

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วรวบรวมข้อมูล สรุปเป็นสาระสำคัญ โดยลำดับเนื้อหาการนำเสนอ ดังนี้

1. แนวทางการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
2. แนวคิดคุณภาพบริการ
 - 2.1 บริการ
 - 2.1.1 ความหมาย
 - 2.1.2 ลักษณะของบริการ
 - 2.2 คุณภาพ
 - 2.2.1 ความหมาย
 - 2.2.3 มาตรฐานที่ใช้วัดคุณภาพ
 - 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับบริการที่คาดหวัง และการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการ
 - 2.3.1 บริการที่คาดหวัง
 - 2.3.1.1 ความหมาย
 - 2.3.1.2 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความคาดหวัง
 - 2.3.2 การรับรู้คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการ
 - 2.3.2.1 ความหมาย
 - 2.3.2.2 เกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการตามการรับรู้
 - 2.4 เกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามความคาดหวังของผู้ป่วยใน
 - 2.4.1 ความสะดวกในการใช้บริการ
 - 2.4.2 ความเป็นรูปธรรมของบริการ
 - 2.4.3 ปฏิสัมพันธ์
 - 2.4.4 บริการรักษาพยาบาล
 - 2.4.5 จริยธรรมของเจ้าหน้าที่
 - 2.4.6 การให้ความรู้
 - 2.4.7 ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้
 - 2.4.8 ราคาการรักษาพยาบาล
3. งานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1. แนวทางการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 มีแนวโน้มชัดเจนว่า สถานพยาบาลภาคเอกชนที่ขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็วในเขตกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข 2 ฉบับที่ผ่านมาจะขยายตัวอย่างรวดเร็วไปทั่วทุกจังหวัดและอำเภอขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปเป็นสถานพยาบาลภาครัฐในการให้บริการประชาชน อย่างไรก็ตามประชาชนส่วนใหญ่ ยังคงจำเป็นต้องใช้บริการภาครัฐอยู่ เนื่องจากไม่มีความสามารถทางเศรษฐกิจเพียงพอที่จะเสียค่าใช้จ่ายเพื่อรับบริการจากภาคเอกชน ดังนั้น โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพันธกิจ วิสัยทัศน์และเป้าหมายการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่จะมีผลกระทบต่อโรงพยาบาล และเพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างรัฐและเอกชนในการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข ที่มีอยู่ในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป จะต้องพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานเพื่อเป็นสถานพยาบาลหลักที่ให้บริการแก่ข้าราชการ ประชาชนผู้มีรายได้น้อย และกลุ่มบุคคลที่รัฐมีวัตถุประสงค์ที่จะให้สวัสดิการสงเคราะห์ในด้านสุขภาพ นอกจากนั้น โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ยังต้องให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่สามารถเสียค่าใช้จ่ายได้ด้วยตนเอง หรือผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ และถ่วงดุลย์ชลอค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลภาคเอกชน มิให้สูงขึ้นอย่างรวดเร็วเพื่อมุ่งหวังผลกำไรในเชิงธุรกิจจนเกินไป

1.1 วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข สร้างขึ้นโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีความมุ่งหวังว่า เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ในปี 2544 โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่พึงประสงค์ จะมีลักษณะดังนี้

1. เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน
2. มีความเป็นเลิศในการบริการสาธารณสุขแบบองค์รวม (Holistic Care)
3. มีความชำนาญเฉพาะทางที่มีคุณภาพสูง ในการรับผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ สามารถรองรับผู้ใช้บริการในส่วนภูมิภาค ได้อย่างเพียงพอ

4. มีผลงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงในการพัฒนาบริการ แก้ปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ และส่งเสริมการร่วมผลิต และมีกรอบมบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

5. แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล มีความไม่ความรู้ มีวิจากรณญาณ มีความเป็นผู้นำเพียบพร้อมด้วยความเรื่องปัญญา มีคุณธรรม จริยธรรม มีจิตสำนึกในการพัฒนางาน และมีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ และสังคม

6. มีอาคารสถานที่เพียงพอ การแบ่งพื้นที่ใช้สอยถูกต้องตามหลักสูตรสถาปัตยกรรมศาสตร์ สดวกงาม มีสิ่งแวดล้อมที่ดี และมีการกำจัดของเสียถูกต้องตามหลักวิชาการ

7. มีระบบบริหารที่มีคุณภาพคล่องตัว และมีประสิทธิภาพสูง

8. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีความสุข และความพึงพอใจในการทำงาน มีความก้าวหน้า มีค่าตอบแทนเพียงพอ มีที่พักอาศัย สวัสดิการ และสภาพการทำงานที่ดี

โดยสรุป “หัวใจ” ของวิสัยทัศน์โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ในปี 2544 อาจถือเป็นสัญลักษณ์คลื่นหัวใจไฟฟ้า ดังนี้

P = Patient / people - Oriented

ยึดผู้รับบริการ / ประชาชน เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

Q = Quality - Target

มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพ และการถึงมาตรฐาน

R = Resource Management - Efficiency

ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ

S = Staff Empowerment

ประชาชนมีคุณภาพได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

T = Technology - Updated

มีเทคโนโลยี ที่เหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์

1.2 พันธกิจ

โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป มีพันธกิจในการให้บริการสาธารณสุข อันประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ การให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทั่วไป ในเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล และเป็นศูนย์รับ

ผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในเขตพื้นที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ยังมีพันธกิจในการร่วมผลิตและฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และทำวิจัย รวมทั้งสนับสนุนสถานบริการอื่น ๆ ในเครือข่ายให้สามารถบริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนร่วมมือกับหน่วยงานอื่น และชุมชนในการแก้ปัญหาและยกระดับสถานะสุขภาพของประชาชนในส่วนภูมิภาค

1.3 ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป หน้าที่ความรับผิดชอบ

ในระบบการบริการสาธารณสุขของประเทศไทยนั้น โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสายการสนับสนุนของกองโรงพยาบาลภูมิภาค มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. ให้บริการสาธารณสุขในระดับ Primary Medical Care, Secondary Medical Care และ Tertiary Medical Care โดยให้บริการผสมผสาน (Intergrated Service) ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องการแพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง ซึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป ตามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ และยังให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง และพื้นที่ที่ได้รับมอบหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
2. ให้การศึกษาฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขในระดับต่ำกว่าและสูงกว่าปริญญาตรี ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนการให้บริการฝึกอบรมแก่ประชาชนให้มีความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย
3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการวิจัยด้านสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์แก้ไขปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทั้งชาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีสุขภาพดีถ้วนหน้า
4. ให้การสนับสนุนหน่วยงานสาธารณสุขในระดับรอง คือ ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน

การจัดแบ่งงานของโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มบริหารจัดการ ประกอบด้วยงานที่เป็นส่วนช่วยสนับสนุนให้งานของกลุ่มเทคนิคเฉพาะทางและกลุ่มอื่น ๆ ดำเนินการไปได้ตามเป้าหมาย
2. กลุ่มเทคนิคเฉพาะทาง ประกอบด้วยลักษณะงานที่ปฏิบัติในเชิงวิชาชีพ หรือวิชาการเฉพาะทางที่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญงานในการปฏิบัติ หรือเป็นกลุ่มสายงานหลักตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่เทคนิคเกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข เช่น งานในลักษณะเวชกรรมทั่วไป อายุรกรรม ศัลยกรรม พยาธิวิทยา รังสีวิทยา เป็นต้น
3. กลุ่มที่มีลักษณะผสมผสานระหว่างงานบริหารจัดการ และงานเทคนิคเฉพาะทาง และมีหน้าที่เป็นแกนกลาง หรือตัวประสานงานและให้การสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มงานอื่น ๆ ให้ดำเนินไปได้ตามเป้าหมาย เช่น ลักษณะงานของฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายโภชนาการ และฝ่ายเวชกรรมสังคม เป็นต้น

โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป เดิมเรียกว่า “โรงพยาบาลจังหวัด” มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 40 เตียง จนถึง 1,005 เตียง

โดยแบ่งระดับออกเป็น

- โรงพยาบาลศูนย์ เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 500 เตียง
- โรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงไม่เกิน 500 เตียง

1.4 ลักษณะ และบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

1. โรงพยาบาลศูนย์

- เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีจำนวนเตียงกว่า 500 เตียง เป็นศูนย์กลางการให้บริการในแต่ละเขต ตามระบบเครือข่ายการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (พบส.)
- มีขีดความสามารถในการให้บริการเฉพาะโรค ครบทุกสาขา (20 สาขา และอนุสาขา)
- เป็นสถานที่ให้การฝึกอบรมนักศึกษาหลายหลักสูตร เช่น แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาหลักสูตรปริญญาตรี ต่ำกว่าปริญญาตรีทุกสาขา รวมทั้งบุคลากรทางด้าน การแพทย์ และสาธารณสุขอื่น ๆ อีกด้วย โดยร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และทบวงมหาวิทยาลัย
- ดำเนินงานด้านการศึกษาวิจัยด้านคลินิก และด้านบริการสาธารณสุข

2. โรงพยาบาลทั่วไป

- เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 500 เตียง
- มีขีดความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลรองลงมาจากโรงพยาบาลศูนย์ รับผิดชอบในการให้บริการแก่ประชาชนในเขตเมือง และชนบทถัดจากโรงพยาบาลชุมชน
- ส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ในตัวเมือง หรืออำเภอขนาดใหญ่ที่มีความสำคัญทางด้านเศรษฐกิจ
- มีลักษณะการให้บริการแบบผสมผสาน คือ ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ในสัดส่วนที่เหมาะสมตามศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง
- ให้บริการทางด้านวิชาการและฝึกอบรมแก่บุคลากรทางด้านกายภาพบำบัดและสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ รวมทั้งงานด้านการศึกษาวิจัยทางเทคนิค และงานวิจัยบริการสาธารณสุข

2. แนวคิดคุณภาพบริการ

2.1 บริการ

2.1.1 ความหมาย

สมาคมการตลาดของสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำจำกัดความ “บริการ” ว่าเป็นงานที่ไม่มีตัวตน สัมผัสไม่ได้ แต่สามารถสร้างความพึงพอใจในการตอบสนองความต้องการของผู้ซื้อบริการ หรือผู้ใช้ในตลาดธุรกิจได้

ส่วน Kotler (1994) กล่าวว่า “บริการ” หมายถึง กิจกรรมใด ๆ หรือการปฏิบัติที่กลุ่มหรือคณะใดคณะหนึ่ง สามารถเสนอสิ่งสำคัญที่มองไม่เห็นเป็นตัวเป็นตนและไม่มีผลในการเป็นเจ้าของผลผลิตของบริการ อาจเป็นหรือไม่เป็นผลิตภัณฑ์ก็ได้ ศิริวรรณ เจริญรัตน์ และคณะ (2534) ให้ความหมายคำว่า “บริการ” ว่าเป็น กิจกรรม ผลประโยชน์หรือความพึงพอใจที่สนองตอบความต้องการของลูกค้า

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปได้ว่า “บริการ” หมายถึง กิจกรรมใด ๆ หรือการปฏิบัติของกลุ่มหรือคณะใดคณะหนึ่งที่สามารถเสนอสิ่งสำคัญที่มองไม่เห็นเป็นตัวเป็นตนและไม่มีผลในการเป็นเจ้าของผลผลิตและตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคหรือผู้ใช้บริการ และทำให้เกิดความพึงพอใจ

2.1.2 ลักษณะของบริการ

ลักษณะของบริการ (Kotler, 1994; พนิดา ดามาพงศ์, 2538: ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539)

2.1.2.1 จับต้องไม่ได้ (Intangible)

บริการไม่มีตัวตนที่ผู้ซื้อหรือผู้รับบริการจะจับต้องได้ ดังนั้น การนำเสนอ บริการจึงต้องแสดงถึงคุณประโยชน์ที่จะได้รับจากบริการนั้น และแสดงให้ผู้บริโภคหรือผู้ใช้บริการ สามารถรับรู้ได้ถึงบริการนั้น ๆ และตัดสินใจเลือกใช้บริการ ซึ่งได้แก่

2.1.2.1.1 สถานที่ ผู้ให้บริการต้องจัดสถานที่ให้บริการที่สะดวก สบาย สะอาด อบอุ่น และเหมาะสม เพื่อให้มีความเชื่อมั่นในการเข้ามาใช้บริการ

2.1.2.1.2 บุคคล ผู้ให้บริการต้องมีสุขภาพที่ดี มีการแต่งกายที่เหมาะสม สะอาด บุคลิกดี อภัยภัยไมตรีดี กระตือรือร้น เอาใจใส่ น่าเชื่อถือ เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความ มั่นใจในการที่จะได้รับบริการที่ดี

2.1.2.1.3 เครื่องมือและอุปกรณ์ ผู้ให้บริการต้องจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ ในการบริการที่ทันสมัย สะอาด สะดวก เพียงพอ และพร้อมให้อยู่เสมอ และรวมถึงอุปกรณ์ที่มี ความจำเป็นในการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ด้วย เช่น โทรศัพท์ โทรทัศน์ วิดีโอ เป็นต้น

2.1.2.1.4 สัญญลักษณ์ ผู้ให้บริการต้องจัดทำสัญญลักษณ์ต่าง ๆ ที่ อำนวยความสะดวกในบริการให้ชัดเจน เช่น ห้องน้ำ ประตูกระจก ป้ายบอกทิศทาง หรือห้อง-ต่าง ๆ เป็นต้น

2.1.2.1.5 ราคา ผู้ให้บริการต้องกำหนดราคาการให้บริการและสื่อสาร ให้ผู้ใช้บริการทราบตามความเหมาะสม

2.1.2.2 ไม่สามารถแยกระหว่างผู้ให้บริการและบริการ (Inseparability)

ผู้ให้บริการและบริการจะเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน ผู้รับบริการไม่สามารถ แยกบริการจากผู้ให้บริการได้ ซึ่งแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ที่จะสามารถผลิตไว้ จัดเก็บ เพื่อรอการ จำหน่ายโดยผ่านตัวแทนจำหน่ายแล้วจึงจะเกิดการบริโภค และการบริการให้แก่ผู้รับบริการหลาย-คนพร้อม ๆ กัน ในหลายประเภทบริการก็ไม่ได้ เช่น พยาบาลคนหนึ่งไม่สามารถทำแผลให้คนไข้ พร้อมกันหลายคนได้ ต้องทำให้ทีละคน และวิธีการทำก็จะแตกต่างกันไปตามลักษณะเฉพาะของ คนไข้แต่ละคน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการ

2.1.2.3 มีความแตกต่างในการให้บริการ (Heterogeneity)

การให้บริการแต่ละครั้งมีความแตกต่างกัน แม้ผู้ให้บริการคนเดียวกัน และบริการชนิดเดียวกัน แต่ผลผลิตของบริการจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับสถานที่ สถานการณ์

สภาพของผู้ให้บริการ เวลา หรือแม้แต่ผู้ใช้บริการด้วย และลักษณะบริการจะมีความหลากหลาย ในตัวเอง ทำให้คุณภาพบริการอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ ดังนั้น การให้บริการจึงต้องมีการวางแผน ในการให้บริการที่เหมาะสมเพื่อดูแลการบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานอยู่เสมอ

2.1.2.4 ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ (Perishability)

เป็นบริการที่ผลิตขึ้น และให้บริการแก่ผู้ใช้บริการในขณะนั้น ไม่สามารถ จะผลิตล่วงหน้า หรือเก็บรักษาไว้ได้ ในแต่ละวัน หรือช่วงเวลาบริการก็อาจเปลี่ยนแปลงไปได้ เช่น การบริการผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาเช้าและเวลาบ่าย ซึ่งมีปริมาณผู้ใช้บริการต่างกัน ขณะเดียวกันด้านผู้ใช้บริการ เมื่อเกิดความต้องการบริการลักษณะหนึ่งก็จะมีความต้องการที่จะได้รับบริการนั้นทันที หากต้องรอนาน ๆ จะเปลี่ยนไปเป็นความต้องการบริการแบบอื่นได้

2.2 คุณภาพ

2.2.1 ความหมาย

คำว่า “คุณภาพ” ตามความหมายของพจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2524 หมายถึง ลักษณะของความคิด ลักษณะประจำ และลักษณะสำคัญหรือลักษณะของความดีเลิศ

ส่วน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2536) ให้ความหมายว่า “คุณภาพ” หมายถึง ความสอดคล้องกับความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการหรือลูกค้า

สุรศักดิ์ นานานุกูล (2536) กล่าวว่า “คุณภาพ” หมายถึง ความพึงพอใจของลูกค้า

และ Hinshitsu และ Shitsu (อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2538) ให้ความหมาย “คุณภาพ” คือ การทำหน้าที่ถูกต้อง มีการปฏิบัติงานที่มีผลดี สะดวก ง่ายต่อการดำเนินงาน มีประสิทธิภาพ มีภาพพจน์ที่ดี ทันสมัย ระยะเวลาเหมาะสม เชื่อถือได้ ปลอดภัย มีคุณค่าในสังคม และรักษาสภาพสิ่งแวดล้อม

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะการทำหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง ผลงานดีเลิศ ผู้ใช้บริการพึงพอใจ สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ เหมาะสม เชื่อถือได้ ปลอดภัย มีคุณค่าในสังคม และรักษาสภาพสิ่งแวดล้อม

2.2.2 มาตรฐานที่ใช้จัดคุณภาพ

เกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพ (ศิริพร ดันติพูลวินัย, 2538) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.2.2.1 มาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ (Technical or professional standard)

เป็นการกำหนดคุณภาพตามมาตรฐานของวิชาชีพ ซึ่งแบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ

2.2.2.1.1 มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure standard) นั้น เป็นการกำหนดมาตรฐาน โดยคำนึงถึงระบบบริการพยาบาล ได้แก่ ปรัชญา จุดประสงค์ นโยบายการปฏิบัติงาน รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ อาคารสถานที่ ตลอดจนแหล่งช่วยเหลือทางด้านความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งการวางแผน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ การกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างนี้จะมุ่งประสิทธิภาพ คือบรรลุเป้าประสงค์ตามที่วางไว้ และประสิทธิผล คือประหยัดในแง่การใช้แรงงาน เวลา งบประมาณ และทรัพยากรต่าง ๆ

2.2.2.1.2 มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process standard) เป็นกิจกรรมที่ครอบคลุมแผนของการปฏิบัติงาน โดยบอกวิธีปฏิบัติอย่างละเอียด ระบุกิจกรรมที่พึงประสงค์และที่ไม่ควรปฏิบัติ ทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกเห็นได้ชัดเจน และพฤติกรรมที่ไม่แสดงออก เช่น การตัดสินใจที่รวดเร็ว เจียบขาด ทันต่อเหตุการณ์ รวมถึงคุณภาพของการติดต่อสื่อสารและบันทึกด้วย

2.2.2.1.3 มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome standard) เป็นกิจกรรมที่ตั้งไว้เป็นบรรทัดฐาน บ่งชี้พฤติกรรมที่มีลักษณะเจาะจงของผู้ให้บริการ ตามที่คาดหวังภายหลังได้ใช้บริการแล้ว

2.2.2.2 มาตรฐานเชิงการรับรู้หรือเชิงการแสดงออก (Expressive standard) เป็นการกำหนดคุณภาพตามความเห็นและความรู้สึกของผู้ให้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการไม่มีความรู้เรื่องของวิชาชีพ จึงประเมินคุณภาพบริการจากสิ่งที่ได้เห็น สัมผัส และรู้สึกได้ขณะเข้ามาใช้บริการ และการที่จะเกิดคุณภาพบริการนั้นจะคำนึงถึงคุณภาพเชิงวิชาชีพ ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ผู้ประกอบการกำหนดแต่เพียงอย่างเดียวไม่ได้ Kotler (1994) และ Bopp (1990) อธิบายว่า ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีแบบแผนการรับรู้และการประเมินคุณภาพที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ให้บริการจะประเมินคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่ผู้รับบริการไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพ จึงไม่สามารถรับรู้ถึงคุณภาพเชิงวิชาชีพได้ จึงประเมินคุณภาพบริการจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการในขณะที่ให้บริการ ดังนั้น การประเมินเพียงแค่มาตรฐานเชิงวิชาชีพนั้น ผู้รับบริการจึงยังไม่เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ซึ่งจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพเชิงการรับรู้ควบคู่ไปด้วย จึงจะเรียกได้ว่ามีคุณภาพโดยแท้จริง

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับบริการที่คาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการ

2.3.1 บริการที่คาดหวัง

2.3.1.1 ความหมาย

“ความคาดหวัง” ตามพจนานุกรมได้ให้ความหมายไว้คือ เป็นสภาวะทางจิต ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่า ควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะเป็นขึ้น

เด็มดวง เจริญสุข (2532) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า เป็นความคิด ความรู้สึก ความต้องการ หรือความมุ่งหวังของบุคคลที่มีต่อบางอย่าง ซึ่งจะเป็นบุคคล เหตุการณ์ การกระทำ ฯลฯ เป็นการคิดไว้ล่วงหน้า และความคาดหวังจะเป็นไปตามประสบการณ์ของบุคคล

พนิดา คำยุ (2538) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า เป็นความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของบุคคลในการคาดคะเน หรือคาดการณ์ล่วงหน้า ถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ดั่งาม ว่าควรจะมี ควรจะเป็นหรือควรจะเป็นในอนาคตตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ และความคาดหวังนี้จะถูกต้องมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

โดยสรุปความหมายของความคาดหวังก็คือ ความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่าควรจะมี ควรจะเป็น ที่ถูกต้องหรือไม่ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

2.3.1.2 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความคาดหวัง

เนื่องจากบริการไม่มีตัวตน ไม่เหมือนผลิตภัณฑ์ที่ผู้ซื้อสามารถคาดคะเนคุณภาพได้ เมื่อผู้ใช้บริการไม่สามารถคาดคะเนคุณภาพได้ ผู้ใช้บริการจึงเกิดความคาดหวังต่อคุณภาพ การศึกษาของ Parasuraman และคณะ (1990) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความคาดหวังในบริการมี 4 ปัจจัยคือ

1. ความคาดหวังที่เกิดจากคำบอกเล่าปากต่อปาก ซึ่งเป็นคำบอกเล่าที่ได้รับทราบเกี่ยวกับคุณภาพบริการจากเพื่อนญาติพี่น้องหรือคนรู้จัก ซึ่งเคยมาใช้บริการในสถานบริการแห่งนั้นมาแล้ว และได้รับบริการที่ดี จึงทำให้ผู้ฟังเกิดความคาดหวังในบริการที่ได้รับฟังมา

2. ความคาดหวังที่เกิดจากความต้องการส่วนตัวของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นความต้องการของแต่ละบุคคล และมีความแตกต่างกันตามภูมิหลังของบุคคลนั้น เช่น เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา วัฒนธรรม ประเพณี เป็นต้น

3. ความคาดหวังที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต เป็นประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวัง อาจจะเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่เคยได้รับ หรือเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้มาก็ได้

4. ความคาดหวังที่เกิดจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของผู้ให้บริการเป็นข้อมูลข่าวสารที่ได้รับทราบจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลในเรื่องต่างๆ เช่น การมีอุปกรณ์ มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย

2.3.2 การรับรู้คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการ

2.3.2.1 ความหมาย

“การรับรู้” มีผู้ให้ความหมายไว้พอสรุปได้ดังนี้

เทพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ (2529) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการในการเลือกรับ การจัดระเบียบ และการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่บุคคลพบเห็นหรือสัมผัสเกี่ยวข้องด้วยในสิ่งแวดล้อมหนึ่ง ๆ โดยเลือกสนใจเฉพาะสิ่งเร้าที่มีความหมายต่อตนเองมากกว่า การแปลความหมายจะอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม

ไพบูลย์ เทวรักษ์ (2537) กล่าวว่า การรับรู้ คือ กระบวนการตีความสิ่งเร้าจากการรับสัมผัสของอวัยวะสัมผัสต่าง ๆ โดยอาศัยประสบการณ์เดิม หรือการเรียนรู้ และการคิด

สุชา จันท์ธอม (2539) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลมีประสบการณ์กับวัตถุ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัส

จากความหมายข้างต้น พอสรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคล อันเนื่องจากการตีความหรือแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางระบบประสาทสัมผัสของร่างกาย แล้วสมองแปลความหมายของการสัมผัสนั้น และนำไปสู่การรับรู้โดยอาศัยประสบการณ์เดิมในการช่วยเหลือ ตีความ หรือแปลความหมายของสิ่งเร้า นั้น ๆ ซึ่งองค์ประกอบของการรับรู้แต่ละบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ สถานการณ์ ความต้องการและหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคล

ตามที่กล่าวมาแล้วว่า การรับรู้คุณภาพบริการ คือ คุณภาพบริการตามความเห็น และรู้สึกของผู้ใช้บริการ ซึ่งไม่มีความรู้เรื่องของวิชาชีพ (Bopp, 1990) และก่อนเข้าใช้บริการ

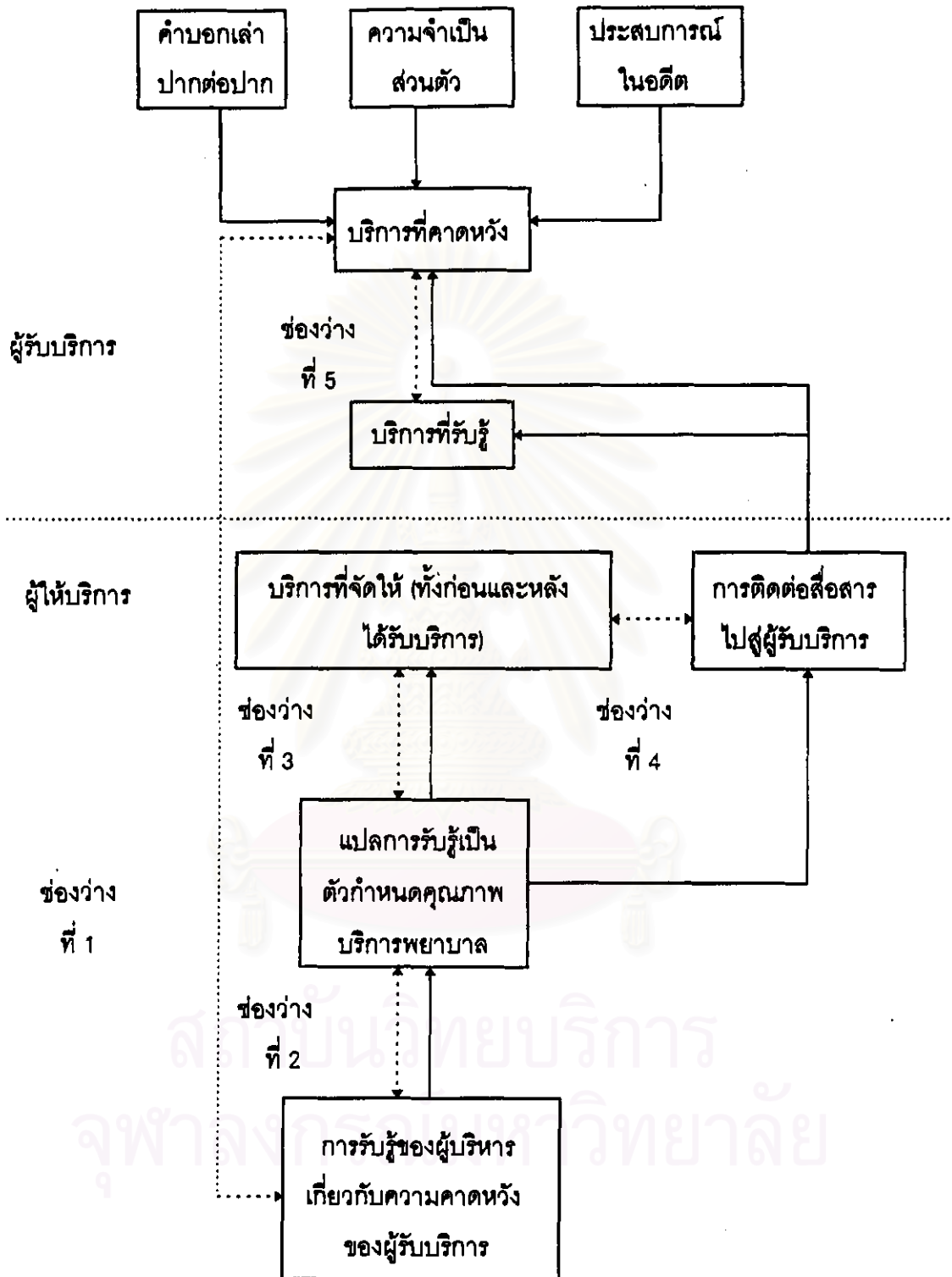
ของโรงพยาบาลก็จะคาดการณ์ล่วงหน้าถึงบริการของโรงพยาบาลที่มีคุณภาพว่า ควรจะมี ควรจะเป็น หรือ ควรจะเกิดขึ้นตามความเหมาะสมต่อสถานภาพ หรือสถานการณ์นั้น ๆ ที่หมายถึง ความคาดหวังคุณภาพบริการโรงพยาบาลของผู้ใช้บริการนั่นเอง

2.3.2.2 เกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการตามการรับรู้

ในปี 1985 Parasuraman และคณะได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบของการบริการที่กล่าวถึงปัจจัยการกำหนดคุณภาพบริการ จากการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการจะใช้เกณฑ์ในการกำหนดคุณภาพบริการ 10 ประการ คือ

1. การให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ (Access)
2. การติดต่อสื่อสาร (Communication)
3. สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence)
4. ความมีอัธยาศัย (Courtesy)
5. ความน่าเชื่อถือ (Credibility)
6. ความไว้วางใจ (Reliability)
7. การตอบสนองผู้รับบริการ (Responsiveness)
8. ความปลอดภัย (Security)
9. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)
10. การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding/Knowing the Customer)

นอกจากข้อค้นพบที่กล่าวมาแล้ว ยังพบข้อมูลที่ทำให้ทราบถึงสาเหตุที่ทำให้บริการไม่ได้คุณภาพและสร้างเป็นรูปแบบจำลองคุณภาพบริการ เรียกสิ่งเหล่านี้ว่าเป็นช่องว่างคุณภาพบริการที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบคุณภาพบริการ (Service quality model)

ที่มา: Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., and Berry, L.L. 1990. *Delivery Quality Service:*

Balancing Customer Perceptions and Expectations. New York: Free Press: 46.

ซึ่งผลการศึกษาค้างนี้พบว่า มีช่องว่างหรืออุปสรรคของคุณภาพบริการพยาบาลอยู่ 5 ประการ ที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าบริการที่ได้รับไม่เป็นไปตามความคาดหวัง คือ

1. ช่องว่างที่ 1 เป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการ (Consumer Expectation) และการรับรู้ของผู้บริหาร (Management Perception) คือ ผู้บริหารไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงและความคาดหวังของผู้รับบริการได้ทั้งหมด จึงจัดบริการตามที่ตนคิดว่าผู้รับบริการต้องการ ทำให้การให้บริการคลาดเคลื่อนไปจากความต้องการอันแท้จริงของผู้รับบริการ

2. ช่องว่างที่ 2 เป็นช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้บริหารเกี่ยวกับความต้องการ และการกำหนดลักษณะของคุณภาพบริการ (Service Quality Specification) คือ ผู้บริหารจะรับรู้ถึงความต้องการของผู้รับบริการถูกต้อง แต่ผู้บริหารไม่ได้เอาใจใส่อย่างจริงจัง เพื่อกำหนดเป้าหมายหรือมาตรฐานของการให้บริการด้วย อาจมีข้อจำกัดต่าง ๆ

3. ช่องว่างที่ 3 เป็นช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพบริการที่ได้กำหนดไว้และบริการที่ให้ (Service Delivery) คือ ผู้บริหารได้กำหนดลักษณะของคุณภาพบริการไว้อย่างชัดเจนแล้ว แต่มีหลายปัจจัยที่มีผลทำให้การให้บริการจริงไม่เป็นไปตามที่ได้กำหนดไว้ ทำให้บริการไม่มีคุณภาพ เช่น บุคลากรไม่มีความสามารถ เครื่องมือเครื่องใช้ที่ไม่ทันสมัย

4. ช่องว่างที่ 4 เป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ให้และการสื่อสารภายนอกให้ผู้รับบริการทราบ (External Communication) การสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการ แต่เมื่อผู้รับบริการมาใช้บริการกลับพบในสิ่งที่ตรงกันข้ามกับความคาดหวังที่ตนจะได้รับ เช่น มีการกำหนดระยะเวลาในการรอตรวจรักษาไว้ให้ทราบ แต่เมื่อมารับบริการกลับพบว่าบริการล่าช้าไปมากจากเวลาที่ได้กำหนดไว้

5. ช่องว่างที่ 5 ช่องว่างระหว่างบริการที่ผู้รับบริการรับรู้ (Perceived Service) และบริการที่ผู้รับบริการคาดหวัง (Expected Service) หมายถึง ผลต่างระหว่างการรับรู้กับความคาดหวังในบริการ หากบริการที่ผู้รับบริการได้รับดีกว่าหรือเท่ากับที่คาดหวังไว้บริการนั้นจะเป็นที่พึงพอใจและประทับใจในบริการ แต่ถ้าบริการที่รับรู้ต่ำกว่าที่คาดหวังไว้ ผู้รับบริการก็จะไม่พึงพอใจในบริการและเป็นบริการที่ไม่ดี

ต่อมาในปี 1988 Parasuraman และคณะได้ปรับปรุงปัจจัยการกำหนดคุณภาพบริการให้เหลือ 5 หมวด คือ

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) การบริการมีความเป็นรูปธรรมสามารถจับต้องสัมผัสได้ง่าย เช่น เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ บุคคล และวัสดุที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร

2. ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ (Reliability) การบริการมีความถูกต้อง แม่นยำ รวมทั้งมีความสม่ำเสมอ
3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที (Responsiveness) ผู้ให้บริการมีความพร้อม และเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการทันทีทันใด
4. ความน่าเชื่อถือได้ (Assurance) บุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อ และมาใช้บริการมากขึ้น
5. การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Empathy) คือ พฤติกรรมการดูแลเอาใจใส่ ที่ผู้ให้บริการมีต่อผู้รับบริการ

2.4 เกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามความคาดหวังของผู้ป่วยใน

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วย โดย พนิดา ดามาพงศ์ และคณะ (2541) ซึ่งเป็นการศึกษานำร่องเกี่ยวกับคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามความคาดหวังของผู้ป่วยใน แบบเจาะลึก (Indepth Interview) ศึกษาด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรัฐและเอกชน จำนวน 72 คน สักัดเนื้อหา และจัดหมวดหมู่ได้ 8 หมวด ดังนี้

2.4.1 ความสะดวกในการใช้บริการ

หมายถึง การที่ผู้ป่วยและญาติได้รับการอำนวยความสะดวกในการมาใช้บริการโรงพยาบาล โดยการให้ผู้ป่วยและญาติเข้าถึงบริการนั้น ผู้ให้บริการจะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะให้บริการ สิ่งที่ต้องอำนวยความสะดวก ได้แก่ ด้านเวลาในการติดต่อขอรับบริการ โรงพยาบาลต้องติดต่อได้ง่าย มีความสะดวก รวดเร็ว ขั้นตอนไม่ซับซ้อน บริการทุกขั้นตอนในจุดเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน รอคอยไม่นาน จากการศึกษาวิจัยของ อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ และรัตนา พิมพ์โกวิท (2528) ได้ศึกษาบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า ผู้ป่วยไม่พึงพอใจที่แพทย์ออกตรวจสาย ทำให้ผู้ป่วยต้องรอคอยนาน ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริระยา สัมมาวาจ (2540) ซึ่งศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาใน หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในความล่าช้า ส่วนในด้านบุคลากรคือ มีพนักงานต้อนรับ และประชาสัมพันธ์คอยอำนวยความสะดวก ให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามได้สะดวกทุกจุดบริการ ตลอดจนการแสดงออกถึงการสนใจกับผู้ป่วย มีความกระตือรือร้น เตรียมข้อมูลให้พร้อมเพื่อการตอบข้อซักถามที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยและญาติขณะรอคอย ซึ่งเป็นการช่วยผ่อนคลายอารมณ์หงุดหงิดของผู้ที่รอคอยได้ (สมชาย เรืองศิริสุนทรณ์, 2538) และจากการศึกษาของ

บังอร พิศวง, สำเร็จ ใจหาญ และ จารวดี คำทอง (2534) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ ต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดสุรินทร์ พบว่า มีข้อเสนอแนะที่ ควรปรับปรุง คือ บริการที่รวดเร็วกว่าเดิม นอกจากนี้ Oberst (1984) ได้ศึกษาวิธีวัดคุณภาพการ บริการและความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า สิ่งที่อำนวยความสะดวกนั้น ประกอบด้วย เวลารอคอย การช่วยอำนวยความสะดวกและการบอก-กล่าวแก่ผู้ป่วย สอดคล้อง กับการศึกษาของ ชัชวาลย์ วีระพันธุ์ และคณะ (2528) ซึ่งศึกษาความรู้ว่าตนเองป่วย การใ้ บริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยกับระบบการส่งต่อในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การเลือกใช้สถาน-พยาบาลในการส่งต่อนั้นคำนึงถึงความสะดวกเป็นสำคัญ

2.4.2 ความเป็นรูปธรรมของบริการ

หมายถึง บริการโรงพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งต้องแสดงให้เห็นผู้ป่วยและ ญาติสามารถคาดคะเนคุณภาพบริการโรงพยาบาลได้ชัดเจนและง่ายขึ้น ในด้านต่าง ๆ เหล่านี้

2.4.2.1 สถานที่ มีการจัดอาคารสถานที่ให้สะอาด เป็นระเบียบ ทันสมัย สวยงาม อากาศโปร่งและถ่ายเทดี มีแสงสว่างเพียงพอ มีสิ่งแวดล้อมที่ร่มรื่นและสวยงาม เช่น การ จัดทำสวนหย่อม ไม้ดอก ไม้ประดับ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ใช้เป็นที่พักผ่อนหย่อนใจ ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของ ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล (Reed and Zuraowski quolid in Fitzpasick Whall, 1983 อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2528) ที่กล่าวว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาด สะดวก สบาย และสวยงามตามความเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น และจากการศึกษาของ สกาวดี ดวงเด่น (2539) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้า หอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังที่สุดด้านหนึ่งคือ อาคารสถานที่ของโรงพยาบาลที่เป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ และสอดคล้องกับ อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์ (2528) ได้ศึกษาความคิดเห็นของ ผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในแผนกอายุรศาสตร์ วชิรพยาบาล พบว่า สภาพภายในตึก อากาศ และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ดี นอกจากนี้จากการศึกษาของ เกศณีย์ ประพุทธพิทยา (2540) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อการบริการพยาบาลของแผนก ผู้ป่วย ในโรงพยาบาลลานนา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในสภาพสิ่งแวดล้อมของ โรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ เอนก สุภินันท์ (2537) ศึกษาเรื่องเปรียบ เทียบความพึงพอใจกับความคาดหวังของผู้ป่วยในแผนกโรคประสาทของโรงพยาบาลประสาท สงขลา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมและสถานที่ และจากการวิจัยของศุนย์วิจัย และบริหารธุรกิจ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530) พบว่า

สาเหตุหนึ่งที่ใช้บริการนิยมเลือกใช้โรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากโรงพยาบาลสะอาด ใต้ง และ เป็นระเบียบ

ส่วนการศึกษาของ ศศิธร พันธุ์เมธิศร์ และคณะ (2537) ศึกษาเรื่อง การบริการพยาบาลที่ต้องการและได้รับจริงของผู้ประกันตนที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ไม่พึงพอใจเนื่องจากสถานที่คับแคบ ร้อยละ 45.8 และสิ่งแวดล้อมไม่ดี ร้อยละ 22.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี ฉายสมบัติ และคณะ (2540) ศึกษาระยะเวลาใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่ จังหวัดภูเก็ต ผลการวิจัยพบว่า ไม่พึงพอใจ เนื่องจากที่นั่งรอตรวจไม่เพียงพอ

นอกจากนี้ ท่าเลที่ตั้งของโรงพยาบาลต้องมีความสะดวกในการเดินทาง การจราจรไม่ติดขัด และมีที่จอดรถเพียงพอ ซึ่งจากการศึกษาของ Lynch and Schuler (1990 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2539) ซึ่งศึกษาแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล นอกจากนี้ ศูนย์การวิจัยและบริการธุรกิจ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530) ศึกษาปัจจัยในการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งก็คือ ท่าเลที่ตั้งที่ดี การคมนาคมสะดวก ที่จอดรถสะดวก

สิ่งหนึ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ การที่มีแผนผัง เครื่องหมาย อักษรวิ่ง หรือป้ายชี้บอกสถานที่เพื่อแนะนำจุดต่าง ๆ ในโรงพยาบาลที่ชัดเจน สวยงาม ภายในหอผู้ป่วยต้องสะอาดอยู่เสมอ สวยงาม เป็นระเบียบ ไม่มีสิ่งรบกวน เช่น กลิ่น เสียง ฝุ่น แมลงหรือสัตว์นำโรคต่าง ๆ จากการศึกษาของ อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์ (2528) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในแผนกอายุรศาสตร์ วชิรพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า สิ่งรบกวนผู้ป่วยมากที่สุดขณะพักอยู่ในตึก คือ ฝุ่น และเสียงรบกวนจากผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สมศิริ ทับแสง (2512) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาลศิริราชและการศึกษาของ สายรุ่ง สมบัติพานิช (2514) ซึ่งศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งผลการวิจัยพบว่า สิ่งรบกวนมากสิ่งหนึ่ง คือ ฝุ่น

2.4.2.2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ที่ใช้ในการให้บริการ ต้องมีความทันสมัย มีคุณภาพ จำนวนเพียงพอ และอยู่ในสภาพพร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ สะดวกและรวดเร็ว นอกจากนี้ยังควรมีอุปกรณ์ เครื่องใช้และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เช่น แก้วน้ำ เก้าอี้ โทรทัศน์ โทรศัพท์ ตู้เย็น ตลอดจนเฟอร์นิเจอร์ต้องมีความสะอาดเพียงพอ และอยู่ในสภาพดีตลอดเวลา จากการศึกษาโดยศูนย์วิจัยและบริการธุรกิจ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530) และ Jalvalgi, R.G., และคณะ

(1991 อ้างถึงใน อรรถนุธา มานิตย์, 2540) ซึ่งได้สำรวจพฤติกรรมการเลือกใช้บริการของโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกโรงพยาบาล คือ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้และการศึกษาของ Lynch and Schuler (1990 อ้างถึง พนิดา คำย, 2538) ซึ่งได้ศึกษาวิจัยการประเมินคุณภาพบริการที่เป็นจุดสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้บริการตัดสินใจเลือกมาใช้บริการโดยทำการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือ ห้องพักของผู้ป่วย

2.4.2.3 อาหาร ต้องมีความเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ รสชาติดี ไม่ซ้ำซากจำเจ เย็นชืด และจัดให้สวยงามในภาชนะที่สะอาด และอุปกรณ์เหมาะสม ครบถ้วน มีห้องรับประทานอาหารแก่ผู้ป่วย มีร้านค้าบริการแก่ผู้ป่วยและญาติตลอด 24 ชั่วโมง ในราคายุติธรรม มีน้ำดื่มบริการแก่ผู้ป่วยและญาติทุกจุดบริการ นอกจากนี้ การจัดสิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหารก็เป็นสิ่งสำคัญ อีกประการหนึ่งในการตอบสนองความต้องการอาหารของผู้ป่วย เช่น การจัดสถานที่รับประทานอาหาร การจัดถาดอาหาร เป็นต้น จากการศึกษา ของ Lynch and Schuler (1990 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2539) ศึกษาแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลพบว่า สาเหตุหนึ่งมาจากคุณภาพด้านอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สมทรง พงษ์สุวรรณ, นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์ และบังอร วิตใจบุญ (2541) เรื่อง ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการและพยาบาลต่อการบริการในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่จัดให้ผู้ป่วยไม่นำรับประทาน จัดชนิดอาหารซ้ำ ๆ อาหารควรมีคุณภาพ น้ำดื่มควรต้มสุกก่อนนำมาให้ผู้ป่วยดื่ม

2.4.2.4 บุคลากร ผู้ให้บริการต้องมีบุคลิกลักษณะที่มีสุขภาพ สมบูรณ์ แข็งแรง ยิ้มแย้ม แจ่มใส สุภาพ อ่อนโยน เอื้ออาทรต่อผู้ป่วย มีท่าทีที่สง่างาม มั่นคง ร่างกายสะอาด มีการแต่งกายที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน เครื่องแบบถูกต้อง สะอาด เรียบร้อย จากผลการศึกษาวิจัยของ Bopp K.D. (1990) ที่ศึกษาคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกในสหรัฐอเมริกา ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ Jalvalgi, R.G., และคณะ (1991 อ้างถึงใน อรรถนุธา มานิตย์, 2540) ซึ่งได้สำรวจพฤติกรรมการเลือกใช้บริการของโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกโรงพยาบาลและเห็นว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพก็คือ การมีเจ้าหน้าที่มีมารยาท และพูดจาด้วยถ้อยคำสุภาพ อ่อนโยน

นอกจากนี้ จากการศึกษาวิจัยของ บังอร พิศวง, สำเร็จ ใจหาญ และจารุณี คำทอง (2534) ซึ่งได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่ามีข้อเสนอแนะตามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการว่า

บุคลากรควรมีการพูดจาให้ไพเราะ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสมทรง เฟ็งสุวรรณ, และคณะ (2541) เรื่องความคิดเห็นของผู้ใช้บริการและพยาบาลต่อการบริการในโรงพยาบาลศิริราช ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรมี และทักทายผู้ป่วยตามสมควร

2.4.3 ปฏิสัมพันธ์

หมายถึง กระบวนการของการรับรู้และการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล หรือระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจแสดงออกโดยพฤติกรรมที่เป็นคำพูดหรือพฤติกรรมที่ไม่ใช่คำพูดก็ได้ ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองฝ่ายโดยต่างฝ่ายนำเอาประสบการณ์ในอดีต ความรู้ ความต้องการ และการรับรู้ของตนเองมาแสดงออกซึ่งกันและกัน

กระบวนการปฏิสัมพันธ์ ต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารในการส่งผ่านข้อมูล การติดต่อสื่อสารจะทำให้บุคคลสร้างความรู้สึกรับรู้ร่วมกันในฐานะผู้ให้ข้อมูลฝ่ายหนึ่งและผู้รับข้อมูลอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งการติดต่อสัมพันธ์ (Transaction) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการปฏิสัมพันธ์

การพยาบาลเป็นกระบวนการของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรพยาบาลกับ ผู้รับบริการ ซึ่งทั้งสองฝ่ายจะต้องมีการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อให้ทราบจุดมุ่งหมายและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้มารับบริการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรพยาบาลและผู้ป่วยจะมีคุณภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับแรงกระตุ้นซึ่งอยู่ภายใต้ทัศนคติของบุคลากรพยาบาลที่มีต่อการพยาบาลและการรับรู้ในบทบาทของตนเอง

การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรพยาบาลและผู้ป่วย จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้ามาสู่ระบบของสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีทั้งที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการพยาบาล และไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อการพยาบาล ในส่วนที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการพยาบาลจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมพยาบาลที่บุคลากรพยาบาลพึงปฏิบัติ

โอเรม (Orem) ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลว่า เป็นการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และช่วยเตรียมให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้น เมื่อพยาบาลมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและแสดงพฤติกรรมดังต่อไปนี้คือ

1. ปฏิบัติการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย
2. ให้คำแนะนำปรึกษา สอนผู้ป่วยและญาติ
3. ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น

การช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพ การพูดคุยกับผู้ป่วย เป็นต้น

4. เตรียมบรรยากาศและสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยส่งเสริมการพัฒนาการของบุคคลและให้เขาสามารถช่วยเหลือตนเองได้

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของบุคลากรพยาบาลที่แสดงออกขณะทำการปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นในลักษณะท่าทีที่เป็นมิตร มีความมั่นใจ กระตือรือร้น มีน้ำใจ ให้เกียรติผู้ป่วย มีความเป็นกันเอง สุภาพ อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ มีความอ่อนน้อมถ่อมตน และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และญาติ

จากการศึกษาของ Lynch and Schuler (1990 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2539) ได้ศึกษาแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล พบว่า มาจากมนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jalvalgi R.G., และคณะ (1991 อ้างถึงใน อรรถญา มานิตย์, 2540) ได้วิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการเลือกโรงพยาบาลของประชาชนในสหรัฐอเมริกา พบว่า คุณลักษณะหนึ่งคือ มารยาทและอัธยาศัยที่ดีของเจ้าหน้าที่ และจากการศึกษาของ เอนก สุภรินทร์ (2537) ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจกับความคาดหวังของผู้ป่วยในแผนกโรคประสาทของโรงพยาบาลประสาทสงขลา พบว่า พึงพอใจในด้านมนุษยสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์(2528 อ้างถึงใน อรรถญา มานิตย์, 2540) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในแผนกอายุรศาสตร์ วชิรพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์ดี ในด้านอัธยาศัยดี ยิ้มแย้มแจ่มใส สนใจผู้ป่วย

ส่วนการศึกษาของ อินทิมา ศุภสินธุ์ (2533) ซึ่งศึกษาเรื่อง ตัวแปรคัดสรรกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยไม่พอใจในท่าทีที่ไม่เหมาะสมของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลศรี ศรีสุพรรณ และ มะลิจิตร์ ศิริวัฒนามธานนท์ (2536) ซึ่งศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่า ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในสีหน้า ท่าทาง คำพูดและสายตาของพยาบาลขณะให้บริการ

2.4.4 บริการรักษาพยาบาล

หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ โดยครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ

1. การให้การดูแลรักษาพยาบาล ได้แก่ การดูแลความสะอาดตามความต้องการด้านสุขวิทยาของผู้ป่วยในแต่ละวัน การปฏิบัติพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามอาการแสดงและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การให้เวลาแก่ผู้ป่วย ได้สอนและแนะนำผู้ป่วย และ

ครอบครัวให้ช่วยเหลือดูแลตนเอง ความเหมาะสมกับสภาพของโรค และให้บริการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลมีความรู้ในวิชาชีพ มีความสามารถในการให้การดูแล ต้องรับรู้ในคุณลักษณะเฉพาะและตามความต้องการของบุคคลแต่ละคนที่มาใช้บริการ

2. การป้องกันโรค ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยมีความรู้ถึงปลอดภัย และมั่นใจ ตลอดจนการป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม ลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการพยาบาลที่ผู้ป่วย

3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ ตลอดจนการดูแลตนเองและครอบครัวของผู้ป่วย ส่งเสริมบุคลิกภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพความสามารถของตนเอง ส่งเสริมให้เข้าใจถึงการใช้แหล่งบริการสาธารณสุขให้เป็นประโยชน์

4. ด้านการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันให้มากที่สุด จัดกิจกรรมบำบัดที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันให้มากที่สุด จัดกิจกรรมบำบัดที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย สนองตอบความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความรู้ และการให้คำแนะนำต่าง ๆ

ดังนั้น ในการปฏิบัติการพยาบาล จึงต้องใช้องค์ความรู้ในหลักวิชาการต่าง ๆ มาผสมผสานกันอย่างมีศิลปะ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความพึงพอใจและประทับใจ

จากการวิจัยของ สุวดี ศรีเลนวดี และคณะ (2524) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้มารับบริการต่อบริการพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 500 คน พบว่า ความคิดเห็นต่อบริการพยาบาล โดยส่วนรวมประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดตอบว่า พอใจมาก และจากงานวิจัยของศูนย์การวิจัยและบริการธุรกิจ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530) ซึ่งได้สำรวจพฤติกรรมการใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยเปรียบเทียบสาเหตุที่ทำให้ประชาชนนิยมไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า สาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ โรงพยาบาลเอกชนมีบริการรักษาพยาบาลทุกอย่างรักษาแล้วหายหรืออาการทุเลา สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมไพ ยุติธรรม (2526) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญในกิจกรรมการรักษาพยาบาล และสังเกตอาการมากที่สุด

2.4.5 จริยธรรมของเจ้าหน้าที่

หมายถึง แนวทางหรือระเบียบ กฎเกณฑ์ที่สังคมระบุว่าบุคคลในสังคมนั้นควรกระทำหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมใด ๆ เมื่อบุคคลปฏิบัติตามก็จะได้รับการนิยมชมชอบและยอมรับ (อาภา ยังประดิษฐ์, 2529)

ส่วนประกอบของจริยธรรม

ความเป็นผู้มีจริยธรรมของบุคคลเกิดขึ้นได้จากส่วนประกอบ 3 ประการ สิวลี ศิริไล, 2539) คือ

1. ด้านความรู้ (Moral reasoning) คือ ความเข้าใจในเหตุผลของความถูกต้อง ดีงาม สามารถตัดสินใจแยกความถูกต้องออกจากความไม่ถูกต้องได้ด้วยความคิด
2. ด้านความรู้สึกลึก (Moral attitude and belief) คือ ความพึงพอใจ ศรัทธา เลื่อมใส เกิดความนิยมยินดีที่จะรับ นำจริยธรรมมาเป็นแนวทางประพฤติปฏิบัติ
3. ด้านพฤติกรรมแสดงออก (Moral conduct) คือ พฤติกรรมการกระทำที่บุคคลตั้งใจกระทำถูกหรือผิดในสถานการณ์แวดล้อมต่าง ๆ

คุณลักษณะของจริยธรรม

จากการประชุมทางวิชาการเกี่ยวกับจริยธรรมไทย เรื่องแนวทางการพัฒนาจริยธรรมไทยระหว่างวันที่ 22-27 มกราคม 2523 ได้กล่าวถึง โครงสร้างของคุณลักษณะ จริยธรรมในสังคมไทย ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้ปรับปรุงแล้วไว้ 11 ประการ (สิวลี ศิริไล, 2539)

1. ความรับผิดชอบ หมายถึง ความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความผูกพัน ความพากเพียร และความละเอียด รอบคอบ ยอมรับผลการกระทำนั้นได้
2. ความซื่อสัตย์ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติอย่างเหมาะสม และตรงต่อความเป็นจริง ตรงไปตรงมาทั้งกาย วาจา ใจ ต่อตนเอง และผู้อื่น
3. ความมีเหตุผล หมายถึง ความสามารถในการใช้ปัญญาในการประพฤติปฏิบัติ รู้จักไตร่ตรอง ไม่หลงงมงาย มีความยับยั้งชั่งใจ
4. ความกตัญญูกตเวที หมายถึง ความรู้บุญคุณและแสดงออกที่จะตอบแทนคุณต่อผู้มีบุญคุณ
5. การรักษาระเบียบวินัย หมายถึง การควบคุมการประพฤติปฏิบัติให้ถูกต้องและเหมาะสมกับจรรยาบรรณ ขอบบังคับ ข้อตกลง กฎหมาย และศีลธรรม
6. ความเสียสละ หมายถึง การละความเห็นแก่ตัว การแข่งขัน และควรปฏิบัติด้วยกำลังกาย กำลังทรัพย์ กำลังสติปัญญา

7. ความสามัคคี หมายถึง ความพร้อมเพรียงเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ร่วมมือกันกระทำการให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว
8. การประหยัด หมายถึง การใช้สิ่งทั้งหลายพอเหมาะพอควรให้ได้ ประโยชน์มากที่สุด
9. ความยุติธรรม หมายถึง การปฏิบัติด้วยความเที่ยงตรงสอดคล้องกับความ เป็นจริงและเหตุผล
10. ความอุตสาหะ หมายถึง ความพยายามอย่างเข้มแข็ง เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการทำงาน
11. ความเมตตา กรุณา หมายถึง ความรักใคร่ สงสาร ปราบปรามให้ผู้อื่น พ้นทุกข์ ให้เป็นสุขขึ้น

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ถูกคาดหวังมากในเรื่องจริยธรรม เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ญาติ หรือบุคคลอื่น ๆ (สิวลีศิริไล, 2539) การปฏิบัติงานของพยาบาลที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยคุณค่าของการปฏิบัติทั้งด้านวิชาชีพควบคู่ไปกับคุณค่าทางจริยธรรม คือ ความเมตตา ความอ่อนโยน ความเอื้ออาทร และการตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย สุวดี ศรีเลหวัด และคณะ (2524) ศึกษาความคิดเห็นของผู้มารับบริการต่อบริการพยาบาลในโรงพยาบาลรามธิบดี พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากในด้านมารยาท และความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของพยาบาล ส่วนในการศึกษาของ พรทิพย์ บุญพวง (2527 อ้างถึงใน อภาภ ยั่งประดิษฐ์, 2529) ศึกษาระดับการให้เหตุผลเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษาและแผนกบริการการพยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ในกลุ่มตัวอย่าง 319 คน ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีจริยธรรมเรียงลำดับจากสูงไปหาต่ำดังนี้คือ เมตตากรุณา ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ ความสุภาพอ่อนโยน ความอดทน ความร่วมมือและความสามัคคี ความมีระเบียบ ความเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น และความเสียสละ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bopp (1990) ที่ศึกษาคุณภาพบริการเชิงการแสดงออก พบว่า ตัวประกอบสำคัญคือ ความมีเมตตากรุณา ยอมรับในบุคคล เห็นอกเห็นใจผู้อื่น สุกัญญา โลจนาภิวัฒน์, วัลยา คุปโรปกรณ์พงษ์ และสุชาติ ธิติวรรณ (2526) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วย และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ศึกษาในผู้ป่วย 125 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ความคาดหวัง และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยอย่างมีเค้าโครง 4 ด้านคือ สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน สิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของ

ตน สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อสิทธิของตนทั้งโดยรวมและด้านต่าง ๆ สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.4.6 การให้ความรู้

หมายถึง กระบวนการที่มุ่งให้ข้อเท็จจริงกฎเกณฑ์ต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยด้านสุขภาพอนามัย เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดี สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และปรับตัวได้กับภาวะของโรคที่หลงเหลืออยู่ได้อย่างเป็นสุข อีกทั้งยังสามารถฟื้นฟู ส่งเสริมสภาพร่างกายให้กลับสู่สภาพปกติมากที่สุด (ยุณี พงศ์จตุรวิทย์, 2534)

วิธีการให้ความรู้ในการพยาบาล

วิธีการให้ความรู้ทางการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) ประกอบด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ คือ

1. การสอน (Teaching) วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย หรือผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะกระบวนการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง การสอนจะต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการ ให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเอง

2. การชี้แนะ (Guiding another) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม ในกรณีที่ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้

3. การสนับสนุน (Supporting another) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองได้ดี แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวด หรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบ สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

การสอนผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลที่เพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วยสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยสนับสนุนกิจกรรมการช่วยเหลือตนเอง และลดการกลับมานอนโรงพยาบาลใหม่ได้ (วิภาภรณ์ พานิช, 2540) เนื่องจากพยาบาลต้องใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีมากในแต่ละวัน ทำให้มีเวลาจำกัดในการสอนผู้ป่วย เทคนิค

การสอนจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้พยาบาลประสบความสำเร็จในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังนี้คือ (วิภาภรณ์ พานิช, 2540)

1. สร้างจุดสนใจในการสอนเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยเริ่มจาก
 - 1.1 การใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย
 - 1.2 ใช้ระดับเสียงที่แตกต่างกัน
 - 1.3 ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพ
 - 1.4 พูดให้เห็นเป็นที่ประจักษ์
2. ยึดหลักพื้นฐานของการสอน ในภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ใหม่ จึงเกิดความเครียดและวิตกกังวล ทำให้ไม่ต้องการที่จะรับรู้ใด ๆ ดังนั้น การสอนจึงต้อง สั้น ๆ กระชับ เฉพาะเจาะจง และรูปแบบที่ง่าย ๆ เพื่อให้เข้าใจตรงประเด็นและจำได้
3. สอนในทุก ๆ ที่ที่มีโอกาสเหมาะสม เช่น การสอนร่วมไปกับการให้กิจกรรม การพยาบาลข้างเตียง การสอนพร้อม ๆ กับญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการใช้เอกสาร แผ่นพับ ประกอบเพื่อให้จำได้และควรแนะนำแหล่งความรู้ใกล้บ้าน เช่น ห้องสมุด สถานีอนามัย
4. ใช้สิ่งช่วยเสริมในการสอน เช่น การให้รางวัล การให้ข้อมูลบ่อย ๆ การทำให้ดูเป็นตัวอย่าง เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้เปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีกว่า
5. ทดสอบความเข้าใจหลังจากการสอน คือ การให้ผู้ป่วยทบทวน หรือทำให้ดูเพื่อให้แน่ใจว่าเข้าใจได้ถูกต้อง และให้มีการจดบันทึกไว้
6. การเอาชนะอุปสรรคในการเรียนรู้ ซึ่งมีทั้งลักษณะถาวรและชั่วคราว ในลักษณะถาวร เช่น การที่ผู้ป่วยไม่รู้หนังสือ มีทัศนคติที่ไม่ดี เป็นต้น และในลักษณะชั่วคราว เช่น ความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด ความเครียด เป็นต้น ซึ่งผู้สอนต้องปรับการสอนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลไป

จากการศึกษาของ ศิริวรรณ เจริญ (2520) เกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วย เกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลหลังคลอด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการการสอนและคำแนะนำ ก่อนกลับบ้านมากที่สุด และริชเชอร์ (Risser, 1975) ได้ทำการศึกษาวิจัย โดยสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจมากที่สุดคือการให้คำแนะนำและการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยรู้สึกว่าการพยาบาลให้คำแนะนำหรือคำอธิบายเกี่ยวกับเรื่องเจ็บป่วยน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ สมทรง เฟ่งสุวรรณ, นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์ และบังอร วิตใจบุญ (2541) เรื่องความคิดเห็นของผู้ใช้บริการและพยาบาลต่อการบริการให้ข้อคิดเห็นว่าการให้ข้อมูลไม่ละเอียดควร

อธิบายการดำเนินของโรค ขั้นตอนการรักษาการปฏิบัติตนและแนะนำก่อนกลับบ้านด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ส่วน วิมลศรี ศรีสุพรรณ และ มะลิจิตร์ ศิริวัฒนามธานนท์ (2536) ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่า ผู้รับบริการไม่พึงพอใจในบริการการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของพยาบาล

2.4.7 ความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้

ความน่าเชื่อถือ

หมายถึง ความศรัทธา ความเชื่อถือ ความมั่นใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากการแสดงออกถึงความซื่อสัตย์ ความจริงใจ ความสนใจอย่างแท้จริงของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญมากที่สุดอย่างหนึ่งสำหรับบริการพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเกิดความศรัทธา ความเชื่อถือ ความมั่นใจในบริการที่ได้รับจากบริการพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้บริการอีก (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2538) ในตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยขาดความน่าเชื่อถือ ความศรัทธาในบริการพยาบาล จากการที่ผู้ป่วยพบกิริยาหยาบคาย ก้าวร้าว ในการให้บริการบ่อย ๆ ก็ย่อมทำให้เสื่อมศรัทธา ไม่น่าเชื่อถือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการบริหารงานทำให้เกิดความไม่มั่นใจต่อการรับบริการได้ง่าย รวมทั้งการรอคอยที่ยาวนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง งานเอกสารที่ทำให้ผู้ป่วยต้องรอคอยและต้องกลับมาติดต่อใหม่ ก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายในการรับบริการ ผลกระทบจากการขาดความน่าเชื่อถือ ขาดความศรัทธาในบริการพยาบาล ย่อมมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ประทับใจในบริการ และจะไม่กลับมาใช้บริการอีก ระบบงานบริการพยาบาลที่ดีจะประกันคุณภาพงานได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดความน่าเชื่อถือแก่ผู้ป่วย ดังนั้นต้องมีมาตรฐานการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ และได้รับการปรับปรุงแก้ไขอยู่เสมอ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2538)

ความเชื่อถือของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้บริการ อาจเกิดจากปัจจัยอื่นเสริมอีก เช่น ชื่อของโรงพยาบาล และชื่อเสียงของโรงพยาบาล และบุคลากรต่าง ๆ เป็นต้น

บุคลากรพยาบาลต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นวางใจได้ในบริการพยาบาลที่ได้รับบริการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยต้องมีความถูกต้องตามเทคนิค วิธีการ ถูกต้องตามหลักวิชาการ ถูกต้องตามเวลา ถูกต้องตามบันทึกในบันทึกการพยาบาล บันทึกการรักษาของแพทย์ และมีความถูกต้องตามหลักปรัชญาขององค์การพยาบาล คือ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความเชื่อถือในบริการที่ได้รับอีกด้วย ซึ่งเกิดจากบุคลิกภาพของบุคลากรที่ให้บริการ กล่าวคือ ถ้าบุคลากรผู้ให้บริการพยาบาลมีบุคลิกภาพที่ดี แต่งกายสุภาพ สะอาดเรียบร้อยจะสะท้อนให้ผู้ป่วย เกิดความมั่นใจ เกิดความเชื่อ



ถือในบริการพยาบาลที่ได้รับนั้น (สมชาย กิจยรรยง, 2537 อ้างถึงใน สิริระยา สัมมาวาจ, 2538) จากการศึกษาของ พวงเพชร ชุมศรี (2537) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลต่อความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤติที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแพร์ พบว่า ญาติของผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลและสนใจผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ และได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด อยู่ในระดับมาก ส่วนการศึกษาของ สิริระยา สัมมาวาจ (2540) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจต่อกรบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมรามาธิบดี โรงพยาบาลรามาธิบดี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในความไม่ละเอียดรอบคอบของเจ้าหน้าที่ แต่พึงพอใจในความรู้สึกลอดภัยเมื่อได้รับการพยาบาลและในความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ในระดับมาก

2.4.8 ราคาการรักษาพยาบาล

หมายถึง เครื่องกำหนดมูลค่าในการแลกเปลี่ยนซื้อขายสินค้าและบริการต่าง ๆ ซึ่งการซื้อขายจะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับผู้ซื้อพอใจที่จะจ่าย และผู้ขายก็พอใจที่จะขายในราคาเดียวกัน ซึ่งผู้ขายหรือผู้ให้บริการจะเป็นผู้กำหนดราคา การตั้งราคาที่เหมาะสมจึงต้องพิจารณาจากปัจจัยหลายด้าน เช่น มูลเหตุจูงใจในการซื้อ พฤติกรรมของผู้ซื้อ สภาพการแข่งขัน ตัวบทกฎหมาย บทบาทของรัฐ ต้นทุนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ของสินค้าและบริการ สภาพเศรษฐกิจ จริยธรรมของผู้ป่วย ฯลฯ ดังนั้น ผู้ขายหรือผู้ให้บริการต้องศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มาประกอบในการตัดสินใจ กำหนดราคาสินค้า หรือบริการให้เหมาะสม และเป็นไปตามเงื่อนไข วัตถุประสงค์ และนโยบายของกิจการ (สุดาตวง เรื่องธุรกิจ, 2540)

ราคาเกิดจากการที่สินค้าหรือบริการที่มีอยู่ด้วยความต้องการของมนุษย์มีความไม่สมดุล จึงต้องมีการแข่งขันสินค้าหรือบริการนั้น โดยผ่านกลไกราคา ดังนั้นการกำหนดราคาจึงต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้บริโภคและความคุ้มค่าที่จะได้รับด้วย

ปัจจัยในการกำหนดราคา ได้มีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยในการกำหนดราคาไว้ดังนี้ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, 2539)

1. ปัจจัยภายใน (Internal factors) ประกอบด้วย ปัจจัยภายในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการตั้งราคา ได้แก่ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร ต้นทุน ลักษณะผลิตภัณฑ์ ลักษณะวงจรของผลิตภัณฑ์ การตลาดและการส่งเสริมการขาย

2. ปัจจัยภายนอก (External factors) ประกอบด้วย ความต้องการของผู้บริโภค วัตถุประสงค์และปัจจัยการผลิต ภาวะการแข่งขัน ภาวะเศรษฐกิจ จรรยาบรรณของนักธุรกิจและกฎหมาย

วัตถุประสงค์ในการกำหนดราคา แบ่งเป็น 3 ลักษณะใหญ่ ๆ (กาญจนา บุตรธน, 2536) คือ

1. วัตถุประสงค์ที่มุ่งผลตอบแทนหรือกำไร เป็นสำคัญ
2. วัตถุประสงค์ที่มุ่งรักษาเสถียรภาพของราคาหรือกำไรเป็นการกำหนดราคาให้คงที่ ส่งผลกำไรจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับต้นทุน
3. วัตถุประสงค์ที่ไม่มุ่งกำไร เป็นการกำหนดราคาที่ไม่มุ่งผลกำไร แต่อาจมีวัตถุประสงค์อื่น ๆ เช่น ความต้องการปริมาณลูกค้า การเจาะจงกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อราคา

ธงชัย สันติวงษ์ (2531) กล่าวว่า ราคามีบทบาทสำคัญในการกำหนดและชี้ชะตาความอยู่รอดของธุรกิจ ดังนั้น ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อราคา จึงเป็นจุดที่จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องคำนึงถึงซึ่งได้แก่

1. ความต้องการ (Demand) ราคาสินค้าจะเป็นเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้บริโภคเป็นตัวกำหนดคือ ถ้าความต้องการในสินค้ามีมากราคาจะสูงขึ้น ในทางตรงข้าม ถ้าความต้องการในสินค้ามีน้อยราคาจะต้องมีการปรับลดลง
2. ต้นทุน(Cost) เป็นฐานในการคำนวณราคา เพื่อกำหนดกำไรหรือหาจุดคุ้มทุน
3. คู่แข่งขัน ซึ่งมักมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในด้านการกำหนดราคา
4. กลยุทธ์การส่งเสริมการขาย ราคามักเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการส่งเสริมการขายเสมอเพื่อเพิ่มความสนใจให้แก่ผู้บริโภค

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักในการรับผิดชอบในบริการด้านสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบริการนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2529 อ้างถึงใน กาญจนา บุตรธน, 2536) ซึ่งค่าใช้จ่ายจะประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการลงทุน หมายถึงที่ดิน สิ่งก่อสร้างต่าง ๆ ค่าวัสดุ ครุภัณฑ์ ทางกายภาพในการตรวจรักษา และค่าใช้จ่ายดำเนินการ ซึ่งหมายถึงค่ายา ค่าตรวจรักษา ค่าเลือด ค่าอุปกรณ์และวัสดุเทียมในการรักษาพยาบาล แต่ในการกำหนดราคา ค่ารักษาพยาบาลนั้น จะคิดเฉพาะค่าใช้จ่ายดำเนินการ เนื่องจากการรักษาพยาบาลของรัฐเป็นสวัสดิการที่รัฐให้แก่ประชาชนตามนโยบาย ดังนั้น การกำหนดราคาจึงเป็นแบบไม่มุ่งผลกำไร

จากการศึกษาวิจัยของศูนย์การวิจัยและบริหารธุรกิจคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530) ซึ่งได้สำรวจพฤติกรรมการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกโรงพยาบาลคือ ราคาค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสม จากการศึกษา ของ ชัชวาลย์ วีระพันธุ์ และคณะ (2528) ศึกษาเรื่องความรับรู้ของตนเอง

ป่วย การใช้บริการ สาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยกับระบบการส่งต่อในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยในระบบส่งต่อเลือกใช้บริการสาธารณสุขโดยคำนึงถึง การเดินทางสะดวก เป็นอันดับหนึ่ง อันดับรองคือค่ารักษาพยาบาลเป็นเหตุผลหนึ่งเช่นกัน และ จากการศึกษารายงานของ Aday and Anderson (1970 อ้างถึงใน อรรถนฤมาณี, 2540) ศึกษาความ พึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า เรื่องที่ประชาชนไม่พึงพอใจมาก ที่สุดคือ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ

3. งานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาของ พนิดา ดามาพงศ์ (2520) ซึ่งได้ศึกษา เรื่องความคิดเห็นของผู้ป่วย และพยาบาลต่องิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ใน กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาใน ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ จำนวน 100 คน และพยาบาลที่ให้การ ดูแลผู้ป่วย จำนวน 100 คน ในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี และ โรงพยาบาลเลิดสิน กิจกรรมการพยาบาลแบ่งเป็น 4 หมวด คือ หมวดร่างกาย หมวดจิตใจ และ สังคม หมวดการสังเกต รายงาน การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และการให้สุขศึกษา และ หมวดการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลมีความคิดเห็นตรงกัน ว่า กิจกรรมการพยาบาลหมวดการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านมีความสำคัญเป็นอันดับ 1 รองลงมา คือ หมวดการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ หมวดจิตใจและสังคม และหมวดร่างกาย ตามลำดับ ผู้ป่วยและพยาบาลมีความคิดเห็นตรงกันว่ากิจกรรมการให้การพยาบาลอย่างรอบคอบ ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความสำคัญเป็นอันดับ 1 และเมื่อนำไปทดสอบความเป็น อิสระต่อกัน พบว่ามีสหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง และปฏิเสธความเป็นอิสระต่อกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และเมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างด้านความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลพบว่า โดย ส่วนรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อำไพ ยุติธรรม (2526) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาลตาม ความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการ พยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาลโดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีขีดความสามารถจำกัดในการช่วยเหลือตน เองในกิจวัตรประจำวันที่ได้รับไว้ในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดีกับพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยดังกล่าว ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2526 จำนวน 50 คู่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญในกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและ การสังเกตอาการมากที่สุด รองลงมาคือ กิจกรรมเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการทางด้าน

จิตใจ อารมณ์ และสังคม และกิจกรรมเกี่ยวกับการให้สุศึกษา ตามลำดับ สำหรับพยาบาลให้ ความสำคัญในกิจกรรมเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม มากที่สุด รองลงมาคือ กิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การสังเกตอาการ การให้สุศึกษา และกิจกรรมการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายในกิจวัตรประจำวัน ตามลำดับ

Kovner, A.R. and Smiths, H.L. (Kovner and Smits, 1978 quoted in Bopp D. Kenneth, 1990) ได้ศึกษาพบว่า ผู้รับบริการพยาบาลไม่มีความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ทางการพยาบาลที่จะประเมิน คุณภาพเชิงวิชาชีพ ดังนั้นผู้รับบริการพยาบาลจึงประเมินคุณภาพบริการพยาบาลใน 2 ลักษณะ ด้วยกันคือ ประเมินคุณภาพในขณะที่ตนมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลผู้ให้บริการ และประเมิน คุณภาพจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้ง 2 อย่างนี้ พยาบาลให้ความสำคัญน้อยมาก

ส่วน Eriksen R. Lillian (1987) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพเชิงกระบวนการกับคุณภาพบริการ พยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผลการวิจัยพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

และ Bopp D. Kenneth (1990) ได้ศึกษาคุณภาพบริการเชิงการแสดงออก (Expression Quality) ในโรงพยาบาลขนาด 394 เตียง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมาจากแผนกอายุรกรรม คัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม ผิวหนัง พุ คอ จมูก และเด็ก จำนวน 453 คน เครื่องมือเป็นแบบ สอบถาม พบว่า ในการให้บริการแก่ผู้รับบริการนั้น ผู้ให้บริการมักให้ความสำคัญแก่คุณภาพ เชิงการแสดงออกน้อยกว่าผู้ป่วย

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2528) ศึกษาความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับ ความเป็นจริงของผู้ป่วยและพยาบาลในโรงพยาบาลรามธิบดี ในแผนกคัลยกรรม อายุรกรรม จักษุ โสต คอ นาสิก และสูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 400 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นใน กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจริงต่ำกว่าที่คาดหวังจะได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เต็มดวง เจริญสุข (2532 อ้างถึงใน พนิดา คำย, 2538) ซึ่งศึกษา เกี่ยวกับการเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลตามความคาดหวังกับความเป็นจริงของผู้คลอด และพยาบาล

สุกัญญา โลงนาวิวัฒน์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังต่อ สิทธิของผู้ป่วย และได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ศึกษาในผู้ป่วย 125 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความคาดหวัง และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพ ในสิทธิของผู้ป่วยอย่างมีเค้าโครง 4 ด้านคือ สิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน

สิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของตน สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อสิทธิของตนทั้งโดยรวม และด้านต่าง ๆ สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ลาวัลย์ สมบูรณ์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการักษาพยาบาลตามความคาดหวังและกิจกรรมการักษาพยาบาลตามความเป็นจริงของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดทั้งในรายคลอดปกติ และคลอดผิดปกติ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสูติกรรม 2, 3 และ 4 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนธันวาคม 2534 ถึงเดือนมกราคม 2535 จำนวน 305 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการักษาพยาบาลตามความคาดหวังกับกิจกรรมการักษาพยาบาลตามความเป็นจริงโดยส่วนรวม

สุภา เบญจพร และคณะ (2538) ได้ศึกษาความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยสามัญ ที่รอเข้ารับการ ผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น แผนกศัลยศาสตร์ จำนวน 40 คน แผนกสูติ-นรีเวชกรรม 20 คน แผนกโสต คอ นาสิก 20 คน และแผนกศัลยกรรมกระดูก 20 คน รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด มีความคาดหวังในกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยผู้ป่วยต้องการให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดให้บริการแก่ ผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แต่จากความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติจริงจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดแล้วพบว่ายังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดีเท่าที่ควรและเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังสูงกว่าความเป็นจริงในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

เอนก สุภีรพันธ์ (2537) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจกับความคาดหวังของผู้ป่วยในแผนกโรคระบบประสาทของโรงพยาบาลประสาทสงขลา โดยทำการศึกษากับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนในหอผู้ป่วยโรคระบบประสาทวิทยา ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี ได้ตอบรู้เรื่อง จำนวน 60 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจที่เป็นจริงกับความคาดหวัง พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมและสถานที่ ด้านคุณภาพการบริการ ด้านมนุษยสัมพันธ์ ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจแตกต่างจากความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจในระดับดีมาก

ด้านความสะดวก และการได้รับการช่วยเหลือดูแลอุปกรณ์การรักษา ด้านการประสานงานและข้อมูลที่ได้รับพบว่าความพึงพอใจที่เป็นจริงไม่แตกต่างจากความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

พนิดา คำย (2538) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล และการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลอยู่ในระดับมากทุกหมวด ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การสื่อสาร สมรรถนะของพยาบาล ความมีอัธยาศัยไมตรี ความน่าเชื่อถือ ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ความมั่นคงปลอดภัย ความเป็นรูปธรรมของบริการ และการเข้าใจและรู้จักผู้ป่วย ส่วนการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ในหมวด ความน่าเชื่อถือและความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ และอยู่ในระดับมากในหมวดการเข้าถึงบริการ การสื่อสาร สมรรถนะของพยาบาล ความมีอัธยาศัยไมตรี การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ความมั่นคงปลอดภัย ความเป็นรูปธรรมของบริการ และการเข้าใจและรู้จักผู้ป่วย และคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า การรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล สูงกว่าคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล

สกวดี ดวงเด่น (2539) ศึกษาเรื่อง การศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง และที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง และที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย อยู่ในระดับเดียวกัน คือ ระดับมาก คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง และที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยมากกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวัง ในหมวดการให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ หมวดการติดต่อสื่อสาร หมวดความมีอัธยาศัย หมวดความน่าเชื่อถือ หมวดความปลอดภัย และหมวดการเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ ยกเว้นหมวดความเป็นรูปธรรมของบริการ พบว่า พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยน้อยกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวัง และพบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยให้อันดับความสำคัญแก่คุณภาพบริการพยาบาลตรงกัน ในหมวดความไว้วางใจ หมวดการให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ และหมวดการเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ ส่วนหมวดที่ผู้ป่วยและพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยให้อันดับความสำคัญไม่ตรงกัน คือ หมวดความเป็นรูปธรรมของบริการ หมวดสมรรถนะ

ของพยาบาล หมวดความปลอดภัย หมวดความน่าเชื่อถือ หมวดการตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที หมวดการติดต่อสื่อสาร และหมวดความมีธรรมาภิบาล

วาริ วณิชปัญจพล (2539) ศึกษาเรื่อง ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลและการรับรู้ของผู้บริการพยาบาลต่อความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคาดหวัง และที่ผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน อยู่ในระดับเดียวกันคือ ระดับมาก การเปรียบเทียบบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยนอกคาดหวัง และที่ผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยนอกพบว่า ส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า ผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยนอกมากกว่าที่ผู้ป่วยนอกคาดหวัง ส่วนบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยในคาดหวัง และที่ผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยในพบว่า ทุกมาตรฐานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า ผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยในมากกว่าที่ผู้ป่วยในคาดหวัง การให้อันดับที่แก่บริการพยาบาล ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลให้อันดับที่แก่บริการพยาบาลตรงกันทุกมาตรฐาน และการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ เมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังต่อบริการกับการรับรู้บริการภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับบริการแล้ว พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยคะแนนความคาดหวังต่อบริการสูงกว่าการรับรู้บริการ เมื่อนำค่าเฉลี่ยความคาดหวังบริการไปลบด้วยค่าเฉลี่ยการรับรู้บริการ พบว่า การรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยนอกมีค่าเป็นลบ มีความไม่พึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกมาตรฐาน ส่วนการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในมีค่าเป็นลบ มีความไม่พึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางทุกมาตรฐาน

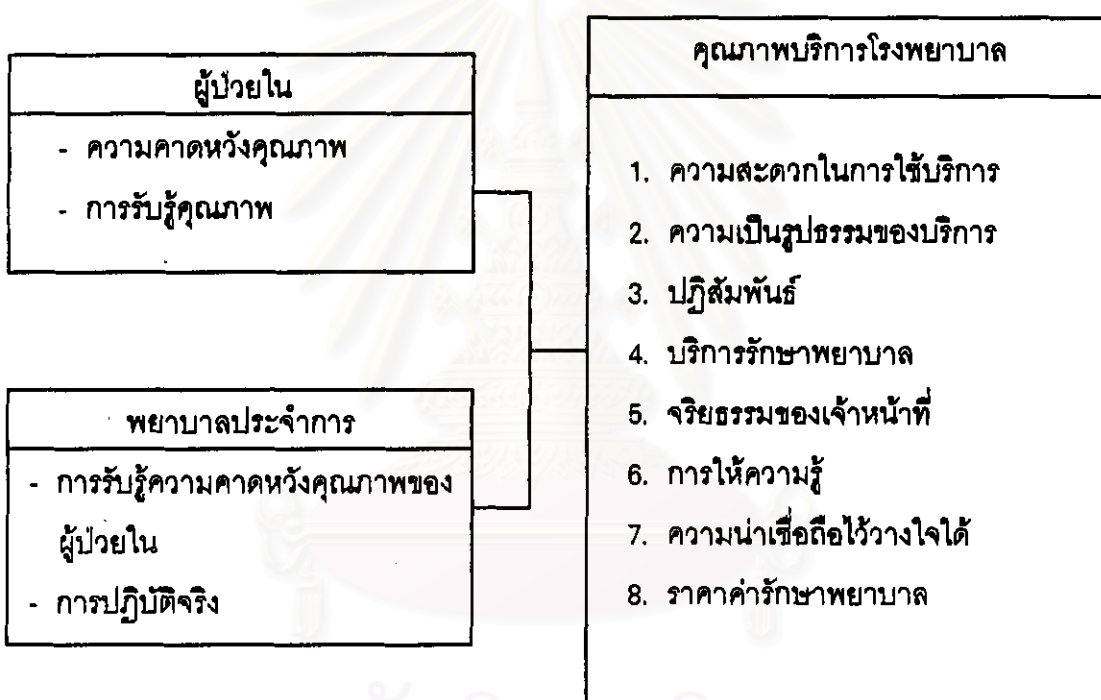
และ พัชรี ทองแม่ (2540) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนเขต 2 ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนดีเด่น และโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ไม่พึงพอใจ และพบว่า คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนดีเด่น และโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปโดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปมีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนดีเด่น

เมื่อผู้ใช้บริการเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลย่อมคาดหวังว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของตน จากการทบทวน ศึกษางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ดังได้กล่าวมาแล้ว จึงได้ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติจริงของพยาบาลประจำการตามความ-

คาดหวังคุณภาพบริการโรงพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคกลาง โดยใช้แนวคิดจากการศึกษาของ พนิดา ดามาพงศ์ และคณะ (2541)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย