 การผสมผสานการรับรู้ระหว่างปัจจุบันกับประสบการณ์เดิม

2.3 ใช้ผลการจัดลำดับซึ่งมักเกิดจากความประทับใจครั้งแรก

3. การรับรู้ข่าวสาร (Perception of message) หมายถึง การที่บุคคลตระหนัก และ การมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยปกติคนเรารับรู้โดยรับสื่อผ่านระบบสัมผัส ซึ่งได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนังและกล้ามเนื้อ ข่าวสารที่ระบบรับสัมผัสจากสิ่งแวดล้อมจะถูกส่งต่อไปยังสมอง เพื่อให้เกิดความรู้สึก เป็นการได้เห็น การได้กลิ่น การได้รส ความรู้สึกร้อนหนาว เจ็บปวด ฯลฯ พฤติกรรมเป็นการตอบสนองขั้นแรกสุดของเราต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม สมองจะตีความสิ่งที่รู้สึกต่อไปอีกขั้นหนึ่งเป็นการรับรู้ ว่า สิ่งที่ได้เห็น ได้ยิน และรู้สึกนั้นคืออะไร

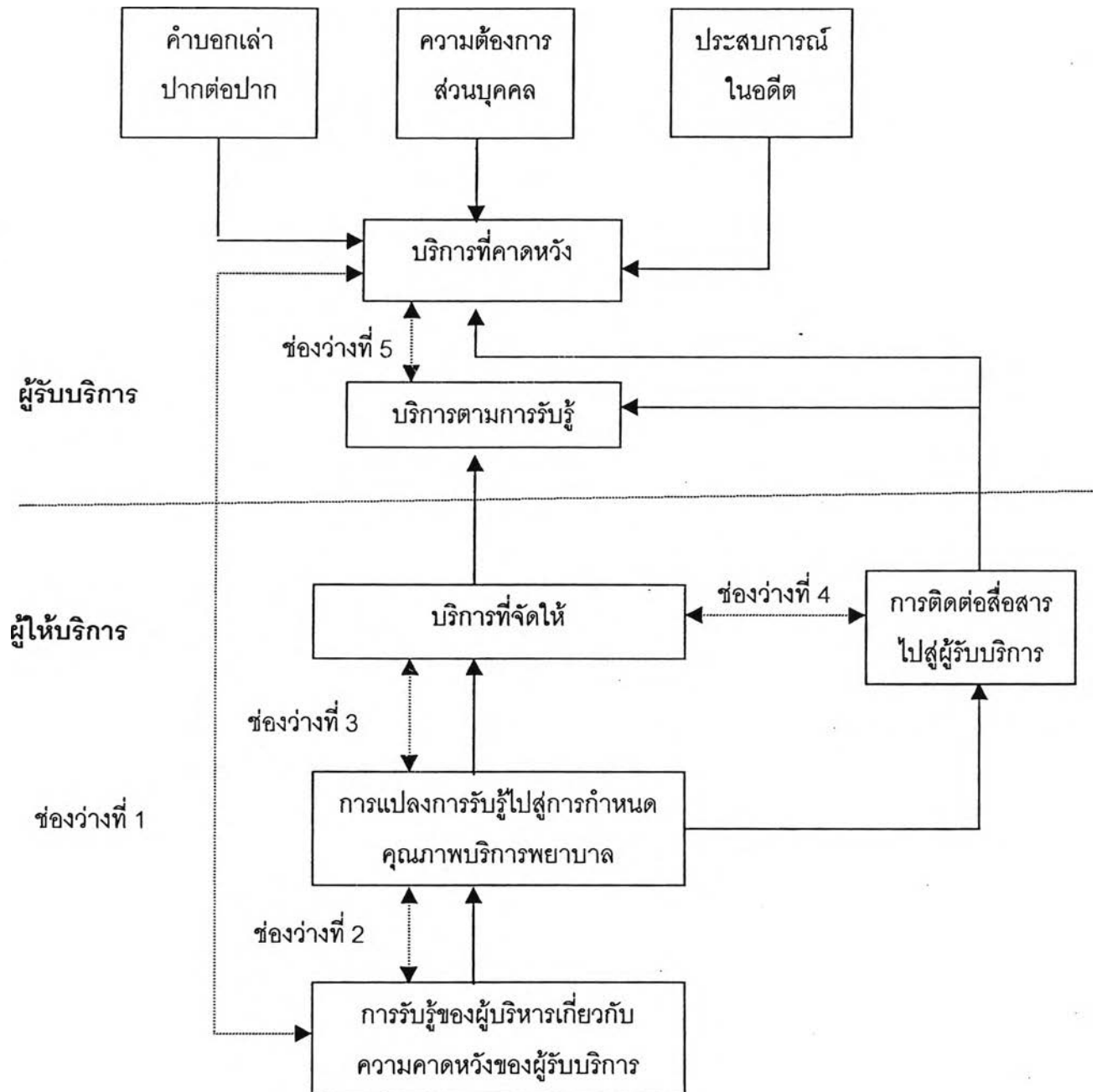
2.2 การรับรู้คุณภาพบริการพยาบาล

เมื่อผู้รับบริการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้รับบริการจะสามารถประเมินคุณภาพบริการที่ได้รับจริงตามการรับรู้ของตนเองไปเปรียบเทียบกับบริการที่ตนได้คาดหวังไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้รับบริการไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล จึงไม่รู้ว่าบริการที่ได้รับเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และผู้ให้บริการมีมุมมองในด้านคุณภาพบริการที่ไม่สอดคล้องกัน ดังเช่นที่ Omachonu

(1990: 3) ได้กล่าวว่าคุณภาพประกอบด้วย 2 ส่วน คือ คุณภาพตามความเป็นจริง (Quality in practice) เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการมุ่งหวังให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดและคุณภาพตามการรับรู้ (Quality in perception) หรือคุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Interpersonal หรือ Functional quality) (Palmer et al., 1991 อ้างถึงใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกของผู้รับบริการที่มีต่อบริการที่ได้รับโดยเปรียบเทียบระหว่างบริการที่ตนคาดหวังกับบริการที่ได้รับจริง ซึ่งตามแนวคิดทางการตลาดบริการที่มีคุณภาพคือ บริการที่สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการได้เท่ากับที่ผู้รับบริการได้คาดหวังเอาไว้ ผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจ และถ้าบริการที่ผู้รับบริการได้มากกว่าที่คาดหวังเอาไว้ก็จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจ ซึ่งผู้รับบริการที่เกิดความพึงพอใจและประทับใจในบริการเหล่านี้จะกลายเป็นลูกค้าประจำของการบริการหรือของสถานพยาบาล ในทางการตลาดเรียกว่าลูกค้าผู้ภักดี (Loyalty) และลูกค้าเหล่านี้จะเป็นผู้บอกแก่ผู้อื่นต่อไปด้วยปากต่อปาก ตรงกันข้ามถ้าผู้รับบริการรับรู้ว่าการที่ได้รับต่ำกว่าบริการที่คาดหวังไว้ ผู้รับบริการไม่พึงพอใจไม่กลับมาใช้บริการอีก และจะบอกต่อไปยังผู้อื่นด้วยปากต่อปากหรืออาจใช้สื่อภายนอก

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลของผู้รับบริการเป็นเพียงบางมิติหนึ่งของการรับรู้คุณภาพบริการ นั่นคือ การรับรู้คุณภาพตามการรับรู้หรือคุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ซึ่งจากการศึกษาของ Parasuraman, Zeithaml and Berry (1985) ได้สร้างรูปแบบคุณภาพการบริการ (Service quality model) ขึ้น (Kotler, 2000: 439) เพื่อแสดงถึงช่องว่างหรืออุปสรรค 5 ประการ ที่เกิดขึ้นในการให้บริการ และในปี 1988 Zeithaml, Berry and Parasuraman (Zeithaml, Berry and Parasuraman, 1990) ได้พัฒนาขึ้นมาเป็นรูปแบบแนวคิดคุณภาพการบริการ (Conceptual model of service quality) ขึ้น ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 รูปแบบแนวคิดคุณภาพการบริการ

ที่มา : Valarie A. Zeithaml, Leonard L. Berry and A. Parasuraman. Communication and control processes in the delivery of service quality. *Journal of Marketing* 52 (April, 1988): 36.

รูปแบบแนวคิดคุณภาพการบริการนี้ได้แสดงถึงช่องว่างที่เกิดขึ้นซึ่งทำให้การให้บริการไม่ประสบความสำเร็จ ได้นำมาอธิบายใหม่ไว้ดังนี้

1. ช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการกับการรับรู้ของผู้บริหาร

ผู้บริหารมักจะไม่มีกรรับรู้ที่ถูกต้องในสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ เช่น ผู้บริหารโรงพยาบาลอาจคิดว่าผู้ป่วยต้องการอาหารที่ดีกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยอาจให้ความสนใจต่อการบริการของพยาบาลมากกว่า

2. ช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้บริหาร และการกำหนดลักษณะของคุณภาพการบริการ

ผู้บริหารอาจจะรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง แต่ไม่ได้สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานที่เฉพาะเจาะจงไว้ เช่น ผู้บริหารโรงพยาบาลอาจสั่งให้พยาบาลให้บริการที่รวดเร็ว แต่ไม่ได้กำหนดกรอบเวลาไว้

3. ช่องว่างระหว่างการกำหนดความเฉพาะของคุณภาพการบริการกับการให้บริการ

บุคลากรอาจได้รับการฝึกมาไม่ดีพอ หรือไม่สามารถหรือไม่ตั้งใจที่จะปฏิบัติงานให้ได้มาตรฐาน หรือเกิดความรู้สึกขัดแย้งกับมาตรฐานที่มีอยู่ เช่น ต้องใช้เวลาในการรับฟังปัญหาของผู้รับบริการ แต่ต้องให้บริการที่รวดเร็วกับผู้รับบริการคนอื่นๆ ด้วย

4. ช่องว่างระหว่างการให้บริการและการประชาสัมพันธ์

ความคาดหวังของผู้รับบริการ อาจได้รับผลกระทบจากข้อมูลที่ได้รับจากตัวแทนบริษัทและการโฆษณา ถ้าผู้ป่วยได้รับแผ่นพับโฆษณาจากโรงพยาบาลแสดงถึงห้องผู้ป่วยที่สะอาดสวยงาม แต่เมื่อผู้ป่วยไปถึงกลับพบว่าห้องผู้ป่วยไม่ดูดีอย่างที่โฆษณาไว้

5. ช่องว่างระหว่างการบริการที่รับรู้กับการบริการที่คาดหวังไว้

ช่องว่างนี้เกิดเมื่อผู้รับบริการมีการรับรู้ที่ผิดต่อคุณภาพการบริการ เช่น แพทย์อาจเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ เพื่อแสดงออกถึงการให้การดูแล แต่ผู้ป่วยอาจเข้าใจผิดคิดว่าเป็นข้อบ่งชี้ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น

2.3 การวัดการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาล

การวัดการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลสามารถวัดได้โดยการแสดงความคิดเห็นต่อบริการที่ได้รับจริง (การรับรู้) ของ Cronin and Taylor (1992) ที่เรียกเครื่องมือนี้ว่า SERVPERF (Service Performance) ซึ่งได้นำแนวคิดมาจาก SERVQUAL (Service Quality) ของ Parasuraman,

Zeithaml and Berry (1988) ที่ Parasuraman, Zeithaml and Berry (1983) ได้มีการพัฒนารูปแบบของกรอบแนวคิดของคุณภาพบริการและวิธีการวัดการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ พบว่าในการรับบริการนั้นผู้รับบริการจะใช้เกณฑ์ 10 ด้าน ในการกำหนดคุณภาพบริการ ได้แก่

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)
2. ความเชื่อมั่นวางใจได้ (Reliability)
3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness)
4. สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence)
5. ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy)
6. ความน่าเชื่อถือ (Credibility)
7. ความมั่นคงปลอดภัย (Security)
8. การเข้าถึงบริการ (Access)
9. การติดต่อสื่อสาร (Communication)
10. การเข้าใจ และรู้จักผู้รับบริการ (Understanding the customer)

ต่อมาในปี ค.ศ.1988 Parasuraman, Zeithaml, and Berry (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1990) ได้ทำการวิจัยใหม่และได้มีการสรุปรวมด้านที่ 4 - 10 เป็น 2 ด้าน รวมเป็น 5 ด้าน เพราะมีความซ้ำซ้อนกันในด้านและมีรายละเอียดมากเกินไปทำให้ยากในการใช้ประเมิน เกณฑ์การวัดคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้านนี้เป็นการนำแนวคิดทางการตลาดมาเป็นแนวทางในการศึกษาคุณภาพบริการ โดยใช้เครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพบริการที่เรียกว่า "SERVQUAL" (Service Quality) และเพื่อให้ง่ายแก่การจดจำ เรียกว่า "RATER" ได้แก่ (Zeithaml et al., 1988: 35-48)

1. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการให้ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งจะต้องมีความถูกต้อง เหมาะสมและได้ผลออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของบริการ ความสม่ำเสมอนี้จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่ได้นั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้

2. ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพนุ่มนวล มีกิริยามารยาทที่ดี ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดีที่สุด

3. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ได้แก่ สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารและสัญลักษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับการดูแลห่วงใยและความตั้งใจจากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรม จะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้นได้ชัดเจนขึ้น

4. ด้านการรู้จักและเข้าใจในผู้รับบริการ (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน

5. ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน

Zeithaml et al. (1988) ได้ทำการหาความเที่ยงของเครื่องมือ SERVQUAL ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.92 และวัดความตรงตามเนื้อหาจากการศึกษาเชิงคุณภาพ แบบสอบถามที่ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้าน รวมข้อคำถามแต่ละส่วนเท่ากับ 22 ข้อ โดยส่วนที่ 1 ประเมินความคาดหวังต่อบริการที่เป็นเลิศ และส่วนที่ 3 เป็นการแสดงความคิดเห็นต่อบริการที่ได้รับจริง (การรับรู้) คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนให้ค่า (Rating Scale) 7 ระดับ ส่วนที่ 2 สำหรับให้ผู้รับบริการให้คะแนนความสำคัญแก่คุณภาพบริการแต่ละด้าน ในส่วนนี้ยังแบ่งออกเป็นส่วยย่อยๆ 2 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นการให้คะแนนน้ำหนักความสำคัญแก่คุณภาพบริการที่อธิบายลักษณะตามความหมายของแต่ละด้านไว้ โดยรวมคะแนนทุกด้านแล้วจะต้องได้เท่ากับ 100 คะแนน ส่วนที่สองเป็นการจัดอันดับแก่สองตำแหน่งแรกที่ให้คะแนนความสำคัญสูงสุด และอันดับสุดท้ายที่ให้ความสำคัญต่ำสุด

คำนวณค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการ โดยการจับคู่ระหว่างคะแนนความคาดหวังกับการรับรู้ในส่วนที่ 1 และส่วนที่ 3 การคำนวณคุณภาพบริการมี 2 แบบ คือ แบบไม่คติน้ำหนักคะแนนความสำคัญและแบบคติน้ำหนักคะแนนความสำคัญ

แบบไม่คติน้ำหนักคะแนนความสำคัญนั้นเป็นการคำนวณจากค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละข้อและแต่ละด้านของการรับรู้ที่ได้รับเป็นตัวตั้งลบด้วยค่าเฉลี่ยของความคาดหวัง จะได้ผลต่างเป็นคะแนนแล้วนำมาแปลผลเป็นคุณภาพบริการตามการรับรู้

ส่วนแบบคติน้ำหนักคะแนนความสำคัญ จะคำนวณจากการนำน้ำหนักคะแนนความสำคัญแต่ละด้านในส่วนที่ 2 มาคูณกับค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการแบบไม่คติน้ำหนักคะแนนความสำคัญ แล้วนำมาแปลผลเป็นคุณภาพบริการตามการรับรู้

การแปลผลคะแนนคุณภาพบริการตามการรับรู้ ทั้งแบบคติน้ำหนักคะแนนความสำคัญ และแบบไม่คติน้ำหนักคะแนนความสำคัญ มี 3 ระดับ คือ

1. คะแนนเป็นบวก แสดงว่า ผู้รับบริการประทับใจต่อคุณภาพบริการ
2. คะแนนเป็นศูนย์ แสดงว่า ผู้รับบริการพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ
3. คะแนนเป็นลบ แสดงว่า ผู้รับบริการไม่พึงพอใจต่อคุณภาพบริการ และทำให้เห็นว่าจุดใดของบริการที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง

Babakus and Mangold (1991) ได้ศึกษาวิจัยคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการโดยใช้เครื่องมือ SERVQUAL ของ Parasuraman และคณะ (1985) ที่กำหนดคุณภาพบริการ 10 ด้าน มีทั้งหมด 97 ข้อ ต่อมา Babakus and Mangold (1992) ได้นำเครื่องมือ SERVQUAL ที่ Parasurman และคณะ (1988) ที่ได้ปรับการกำหนดคุณภาพบริการเหลือ 5 ด้าน มี 22 ข้อ ไปใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 443 คน เพื่อศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่าการมี 2 ปัจจัย (การรับรู้และความคาดหวัง) ไม่สามารถเข้ามารวมกันได้ และแนะนำให้ลดเหลือปัจจัยเดียว (การรับรู้) ก็เพียงพอในการวัดคุณภาพบริการ จากข้อคำถามเดิม 22 ข้อ เหลือข้อคำถาม 15 ข้อ ซึ่งจะช่วยให้เห็นปฏิกริยาการตอบสนองได้ทันที เครื่องมือนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .96 ซึ่งเครื่องมือ SERVQUAL ที่นำมาใช้ศึกษามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .92

Cronin and Taylor (1992) ได้นำเครื่องมือ SERVQUAL ที่เป็นการปฏิบัติ จำนวน 22 ข้อ มาศึกษาคุณภาพบริการตามการรับรู้ เพื่อหาทางเลือกมาตรการวัดของ SERVQUAL และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และการกลับมาใช้บริการของลูกค้า (purchase intension) ในสถานที่ 4 แห่ง ได้แก่ ธนาคาร กองควบคุมโรคติดต่อ (Pest control) ร้านซักแห้ง ร้านอาหาร (Fast food) โดยใช้เครื่องมือที่วัดเฉพาะบริการที่ได้รับ (การรับรู้) เรียกชื่อเครื่องมือนี้ว่า SERVPERF (Service performance) และวัดคุณภาพบริการในภาพรวมเพียงมิติเดียวของคุณภาพการบริการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ คือ ลักษณะทางกายภาพที่

ปรากฏให้เห็น สิ่งอำนวยความสะดวก ความสามารถของผู้ให้บริการ ความเต็มใจให้บริการ กิริยามารยาทของผู้ให้บริการ การให้บริการที่ถูกต้องตามความต้องการ ความสม่ำเสมอ และการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ เครื่องมือที่สร้างใหม่นี้มีทั้งแบบคิดน้ำหนักคะแนนความสำคัญ และแบบไม่คิดน้ำหนักคะแนนความสำคัญ ด้วยการตรวจ 3 ขั้นตอน ขั้นตอนแรก เป็นการตรวจสอบมิติของ SERVQUAL ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบของ LISREL VII และวิธีการ OBLIMIN factor analysis ใน SPSS-X พบว่า โครงสร้างของแต่ละองค์ประกอบเหมือนกับที่ Parasuraman, Zeithaml and Berry (1988) ตรวจพบ ขั้นตอนที่สอง เป็นการเปรียบเทียบทางเลือกการวัดคุณภาพบริการด้วยการใช้เครื่องมือ SERVQUAL และ SERVPERF ทั้งแบบคิดน้ำหนักคะแนนความสำคัญ และแบบไม่คิดน้ำหนักคะแนนความสำคัญ พบว่าค่าความเที่ยงของเครื่องมือ SERVPERF ทุกแห่งสูงกว่า SERVQUAL ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการวัดคุณภาพบริการที่ดีมีเพียงมิติเดียว (Unidimensional construct) ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และการกลับมาใช้บริการของลูกค้า (purchase intension) พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการและคุณภาพบริการมีความสัมพันธ์กัน นอกจากนั้นผลของความพึงพอใจ และคุณภาพบริการ ทำให้ผู้รับบริการกลับมาใช้บริการอีก และได้สรุปรวบรวมความสับสนต่างๆในวรรณกรรมของ Parasuraman, Zeithaml and Berry (1985,1988) ถึงกรอบแนวคิด และการคำนวณหาคุณภาพบริการ ซึ่ง Parasuraman, Zeithaml and Berry (1985,1988) ได้ให้กรอบแนวคิดครั้งแรกเรื่องคุณภาพบริการว่าคล้ายคลึงกับทัศนคติ และการคำนวณหาคุณภาพบริการนั้นเป็นการวัดแบบที่ยังไม่มีการรับรอง (Measures of disconfirmation) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่ยังไม่มีการรับรอง (Disconfirmation format) มักใช้ในการคำนวณหาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหรือลูกค้า (Cronin and Taylor, 1992,1994; Oliver, 1993; Westbrook and Oliver, 1991)

Babakus and Boller (1992) ได้นำเครื่องมือ SERVQUAL ไปวัดคุณภาพบริการอุตสาหกรรม พบว่าการวัดคุณภาพบริการเพียงมิติเดียว (Unidimensional) วัดได้แน่นอนกว่าการวัดคุณภาพบริการหลายมิติ (Multidimensional) ซึ่งเป็นการสนับสนุนแนวคิดของ Cronin and Taylor (1992) ที่ว่าการวัดคุณภาพบริการที่ดีมีเพียงมิติเดียว (Unidimensional construct) และได้สรุปว่าความคาดหวังเป็นเพียงส่วนน้อยในการอธิบายการประเมินคุณภาพบริการ

Brown, Churchill, and Peter (1993) ได้ประเมินมาตรการวัดของ SERVQUAL ทางจิตวิทยา พบว่า การวัดคุณภาพบริการเพียงมิติเดียว (Unidimensional) วัดได้แน่นอนกว่าการวัดคุณภาพ

บริการหลายมิติ (Multidimensional) และการใช้ความแตกต่างของคะแนนเพื่อคำนวณหาคุณภาพบริการเป็นการคาดคะเนการปฏิบัติ รวมทั้งการวัดคุณภาพบริการที่ดี คือ การวัดบริการตามการรับรู้ (Service-firm performance)

Cronin and Taylor (1994) ได้แนะนำว่าทัศนคติเกี่ยวกับคุณภาพบริการจะคำนวณหาได้โดยการวัดบริการตามการรับรู้หรือบริการที่ให้ (Service performance หรือ SERVPERF) และแสดงให้เห็นว่าคุณภาพบริการเป็นทัศนคติระยะยาว ในขณะที่ความพึงพอใจเป็นการแสดงชั่วคราว และการบริการนั้นจะทราบได้เฉพาะการรับรู้ (perception) เท่านั้น ดังนั้นมาตรกรวัดของ SERVQUAL เป็นไปได้มากที่จะใช้ในการวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หรือลูกค้ามากกว่าคุณภาพบริการ หลังจากนั้นได้มีการนำเครื่องมือ SERVPERF ไปทดลองใช้ดังนี้

Alexander et al. (1994) ได้ศึกษาคุณภาพบริการในระบบสุขภาพ โดยนำเครื่องมือ SERVPERF และ SERVQUAL แบบคิต้น้ำหนักคะแนนความสำคัญและแบบไม่คิต้น้ำหนักคะแนนความสำคัญมาใช้กับผู้ป่วยในคลินิกทันตกรรมพบว่าคุณภาพบริการที่ได้จากการศึกษาด้วยเครื่องมือ SERVPERF ทั้งแบบคิต้น้ำหนักคะแนนความสำคัญและแบบไม่คิต้น้ำหนักคะแนนความสำคัญ

Angur et al. (1999) ได้ศึกษาคุณภาพบริการของธนาคาร โดยการนำเครื่องมือ SERVQUAL และ SERVPERF มาใช้พบว่าความตรงทางด้านเนื้อหาเหมือนกัน แต่ SERVPERF มีค่า Discriminant validity สูงกว่า SERVQUAL

Liusar and Zornoza (2000) ได้ศึกษารูปแบบการวัดการรับรู้คุณภาพที่มีความเที่ยง และความตรง โดยใช้ SERVPERF และวิธีการ EP (Evaluation Performance) ไปวัดในลูกค้าของบริษัทเซรามิค พบว่า SERVPERF มีความเที่ยงและความตรงอย่างมาก รวมทั้งอธิบายตัวแปรได้อย่างสมบูรณ์

จากการศึกษาแนวทางการวัดคุณภาพที่ผ่านมา ผู้วิจัยเห็นว่าเครื่องมือวัดคุณภาพบริการของ Cronin and Taylor (1992) ที่เรียกว่า SERVPERF เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพบริการที่ได้รับการพัฒนา และมีการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน มีความเที่ยงตรงสูง นอกจากนี้การวัดการรับรู้คุณภาพบริการควรวัดเฉพาะบริการตามการรับรู้หรือบริการที่ให้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดของ Cronin and Taylor (1992) มาเป็นเครื่องมือในการวัดการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ประกันตนโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร

ในการศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้รับบริการประเมินในแนวคิดอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการและความพึงพอใจในบริการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพบริการมีดังนี้

Millet (1954: 397-400) กล่าวถึงเป้าหมายสำคัญของการบริการ คือ การสร้างความพึงพอใจในการให้บริการแก่ประชาชน โดยมีหลักการหรือแนวทางคือ

1. การให้บริการอย่างเสมอภาค (Equatable service) หมายถึง ความยุติธรรมในการให้บริหารงานภาครัฐที่มีฐานคติที่ว่าทุกคนเท่าเทียมกัน ดังนั้นประชาชนทุกคนจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันในแง่ของกฎหมาย ไม่มีการแบ่งแยกกีดกันในบริการ ประชาชนจะได้รับการปฏิบัติในฐานะเป็นปัจเจกบุคคลที่ใช้มาตรฐานการให้บริการเดียวกัน สอดคล้องกับ Adams (1965 cited in Gibson et al., 2000: 164-165) กล่าวว่าบุคคลจะมีการรับรู้ว่าตนเองได้รับความเสมอภาคหรือความเท่าเทียมกันได้ด้วยตนเอง ซึ่งเกิดจากการเปรียบเทียบอัตราส่วนระหว่างปัจจัยการนำเข้าต่อผลลัพธ์ (Input-outcomes ratio) โดยเปรียบเทียบงานของบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่งด้วยเกณฑ์ข้อสรุปที่ว่าบุคคลจะต้องมีการตอบสนองที่ยุติธรรม และเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์ต่อปัจจัยนำเข้า ถ้ามีความรู้สึกที่ไม่เสมอภาคจะต้องแก้ปัญหา เช่นเดียวกันเมื่อผู้รับบริการมาใช้บริการก็จะเกิดการเปรียบเทียบอัตราส่วนระหว่างปัจจัยการนำเข้าต่อผลลัพธ์ โดยเปรียบเทียบการปฏิบัติที่ตนเองได้รับมีลักษณะไม่แตกต่างจากบุคคลอื่นๆอย่างเห็นได้ชัด หรือมีความยุติธรรมในบริการ จึงจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ว่าการนั้นมีคุณภาพและเกิดความพึงพอใจในบริการ (Andreassen, 2000;Zeithaml and Bitner, 2000)

2. การให้บริการที่ตรงเวลา (Timely service) หมายถึง ในการบริการจะต้องมองว่าการให้บริการสาธารณะจะต้องตรงเวลา ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐจะถือว่าไม่มีประสิทธิผลเลย ถ้าไม่มีการตรงต่อเวลา ซึ่งจะสร้างความไม่พึงพอใจให้แก่ประชาชน

3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample service) หมายถึง การให้บริการสาธารณะต้องมีลักษณะจำนวนการให้บริการและสถานที่ให้บริการอย่างเหมาะสม (The right quantity at the right geographical location)

ซึ่ง Millet (1954) เห็นว่าความเสมอภาค หรือการตรงต่อเวลาจะไม่มี ความหมายเลย ถ้ามีจำนวนการให้บริการที่ไม่เพียงพอ และสถานที่ตั้งที่ให้บริการสร้างความไม่ยุติธรรมให้เกิดขึ้นแก่ผู้ใช้บริการ

4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous service) หมายถึง การให้บริการ สาธารณะที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ โดยยึดประโยชน์ของสาธารณะเป็นหลัก ไม่ใช่ยึดความพอใจของ หน่วยงานที่ให้บริการว่าจะให้หรือหยุดบริการเมื่อใดก็ได้

5. การให้บริการที่ดีขึ้น (Progressive service) หมายถึง การให้บริการสาธารณะที่มี การปรับปรุงคุณภาพและผลการปฏิบัติงาน กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการเพิ่มประสิทธิภาพ หรือความ สามารถที่จะทำหน้าที่ได้มากขึ้น โดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิม ซึ่งก็คือ การออกแบบบริการ (Designing services หรือ Product / Service Design)

การออกแบบบริการ (Designing services) วีรวุฒ มาฆะศิริภานนท์ (2541: 107) กล่าวว่า เป็นกิจกรรมที่มุ่งให้ความสำคัญแก่ลูกค้ามากที่สุดที่องค์การพึงปฏิบัติ การได้รับข้อมูล คำแนะนำ ความต้องการ และความพึงพอใจของลูกค้าที่มีต่อสินค้าหรือบริการจะเป็นเหมือนจุดเริ่ม ต้นให้เกิดการปรับปรุง และพัฒนาสินค้าหรือบริการต่อไปอย่างดี เพราะคุณภาพอย่างสมบูรณ์ในการ ออกแบบเป็นหลักใหญ่ที่สำคัญที่ทำให้เกิดคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือบริการ และผู้รับบริการเกิดการ รับรู้คุณภาพบริการก็จะกลับมาใช้บริการอีก เนื่องจากบริการแตกต่างจากสินค้าที่ผู้ซื้อสามารถ ประเมินก่อนซื้อได้และอาจแสวงหาคุณสมบัติของสินค้าก่อนซื้อได้ ซึ่ง Kotler (2000: 436-444) กล่าวว่า การออกแบบบริการนั้นผู้ให้บริการจะต้องกระทำ 3 อย่าง เพื่อให้ผู้รับบริการรู้ว่าบริการนั้น มีคุณภาพ คือ

1. การจัดการทำให้เกิดความแตกต่าง (Managing differentiation) ผู้ให้บริการจะต้องทำให้ ผลิตภัณฑ์หรือบริการแตกต่างจากคู่แข่งชั้น เป็นการลำบากที่จะสร้างให้เห็นข้อแตกต่างของบริการ อย่างเด่นชัดในความรู้สึกของผู้รับบริการ การพัฒนาคุณภาพ การให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่งชั้น สามารถทำได้ในลักษณะต่างๆดังนี้ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การเสนอบริการที่แตกต่าง (Offer) ประกอบด้วยสิ่งประดิษฐ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากคู่แข่งชั้น ผู้บริโภคคาดหวัง คือ การให้บริการพื้นฐานเป็นชุด (Primary service package) เช่น บริการ ดูแลรักษาพยาบาล ความสะอาด ความสุขสบายในการเข้ารับบริการ ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นต้น นอกจากนั้นผู้บริโภคมักยังหวังจะได้การให้บริการเสริม (Secondary service features) เช่น บริการโทรศัพท์ เคเบิ้ลทีวี การนัดหมายเวลารับบริการ มีหนังสือให้อ่าน เป็นต้น หรือน่านวัตกรรม มาใช้ เช่น คอมพิวเตอร์ถาม-ตอบปัญหาสุขภาพ บริการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงด้วยคอมพิวเตอร์ บัตรสมาชิก บัตรเครดิต เป็นต้น แต่มีข้อเสียคือ บริการดังกล่าวเลียนแบบได้ง่าย และมักใช้ได้ใน

ระยะสั้นๆ ซึ่งจะต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้นวัตกรรมใหม่ๆมาใช้ในการแข่งขันด้านบริการ และเพื่อให้ได้ชื่อเสียงว่าเป็นผู้นำในการใช้นวัตกรรม

1.2 การส่งมอบบริการ (Delivery) มีการติดต่อผู้บริโภคได้มากกว่าคู่แข่ง พัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้จูงใจผู้ซื้อบริการได้ง่าย สามารถออกแบบกระบวนการจัดส่งให้ดีกว่าคู่แข่งขั้นได้ ซึ่งทำได้ 3 ทาง คือ ให้บริการผ่านคน (People) ผ่านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) และผ่านกระบวนการ (Process) (3P ของตลาดบริการ)

1.3 การสร้างภาพลักษณ์ (Image) บริษัทให้บริการสามารถทำให้ภาพพจน์แตกต่างกันได้โดยการใช้ตราสัญลักษณ์และสัญลักษณ์ บางบริษัทสามารถทำการตลาดโดยจัดทำโครงการการตลาดมาตรฐานทั่วโลก

2. การจัดการกับคุณภาพของบริการ (Managing service quality) เป็นวิธีการที่สำคัญในการสร้างความแตกต่าง โดยการให้บริการที่มีคุณภาพสูงกว่าคู่แข่งอย่างสม่ำเสมอ ที่สำคัญ คือ การจัดบริการให้เป็นไปตามความคาดหวังหรือเหนือความคาดหวังของผู้รับบริการ ความคาดหวังของผู้รับบริการเกิดจากประสบการณ์ในอดีต จากปากต่อปากและจากการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ของบริษัท ซึ่งผู้รับบริการจะตัดสินใจเลือกบริการจากปัจจัยต่างๆเหล่านี้และหลังจากการรับบริการก็จะทำการเปรียบเทียบบริการที่เขาได้รับรู้ (Perceived service) กับบริการที่คาดหวัง (Expected service) ถ้าบริการที่ได้รับรู้เท่ากับหรือสูงกว่าที่ผู้รับบริการคาดหวังผู้รับบริการก็จะกลับมาอีก แต่ถ้าบริการที่รับรู้หรือต่ำกว่าที่คาดหวังก็จะแสวงหาบริการที่อื่นต่อไป

3. การจัดการด้านการผลผลิต (Managing productivity) การให้บริการธุรกิจบริการสามารถทำได้ 7 วิธีการ (Kotler, 2000: 444) คือ

1. การให้พนักงานทำงานมากขึ้น หรือมีความชำนาญสูงขึ้นโดยจ่ายค่าจ้างเท่าเดิม
2. เพิ่มปริมาณการให้บริการโดยยอมสูญเสียคุณภาพบางส่วนลง เช่น แพทย์ตรวจผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นโดยลดเวลาที่ใช้สำหรับแต่ละรายลง

3. เปลี่ยนบริการให้เป็นแบบอุตสาหกรรมโดยเพิ่มเครื่องมือเข้ามาช่วยและสร้างมาตรฐานการให้บริการ

4. การให้บริการที่ไปลดการใช้บริการหรือสินค้าอื่นๆ

5. การออกแบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

6. การให้สิ่งจูงใจแก่ผู้รับบริการให้ใช้แรงงานของตนเองแทนแรงงานของผู้ให้บริการ

7. ใช้พลังของเทคโนโลยี ทำให้พนักงานให้บริการในการผลิตผลผลิตได้มากขึ้น

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการออกแบบบริการถึงแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ไม่สามารถจับต้องได้ แต่สามารถนำหลักการเดียวกันไปใช้เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการรับรู้คุณภาพบริการได้ (Shostack, 1984)

Abdellah และ Levion (1957) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการเกี่ยวกับเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวก (Facilities) โครงสร้างขององค์การที่มีประสิทธิผล (Effectiveness of organizational structure) คุณสมบัติของบริการพยาบาลตามหลักวิชาชีพ (Professional qualifications) และความสามารถในการดูแลรักษาพยาบาล (Competency in provision of Care)

Hulka et al. (1969) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนในเรื่องความสะดวกและค่าใช้จ่าย ซึ่งต่อมา Aday and Anderson (1971, 1975) ได้ศึกษาเพิ่มเติมต่อจาก Hulka et al. (1969) โดยขยายเกณฑ์ที่ใช้วัดความพึงพอใจของผู้รับบริการออกเป็น 6 ประการ ได้แก่

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience) แบ่งออกเป็น
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)
 - 1.2 การได้รับการดูแลรักษาเมื่อมีความต้องการ (Availability of care when need)
 - 1.3 ความสะดวกที่ได้รับในสถานบริการ (Ease of getting to care)
2. ความพึงพอใจต่อการประสานบริการ (Coordination) แบ่งออกเป็น
 - 2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่งคือผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย (Getting all need at one place)
 - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of doctor for overall health)
 - 2.3 แพทย์มีการติดตามผลการรักษา (Follow-up care)
3. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medical information)
 - 4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)
 - 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about treatment) เช่น การปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยและการใช้ยา เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

ต่อมา Oberst (1985) และ Erickson (1987) นักวิชาการทางการพยาบาลได้ศึกษาเกี่ยวกับการวัดคุณภาพการพยาบาล โดยการประเมินความพึงพอใจตามความคาดหวังของผู้ป่วยและการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้บริการ ผลการวิจัยพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Ware, Davis-Avery and Steward (1970) วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ใช้เกณฑ์วัด 8 ประการ คือ

1. ศิลปะการดูแลรักษาพยาบาล (Art of care)
2. เทคนิคและวิธีการให้การดูแลรักษาพยาบาล (Technical quality of care)
3. การให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ (Accessibility) การอำนวยความสะดวกสบาย (Convenience)
4. การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน (Finances)
5. การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ ให้เหมาะสม (Physical environment)
6. การจัดหาบริการมาได้ตามความต้องการของผู้รับบริการ (Availability)
7. ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care)
8. ความสามารถในการให้การดูแลรักษาพยาบาล (Efficacy/Outcomes of care)

Risser (1975) ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดคุณภาพบริการพยาบาล โดยประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริการที่ได้รับตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้ป่วยในบริการพยาบาลที่ได้รับจริงในประเด็นต่างๆ ดังนี้คือ

1. ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกเทคนิค วิธีการ และทักษะทางวิชาชีพ (Technical professional factor)
2. ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพโดยให้ความรู้ในลักษณะของการให้ข้อมูล ตอบคำถาม อธิบาย หรือสาธิตวิธีการปฏิบัติกรดูแลอย่างถูกเทคนิค (The educational relationship)
3. ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

Lynch and Schuler (1990) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห้องค้ประกอบคุณภาพบริการพยาบาลที่เป็นจุดสำคัญทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกมาใช้บริการ ผลการวิเคราะห์ห้องค้ประกอบ (Factor analysis) พบว่ามีปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ สถานที่รอคอยการรับบริการ (Waiting areas) ห้องพักของผู้ป่วย (Patient rooms) อาหารที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน (Food) สถานที่ตั้งของอาคาร อำนวยความสะดวกได้ดี (Convenient location) ทศนคติของพยาบาลผู้ให้บริการ (Staff attitude) และผู้ให้บริการมีคุณสมบัติในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Attributed in this category therefore should focus specifically)

จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพบริการโดยการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการของนักวิจัยพยาบาลในต่างประเทศดังกล่าวพบว่า เป็นการศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์การรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

นอกจากจะให้แนวคิดการรับรู้ ความคาดหวัง และความพึงพอใจมาเป็นแนวทางในการวัดการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลแล้วยังสามารถใช้วิธีการอื่นๆวัดการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลได้ดังนี้คือ

Donabedian (1966 cited in O' Conner & Bowers, 1990) ได้จัดมิติของคุณภาพอันนำไปสู่การประเมินคุณภาพไว้ 3 ประการ คือ

1. คุณภาพด้านโครงสร้าง (Structure) หมายถึง คุณลักษณะของผู้ให้บริการ สถานที่ เครื่องมือ บริการ และบุคลากรที่มีพร้อมไว้ รวมถึงคุณสมบัติและขีดความสามารถของบุคลากร
2. คุณภาพด้านกระบวนการ (Process) หมายถึง กิจกรรมที่เกิดขึ้นในการให้บริการระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ
3. คุณภาพด้านผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง ผลของการดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งรวมความเปลี่ยนแปลงสุขภาพของผู้ป่วย ความปลอดภัยหรือหายจากโรค ความพิการที่เกิดขึ้น ผลกระทบทางจิตใจ และความพึงพอใจของผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวที่มีต่อบริการ การกลับมารักษายังสถานพยาบาลแห่งนั้น และแนะนำให้ผู้อื่นมารักษาด้วย

O' Connor and Bowers (1990) และ Stiles and Mick (1994) ขยายความจาก Donabedian (1966) โดยมององค์ประกอบของคุณภาพของการรักษาพยาบาลในอีกมิติหนึ่งร่วมด้วย โดยแยกคุณภาพเป็นอีก 3 ด้าน



1. ด้านเทคนิค (Technical) หมายถึง ส่วนของการให้การรักษายาบาลตามหลักวิชา หรือส่วนที่เป็น "ศาสตร์" ของการแพทย์
2. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) อาจมีผู้สันทัดกรณีบางคนอาจ เรียกว่า คุณภาพด้านหน้าที่ (Functional quality) หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินโรคและการหายจากโรค จัดเป็นส่วนศิลป์ของการแพทย์
3. สิ่งอำนวยความสะดวก (Amenities) เป็นปัจจัยในระดับองค์กรเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ในการให้บริการที่จะมีผลต่อการให้บริการ เช่น ความสะอาด และความสะอาดสบายของสถานที่ Gronroos (1988 อ้างใน O' Connor and Bowers, 1990) ได้มององค์ประกอบของ คุณภาพการรักษายาบาลในอีกมิติหนึ่งร่วมด้วย โดยแยกมิติคุณภาพบริการทางการแพทย์ เป็น 3 ด้าน ดังนี้
 1. ด้านเทคนิค (Technical) หมายถึง ส่วนของการให้การรักษายาบาลตามหลักวิชา
 2. ด้านหน้าที่ (Functional) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ สื่อต่างๆ กิริยาท่าทาง และวิธีการบริหารที่จะให้แก่ผู้รับบริการ
 3. ด้านภาพลักษณ์ (Image) หมายถึง สิ่งที่เกิดจากปัจจัยด้านเทคนิค และด้าน หน้าที่ซึ่งเกิดจากการรับรู้ของผู้รับบริการในขณะนั้น

นอกจากนี้การประเมินคุณภาพของการให้บริการ ก็สามารถพิจารณาได้จาก 2 ส่วน คือ ความสามารถให้บริการได้ (Deliverables) เป็นการระบุว่าสามารถให้คุณลักษณะหรือส่งบริการใดบ้าง และปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ได้แก่ ลักษณะต่างๆของเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์ เครื่องมือที่มีผลก่อให้เกิดการรับรู้ต่อกระบวนการบริการของผู้ใช้บริการ ปฏิสัมพันธ์ไม่จำกัดแต่การติดต่อแบบเผชิญหน้า (Face to face Contact) อาจให้บริการโดยผ่านช่องทางอื่น เช่น การติดต่อด้วยการเขียน การ โทรศัพท์ หรือใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆก็ได้

Tenner and Detoro (1992: 66) ได้เสนอแนวทางจำแนกดัชนีคุณภาพตามคุณค่า พื้นฐาน 3 ประการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจำแนกดัชนีบ่งชี้คุณภาพบริการตามคุณค่าพื้นฐาน 3 ประการ

	ความสามารถให้บริการได้	ปฏิสัมพันธ์
เร็วกว่า (Faster)	ความพร้อมให้บริการ ความสะดวกสบาย	การจับต้องได้ การตอบสนองได้
ดีกว่า (Better)	การใช้ปฏิบัติการได้ ลักษณะที่ปรากฏ ความเชื่อถือได้ ความได้มาตรฐาน ลักษณะที่ใช้สอย คุณค่าทางสุนทรีย์ คุณภาพตามการรับรู้	ความเชื่อถือได้ ความมั่นคง ความสามารถ ความน่าเชื่อถือ ความเอื้ออาทร การสื่อสาร ความมีอัธยาศัย
ถูกกว่า (Cheaper)	ราคา	

จากความหลากหลายและความเป็นมาของการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลสามารถประเมินได้จากการรับรู้ของผู้รับบริการ และมีข้อมูลสนับสนุนแล้วว่าการประเมินคุณภาพบริการที่ผู้รับบริการได้รับสามารถประเมินได้ในภาพรวมของการบริการ ผู้วิจัยจึงสนใจนำรายละเอียดภาพรวมของการบริการนี้มาสร้างแบบประเมินสำหรับการวิจัยครั้งนี้

3. แนวความคิดเกี่ยวกับบรรยากาศการให้บริการในองค์กร

ปัจจุบันเป็นยุคของการแข่งขันซึ่งแต่ละองค์กรพยายามหาวิธีต่างๆมาทำให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจ และรับรู้ในคุณภาพบริการ เพื่อจะได้กลับมาใช้บริการอีก และสามารถไปบอกต่อให้ผู้อื่นรับรู้ด้วย สิ่งนั้น คือ บรรยากาศการให้บริการในองค์กร

3.1 ความสำคัญของบรรยากาศองค์กรในการให้บริการ

บรรยากาศองค์กรในการให้บริการเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผู้ให้และผู้รับบริการเนื่องจากในการให้บริการจะมีการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการซึ่งเรียกว่าแบบเผชิญหน้ากัน หรืออาจเป็นการให้บริการแบบไม่เห็นหน้าก็ได้ ผู้รับบริการจะเป็นเสมือนทรัพยากรมนุษย์ขององค์กร

เช่นเดียวกับผู้ให้บริการที่จะทำให้บริการนั้นๆปราศจากข้อบกพร่อง (Seamlessness) และบริการนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถตอบสนองความต้องการ มีความสามารถในตัวเองในการประเมิน อัจฉริยะ ไม้ตรีและสิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการให้บริการ (Schneider and Bowen, 1995: 8) ซึ่ง Katz and Kahn (1978: 403-404) กล่าวว่าองค์การที่ให้บริการแสดงให้เห็นว่าบรรยากาศขององค์การเป็นสิ่งสำคัญขององค์การนั้นต้องมีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงและสร้างสิ่งใหม่ๆขึ้นอยู่ตลอดเวลา ไม่มีองค์การใดที่สามารถวางแผนระยะยาวได้ทั้งหมด รวมทั้งสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องหรือสามารถควบคุมความเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ได้ องค์การใดที่ขึ้นอยู่กับแผนงานที่กำหนดพฤติกรรมไว้ทั้งหมดจะเป็นองค์การที่อ่อนแอ ดังนั้นในการให้บริการสุขภาพบุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องมีสิ่งยึดเหนี่ยวผู้รับบริการหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หรือจากสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวมารวมกันเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ถ้าปราศจากวัฒนธรรมการบริการซึ่งเป็นแกนกลางหรือสิ่งที่ยึดถือร่วมกันในองค์การจะทำให้ขาดทิศทางในการให้บริการตามที่องค์การต้องการ

ความหมายของบรรยากาศองค์การ

แนวคิดเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การเกิดขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ.1930 และเป็นที่ยึดมั่นอย่างกว้างขวางตั้งแต่ปี ค.ศ.1960 โดยในระยะเริ่มแรกของการนำแนวคิดบรรยากาศองค์การมาใช้นั้นจะมีการใช้คำที่แตกต่างกันไป โดยใช้คำตามหน่วยงานและคุณลักษณะที่นักวิชาการทางการบริหารได้เข้าไปทำการศึกษابรรยากาศ เช่น บรรยากาศของสังคม (Lewin, Lippitt, and White's, 1939) บรรยากาศของภาวะผู้นำ (Flieshman, 1953) บรรยากาศในธนาคาร (Argyris, 1958) และบรรยากาศในโรงเรียน (Halpin and Croft, 1963) ต่อมามีการใช้คำอื่นๆ ที่ให้ไว้ในช่วงเวลาเดียวกันคือ “บรรยากาศทางจิตวิทยา” “วัฒนธรรมของบริษัท” “บุคลิกภาพขององค์การ” และพัฒนาเป็นคำว่า “บรรยากาศองค์การ” ใช้กันอย่างกว้างขวางในระยะต่อมา โดยยังไม่มี การให้ความหมายอย่างเป็นทางการ (formal definition) นอกจากการเสนอว่า “ตัวกำหนดบรรยากาศที่สำคัญคือ คุณลักษณะการนำ ทศนคติ และความคาดหวังของบุคคลอื่นๆ ในความเป็นจริงของสังคมและวัฒนธรรม” จนกระทั่ง Litwin และ Stringer (1968) ได้นิยามคำว่า “บรรยากาศองค์การ” เป็นครั้งแรก โดยได้ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการรวบรวมผลการประชุมปรึกษาในหัวข้อ “บรรยากาศ” ซึ่งพบว่า บรรยากาศองค์การ หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกในองค์การเกี่ยวกับโครงสร้างขององค์การ รางวัล ความอบอุ่น และการสนับสนุน โดยเรียกว่า “มิติบรรยากาศ” (Gibson & others, 1973: 313-314) ปัจจุบันคำว่า

“บรรยากาศองค์การ” ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Organization climate ได้นิยามนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย

จากนั้นจึงได้มีนักวิชาการทางการบริหารอีกหลายท่านได้ให้คำจำกัดความของ “บรรยากาศองค์การ” ไว้ต่างๆ กัน ได้แก่

Forehand and Gilmer (1964 cited in Dubrin, 1984: 405) ให้ความหมายว่า “บรรยากาศองค์การ” เป็นกลุ่มของลักษณะที่อธิบายถึงองค์การ และบอกถึงความแตกต่างขององค์การหนึ่งจากองค์การหนึ่ง ซึ่งลักษณะนั้นจะต้องคงอยู่ในช่วงเวลาหนึ่ง และสิ่งนั้นจะต้องมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกภายในองค์การนั้น หรือถ้าจะกล่าวอย่างสั้นๆ ก็คือ การรับรู้ของสมาชิกขององค์การในด้านการบริหารงานของผู้บริหาร หรือ “ความยุติธรรม” ที่ผู้บริหารให้แก่การทำงานของผู้ร่วมงาน เป็นต้น

Tagiuri and Litwin (1968: 27) กล่าวว่า บรรยากาศขององค์การคือ สภาพแวดล้อมภายในองค์การ ซึ่งบุคลากรในองค์การนั้นเรียนรู้ มีประสบการณ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนในองค์การนั้น นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้ในรูปของกลุ่มลักษณะต่างๆ ขององค์การ

Pritchard and Karasick (1973 cited in Schneider, 1990: 11) ให้ความหมายของบรรยากาศองค์การว่าเป็นความสัมพันธ์ของการคงอยู่ในคุณภาพของสิ่งแวดล้อมในองค์การที่แตกต่างไปจากองค์การอื่นๆ ทั้งนี้บรรยากาศองค์การเป็นผลมาจากพฤติกรรมและนโยบายของสมาชิกขององค์การซึ่งรับรู้โดยสมาชิกขององค์การและเป็นพื้นฐานเพื่อแสดงสถานการณ์และการกระทำ รวมทั้งเป็นแรงกดดันของการซึ่งนำกิจกรรมต่างๆ ด้วย

Steer (1977: 101) และ Davis (1981: 104) ให้ความหมายของบรรยากาศไม่แตกต่างกัน เพราะหมายถึงความเข้าใจหรือการรับรู้ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีต่อองค์การที่เขาทำงานอยู่ และความรู้สึกของเขาที่มีต่อองค์การจะอยู่ในรูปมิติต่างๆ เช่น ความเป็นตัวของตัวเอง การเปิดโอกาส โครงสร้างองค์การ การให้ผลตอบแทน ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น และการให้การสนับสนุน

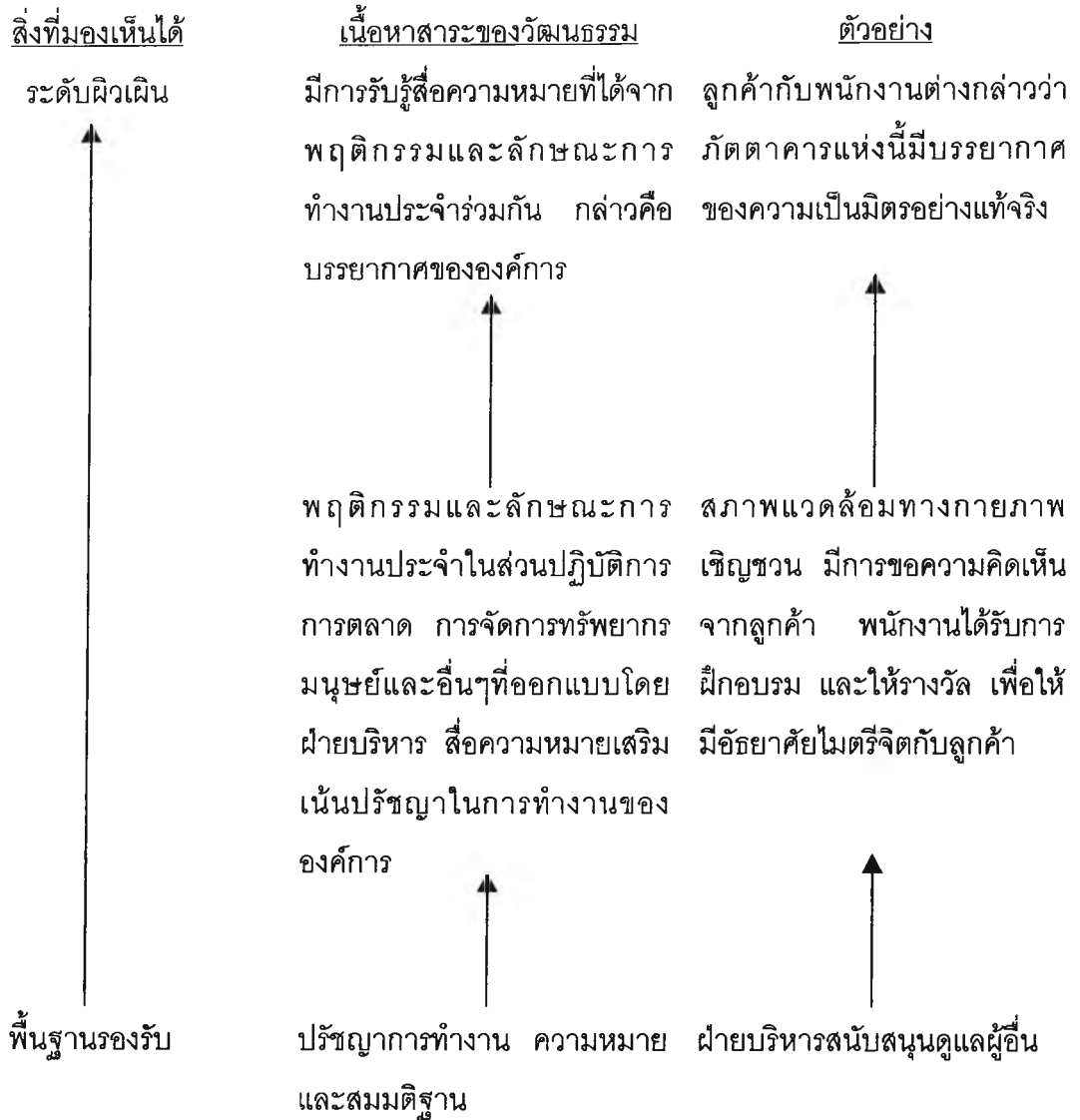
Shafritz and others (1988: 332) กล่าวว่า บรรยากาศองค์การเป็นรูปแบบของพื้นฐานความเชื่อและทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมรอบๆ องค์การ ประกอบด้วยช่วงเวลาที่ยาวนานครอบคลุมอยู่ในองค์การ เป็นการเปลี่ยนแปลงใหม่ทางสังคม วิธีการนำไปใช้โดยผ่านสายงานประจำ ได้แก่ แบบแผน เรื่องราวต่างๆ การสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะมีผลย้อนกลับถึงกลุ่ม และระบบองค์การ มีผลต่อการให้รางวัลและการควบคุม

Cherrington (1994: 469-470) กล่าวเสริมว่า บรรยากาศองค์การ เป็นคุณลักษณะหรือความเชื่อที่แบ่งแยกองค์การหนึ่งจากอีกองค์การหนึ่ง คล้ายกับคำว่า “บุคลิกภาพ” (personality) “บรรยากาศองค์การ” จึงอาจหมายถึงบุคลิกภาพขององค์การซึ่งเป็นคุณลักษณะที่คงที่ของแต่ละบุคคล และเป็นคุณสมบัติทั้งหมดขององค์การที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม บุคลากรจะมีความพอใจในบรรยากาศบางองค์การมากกว่า และปฏิบัติงานได้ดีกว่าในองค์การอื่น

Schneider and Bowen (1995: 238) ให้ความหมายวัฒนธรรมองค์การในแง่ธุรกิจว่าเป็นรูปของสิ่งที่จับต้องได้ที่มีอยู่เท่านั้น เช่น ขนาด จำนวนพนักงาน ผลตอบแทน การลงทุน ผลตอบแทนส่วนผู้ถือหุ้น ราคาหุ้นและอื่นๆ แต่ในทางให้บริการ หมายถึง การมีจิตสำนึกอย่างหนึ่งต่อสิ่งที่จับต้องไม่ได้ ที่ชักนำผู้คนให้มีนิสัยทัศนคติต่อองค์การและเป้าหมายขององค์การร่วมกันอย่างหนึ่ง โดยเป็นจิตสำนึกที่จะเป็นหลักประกันความราบรื่นของกระบวนการทำงาน ซึ่งมีความเป็นเลิศของงานบริการ เป็นจิตสำนึกที่เชื่อมโยงผูกพันงานในหน้าที่ต่างๆขององค์การให้มาอยู่ในวัตถุประสงค์ร่วมที่ทุกคนต่างยอมรับ

จากความหมายต่างๆดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า “บรรยากาศองค์การ” เป็นความเข้าใจหรือการรับรู้ของสมาชิกในองค์การที่มีต่อสภาพแวดล้อมของการทำงาน ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ซึ่งจะเป็นแรงกดดันสำคัญที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลและทุกสิ่งทุกอย่างในองค์การ และมีลักษณะเฉพาะตัว หรือเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละองค์การ

บรรยากาศองค์การมีแนวคิดที่คล้ายคลึงกับวัฒนธรรมองค์การดังที่ Schneider & Bowen, 1995 : 239 กล่าวไว้ดังนี้ (ดังแผนภาพที่ 2)



แผนภาพที่ 2 วัฒนธรรมองค์การ

บรรยากาศขององค์การ คือ เนื้อหาสาระเกี่ยวกับอะไรคือสิ่งที่มีความสำคัญในองค์การแห่งนั้น ที่พนักงานรับรู้ พนักงานจะรับการสื่อสารดังกล่าวได้จากประสบการณ์ที่พวกเขามีในขณะทำงาน และประสบการณ์เหล่านี้ได้จากประสบการณ์ที่พวกเขามีในขณะทำงาน และประสบการณ์เหล่านี้ได้จากฝ่ายจัดการทรัพยากรมนุษย์ การจัดการปฏิบัติการและการตลาด ตลอดจนกระบวนการขั้นตอนการทำงาน รวมไปถึงการรับรู้ที่มีต่อรูปแบบการให้รางวัล เพื่อบริหารจัดการพฤติกรรมต่างๆ ตามความคาดหวังและการสนับสนุนภายในองค์การ

บรรยากาศเป็นเสมือนชั้นบนสุดฉาบผิวหน้าขององค์การ ห่อหุ้มวัฒนธรรมที่เป็นพื้นฐานภายใต้ไว้ ซึ่งวัฒนธรรมที่เป็นพื้นฐานจะประกอบไปด้วยชุดของค่านิยม และความเชื่อที่พนักงานมีส่วนร่วมซึ่งค่านิยมกับความเชื่อเหล่านี้จะไปก่อรูปประสบการณ์ของพนักงาน

ดังนั้นลักษณะวิธีการที่องค์การปฏิบัติต่อพนักงานจะสะท้อนออกมาในลักษณะวิธีที่พนักงานปฏิบัติกับลูกค้า จึงสรุปได้ว่าวัฒนธรรมที่พนักงานมีประสบการณ์นั้นจะเป็นวัฒนธรรมที่ลูกค้ามีประสบการณ์ด้วย

Schneider and Bown (1995: 240) กล่าวว่า วัฒนธรรมในความหมายที่รวมเอาบรรยากาศเข้าไว้ด้วยมีความหมายดังนี้

1. การรับรู้หรือแนวทางความคิดโดยสรุปที่มีต่อสิ่งซึ่งมีความสำคัญในองค์การ
2. มีค่านิยม ความเชื่อ และข้อสมมติฐานเกี่ยวกับเพราะเหตุใดสิ่งต่างๆเหล่านี้จึงมีความสำคัญร่วมกัน

3.2 แนวคิดทฤษฎีบรรยากาศการให้บริการในองค์การ

จากแนวคิดของบรรยากาศองค์การซึ่งเริ่มตั้งแต่ Kurt Lewin, 1930 (อ้างถึงใน Gibson et al., 1973: 314) เมื่อเขาพยายามที่จะเชื่อมโยงพฤติกรรมของบุคคลกับสภาพแวดล้อมเข้าด้วยกันและเสนอรูปแบบของความสัมพันธ์ไว้ว่า

$$B = f(P, E)$$

B = Behavior คือ พฤติกรรมของบุคคลในหน่วยงานหรือองค์การ

f = function คือ องค์ประกอบสองส่วน ได้แก่ บุคลิกลักษณะของบุคคล

(P = Personality) และสภาพแวดล้อมในหน่วยงานหรือองค์การ (E = Environment)

Cornell (1955: 222) ได้บรรยายถึงลักษณะของบรรยากาศองค์การ โดยศึกษาในโรงเรียนว่าเป็นผลรวมของการรับรู้ของบุคคลในองค์การเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังได้กำหนดตัวแปรของบรรยากาศองค์การไว้ 5 ประการ คือ ขวัญของครู ความรับผิดชอบในการตัดสินใจของครู การมอบอำนาจในการตัดสินใจ การประเมินผลการใช้อำนาจในการตัดสินใจของครูและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครูกับผู้บริหาร

Argyris (1958) ใช้คำ “บรรยากาศขององค์กร” ในการอภิปรายผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของบทบาทผู้มีส่วนร่วม ในองค์กรประเภทธนาคารพบว่า พฤติกรรมของบุคคลในองค์กรถูกเผชิญกับปัญหาด้านการออกคำสั่ง ความคิดที่สับสนในเวลาเดียวกัน ลำดับชั้นที่มากการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยสรุปเป็นตัวแปร 3 ด้าน คือ

1. ด้านองค์กรรูปนัย ประกอบด้วยตัวแปรด้านนโยบาย ระเบียบ ข้อบังคับ และการพรรณนางาน
2. ด้านบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรด้านความต้องการ ความสามารถ ค่านิยม การรู้จักตนเอง
3. ด้านองค์กรรูปนัย ประกอบด้วยตัวแปรที่เกี่ยวกับมิตรสัมพันธ์ในกลุ่ม

Stern and Steinhoff (1963 cited in Owen, 1991: 189-190) ได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดบรรยากาศขององค์กรจากแนวคิดของ Lewin โดยอาศัยทฤษฎี “ความต้องการและความกดดัน” (Need-Press Theory) เครื่องมือดังกล่าวมีชื่อเรียกว่า Organizational Climate Index (OCI) ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ชุด ชุดแรกเป็นแบบสอบถามวัดความต้องการของบุคลากร มีชื่อเรียกว่า Activities Index (AI) ส่วนชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามวัดสภาพความกดดันต่างๆมีชื่อเรียกว่า College Characteristics Index (CCI) ซึ่งใช้ศึกษาครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1965 กับโรงเรียนของรัฐใน New York

ต่อมาในปีเดียวกัน Halpin and Croft (1963 cited in Hoy and Miskel, 1991: 222) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดบรรยากาศขององค์กรที่มีชื่อเสียงมากที่สุดซึ่งเรียกว่า Organizational Climate Description Questionnaire (OCDQ) ประกอบด้วย 8 แบบทดสอบย่อย (Subtests) และคะแนนจากแบบทดสอบย่อยทั้ง 8 นี้ จะเป็นเครื่องกำหนดบรรยากาศขององค์กรของโรงเรียน (Silver, 1983: 181-186)

จะเห็นได้ว่าจากแนวคิดของบรรยากาศขององค์กรนั่นเอง ทำให้นักการตลาดมองว่าในธุรกิจบริการน่าจะมีบรรยากาศการให้บริการในองค์กร จึงได้มีผู้สนใจศึกษา ค้นคว้ามากมาย ดังนี้

Schneider (1986) ได้ให้คำจำกัดความของบรรยากาศการให้บริการในองค์การว่าเป็นกลุ่มของ นโยบายการให้บริการ (Policies) แนวทางการปฏิบัติ (Procedures) การปฏิบัติ (Practices) การตอบแทน (Rewards) การสนับสนุน (Supports) และความคาดหวังขององค์การที่จะทำให้ผู้รับบริการได้รับประสบการณ์เพิ่มขึ้น

บรรยากาศเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมซึ่งรวมทั้งบรรทัดฐาน (Norms) และค่านิยม (Values) ขององค์การ ดังที่ Schneider (1985) กล่าวว่าบรรยากาศเป็นสิ่งที่เฉพาะเจาะจงมากกว่าวัฒนธรรมและเป็นความจริงของบรรทัดฐาน ค่านิยมขององค์การ ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นได้โดยผ่านนโยบายการให้บริการ แนวทางการปฏิบัติและการปฏิบัติ นอกจากนั้นบรรยากาศยังเป็นสิ่งที่กว้างและเป็นจุดรวมเฉพาะที่จำเป็นเมื่อมีการตรวจสอบบรรยากาศองค์การ ดังนั้นบรรยากาศการให้บริการในองค์การจึงมีความเกี่ยวข้องกับการขยายออกไปของนโยบายการให้บริการ แนวทางการปฏิบัติ การตอบแทน การสนับสนุนซึ่งเหมือนกับระบบการส่งมอบบริการและความคาดหวังขององค์การที่จะเพิ่มประสบการณ์ให้แก่ผู้รับบริการ

Schneider (1980) กล่าวถึงบรรยากาศการให้บริการในองค์การในความหมายของผู้ให้บริการว่าเป็นการจัดการสนับสนุนการให้บริการแก่ผู้รับบริการและแสดงถึงความกระตือรือร้นในการให้บริการนั้น ในความหมายของผู้รับบริการจะแสดงถึงนโยบายการให้บริการ แนวทางการปฏิบัติและการปฏิบัติ ผู้รับบริการจะมีการรายงานคุณภาพบริการในระดับสูงมาก ซึ่งต่อมา Schneider (1986) ได้ยืนยันว่าผู้รับบริการจะกลับมาใช้บริการอีกเมื่อทำให้เกิดความมั่นใจและจะเป็นลูกค้าที่จงรักภักดี

Kelly (1987) ได้ขยายความหมายบรรยากาศการให้บริการในองค์การของ Schneider (1986) ออกไปอีกจากผู้ให้บริการไปจนถึงผู้รับบริการ และได้สร้างทฤษฎีบรรยากาศการให้บริการในองค์การซึ่งสามารถมองเห็นได้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ นอกจากนั้นเมื่อผู้รับบริการมีการกล่าวถึงบรรยากาศการให้บริการในองค์การ แสดงว่าผู้รับบริการอาจจะรับรู้คุณภาพบริการในระดับสูงมาก

Gronroos (1990) กล่าวว่า การให้บริการและพฤติกรรมของผู้รับบริการไม่สามารถจัดมาตรฐานหรือรวบรวมได้ก่อน ซึ่งการให้บริการแบบเผชิญหน้าเป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำนายได้ บรรยากาศการให้บริการในองค์การเป็นสิ่งที่สำคัญซึ่งประกอบด้วยนโยบายการให้บริการ แนวทางการปฏิบัติ และการปฏิบัติที่จะแสดงถึงการบริการที่ดีและจุดรวมความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งในมุมมองของ Gronroos ถ้าบรรยากาศการให้บริการในองค์การเข้มแข็งจะช่วยให้ผู้ให้บริการติด

สนใจในการปรับปรุงคิดสิ่งใหม่ๆ มีความกระตือรือร้นและจะต้องทำให้ผู้รับบริการมองเห็นคุณภาพบริการเพิ่มขึ้น

Schneider, Gunnarson, and Niles – Jolly (1994) ได้ให้ความหมายบรรยากาศการให้บริการในองค์การตามแนวคิดของผู้บริหารระดับสูงขององค์การว่าเป็นนโยบาย แนวทางการปฏิบัติ และการปฏิบัติ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสร้างบรรยากาศ การปฏิบัติที่จะทำให้ผู้ให้บริการให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสมนั้นจะต้องมีแหล่งทรัพยากรที่เหมาะสม เช่น เครื่องมือ เครื่องใช้ บุคลากร อย่างเพียงพอ วัสดุและอุปกรณ์อย่างเพียงพอ เมื่อสิ่งเหล่านี้ปรากฏให้เห็นหรือขาดหายไปผู้รับบริการจะมีความรู้สึกและสามารถเข้าถึงบรรยากาศการให้บริการในองค์การได้ ในมุมมองของนักทฤษฎีเมื่อองค์การมีนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่สื่อสารการให้บริการที่เปรียบเหมือนจุดสำคัญสูงสุดก็จะทำให้เกิดคุณภาพบริการเป็นผลตามมา (Schneider, Gunnarson, and Niles – Jolly, 1994: 23)

สรุปจากแนวคิดทฤษฎีบรรยากาศการให้บริการในองค์การพบว่าบรรยากาศการให้บริการในองค์การซึ่งประกอบด้วย นโยบาย แนวทางการปฏิบัติและการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งการรับรู้บรรยากาศการให้บริการในองค์การของผู้รับบริการจะเป็นจุดสำคัญของความต้องการของผู้รับบริการและทำให้ระดับการรับรู้คุณภาพบริการสูงขึ้น

4. การประกันสังคมและพระราชบัญญัติประกันสังคม

4.1 ความหมายของการประกันสังคม

การประกันสังคม คือการทำให้สังคมมีความมั่นคง และทำให้ประชาชนมีความสุขโดยได้รับความช่วยเหลือในยามที่เดือดร้อน เพื่อจะได้ไม่กลายเป็นภาระต่อสังคมตามหลักการที่จะก่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม (วิชัย โสสุวรรณ, 2533)

การประกันสังคม คือโครงการที่รัฐบาลได้จัดขึ้น มีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างความมั่นคงและหลักประกันให้แก่ประชาชน โดยมีการเก็บเงินส่วนหนึ่งจากประชาชนที่มีรายได้นำมาสมทบรวมกันเป็นกองทุนกลาง เพื่อนำไปช่วยเหลือประชาชนในกรณีที่ประสบเคราะห์กรรม เช่น อุบัติเหตุ เจ็บป่วย และทุพพลภาพ ในกรณีตกงาน และชราภาพ การประกันสังคมในขั้นต้นจะใช้บังคับแก่คนทำงานที่รับค่าจ้าง โดยคนงานและนายจ้างเป็นผู้ส่งมอบเงินสมทบและรัฐบาลจะออกเงินสมทบอีกส่วนหนึ่ง (บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ, 2535)

การประกันสังคม คือ วิธีการให้ประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจแก่บุคคลผู้มีอาชีพบางประเภทและครอบครัวในยามที่มีเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นซึ่งทำให้บุคคลเหล่านั้น ไม่สามารถที่จะช่วยตัวเองได้ เช่น ยามว่างงาน เจ็บป่วย พิกการ ทูพพลภาพ ชราภาพ เป็นเหตุให้ขาดรายได้ โดยผู้ได้รับประโยชน์จากโครงการนี้จะต้องเสียสละรายได้ของตนบางส่วนในระหว่างทำงานเก็บไว้ในเงินสมทบทุนส่วนกลางทำนองเดียวกับเงินสะสมเมื่อมีเหตุการณ์ดังกล่าวก็จะได้รับเงินประกันสังคมเป็นรายเดือน รายงวด แล้วแต่กรณีโดยไม่ต้องมีการสอบสวนว่ามีความจำเป็นหรือไม่ เพราะถือว่าเป็นสิทธิของผู้ประกัน (คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2528)

สรุปการประกันสังคม คือโครงการที่รัฐได้จัดขึ้น เพื่อคุ้มครองประชาชนให้มีความมั่นคงในชีวิต โดยให้ผู้มีรายได้ประจำเก็บออมเงินไว้ยังกองทุนกลาง แล้วเบิกใช้ในการที่ประสบเคราะห์กรรมต่างๆ การประกันสังคมจึงเป็นระบบร่วมกันรับผิดชอบต่อสังคมด้วยการออมและเสียสละเพื่อส่วนรวม หรือการประกันสังคมเป็นส่วนหนึ่งในการวางรากฐานของความมั่นคงทางสังคม

พื้นฐานความคิดของการประกันสังคมตั้งอยู่บนทฤษฎีการกระจายความสูญเสียและการลดปัจจัยเสี่ยง (Theory of distribution of losses and elimination of risks) อันนำไปสู่กฎของการเฉลี่ยความเสี่ยงภัย (Law of average) ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความสุขและความทุกข์ในหมู่ประชาชนด้วยกันเองโดยรัฐเป็นผู้ออกแรงเสริม (Enforce)

หลักการสำคัญของการประกันสังคม คือ การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตนเองและร่วมรับผิดชอบด้วยการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนกลางหรือกองทุนประกันสังคม เพื่อให้สมาชิกสามารถเบิกเงินจากกองทุนไปใช้จ่ายในกรณีที่ต้องขาดรายได้อันเนื่องมาจากเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด เช่น เจ็บป่วย ทูพพลภาพ เสียชีวิต เป็นต้น

ขอบเขตของความคุ้มครองในโครงการประกันสังคมส่วนใหญ่แล้วมักจะเริ่มจากระบบบังคับ (compulsory system) โดยรัฐบาลจะออกกฎหมายเริ่มบังคับใช้กับภาคอุตสาหกรรมหรือประเภทกิจการขนาดใหญ่ก่อนแล้วจึงเริ่มขยายการบังคับใช้ไปสู่อุตสาหกรรมและอื่นๆ หรือกิจกรรมที่มีขนาดเล็กในรูปแบบของการประกันตนโดยสมัครใจ (voluntary system) ส่วนการจ่ายเงินสมทบเป็นหน้าที่ของนายจ้างและลูกจ้าง โดยรัฐบาลจะเป็นเพียงผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารและให้เงินอุดหนุนในเบื้องต้น แต่สำหรับการประกันการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายที่เกิดจากการทำงานนั้น โดยปกติหน้าที่การจ่ายเงินสมทบจะเป็นของนายจ้างแต่เพียงผู้เดียว

สำหรับการเรียกเก็บเงินสมทบ โดยทั่วไปแล้วมักจะพิจารณาจากรายได้และกำหนดเป็นร้อยละของเงินค่าจ้างรายเดือน การจ่ายประโยชน์ทดแทนก็จะอยู่ในรูปของการให้บริการต่างๆ เช่น บริการทางการแพทย์ตามแต่ประเภทของการประกัน และเงินทดแทนการขาดรายได้ในระหว่างที่ไม่สามารถทำงานได้ ซึ่งจะจ่ายตามความจำเป็นเพื่อให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้ แต่ทั้งนี้สิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนจะขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดไว้เป็นสำคัญ เช่น ระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบ อายุ สถานภาพ เป็นต้น

4.2 การประกันสังคมในประเทศไทย

การประกันสังคมในประเทศไทยได้มีการก่อตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 ในสมัยจอมพล ป. พิบูลย์สงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี โดยมีนโยบายให้ประชาชนมีหลักประกันที่มั่นคงทางสังคม และได้ตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ออกใช้บังคับเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2497 แต่ก็ได้มีเสียงคัดค้านจากประชาชนและสื่อมวลชนต่างๆ จนทำให้ต้องระงับการบังคับใช้กฎหมายโดยไม่มีกำหนด หลังจากนั้นรัฐบาลในสมัยต่อมาได้มีการทบทวนร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมอยู่เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เช่นในปี พ.ศ. 2507 2510 และ 2515 ซึ่งในปี พ.ศ. 2515 ได้นำระบบกองทุนทดแทนมาใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป เพื่อคุ้มครองการเจ็บป่วย หรือประสบอันตรายด้วยโรคที่เกิดจากการทำงาน พร้อมทั้งจัดตั้งสำนักงานกองทุนเงินทดแทนขึ้นในปี 2517 ตามประกาศคณะปฏิวัติ 106 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515

ต่อมาในปีพ.ศ. 2530 ในสมัยของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรีได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมต่อสภาผู้แทนราษฎร แต่ก็ได้มีการยุบสภาเสียก่อนจนกระทั่งปีพ.ศ. 2532 ในสมัยของพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรีได้มีการนำเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎรใหม่และแต่งตั้งคณะกรรมการวิสามัญขึ้นเพื่อพิจารณา โดยที่สภาผู้แทนราษฎรได้มีมติรองรับเป็นเอกฉันท์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2533 และประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2533 หลังจากพระราชบัญญัติประกันสังคมมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2533 โดยมีสำนักงานประกันสังคม สังกัดกระทรวงมหาดไทยมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบสำนักงานประกันสังคม มีเวลาในการเตรียมการดำเนินงานเพียง 180 วัน หลังจากประกาศในราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 1 กันยายน 2533 อันมีผลให้ผู้ประกันตนมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2534

4.3 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และฉบับแก้ไขใหม่ พ.ศ. 2537 มีสาระสำคัญ โดยสรุปดังนี้คือ

1. ระยะเวลาการครอบคลุมผู้ประกันตน

การใช้บังคับนายจ้างและลูกจ้างในทุกกิจการ ยกเว้นข้าราชการและลูกจ้างประจำ ส่วนราชการ โดยในปีแรกครอบคลุมถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป เมื่อถึงพ.ศ. 2536 จึงขยายไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป พ.ศ. 2537 ได้ขยายไปสู่การประกันตนโดยสมัครใจ และตั้งแต่ 1 มีนาคม 2545 ให้บังคับใช้กับนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป

ทั้งนี้กฎหมายยังยกเว้นไม่ใช้บังคับแก่

1. ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน และลูกจ้างชั่วคราวรายชั่วโมงของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และราชการส่วนท้องถิ่น ยกเว้นลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน
2. ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ
3. ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศ และไปประจำทำงานในประเทศ
4. ครูหรือครูใหญ่ของโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน
5. นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิตหรือนักศึกษา หรือแพทย์ฝึกหัด ซึ่งเป็นลูกจ้างของโรงเรียน มหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาล
6. กิจการหรือลูกจ้างอื่นตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา
7. ลูกจ้างของสหภาพอากาศไทย
8. ลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจตามพระราชบัญญัติพนักงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ พ.ศ. 2534
9. ลูกจ้างของกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีได้ใช้ลูกจ้างตลอดปี และไม่ม้งานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย
10. ลูกจ้างของนายจ้างที่จ้างไว้เพื่อทำงานอันมีลักษณะเป็นครั้งคราว เป็นการจรหรือเป็นไปตามฤดูกาล
11. ลูกจ้างของสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

2. การบริหารงาน

มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้นในกระทรวงมหาดไทยรับผิดชอบในการดำเนินงานพร้อมทั้งบริหารงานในรูปของคณะกรรมการในการกำหนดนโยบายและแนวทางต่างๆ ดังนี้คือ

คณะกรรมการประกันสังคม ซึ่งเป็นองค์กรไตรภาคีประกอบด้วยฝ่ายรัฐบาล ฝ่ายนายจ้างและลูกจ้าง ฝ่ายละ 5 คน และผู้ทรงคุณวุฒิไม่เกิน 5 คน เป็นที่ปรึกษาเพื่อทำหน้าที่วางนโยบายและมาตรการในการประกันสังคม

คณะกรรมการแพทย์ ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในการรับบริการทางการแพทย์

คณะกรรมการอุทธรณ์ ทำหน้าที่วินิจฉัยอุทธรณ์เรื่องของผู้ประกันตนไม่พอใจในคำสั่งของเลขาธิการสำนักงานประกันสังคมที่สั่งการตามพระราชบัญญัติประกันสังคม

3. การจัดตั้งกองทุนประกันสังคม

มีเงินกองทุนประกันสังคมเพื่อเป็นทุนค่าใช้จ่ายให้ผู้ประกันตนและค่าบริหารสำนักงานประกันสังคม โดยกองทุนนี้มีเงินสมทบจาก 3 ฝ่าย คือ รัฐบาล นายจ้างและผู้ประกันตนฝ่ายละเท่าๆกัน ซึ่งในปัจจุบันจัดเก็บในอัตรา 1.5% ของค่าจ้าง โดยคำนวณจากค่าจ้างต่ำสุดเดือนละ 1,650 บาท และสูงสุดไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท รวมเป็น 4.5% ของค่าจ้าง ซึ่งในเงินจำนวนนี้ 2.45% จะถูกนำมาใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตน และ 2.05% เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับประโยชน์ทดแทน

ในปัจจุบันระบบประกันสังคมที่นิยมถือเป็นหลักสากลในทางปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 8 ประเภท คือ

1. การประกันการเจ็บป่วย (Sickness insurance) เป็นการให้ความคุ้มครองโดยการจ่ายชดเชยค่าจ้างในรูปแบบเงินสด (Cash compensation for wages) และการจัดบริการทางการแพทย์ (Medical Care Services) เพื่อรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ หรือต้องหยุดพักงานเป็นเหตุให้ต้องสูญเสียงานประจำไป

2. การประกันการคลอดบุตร (Maternity insurance) เป็นการจัดบริการทางการแพทย์เพื่อให้ลูกจ้างที่เป็นหญิงได้รับการดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด และการบริบาลทารก รวมทั้งการจ่ายเงินชดเชยในระหว่างหยุดงานก่อนและหลังครบกำหนดคลอดด้วย

3. การประกันอุบัติเหตุและโรคอันเกิดจากการทำงาน (Employment injury insurance) ผู้ประกันตนจะได้รับการบริการทางการแพทย์เป็นพิเศษ โดยได้รับเงินชดเชยค่าจ้างสูงกว่าอัตราการเจ็บป่วยธรรมดา และได้รับเงินทดแทนความพิการทุพพลภาพตามอัตราสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน

4. การประกันการพิการหรือทุพพลภาพ (Invalidity insurance) หมายถึง ความพิการหรือทุพพลภาพอย่างถาวร และสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานตั้งแต่ 2 ใน 3 ของสมรรถภาพในการทำงานตามปกติ โดยผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินเลี้ยงชีพหรือบำนาญพิการทุพพลภาพ การได้รับการบริการทางการแพทย์และเงินชดเชยค่าจ้างในระหว่างหยุดงาน เพื่อการรักษาพยาบาล และการให้ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ เช่น การให้กายอุปกรณ์เทียม การจัดหางานให้ทำ เป็นต้น

5. การประกันชราภาพ (Old-age insurance) เป็นการให้ผู้ประกันตนหญิงที่มีอายุครบ 60 ปี และผู้ประกันตนชายอายุ 65 ปีขึ้นไปได้รับเงินบำนาญชราภาพ และมีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์เช่นเดียวกับผู้ประกันตนทั่วไป เมื่อถึงแก่กรรมทายาทมีสิทธิได้รับเงินค่าจัดการศพและเงินทดแทนการตาย

6. การประกันมรณกรรม (Death insurance) เป็นการให้ค่าจัดการศพ (Funeral grant) แก่ทายาทของผู้ประกันตน รวมทั้งการให้ทายาทมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการตาย

7. การประกันว่างงาน (Unemployment insurance) เป็นการชดเชยค่าจ้างแก่ผู้ว่างงานในระหว่าง 3-6 เดือน และจัดฝึกอาชีพฝีมือ (Skill labour) ให้พร้อมที่จะประกอบอาชีพ และจัดหางานให้ทำตามความเหมาะสม แต่การว่างงานนั้นมีเงื่อนไขอยู่ว่าจะต้องเกิดขึ้นจากกรณีที่นายจ้างยุบเลิกตำแหน่งงาน เลิกกิจการ หรือกลั่นแกล้งให้ออกจากงานโดยผู้ประกันตนไม่มีความผิด ส่วนการว่างงานในลักษณะอื่นไม่อยู่ในข่ายของการประกันสังคมประเภทนี้

8. การประกันการสงเคราะห์ครอบครัว (Family allowance insurance) เป็นการลดภาระในครอบครัวให้ดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข เช่น การให้การช่วยเหลือทางการเงินแก่ครอบครัวที่มีรายได้น้อย และการสงเคราะห์บุตรในครอบครัวที่มีบุตรมาก เป็นต้น

สำหรับการดำเนินงานของประเทศไทยได้ให้ประโยชน์ทดแทนตามประเภทของการประกันแล้วขณะนี้คือ 4 ประเภทแรก และการประกันมรณกรรม ส่วนการประกันชราภาพและการสงเคราะห์ครอบครัว (บุตร) กำหนดให้ดำเนินการภายใน 6 ปี (พ.ศ. 2541) และการประกันการว่างงานจะกำหนดเมื่อพร้อมต่อไป

4.4 มาตรฐานสถานพยาบาลของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคม

สถานพยาบาลที่จะมาเป็นคู่สัญญากับสำนักประกันสังคมนี้เรียกว่า “สถานพยาบาลประกันสังคม” ต้องจัดให้มีบริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โดยมีบุคลากรจากทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ มีหน้าที่เป็นผู้รับประกันหลัก (Main contractor) แต่ขณะเดียวกันอาจจะมีเครือข่ายซึ่งอาจจะมีคลินิกแพทย์หรือโรงพยาบาลที่กระจายอย่างกว้างขวาง และใกล้ชิดกับผู้ประกันตนทำหน้าที่ผู้รับประกันรอง (Sub-contractor) และอยู่ภายใต้การดูแลของผู้รับประกันหลัก ผู้รับประกันรองอาจทำหน้าที่ในการดูแลในการให้บริการขั้นต้น (Primary medical care) หากไม่สามารถให้การรักษาต่อไปได้ก็อาจจะส่งต่อไปให้ผู้รับประกันรองที่มีความรู้ ความสามารถพิเศษ (Subcontractor for tertiary medial care) (กระทรวงสาธารณสุข, 2534: ภาคผนวก ง. 2-3) สถานพยาบาลประกันสังคม หรือคู่สัญญาหลัก (Main contractor) ต้องมีมาตรฐานตามที่คณะกรรมการแพทย์กำหนดดังนี้

1. เป็นสถานพยาบาลขนาดไม่น้อยกว่า 100 เตียง และมีการบริหารจัดการ เพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวกในการรับบริการทางการแพทย์
2. เป็นสถานพยาบาลที่มีเตียงผู้ป่วยไว้รองรับผู้ประกันตนไม่น้อยกว่า 5 เตียง ต่อผู้ประกันตน 10,000 คน และมีเตียงผู้ป่วยไว้รองรับผู้ประกันตนที่ป่วยหนัก และป่วยฉุกเฉินด้วย
3. เป็นสถานพยาบาลที่มีการบริการทางการแพทย์ตั้งแต่ 12 ด้าน ขึ้นไปคือ
 - 3.1 อายุรกรรมทั่วไป
 - 3.2 ศัลยกรรมทั่วไป
 - 3.3 สูติ-นรีเวชกรรม
 - 3.4 กุมารเวชกรรม
 - 3.5 ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
 - 3.6 จักษุวิทยา
 - 3.7 โสต นาสิก ลาริงซ์
 - 3.8 รังสีวิทยา
 - 3.9 วิสัญญีวิทยา
 - 3.10 นิติเวชกรรม
 - 3.11 เวชกรรมป้องกัน
 - 3.12 ยูโรวิทยา

4. เป็นสถานพยาบาลที่มีบริการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับบริการทางการแพทย์จนถึง
 สิ้นสุดการรักษา

5. เป็นสถานพยาบาลที่มีครุภัณฑ์ทางการแพทย์ไม่น้อยกว่ารายละเอียดที่กำหนด
 ในกรณีที่สถานพยาบาลมีมาตรฐานไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของ
 คณะกรรมการทางการแพทย์ (สำนักประกันสังคม, 2534: ประกาศ)

1. ให้มีการรักษาพยาบาลเต็มกำลังความสามารถของแพทย์
2. ให้มีบริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง
3. ให้บริการตรวจรักษาโรคตามที่คณะกรรมการแพทย์กำหนด
4. การบริการฉุกเฉิน และบริการในภาวะปกติของสาขาต่างๆ นั้นต้องทำได้ไม่
 น้อยกว่ารายละเอียดที่กำหนด ทั้งนี้รวมถึงการตรวจชั้นสูตรทางคลินิกที่จำเป็นด้วย

เกณฑ์การตรวจรับเข้าเป็นสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม (สำนักงานประกัน
 สังคม, 2539) ซึ่งมีรูปแบบการตรวจ และการประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลตามคุณสมบัติของ
 ลักษณะการให้บริการแก่ผู้ประกันตนที่ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งมาตรฐานของ
 โรงพยาบาลที่เข้าโครงการประกันสังคมดังนี้

1. รูปแบบการตรวจและการประเมินมาตรฐานสถานพยาบาล : มาตรฐานทั่วไป มี
 เกณฑ์ดังนี้

1.1 มีอาคารสถานที่ อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการประกอบโรคศิลปะ และมีการ
 อนุรักษ์สิ่งแวดล้อมแก่ชุมชน ได้แก่ การมีสถานที่สอดคล้องเหมาะสมกับการประกอบโรคศิลปะ มีพื้นที่
 ที่ใช้สอยในการบริการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และจัดแบ่งโครงสร้างภายในได้อย่างเหมาะสม
 มีสถานที่อำนวยความสะดวก และส่งเสริมความปลอดภัยในการบริการแก่ ผู้ป่วย เช่น ที่จอดรถ ทาง
 ลำเลียงผู้ป่วยไปสู่จุดบริการและห้องพัก ช่องทางหนีไฟสำหรับผู้ป่วย มีสถานที่เตือนภัยและป้องกันอุบัติเหตุ
 และอัคคีภัย เช่น แก๊สระเบิด ไฟฟ้าลัดวงจร มีอุปกรณ์เครื่องมือเพียงพอ และได้รับการบำรุงรักษา
 อย่างถูกต้อง มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นครบถ้วน มีระบบบำรุงรักษาและทำความสะอาดเครื่องมือ
 อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะระบบหรือหน่วยทำลายเชื้อ นอกจากนี้ยังต้องมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ได้แก่
 การมีระบบหรือวิธีกำจัดขยะ(ทั้งประเภทติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ)ที่ถูกสุขลักษณะและมีระบบการกำจัด
 น้ำเสีย เป็นต้น

1.2 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอทั้งด้านจำนวนและคุณภาพ หมายถึง ผู้เป็นหัวหน้าหน่วยงานจะต้องเป็นผู้ที่มีคุณวุฒิเหมาะสมโดยการศึกษา อบรม หรือประสบการณ์ มีเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและจำนวนเพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ และต้องเป็นสมาชิกชมรมหรือสมาคมวิชาชีพหรือราชวิทยาลัยที่ได้รับการรับรองจากองค์กรที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ

1.3 มีระบบบริหารและระบบบริการที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดองค์กรและการบริการ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน รวมทั้งมีการจัดทำผังภูมิโครงสร้างองค์กรภายในไว้อย่างชัดเจน มีการประชุมภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ และมีการรายงานการประชุมเก็บไว้เป็นหลักฐาน มีแผนหรือแนวทางการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่ทันกับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน มีเอกสารแนวทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เครื่องมือการประเมินผลการให้บริการซึ่งง่ายแก่การทำความเข้าใจและสามารถหยิบใช้ได้ง่าย

2. รูปแบบการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานพยาบาล : มาตรฐานบริการผู้ป่วยนอกมีเกณฑ์ดังนี้

2.1 มีอาคารสถานที่ที่เหมาะสมและสะดวกสำหรับผู้รับบริการ ได้แก่ ห้องตรวจต้องมีจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย พื้นที่ของห้องมีขนาดเหมาะสมตามลักษณะงาน ทางเข้าห้องตรวจกว้างพอสำหรับรถนั่งหรือรถเข็นผู้ป่วยผ่านได้สะดวก มีอ่างล้างมือสำหรับแพทย์ในห้อง มีสถานที่ทำแผล ฉีดยาเป็นสัดส่วน สถานที่พักคอยมีขนาดพอเหมาะและมีความสะดวกสบาย และมีเครื่องหมายที่เห็นได้ชัด มีป้ายบอกชื่อหน่วยบริการที่ชัดเจน และมีขนาดที่มองเห็นได้จากระยะที่สมควร มีเครื่องหมายบอกทาง ซึ่งอาจเป็นป้ายหรือเส้นสีของแผนที่ไปยังหน่วยบริการต่างๆ (ห้องบัตร ห้องตรวจแผนกต่างๆ ห้องชันสูตร ห้องเอกซเรย์ หอผู้ป่วย ห้องทำแผล ฉีดยา สุขา) รวมทั้งต้องมีเครื่องห้ามสูบบุหรี่ด้วย

2.2 มีเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพให้บริการสอดคล้องกับจำนวนและความต้องการของผู้ป่วย หมายถึง จำนวนแพทย์ที่ออกตรวจจะต้องมีเพียงพอที่จะตรวจผู้ป่วยได้ไม่เกิน 12 คน / ชั่วโมง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปประจำอย่างน้อย 1 คน มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสำหรับคลินิกพิเศษ

2.3 มีระบบบริหารและบริการที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ระยะเวลาที่ใช้สำหรับการรอคอย การพบแพทย์และอื่นๆ ต้องไม่นานเกินควร เวลาที่ต้องใช้ในการลงทะเบียนและทำบัตรผู้ป่วยไม่เกิน 30 นาที ระยะเวลาตรวจโรคไม่เกิน 1 ชั่วโมง ระยะเวลารอรับยา

และชำระเงินไม่เกิน 30 นาที เวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยพบแพทย์ในการตรวจ ไม่ต่ำกว่าคนละ 5 นาที ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการทั้งหมดไม่เกิน 3 ชั่วโมง ในกรณีการตรวจทั่วไประยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการไม่เกิน 2 วัน ในกรณีจำเป็นต้องตรวจพิเศษ

3. รูปแบบมาตรฐานสถานพยาบาล : มาตรฐานบริการผู้ป่วยในมีเกณฑ์ดังนี้

3.1 มีอาคารหอผู้ป่วยและอุปกรณ์ประจำเตียงพร้อมที่จะให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีพื้นที่เพียงพอและได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง (พื้นที่/เตียง = 25 ตารางเมตร) ห้องน้ำ ห้องส้วมได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง (อย่างน้อยห้องส้วม 1 ห้อง/เตียงผู้ป่วย 6 เตียง) มีอ่างล้างมือที่สะดวกในการใช้ มีโครงสร้างความปลอดภัยสำหรับตึกสูงตั้งแต่ 3 ชั้นขึ้นไป ตัวอาคารจะต้องมีทางหนีไฟ ลิฟท์หรือทางลาด มี Oxygen supply สำหรับใช้ในกรณีที่จำเป็น มีอุปกรณ์สำหรับขอความช่วยเหลือจากพยาบาลทุกเตียง เช่น กริ่งกดเรียก และควรมีสัญญาณทั้งระบบเสียงและแสงตรงหน้าที่ทำการพยาบาล มีม่านกันเป็นสัดส่วนระหว่างเตียง จำนวนเตียงไม่มากกว่า 35 เตียง สำหรับห้องรวมทั่วไป มีระบบรักษาความสะอาด ระบบถ่ายเทอากาศ และระบบแสงสว่าง มีห้องรักษาพยาบาล (Treatment room) มีที่ทำการพยาบาล (Nurse station) มีรถพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน

3.2 มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในจำนวนที่เหมาะสมให้บริการผู้ป่วยในแพทย์เวรในอย่างน้อย 1 คน มีแพทย์ที่ให้บริการอย่างน้อย 7 สาขาหลัก ได้แก่ สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ ตา หู คอ จมูก พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ต่อเตียง = 1 : 8 สำหรับแต่ละเวร และแต่ละเวรจะต้องมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน (หรือคิดเป็นเตียง 1 : 30 เตียง)

3.3 มีระบบบริการที่พร้อมให้บริการผู้ป่วยใน มีระบบอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้มาติดต่อ มีจุดให้สอบถามข้อมูลของผู้ป่วยใน สามารถค้นหาชื่อและตำแหน่งที่อยู่ของผู้ป่วยในได้ในเวลา 2 นาที มีหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่สำหรับติดต่อภายนอกของโรงพยาบาล (โดยเฉพาะกับครอบครัว) เช่น วิทยุ โทรทัศน์ โทรศัพท์ และมีกระบวนการรักษาผู้ป่วยที่ดี ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลที่เป็นและได้รับการแจ้งผลการตรวจที่สำคัญจากแพทย์ ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคขั้นต้นและวางแผนการรักษาภายใน 24 ชั่วโมงที่รับไว้ ผู้ป่วยได้รับการตรวจเยี่ยมจากแพทย์และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีการทำแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อจำหน่าย

จะเห็นได้ว่ามาตรฐานสถานพยาบาลตามคุณสมบัติของลักษณะการให้บริการแก่ผู้ประกันตนที่ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยในตามโครงการประกันสังคม เป็นมาตรฐานที่สมบูรณ์แบบครอบคลุมงานบริการทุกส่วน มีความชัดเจน สามารถมองเห็นแนวทางในการบริหาร การปฏิบัติและการดำเนินการ นอกจากนั้นยังเป็นมาตรฐานที่ทันสมัย มีการประยุกต์เอาแนวคิดการจัดบริการที่ตอบสนองตามความต้องการของผู้รับบริการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศองค์การในการให้บริการกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้

จากการศึกษาตำรา เอกสารทางวิชาการ การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆทำให้ผู้วิจัยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลตามแนวคิดของ Parasuraman et al.(1985) และบรรยากาศองค์การในการให้บริการตามแนวคิดของ Schneider (1986) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal needs) จากแนวคิดเกี่ยวกับความแตกต่างของบุคคล คนแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะของตนไม่เหมือนผู้อื่น ประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตที่ต่างกัน เช่น การเลี้ยงดู การอบรม การศึกษาและสภาพแวดล้อมของสังคมมีผลทำให้บุคคลแต่ละคนมีค่านิยม ทัศนคติ บุคลิกภาพที่แตกต่างกัน ปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อจิตใจ อารมณ์และสังคมของคนเป็นอันมาก ทำให้การรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่างๆแตกต่างกัน พฤติกรรมที่แสดงออกจึงแตกต่างกันไป ซึ่งประกอบด้วยระดับการศึกษา ตำแหน่งทางสังคมประสบการณ์ที่ใช้บริการและการได้รับข้อมูล ดังนี้

1. ระดับการศึกษา การศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้ ความสามารถและเป็นพื้นฐานของบุคคลในการรับรู้ ตัดสินใจที่จะเลือกรับของบุคคล ซึ่ง French (1974 อ้างถึงใน รัชยา กุลวานิชไชยนันท์, 2535: 23) กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความคาดหวังในบริการด้านการแพทย์สูงด้วย เพราะได้รู้เห็นอะไรมากกว่าความคาดหวังจึงอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เมื่อความคาดหวังไม่ได้รับการตอบสนองอาจเกิดการรับรู้คุณภาพบริการไม่ดี และจากการศึกษาของ สุพัตรา เหลี่ยมวรังกูร (2541) พบว่า ผู้รับบริการที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีค่าเฉลี่ยในการรับรู้คุณภาพบริการสูงสุด แต่ผู้รับบริการที่มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษาขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยในการรับรู้คุณภาพบริการต่ำสุด สอดคล้องกับ Jitmus (1983 อ้างถึงใน เตยหอม บุญพันธุ์, 2539: 42) ยืนยันความคิดในเรื่องการให้บริการทางการแพทย์มีแนวโน้มที่จะแปรผันไปตามระดับการศึกษา นอกจากนี้บุคคล

ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสดีในการเลือกสิ่งต่างๆในชีวิตได้รู้เห็นอะไรมากกว่า จึงทำให้คนมีความคาดหวังสูงเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

2. ตำแหน่งทางสังคม (Status) หมายถึง ฐานะในการประกอบวิชาชีพ ตำแหน่งที่ได้รับมอบหมายทางอาชีพและสังคม เป็นส่วนหนึ่งของอิทธิพลทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ผู้ที่อยู่ในตำแหน่งทางสังคมสูงมีความพึงพอใจในเรื่องของประสิทธิภาพของการดูแลมากกว่าผู้ที่มีตำแหน่งทางสังคมต่ำ เนื่องจากผู้ที่อยู่ในตำแหน่งทางสังคมสูงมีความเป็นห่วงกังวลในเรื่องของสมรรถภาพ เทคนิคของวิชาชีพและมีความสามารถที่จะเลือกไปรับการรักษาจากแพทย์ที่ตนตัดสินใจว่ามีคุณภาพ ส่วนผู้ที่อยู่ในตำแหน่งทางสังคมต่ำนั้นมักได้รับการดูแลที่มีคุณภาพต่ำที่สุดจึงไม่ค่อยมีเหตุผลที่จะให้เกิดการรับรู้คุณภาพบริการ (Hulka, et al., 1971: 671; Ware, et al., 1978: 10-11)

3. ประสบการณ์ที่ใช้บริการ (Past experience) หมายถึง เหตุการณ์หรือเหตุผลซึ่งเกิดจากการที่ตนเองเคยไปใช้บริการ ณ สถานบริการแห่งหนึ่งแห่งใดมาก่อนหรือพบเห็นในอดีต ทำให้เกิดการเรียนรู้ต่อคุณภาพบริการที่ได้รับ และทำให้เกิดความคาดหวังต่อบริการนั้นๆขึ้นมาเมื่อจะใช้บริการครั้งต่อไป (Parasuraman et al., 1985) เช่นเดียวกับการกลับมาใช้บริการซ้ำอีกไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยสาเหตุเดิมหรือไม่ก็ตาม ผู้ที่เคยมาใช้บริการย่อมทราบขั้นตอนต่างๆในการรับบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความคาดหวังและความพึงพอใจในระดับหนึ่ง ถ้าจำนวนครั้งการใช้บริการมากจะมีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าผู้ประกันตนที่เข้ามาใช้บริการที่มีจำนวนน้อยครั้งกว่า (ประนิดดา กระจางแก้ว, 2538 และศิริพร ปรางประสิทธิ์, 2536) และจากการศึกษาของสิริยา สัมมาวาจ (2540) พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนมีความพึงพอใจแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4. การได้รับข้อมูล (Word-of-mouth communication and external communication) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการได้รับฟังจากการบอกเล่าต่อกันมาจากญาติ เพื่อนบ้าน หรือคนรู้จักเกี่ยวกับคุณภาพบริการในแง่มุมต่างๆที่เคยไปใช้บริการในสถานบริการแห่งนั้นมาก่อน แล้วจนทำให้ผู้ฟังหรือผู้รับข่าวสารจากการบอกเลาดังกล่าวเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับบริการในสิ่งที่ดีตามที่ได้รับทราบมา (Parasuraman และคณะ, 1990) ดังนั้นเมื่อมารับบริการแล้วได้น้อยกว่าที่รับทราบมาก็จะประเมินว่าบริการนั้นมีคุณภาพต่ำ แต่ถ้าได้รับบริการมากกว่าหรือเท่ากับที่รับทราบมาก็จะประเมินว่าบริการนั้นมีคุณภาพ หรือจากสื่อภายนอกที่นอกเหนือจากครอบครัวที่ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความคาดหวังต่อบริการ เนื่องจากสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมผู้บริโภคเปลี่ยนแปลงไป ลักษณะการแข่งขันที่ใช้กลยุทธ์และใช้งบประมาณสูง มีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้

ช่วยในการโฆษณามากขึ้นและมักพบว่าเป็นการโฆษณาชวนเชื่อ มีการให้สัญญาเกินความจริง เพื่อดึงดูดค่าให้มาใช้บริการของตนเองมากขึ้น ครั้นเมื่อผู้รับบริการเข้ามาใช้บริการจริงจึงเกิดความผิดหวังเนื่องจากบริการที่ได้รับไม่ตรงกับที่คาดหวังไว้ก็จะไม่พึงพอใจ และทำให้ผู้รับบริการขาดความเชื่อถือไว้วางใจต่อบริการ (Fitzsimmons, 1994)

บรรยากาศการให้บริการในองค์กร (Organizational climate for service) มีผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลเนื่องจากบรรยากาศการให้บริการในองค์กรเป็นสิ่งแวดล้อมขององค์กรในการให้บริการ ซึ่งรับรู้ได้ทั้งผู้ให้บริการ (Schneider & Bowen, 1985) และผู้รับบริการขององค์กร (Kelly, 1987) ผู้ให้บริการสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบรรยากาศการให้บริการในองค์กรซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมรอบตัวให้ดีที่สุด เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ (Gronroos, 1990) ผู้รับบริการสามารถรับรู้บรรยากาศการให้บริการในองค์กรซึ่งส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการได้ (Neidz, 1998) สอดคล้องกับ Kelly (1987) ที่กล่าวว่าบรรยากาศการให้บริการในองค์กรมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพบริการ บรรยากาศการให้บริการในองค์กรตามแนวคิดของ Schneider (1986) มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการดังนี้

นโยบายการให้บริการ (Policies) เป็นจุดรวมขององค์กรที่กล่าวถึงทิศทางการปฏิบัติงานและแสดงถึงกระบวนการวัด การปรับปรุงคุณภาพ ความตั้งใจให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการ และเป็นตัวกำหนดให้บุคลากรทุกคนในองค์กรสามารถให้บริการไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จขององค์กร ซึ่งผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการรับรู้ต่อนโยบายการบริการของโรงพยาบาล เพื่อแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพและความต้องการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบ ดังนั้นนโยบายการให้บริการจะต้องชัดเจน เพื่อให้ทุกคนในองค์กรมีความเข้าใจที่ตรงกัน ไม่เกิดการสับสน ทำให้การบริการเป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็ว ซึ่งการวางนโยบายในการให้บริการเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ (Schneider, 1986; Kunkle, 1990)

แนวทางการปฏิบัติ (Procedures) จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้องค์กรต้องมองออกไปภายนอกเพื่อแสวงหาความรู้มาปรับปรุงและเกิดความคิดใหม่ๆ ในการบริการอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งจากการระดมสมองของผู้ให้บริการในองค์กร เพื่อหาแนวทางและเลือกสิ่งที่มีคุณค่า มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Arikian, 1991) นำมาประยุกต์ใช้ในองค์กรของตนต่อไป ซึ่งการมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนสามารถรับรู้และประเมินได้ จะทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี สะดวกและ

รวดเร็ว ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและรับรู้คุณภาพบริการ (Schneider, 1986) สอดคล้องกับ Kunkle (1990) ที่กล่าวว่า การให้บริการนั้นผู้ให้บริการจะต้องมีการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจและสามารถ

ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้รับบริการรับรู้ว่าคุณภาพ

การปฏิบัติ (Practices) หมายถึง การให้การบริการดูแลอย่างดีแก่ผู้รับบริการ ผู้รับบริการก็จะได้รับผลลัพธ์ที่ดีด้วย (Donaldson and Crowley, 1978; Schlotfeldt, 1988; Melis, 1991) ซึ่งกลุ่มของพฤติกรรมที่ได้รับการตอบสนอง ช่วยเหลือ สนับสนุน และเป็นไปตามความคาดหวัง (Schneider, 1990) ทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ได้รับนั้นเกินหรือตรงตามความคาดหวัง ผู้รับบริการก็จะรับรู้ว่าคุณภาพ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้รับบริการที่ได้รับผลตอบสนองตามความคาดหวังจะมีความเชื่อมั่นในบริการและรับรู้ว่าคุณภาพ (Deci, 1975)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปริยา ความะคำ (2538) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกช่วงเดือนพฤษภาคม 2538 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อความสะอาด มนุษยสัมพันธ์ อุบัติการณ์การรักษา คุณภาพการบริการ การประสานงานและข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ มีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ต่อความสะอาด และต่อมนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่

เรืองศิลป์ แก้วดอนรี (2539) ได้ศึกษาความต้องการข่าวสาร ความคาดหวัง และความพึงพอใจที่ได้รับข่าวสารเรื่องการประกันสังคมของผู้ประกันตน ในเขตจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าผู้ประกันตนมีความต้องการข้อมูลข่าวสารเรื่องการประกันสังคมอยู่ในระดับสูง สื่อที่ผู้ประกันตนเปิดรับข่าวสารบ่อยที่สุดคือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และโปสเตอร์ ตามลำดับ โดยเห็นว่าโทรทัศน์เป็นสื่อที่สามารถสร้างความเข้าใจข่าวสารการประกันสังคมได้ดีที่สุดในด้านสื่อบุคคลนั้นพบว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลเป็นผู้ที่สามารถสร้างความเข้าใจในข่าวสารแก่ผู้ประกันตนได้ดีที่สุด

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539) ได้ศึกษาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย โดยประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล 9 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการให้

ข้อมูลและคำแนะนำจากแพทย์มาก และการที่ผู้ป่วยรู้จักแพทย์สะท้อนให้เห็นว่า แพทย์และผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐรู้จักแพทย์น้อยกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน

พัชรี ทองแผ่ (2540) ได้ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนเขต 2 โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่รับไว้ในแผนกสูติศาสตร์โรงพยาบาลชุมชนเขต 2 จำนวน 4 แห่ง ในโรงพยาบาลชุมชนดีเด่นและในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป จำนวน 390 คนเท่ากัน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนดีเด่นและโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปโดยรวมและจำแนกเป็นรายด้านอยู่ในระดับไม่พึงพอใจ และเมื่อจำแนกเป็นรายข้อก็อยู่ในระดับไม่พึงพอใจในบริการพยาบาลทุกรายการ และคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป มีค่าสูงกว่าคุณภาพบริการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนดีเด่นในทุกด้าน ทั้ง 5 ด้าน คือ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อมั่นไว้วางใจ การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที ความน่าเชื่อถือ และการเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ

สิระยา สัมมาวาท (2540) ได้ศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมสูติศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนมีความพึงพอใจแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธารากรณี เจริญพร (2541) ได้ศึกษาความพึงพอใจของลูกจ้างผู้ประกันตนที่มีต่อบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลตามโครงการประกันสังคม ในจังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า ลูกจ้างผู้ประกันตนที่ไปรับบริการทางการแพทย์จำนวนครั้งมากกว่ามีความพึงพอใจในบริการทางการแพทย์มากกว่าลูกจ้างผู้ประกันตนที่ไปรับบริการทางการแพทย์จำนวนครั้งน้อยกว่า

วรรณลักษณ์ ดุลยากุล (2542) ศึกษาคุณภาพบริการงานคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดสระบุรี ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ผลการวิจัยพบว่า เพศ การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่มารับบริการ และเหตุจูงใจในการมารับบริการของผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพบริการ

อุ๋ทอง นามวงษ์ (2543) ได้ศึกษาข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพของโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมาณพลต่อนองการ เพื่อประกอบการเลือกโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก โดยทำการศึกษาจากผู้ประกันตนที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลคู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคม ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมาณพล จำนวน 1,600 คน จากโรงพยาบาล 8 แห่ง โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า

ปริมาณข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพของโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนต้องการโดยเฉลี่ยคือร้อยละ 51.16 ของข้อมูลทั้งหมด ข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพของโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนต้องการมากที่สุด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับขอบเขตความสามารถในการ รักษาพยาบาลของโรงพยาบาล(ร้อยละ 82.38) ข้อมูลเกี่ยวกับการแจ้งผลการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 82) และข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำแนะนำในการดูแลรักษาตัวเองของผู้ป่วย (ร้อยละ 76.25) โดยสื่อบุคคลที่ผู้ประกันตนต้องการในการรับข้อมูลข่าวสารดังกล่าวมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล (ร้อยละ 61.14) เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลของสถานประกอบการ (ร้อยละ 15.76) และเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม(ร้อยละ 11.39) ตามลำดับส่วนสื่อมวลชนที่ต้องการมากที่สุดคือ โทรทัศน์ (ร้อยละ 51.73) จดหมายข่าวหรือวารสาร (ร้อยละ 23.88) และแผ่นพับ (ร้อยละ 8.60) ตามลำดับ

Schneider et al. (1980) ได้ศึกษาการรับรู้บรรยากาศการให้บริการในองค์การของพนักงานธนาคารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพบริการของลูกค้า จากสาขาของธนาคารจำนวน 23 สาขา เป็นพนักงานธนาคาร 263 คนและลูกค้า 1,657 คน เครื่องมือที่ใช้วัดบรรยากาศการให้บริการในองค์การผลการวิจัยพบว่าจากรายงานของพนักงานเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและแนวทางการปฏิบัติที่เรียกว่า routines (Schneider & Rentsch, 1988) และการให้รางวัลสำหรับการให้บริการในสาขาธนาคารนั้น (Rewards) ซึ่งประกอบด้วย รางวัล การสนับสนุนและความคาดหวังมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ และการรับรู้ของพนักงานกับการรับรู้ของลูกค้าเกี่ยวกับคุณภาพบริการ และบริการที่ได้รับมีค่าสหสัมพันธ์ที่ .67 ซึ่งเป็นค่าที่สูงมาก

Oberst (1984) ได้ศึกษาวิธีการวัดคุณภาพบริการและความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วย และสอบถามความคิดเห็นในเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวกที่ทำให้คุณภาพบริการมีความสมบูรณ์ในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่าสิ่งอำนวยความสะดวกในการบริการต้องประกอบด้วย เวลาที่รอคอย การแนะนำผู้ป่วยและอำนวยความสะดวกต่างๆ การให้การดูแลรักษาที่เพียงพอและพฤติกรรมในการสื่อสารของพยาบาล

Schneider and Bowen (1985) ได้ศึกษาการรับรู้ของพนักงานและลูกค้าเกี่ยวกับบริการของธนาคาร โดยเก็บข้อมูลจากพนักงาน 142 คน และจากลูกค้า 968 คน จาก 28 สาขาของธนาคาร พบว่าการได้รับการสนับสนุนที่ดีมีความสัมพันธ์กับการรับรู้บริการและทัศนคติของพนักงานและลูกค้าของสาขา (Schneider, Parkington, and Buxton, 1980)

Eriksen R.L. (1987) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพซึ่งกระบวนการกับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kelly (1987) ได้ศึกษาการรับรู้บรรยากาศการให้บริการในองค์การของพนักงานและลูกค้ำว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพบริการของลูกค้ำ โดยเก็บข้อมูลจากพนักงานธนาคาร 73 คน และลูกค้ำของธนาคาร 385 คน เครื่องมือที่ใช้วัด 24 ข้อ เกี่ยวกับบรรยากาศการให้บริการในองค์การ ซึ่งจะใช้วัดการรับรู้บรรยากาศการให้บริการในองค์การทั้งพนักงานและผู้รับบริการ และคำถามอีก 9 ข้อ ใช้วัดคุณภาพเชิงเทคนิคสำหรับลูกค้ำ ส่วนพนักงานใช้วัดคุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพนักงานและลูกค้ำ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับของ Likert scale พบว่าการรับรู้บรรยากาศการให้บริการในองค์การของลูกค้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพเชิงเทคนิคสำหรับลูกค้ำ ($r = .52, p < .01$) และการรับรู้บรรยากาศการให้บริการในองค์การของลูกค้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพนักงานและลูกค้ำ ($r = .66, p < .01$)

ในปี ค.ศ. 1996 Kaiser Family Foundation, the Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) ร่วมกับ Princeton Survey Research Association (PSRA) (2001 อ้างถึงใน อุ่ทอง นามวงษ์, 2543) ได้สำรวจความต้องการและความคิดเห็นของชาวอเมริกันจำนวน 2,006 คน ที่มีต่อข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพของการดูแลรักษาและการเลือก Health plan พบว่า ร้อยละ 42 ให้ความสำคัญต่อคุณภาพการดูแล ร้อยละ 18 ให้ความสำคัญต่อราคาที่ต่ำ และร้อยละ 17 ให้ความสำคัญกับความหลากหลายของแพทย์ที่จะเลือกในการเลือก Health plan แต่ร้อยละ 59 จะตัดสินใจเลือกตามคำแนะนำของแพทย์ประจำตัว ขณะที่ร้อยละ 57 เลือกตามบุคคลในครอบครัวและเพื่อน โดยที่ร้อยละ 69 คิดว่าบุคคลในครอบครัวและเพื่อนเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ดีที่สุด ขณะที่ร้อยละ 58 เห็นว่านายจ้างเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพที่ไม่ดีเพราะต้องการประหยัดเงินในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เรื่องที่สำคัญที่สุดที่ต้องรู้เมื่อจะเลือก Health plan คือ Health plan จะให้บริการอย่างไรเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 90) ความง่ายต่อการรับบริการที่ต้องการ (ร้อยละ 88) และผลสำเร็จของการค้นพบโรคในระยะเริ่มต้น (ร้อยละ 87) สำหรับเครื่องชี้วัดคุณภาพที่สำคัญประกอบด้วย ความง่ายต่อการเข้าถึงแพทย์เฉพาะทาง ความคุ้มค่าของผลประโยชน์ที่ได้รับ ร้อยละของแพทย์ที่ได้รับการร้องเรียน ร้อยละของสมาชิกที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้านป้องกันโรค ร้อยละของผู้เปลี่ยน Health plan เนื่องจากไม่พึงพอใจ สัดส่วนของผู้ป่วยต่อแพทย์และความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพโดยรวมของ Health plan

Neidz (1998) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของโรงพยาบาลกับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นการจับคู่กันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทั้งหมด 102 คู่ โดยการใช้เครื่องมือที่เรียกว่า The Organizational Climate for Service Semantic Differential (OCSSD) วัดบรรยากาศการให้บริการในองค์กร จำนวน 15 ข้อ มีองค์ประกอบเป็น 2 ขั้ว (bipolar adjective) และแบ่งระดับความคิดออกเป็น 7 ระดับ ผลการวิจัยพบว่า บรรยากาศการให้บริการในองค์กรกับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวก

ในปี ค.ศ. 1998 The Rhode Island Department of Health ได้สำรวจความต้องการของประชาชนชาว Island จำนวน 454 คน ในเรื่องข้อมูลด้านคุณภาพของโรงพยาบาลสำหรับผู้บริโภคใน Rhode Island พบว่าข้อมูลด้านคุณภาพของโรงพยาบาลที่ต้องการให้ปรากฏในรายงานด้านคุณภาพ คือ ผลสำเร็จของการรักษาร้อยละ 38 ประสิทธิภาพของแพทย์ร้อยละ 31 ความพึงพอใจของผู้ป่วย ร้อยละ 27 ประสิทธิภาพและความเชี่ยวชาญของบุคลากร ร้อยละ 23 และขอบเขตการให้บริการเฉพาะทาง ร้อยละ 22 ในด้านระดับความสนใจต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารพบว่า ร้อยละ 46 สนใจมาก ร้อยละ 38 สนใจบางส่วน ขณะที่ร้อยละ 7 ไม่สนใจบางส่วน และร้อยละ 9 ไม่สนใจเลย

ต่อมาในปี ค.ศ. 2000 Kaiser Family Foundation, the Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) ร่วมกับ Princeton Survey Research Association (PSRA) (2001 อ้างถึงใน อู่ทอง นามวงษ์, 2543) ได้สำรวจความต้องการและความคิดเห็นของชาวอเมริกันที่มีต่อข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพของการดูแลรักษาและการเลือก Health plan พบว่าต้องการทราบ ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดทางการแพทย์ร้อยละ 71 และการด้อยคุณภาพของการปฏิบัติร้อยละ 70 เป็นเรื่องใหญ่ที่สุดในการวัดคุณภาพของผู้ให้บริการ ขณะที่ผลการสำรวจด้านอื่นๆ คล้ายกันกับผลการสำรวจในปี 1996

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาจากตำราวิชาการ เอกสาร งานวิจัยต่างๆ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิด ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

