

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาล ได้รับความสนใจจากกลุ่มนักวิจัยทางการพยาบาลมาเกือบถึงศตวรรษแล้ว นับแต่ปี ค.ศ. 1957 เป็นต้นมา โดยในระยะแรก ๆ เป็นการศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่วัดจากความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่วัดความพึงพอใจจากการรับรู้ของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่วัดความพึงพอใจจากการรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า การวัดความพึงพอใจจากการรับรู้ของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ยังไม่เพียงพอสำหรับการวัดคุณภาพบริการ จึงมีผู้คิดนำเอาความคาดหวังมาเปรียบเทียบกับ การรับรู้ของผู้ป่วยทั้งนี้เนื่องจากความคาดหวังเป็นสิ่งที่แสดงถึงความปรารถนา และความต้องการที่มากกว่าการรับรู้ การเปรียบเทียบความรู้สึกจึงเกิดขึ้นเมื่อเข้าใช้บริการจริง ดังนั้นภายใต้สภาวะของการบริการจากจุดบริการเดียวกัน ระดับของความพึงพอใจจึงแตกต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับระดับความคาดหวังที่มีอยู่เดิมของแต่ละคน คุณภาพบริการที่ประเมินออกมาจึงแตกต่างกัน เครื่องมือหนึ่งที่ใช้วัดคุณภาพบริการตามแนวคิดดังกล่าวมีชื่อว่า SERVQUAL สร้างโดย Parasuraman, Zeithaml และ Berry (1983 - 1990) ซึ่งนอกจากจะได้สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพบริการแล้ว ยังได้สร้างรูปแบบคุณภาพบริการ ที่ใช้อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้บริการไม่ได้คุณภาพอีกด้วย ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดคุณภาพบริการและรูปแบบคุณภาพบริการของ Parasuraman และคณะ, (1983 - 1990) มาศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้บริการพยาบาลไม่ได้คุณภาพ และนำเครื่องมือ SERVQUAL มาศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ประกันตนรับรู้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว และศึกษาตัวแปรที่พยากรณ์คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ประกันตนรับรู้

สำหรับการศึกษาทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการและการจัดการด้านคุณภาพบริการ ผู้วิจัยได้สรุปสาระสำคัญตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ความเป็นมาของการศึกษาคุณภาพบริการและการจัดการด้านคุณภาพบริการ
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการและการจัดการด้านคุณภาพบริการ
3. การวัดคุณภาพบริการพยาบาลและการจัดการด้านคุณภาพบริการพยาบาล
4. คุณภาพบริการพยาบาลและการจัดบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ประกันตน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรการจัดการด้านคุณภาพบริการและคุณภาพบริการ

## 1. ความเป็นมาของการศึกษาคุณภาพบริการและการจัดการด้านคุณภาพบริการ

Parasuraman Zeithaml และ Berry (1983- 1990) เป็นผู้ที่สนใจทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับบริการ และการจัดการคุณภาพบริการมาตั้งแต่ปี 1980 ในขณะที่ Parasuraman และคณะ เริ่มทำการศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้องนั้นยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องคุณภาพบริการมากนัก (Parasuraman et al, 1990) ตรงข้ามกลับพบแต่วรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของสินค้าที่มีผู้ทำการศึกษามากมาย ซึ่งทำให้สามารถเข้าใจถึงความหมายและคุณลักษณะสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของสินค้าได้อย่างชัดเจน แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการทำความเข้าใจในคุณภาพบริการเนื่องจากสินค้าและบริการมีความแตกต่างกันตามลักษณะพื้นฐาน 3 ประการ คือการผลิต การบริโภค และการประเมินผล จึงทำให้บริการมีคุณสมบัติสำคัญแตกต่างจากสินค้า 4 ประการ คือ บริการไม่มีตัวตน มีความหลากหลายในตัวเอง ไม่สามารถแบ่งแยกได้ และไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ (Parasuraman et al ,1990; Kotler, 1990; Fitzsimmons, 1994; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2537)

1. บริการไม่มีตัวตน (Intangibility) หมายถึง บริการเป็นนามธรรมผลลัพธ์ออกมาในรูปของผลงาน (Performance) มิใช่ตัวสินค้า(Product) จึงมีอาจจับต้องหรือมองเห็นได้ จะนับวัด หรือนำมาทดสอบโดยตรงไม่ได้ ทำให้ยากแก่การประเมิน และตรวจสอบคุณภาพ
2. บริการมีความหลากหลายในตัวเอง (Variability or heterogenicity) หมายถึง คุณภาพบริการ อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเปลี่ยนผู้ให้บริการ เปลี่ยนผู้รับบริการหรือแม้แต่เปลี่ยน เวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม ทำให้ความสม่ำเสมอ (Consistency) เกิดขึ้นได้ยาก สิ่งที่ผู้ให้บริการต้องการให้อาจจะไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้รับได้รับ เนื่องจากการรับรู้ (Perception) หรือความเข้าใจไม่ตรงกัน
3. บริการไม่สามารถแบ่งแยกได้ (Inseparability) หมายถึง การผลิต การส่งมอบ และการบริโภคบริการจะเกิดขึ้นพร้อมกัน ผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่างมากในกระบวนการผลิตบริการ จึงมีบทบาทอย่างสำคัญในการผลิตบริการให้มีคุณภาพ และมักต้องเข้าไปเกี่ยวข้องโดยตรงกับบุคลากรของหน่วยงานที่ให้บริการเป็นจำนวนมาก
4. บริการไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ (Perishability) หมายถึง การผลิต และ การส่งมอบบริการเกิดขึ้นพร้อมกัน จึงไม่สามารถผลิตไว้ล่วงหน้าแล้วเก็บรักษาไว้ เพื่อส่งมอบหรือจำหน่ายภายหลังได้เหมือนสินค้า ดังนั้นเมื่อมีการจัดสรรทรัพยากร และเตรียมความสามารถในการผลิตบริการไว้เช่น การว่าจ้างบุคลากร การจัดซื้ออุปกรณ์ต่างๆ การจัดเตรียมสถานที่ แล้วถึงเวลาไม่มีผู้มารับบริการหรือผู้มารับบริการมีจำนวนไม่มากพอ ทำให้ทรัพยากรที่ใช้ไปนั้นจะสูญเปล่า เช่น การที่โรงพยาบาลมีห้องพักรักษา การที่ไม่มีผู้ป่วยมารับบริการตรวจโลหิตทั้งที่มีอุปกรณ์ เป็นต้น

สถานการณ์เช่นนี้ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่มีงานและไม่ทำให้เกิดผลผลิต (No productivity) การควบคุมประสิทธิภาพของการให้บริการจึงทำได้ยากกว่าการผลิตสินค้า

ด้วยเหตุนี้ Parasuraman และคณะ จึงให้ความสนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพบริการ และค้นหาคำตอบจากคำถามสำคัญ 3 ประการต่อไปนี้

1. คุณภาพบริการคืออะไร
2. สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาคุณภาพบริการคืออะไร
3. องค์กรสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และจัดการให้เกิดคุณภาพบริการได้อย่างไร

ในปี 1983 Parasuraman และ คณะ จึงเริ่มต้นทำการวิจัยด้วยการค้นหาคำตอบของข้อคำถาม 3 ประการข้างต้น โดยร่วมกันทำการวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory Research) เกี่ยวกับคุณภาพบริการ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยทางการตลาด MSI (Marketing Science Institute) ใช้เวลาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ถึง 7 ปี (1983 - 1990) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในกลุ่มผู้รับบริการและผู้ให้บริการของบริษัทชั้นนำหลายแห่งและนำผลที่ได้มาใช้ในการพัฒนารูปแบบของคุณภาพบริการในระยะต่อมา

ระยะที่ 2 ศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ โดยมุ่งศึกษาที่ผู้รับบริการโดยเฉพาะ ใช้รูปแบบคุณภาพบริการที่ได้จากระยะที่ 1 มาทำการปรับปรุงด้วยวิธีการวิจัย ได้เครื่องมือที่วัดคุณภาพบริการที่เรียกว่า SERVQUAL และปรับปรุงเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินคุณภาพบริการตามการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการ

ระยะที่ 3 ศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์เหมือนในระยะที่ 2 แต่ครั้งนี้มุ่งศึกษาที่ผู้ให้บริการ ซึ่งมีการดำเนินงานหลายขั้นตอน เริ่มต้นด้วยการทำวิจัยในสำนักงาน 89 แห่งของ 5 บริษัทชั้นนำในการบริการแล้วนำงานวิจัยทั้ง 3 ระยะมาศึกษาร่วมกัน โดยการทำสนทนากลุ่มผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารและสุดท้ายทำการวิจัยสำรวจในทุก ๆ กลุ่มอีกครั้งใน 6 งานบริการ ได้แก่ งานบริการซ่อมบำรุง งานบริการบัตรเครดิต งานบริการประกัน งานบริการโทรศัพท์ทางไกล งานบริการธนาคารสาขาย่อย และงานบริการนายหน้าซื้อขาย

ระยะที่ 4 มุ่งศึกษาที่ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ

Parasuraman และ คณะ ได้นำการศึกษาวิจัยทั้ง 4 ระยะนี้ สร้างเป็นรูปแบบจำลองคุณภาพบริการซึ่งสามารถนำมาทดสอบความสัมพันธ์ของรูปแบบในเชิงปริมาณ หรือใช้ทำนายคุณภาพบริการ

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการและการจัดการด้านคุณภาพบริการ

ในปี ค.ศ.1983 Parasuraman, Zeithaml และ Berry นักวิชาการ นักวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิทางการตลาดที่มีชื่อเสียงของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้นำแนวคิดทางการตลาดมาเป็นแนวทางในการศึกษาคุณภาพบริการ หลักสำคัญของแนวคิดทางการตลาดที่ Parasuraman และคณะ นำมาประยุกต์ใช้กับคุณภาพบริการคือการให้ความสำคัญและยึดถือความต้องการของผู้รับบริการเป็นบรรทัดฐานในการวางแผนและการดำเนินการบริการ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับ Kotler นักการตลาดที่มีชื่อเสียงอีกท่านหนึ่ง ที่ได้ให้คำจำกัดความการตลาด (Marketing) ว่าเป็นกระบวนการทางสังคมและการจัดการโดยบุคคลและกลุ่มเพื่อให้ได้รับสิ่งที่จำเป็นและต้องการ โดยผ่านการสร้างสรรค์ การเสนอและแลกเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ที่มีคุณค่ากับผู้อื่น โดยถือว่าในทัศนทางการตลาดเป็นกฎเกณฑ์สำคัญในการบรรลุจุดหมาย นั่นคือการกำหนดความจำเป็น (needs) และความต้องการ(wants) ของกลุ่มเป้าหมายทางการตลาด และทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับความพึงพอใจอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าคู่แข่ง (Kotler, 1994 อ้างใน พนิดา ดามาพงศ์, 2538)

นอกจากนี้ Slater และ Narver (1995) ได้ชี้ให้เห็นถึงคุณประโยชน์ของการนำเอาการตลาดมาใช้ในองค์กร โดยเฉพาะงานบริการในยุคที่มีการแข่งขันสูง ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ

1. การตลาดเป็นการรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับความต้องการของกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย (Target-customers'needs) รวมทั้งศักยภาพของคู่แข่ง
2. การนำข้อมูลที่รวบรวมมาใช้ในการจัดบริการ สามารถสร้างความศรัทธาของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการที่องค์กรจัดให้มากขึ้น

จากการศึกษาวิจัยของ Parasuraman และคณะ ในครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อค้นพบที่สามารถตอบคำถามข้อที่ 1 ได้ดังนี้

1. ความหมายของคำว่า "คุณภาพบริการ" (Service quality) จากประสบการณ์ที่คล้ายกันทั้งในแง่ดีและแง่ร้าย ของผู้รับบริการในทุก ๆ กลุ่ม พบว่าคุณภาพบริการจะมีค่าสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับว่าผู้รับบริการรับรู้ต่อบริการที่ได้รับเป็นอย่างไร ตรงกับที่คาดหวังไว้หรือไม่ ดังนั้น คำว่า "คุณภาพบริการ" จึงหมายถึงคุณภาพบริการตามการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการซึ่งให้คำจำกัดความได้ว่า หมายถึง การรับรู้ต่อบริการที่จัดให้ว่าสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้เป็นไปตามความคาดหวังได้มากน้อยเพียงไร ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการได้แก่การพูดปากต่อปาก(Word-of-mouth communication) ความต้องการ

ส่วนบุคคล (Personal need) ประสบการณ์ในอดีต (Past experience) และการโฆษณาประชาสัมพันธ์จากผู้ให้บริการ (External communication)

2. เกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการ (Dimensions of service quality) ตามที่ผู้รับบริการประเมิน ประกอบด้วยเกณฑ์ต่างๆ 10 ด้าน ได้แก่

2.1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ อุปกรณ์ บุคลากร และ วัสดุการติดต่อสื่อสาร

2.2 ความเชื่อมั่นวางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการตามสัญญาที่ให้ไว้ และมีความน่าเชื่อถือ

2.3 การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความยินดีที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการ และพร้อมที่จะให้บริการได้ทันที

2.4 สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence) หมายถึง การมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงาน

2.5 ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy) หมายถึง ความสุภาพอ่อนโยน ให้เกียรติมีน้ำใจ และเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ

2.6 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความน่าเชื่อถือ ซึ่งเกิดจากความซื่อสัตย์ ความจริงใจของผู้ให้บริการ

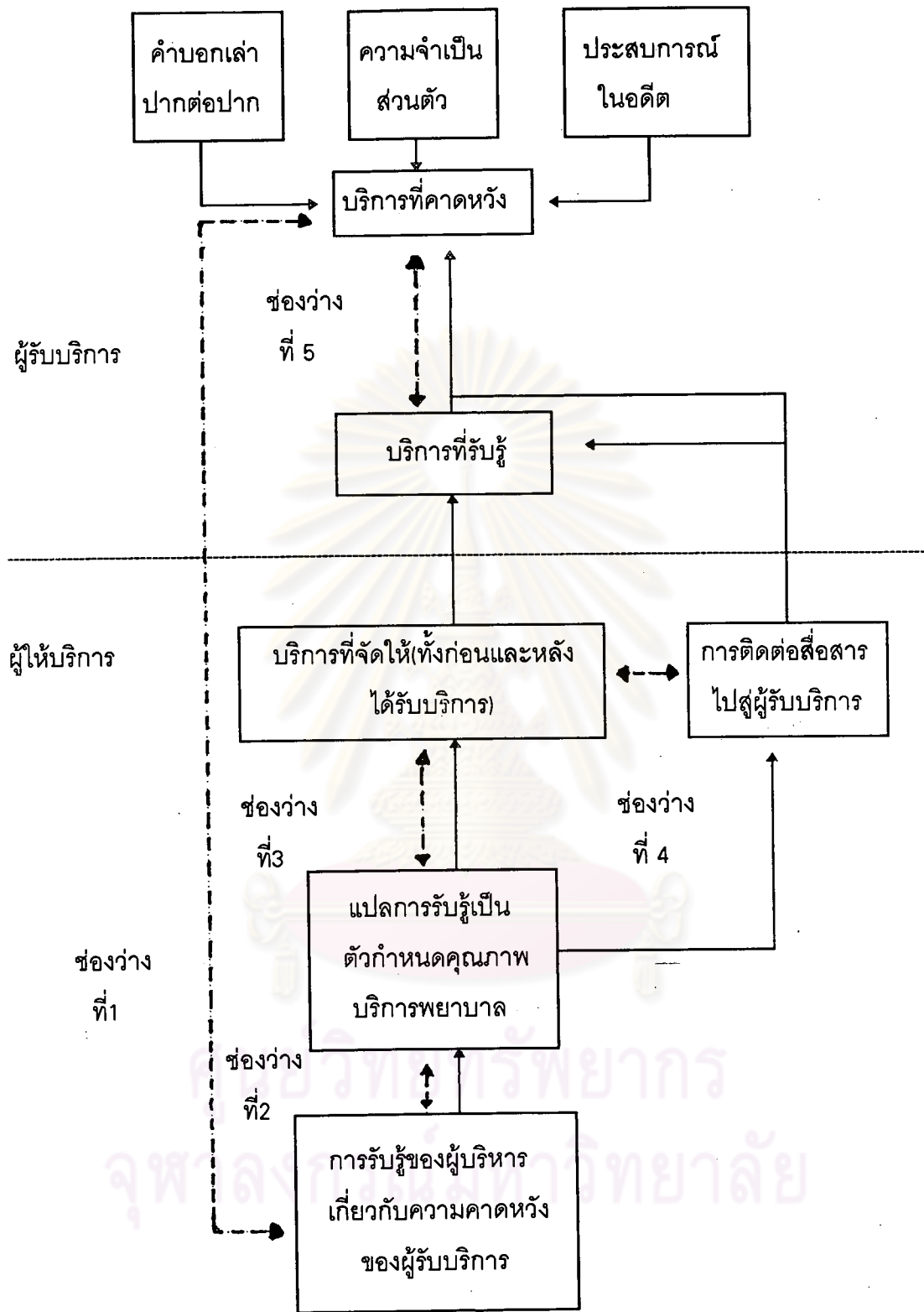
2.7 ความมั่นคงปลอดภัย (Security) หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน ชื่อเสียง การปราศจากความรู้สึกเสี่ยงอันตราย และข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งการรักษาความลับของผู้รับบริการ

2.8 การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใช้บริการได้ง่าย ได้รับความสะดวกในการติดต่อ

2.9 การติดต่อสื่อสาร (communication) หมายถึง การให้ข้อมูลด้านต่าง ๆ แก่ผู้รับบริการ ใช้การสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจ และรับฟังเรื่องราวที่ผู้รับบริการร้องทุกข์

2.10 การเข้าใจ และรู้จักผู้รับบริการ (Understanding the customer) หมายถึง การทำความเข้าใจ และรู้จักผู้รับบริการ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการของตน

นอกจากข้อค้นพบที่กล่าวมาแล้ว ยังพบข้อมูลที่ทำให้ทราบถึงสาเหตุที่ทำให้บริการไม่ได้คุณภาพและสร้างเป็นรูปแบบจำลองคุณภาพบริการ เรียกสิ่งเหล่านี้ว่าเป็น ช่องว่างคุณภาพบริการที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ 5 ช่องดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบคุณภาพบริการ (Service quality model)

ที่มา Parasuraman, Zeithaml & Barry.1988.Communication and control processes in the delivery of service quality. Journal of Marketing 52 (April):36

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้รับบริการ ที่ได้ทำในระยะที่ 4 ทำให้เห็นว่าการจัดบริการที่มีคุณภาพสูง หรือที่เรียกว่า “การจัดการด้านคุณภาพบริการ” (Service Quality Management) หมายถึงการทำให้เกิดความสมดุลระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งจะทำให้ช่องว่างคุณภาพบริการนี้ปิดลง(Close Gaps) ผลจากการวิจัยแสดงให้เห็นว่าช่องว่างหรืออุปสรรคของการให้บริการที่ไม่มีคุณภาพอยู่ที่ขั้นตอนใดและเกิดขึ้นได้อย่างไร ความพยายามในการที่จะแก้ปัญหาการให้บริการที่ไม่มีคุณภาพขององค์กร ทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหาบริการที่เกิดขึ้นดังที่เห็นในแผนภูมิที่ 1 ช่องว่างที่ 1 ถึงช่องว่างที่ 4 เป็นช่องว่างภายใน(Internal Gaps) ซึ่งอธิบายถึงที่มาของช่องว่างคุณภาพบริการที่เกิดขึ้นในองค์กร ส่วนช่องว่างสุดท้ายเป็นช่องว่างที่ 5 ซึ่งหมายถึงช่องว่างภายนอก(External Gaps) ซึ่งเป็นช่องว่างที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการโดยตรง

การศึกษาในส่วนนี้ เป็นที่มาของเครื่องมือวัดช่องว่างการจัดการด้านคุณภาพบริการที่ได้จากการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับช่องว่างบริการภายในองค์กรทั้ง 4 ช่อง โดยใช้คำถามปลายเปิดถามคำถามเกี่ยวกับ 1) การรับรู้ของผู้บริหารต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งหมายถึงช่องว่างที่ 1 (GAP1), 2) มาตรฐานการให้บริการอย่างมีคุณภาพที่องค์กรกำหนดขึ้น ซึ่งหมายถึงช่องว่างที่ 2 (GAP2), 3) ความแตกต่างระหว่างมาตรฐานที่กำหนดขึ้นกับบริการที่ให้จริง ซึ่งหมายถึงช่องว่างที่ 3 (GAP3) ศึกษาโดยการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ เพื่อให้ระบุถึงปัจจัยที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งหมายถึงช่องว่างที่ 3 (GAP3) และสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารไปยังผู้รับบริการ(ฝ่ายการตลาด, ฝ่ายโฆษณา) ในส่วนนี้จะช่วยระบุถึงปัจจัยที่มีผลต่อช่องว่างที่ 4 (GAP4)

สุดท้ายพิสูจน์ข้อเท็จจริงที่ได้ด้วยการวิจัยเชิงประจักษ์อีกครั้งโดยสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ GAP1 ถึง GAP4 และเสนอรูปแบบจำลองคุณภาพบริการ (Service Quality Model) ประกอบการอธิบายความหมายของช่องว่างทั้ง 5 ช่อง แล้วถามคำถามผู้บริหารเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับช่องว่างต่าง ๆ ในงานบริการ รวมทั้งให้มีการเสนอข้อคิดเห็นและอภิปรายปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการและการบริหารงานในองค์กรเพิ่มเติมตามประสบการณ์ที่มีของแต่ละคน นำข้อมูลที่ได้ผนวกกับวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านโครงสร้างองค์กร พฤติกรรมองค์กร และแนวคิดทางการตลาด ได้รูปแบบคุณภาพบริการ ที่สามารถวัดขนาดและทิศทางของช่องว่างคุณภาพบริการได้ ช่องว่างคุณภาพบริการดังกล่าวประกอบด้วยช่องว่าง( GAPS) 5 ช่องดังนี้

GAP1 หมายถึง ช่องว่างบริการที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการ (Customers' expectation) กับการรับรู้ของผู้บริหารต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ

Management 's perception) ซึ่งเกิดจากการที่ผู้บริหารไม่ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ อันมีสาเหตุมาจากการขาดการทำวิจัยทางการตลาด การขาดการใช้ข้อมูลการวิจัยทางการตลาด การขาดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารกับผู้รับบริการ การขาดการติดต่อสื่อสารจากผู้ให้บริการโดยตรงถึงผู้บริหารระดับสูงและมีระดับชั้นของสายการบังคับบัญชาที่มากเกินไป

GAP2 หมายถึง ช่องว่างบริการที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังของผู้บริหาร(Management 's perceptions of customer's expectations) กับมาตรฐานบริการที่กำหนดขึ้นตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้บริหารมีความยึดมั่นผูกพันต่อคุณภาพบริการไม่เพียงพอ ไม่มีการกำหนดเป้าหมาย การมีมาตรฐานของงานที่ไม่เพียงพอ และการขาดการรับรู้ต่อความเป็นไปได้

GAP3 หมายถึง ช่องว่างที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างมาตรฐานบริการที่กำหนดกับบริการที่ให้จริง ช่องว่างนี้มีเรียกว่า ช่องว่างของการปฏิบัติการบริการ (Service - performance gap) ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถปฏิบัติงานและ/หรือไม่ยินดีที่จะปฏิบัติงานบริการ อันมีสาเหตุจากความขัดแย้งในบทบาท ความไม่ชัดเจนในบทบาท และระบบการควบคุมนิเทศงานที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นเหตุให้การประเมินผลหรือระบบการให้รางวัลที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการขาดการรับรู้ต่อการควบคุมตนเองของผู้ปฏิบัติงาน และการขาดการทำงานเป็นทีม

GAP4 หมายถึง ช่องว่างที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างบริการที่ให้จริง กับบริการที่สื่อสารที่มีไปสู่ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ ปัจจัยที่มีผลต่อช่องว่างนี้ ได้แก่การติดต่อสื่อสารในแนวราบ ซึ่งหมายถึงการดำเนินงานติดต่อประสานงานกันระหว่างแผนก รวมทั้งการให้สัญญาที่เกินความจริง

GAP5 หมายถึง ช่องว่างที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างบริการที่ผู้รับบริการคาดหวังกับบริการที่ผู้รับบริการรับรู้ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้รับบริการมีเกณฑ์ในการวัดคุณภาพบริการต่างจากผู้ให้บริการ จากงานวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ประเมินคุณภาพบริการจากเกณฑ์วัดคุณภาพบริการ 5 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ(Tangibles)หมายถึงลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อันได้แก่สถานที่ บุคคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารและสัญญาลักษณะ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับการดูแลห่วงใยและความตั้งใจจากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรม จะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้นได้ชัดเจนขึ้น

- 2.) ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการให้ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้ง จะต้องมีความถูกต้อง เหมาะสม และ



ได้ผลออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของบริการ ความสม่ำเสมอนี้จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้

3) ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึงความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน

4) ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพนุ่มนวล มีกิริยามารยาทที่ดี ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดีที่สุด

5) ด้านการรู้จักและเข้าใจในผู้ประกันตน (Empathy) หมายถึงความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ผู้ประกันตนตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน

เกณฑ์วัดคุณภาพบริการ 5 ด้านนี้ ได้รับการพัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL เดิมที่ Parasuraman และคณะ นำมาปรับปรุงด้วยวิธีการทางสถิติ จาก 97 ข้อคำถาม ซึ่งสร้างจากเกณฑ์วัดคุณภาพบริการเดิม 10 ด้านที่กล่าวข้างต้น แล้วจับคู่ในแต่ละข้อคำถาม เป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นการวัดความคาดหวังในงานบริการที่นำมาใช้ตรวจสอบ

ส่วนที่ 2 เป็นการวัดการรับรู้ในงานบริการซึ่งนำมาใช้การประเมินคุณภาพบริการ

ในแต่ละข้อคำถามมีมาตราส่วนวัดค่า 7 ค่า ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 7 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ข้อคำถามทั้ง 97 ข้อ ถูกนำมาปรับปรุงและทำให้มีความกระชับมากขึ้น โดยการรวบรวมซ้ำและทำการวิเคราะห์ทีละขั้นตอน กำจัดข้อคำถามที่ไม่มีอำนาจจำแนกตามการรับรู้ของผู้ตอบ ในแต่ละงานบริการออก ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) จากผู้รับบริการ จำนวน 200 คน แบ่งเป็นชายและหญิงจำนวนเท่า ๆ กัน แบบสอบถามที่ได้นำมาฉบับให้เป็นคะแนนการรับรู้ ลบด้วยคะแนนความคาดหวัง ค่าที่ได้จะอยู่ระหว่าง +6 ถึง -6 ยิ่งคะแนนมีค่าเป็นบวกมากเท่าไรก็แสดงถึงคุณภาพบริการที่สูงมากขึ้นเท่านั้น ความแตกต่างของคะแนนวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ ผลจากการวิเคราะห์สามารถกำจัดข้อความที่ไม่มีอำนาจจำแนกออกไปได้ถึง 2 ใน 3 ส่วน โครงสร้างของเครื่องมือ SERVQUAL ที่ปรับปรุงขึ้นใหม่นี้ ยังแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างเกณฑ์วัดคุณภาพบริการเดิม 10 ด้าน (Original Ten Dimensions) กับเกณฑ์

วัดคุณภาพบริการใหม่ 5 ด้าน (SERVQUAL' s Dimentions) ที่มีความคาบเกี่ยวกัน โดยเกณฑ์วัดคุณภาพบริการ 7 ด้านสุดท้ายจะอยู่ภายใต้ขอบเขตคุณภาพบริการด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการและด้านการรู้จักและเข้าใจในผู้รับบริการ ส่วนเกณฑ์วัดคุณภาพบริการที่เหลือ 3 ด้าน ได้แก่ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ยังคงเดิมเอาไว้

ต่อจากนั้น Parasuraman และคณะ ได้นำเครื่องมือ SERVQUAL ที่ปรับปรุงใหม่ซึ่งเหลือข้อคำถามเพียง 22 ข้อนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการกลุ่มเดิมอีกครั้ง และแนะนำวิธีคำนวณคุณภาพบริการไว้ 2 วิธีคือ คำนวณแบบไม่คติน้ำหนักคะแนนความสำคัญ(Unweighted SERVQUAL scores)และแบบคติน้ำหนักคะแนนความสำคัญ (Weighted SERVQUAL scores) ดังนี้

แบบที่ 1 แบบไม่คติน้ำหนักคะแนนความสำคัญ โดยหาค่าความแตกต่างของคะแนนการรับรู้กับคะแนนความคาดหวัง แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านและแต่ละคน

แบบที่ 2 แบบคติน้ำหนักคะแนนความสำคัญ โดยนำค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการแบบไม่คติน้ำหนักคะแนนความสำคัญแต่ละด้าน คูณ กับน้ำหนักคะแนนความสำคัญ ที่ผู้รับบริการประเมินให้แก่คุณภาพบริการในแต่ละด้าน (weighted scores) ซึ่งวิธีนี้จะให้ความละเอียดในการวัดมากกว่าแบบที่ 1 ผู้วิจัยจึงใช้แบบที่ 2 นี้ในการคำนวณคุณภาพบริการ

สรุปได้ว่าการศึกษาคูณภาพบริการและสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการให้บริการภายในองค์การ ตามรูปแบบจำลองคุณภาพบริการนี้เป็นการตอบคำถามข้อที่ 2 และ 3 ที่ Parasuraman และคณะตั้งไว้ก่อนทำการศึกษาวิจัย จากการศึกษาแนวคิด และกรใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่ละเอียดลึกซึ้ง ตลอดจนการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน รวมทั้งการเผยแพร่แนวความคิดและวิธีการศึกษาดังกล่าวอย่างจริงจัง ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะนำเครื่องมือวัดคุณภาพบริการและรูปแบบจำลองคุณภาพบริการ ตามแนวคิดของ Parasuraman และคณะ (1983 - 1990) มาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

### 3. การวัดคุณภาพบริการพยาบาลและการจัดการด้านคุณภาพบริการพยาบาล

การศึกษากการวัดคุณภาพบริการพยาบาล ในระยะแรก ๆ พบว่าเครื่องมือส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย ( Abdellan & Levine, 1957; Hulka. et al, 1969; Aday & Anderson, 1971, 1975; Ware, Devis - Avay and Steward, 1970; Risser, 1975; Oberst, 1985; Erichson, 1987; Abramowitz, Cote and Berry, 1987; Allanach & Golden, 1988; Lyuch & Schuler, 1990; McDeaniel & Nash, 1990; Parasuraman, Zeithaml andBerry(1983-1990)) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่วัดความพึงพอใจจากการรับรู้ของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ได้แก่ Hulka. et al; Aday & Anderson; Ware, Devis - Avay and Steward; Lyuch & Schuler และ McDeaniel & Nash) และกลุ่มที่วัดความพึงพอใจจากการรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วย ได้แก่ Abdellan & Levine, Risser, Oberst, Erichson, Abramowitz, Cote and Berry; Allanach & Golden และ Parasuraman, Zeithaml and Berry

กลุ่มที่วัดความพึงพอใจจากการรับรู้ ได้แก่ Hulka. et al. (1969) ที่ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนในเรื่องความสะอาดและค่าใช้จ่าย ซึ่งต่อมา Aday & Anderson (1971, 1975) ได้ศึกษาเพิ่มเติมต่อจาก Hulka et al โดยขยายเกณฑ์ที่ใช้วัดความพึงพอใจของผู้รับบริการออกเป็น 6 ประการ ได้แก่ความพึงพอใจต่อความสะอาดที่ได้รับจากบริการ ความพึงพอใจต่อการประสานงานบริการ ความพึงพอใจต่ออัตรยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ และความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

ในขณะที่ Ware, Davis-Avery and Steward (1970) วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์วัด 8 ประการ ที่แตกต่างออกไปคือวัดจากศิลปะการดูแลรักษาพยาบาล เทคนิคและวิธีการให้การดูแลรักษาพยาบาล ความพร้อมในการให้บริการพยาบาล การอำนวยความสะดวกสบาย การให้ความช่วยเหลือทางด้านการเงิน การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ให้เหมาะสม การจัดหาบริการมาได้ตามความต้องการของผู้รับบริการ การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและความสามารถในการให้การดูแลรักษาพยาบาล

ส่วน Lynch & Schuler(1990) ประเมินคุณภาพบริการพยาบาล โดยศึกษาจากแหล่งที่มาของความพึงพอใจ เครื่องมือที่ใช้เป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis)

และ McDaniel & Nach (1990) ได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยประเมินจากการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ โดยมีข้อคำถามที่ครอบคลุมงานการดูแลผู้ป่วยจำนวน 21 ข้อ แต่ความนิยมในการใช้เครื่องมือในกลุ่มนี้น้อยลง เนื่องจากว่าเครื่องมือวัดความพึงพอใจจากการรับรู้ของผู้ป่วย ยังไม่สามารถวัดคุณภาพบริการได้ถึงขั้นที่ต้องการ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาการรับรู้แต่เพียงอย่างเดียวยังไม่ครอบคลุมความหมาย คำว่า "คุณภาพ" ได้ครบถ้วน ถึงแม้ว่าการรับรู้ของผู้ป่วยจะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพียงไรก็ตาม แต่การนำความคาดหวังมาศึกษาเปรียบเทียบกับ การรับรู้จะทำให้เห็นถึงความปรารถนาและความต้องการที่มากกว่าการรับรู้เพียงอย่างเดียว (Scardina, 1994) เนื่องจากความคาดหวัง เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการนึกคิดหรือจินตนาการว่าจะได้รับจากบริการไว้ก่อนแล้วล่วงหน้า ต่อเมื่อเข้ามาใช้บริการจริงจึงจะเกิดการเปรียบเทียบความรู้สึกทั้งสองนี้ร่วมกัน จึงมักพบว่าภายใต้การรับรู้ในบริการจากแหล่งเดียวกัน ผู้รับบริการอาจมีความพึงพอใจที่แตกต่างกัน เนื่องจากระดับความคาดหวังที่แตกต่างกันของแต่ละคน (Berry, Zeithaml and Parasuraman, 1990) ดังนั้นความคาดหวังของผู้รับบริการจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญของการวัดคุณภาพบริการ การวัดคุณภาพบริการพยาบาล จึงต้องวัดจากการเปรียบเทียบความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้ป่วยควบคู่กันไปเสมอ (Scardina, 1994)

ส่วนกลุ่มที่วัดความพึงพอใจจากการรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วย มีขึ้นครั้งแรกก่อนกลุ่มที่วัดความพึงพอใจจากการรับรู้ของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวคือเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957 โดย Abdallah & Levine ที่ได้ศึกษาถึงสาเหตุความพอใจและไม่พึงพอใจ จากความคาดหวังต่อกิจกรรมการให้บริการพยาบาล โดยวัดจากการอำนวยความสะดวก โครงสร้างขององค์การที่มีประสิทธิภาพ คุณภาพของการบริการพยาบาลตามหลักวิชาชีพ ความสามารถในการดูแลรักษาพยาบาล

หลังจากนั้นก็ไม่มีพบว่ามีใครทำการศึกษาต่อมา จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1975 Risser ได้สร้างเครื่องวัดคุณภาพบริการพยาบาลขึ้น โดยนิยามจากความหมายของคำว่า "ความพึงพอใจของผู้ป่วย" ว่าหมายถึงระดับของความเท่ากันพอดีกัน ระหว่างความคาดหวังต่อบริการพยาบาลที่เป็นเลิศกับการรับรู้ต่อบริการที่ได้รับจริง

ต่อมา Oberst(1985)และ Erickson(1987) นักวิชาการทางการพยาบาลได้ศึกษาเกี่ยวกับการวัดคุณภาพการพยาบาล โดยการประเมินความพึงพอใจตามความคาดหวังของผู้ป่วย และการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้บริการ ผลการวิจัยพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปีเดียวกับ Abramowitz, Cote และ Berry (1987) ได้ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่กำหนดคุณภาพบริการพยาบาล โดยสร้างเป็นแบบสอบถาม Rating Scale 4 คำตอบได้ข้อคำถามเกี่ยวกับความ

คาดหวังต่อคุณภาพบริการกับความคาดหวังต่อบริการที่ได้จริง จำนวน 35 ข้อ ตามเกณฑ์ที่ใช้วัด 8 ประการดังนี้

- 1) ผู้ให้บริการพยาบาลให้การดูแลรักษาพยาบาลด้วยดีอย่างเป็นมิตร และมีน้ำใจ
- 2) พยาบาลสามารถจัดสรรการบริการพยาบาลได้ตามความต้องการของผู้รับบริการ
- 3) การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นบุคคล
- 4) มีความพร้อมในการให้บริการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง
- 5) ความทันสมัยของเทคโนโลยีที่ช่วยในการให้บริการพยาบาล
- 6) การจัดลำดับความสำคัญของการบริการ
- 7) บริการพยาบาลที่ให้มีความภาพ มีชื่อเสียง สามารถกล่าวถึงได้
- 8) การอำนวยความสะดวกสบายและการจัดสร้างบรรยากาศในหอผู้ป่วยให้มีความสวยงามสดชื่น

พบว่าทั้งสองส่วนมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ( $r = 0.71$ )

ในปี ค.ศ.1988 Allanach and Golden ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือในการวัดคุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังของผู้ป่วย และการรับรู้ของพยาบาลในหัวข้อต่อไปนี้คือ

- 1) ความพร้อมในการให้บริการพยาบาล
- 2) คุณค่าของการให้การดูแลรักษาพยาบาล
- 3) การให้การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด
- 4) การจัดหาบริการได้ตามความต้องการของผู้รับบริการ
- 5) การติดต่อสื่อสาร ให้ข้อมูล คำแนะนำ การอธิบายแก่ผู้ป่วย
- 6) การให้บริการพยาบาลดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
- 7) ความสามารถในการให้การดูแลรักษาพยาบาล
- 8) การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ให้เหมาะสม
- 9) ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลมีความรู้ในวิชาชีพ
- 10) ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ
- 11) ผู้ให้บริการพยาบาลต้องมีวิจรณ์ญาณในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
- 12) ผู้ให้บริการพยาบาลต้องรับรู้ในคุณลักษณะเฉพาะ และความต้องการของบุคคลแต่ละคนที่มารับบริการ
- 13) มีการตรวจสอบควบคุมการดูแลรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด
- 14) ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ถูกเทคนิค วิธีการ และทักษะการพยาบาล

จะเห็นว่า การวัดคุณภาพบริการพยาบาลในระยะหลัง ยังคงให้ความสำคัญต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย และเริ่มมีการวัดคุณภาพบริการพยาบาลที่นอกเหนือจากการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลเชิงวิชาชีพเท่านั้น เช่น การประเมินคุณภาพบริการพยาบาล ทางด้านปฏิสัมพันธ์ และการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การจัดสภาพแวดล้อมและสร้างบรรยากาศในหอผู้ป่วย การอำนวยความสะดวก และการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เป็นต้น ซึ่งถือว่าการเริ่มต้นนำแนวคิดทางการตลาดมาใช้ในการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล แต่ผู้ที่นำแนวคิดทางการตลาดมาใช้กับคุณภาพบริการอย่างจริงจัง และเป็นแม่แบบของเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้วัดคุณภาพบริการที่เรียกว่า SERVQUAL ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วิธีการทางการตลาดในการวัดการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อคุณภาพบริการ และถูกออกแบบมาให้เหมาะสมกับงานบริการทุกประเภท (board spectrum) (Parasuraman, 1990) จึงพบว่า มีผู้นำ SERVQUAL มาใช้ในงานบริการพยาบาลมากขึ้น นักวิจัยคุณภาพบริการกลุ่มนี้คือ Parasuraman, Zeithami และ Berry

ในช่วงปี ค.ศ. 1983 - 1990 Parasuraman และ คณะ ได้ร่วมกันศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จากการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการ เขา และคณะ ได้ขยายคำจำกัดความคำว่า "คุณภาพบริการ" ว่าหมายถึง คุณภาพบริการตามการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยการทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงประจักษ์และเชิงปริมาณ จนได้เครื่องมือวัดคุณภาพบริการและการจัดการด้านคุณภาพบริการ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

วัดความเที่ยงของเครื่องมือ SERVQUAL ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.92 และวัดความตรงตามเนื้อหาจากการศึกษาเชิงคุณภาพ แบบสอบถามที่ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้าน—แต่ละด้านมี 4 - 5 ข้อคำถาม รวมข้อคำถามแต่ละส่วนเท่ากับ 22 ข้อ คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนให้ค่า (Rating scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (7) โดยเลือกตอบตามความคิดเห็นของผู้ตอบแต่ละคน

22 ข้อคำถามในส่วนที่ 1 ประเมินความคาดหวังต่อบริการที่เป็นเลิศและ 22 ข้อคำถามในส่วนที่ 3 เป็นการแสดงความคิดเห็นต่อบริการที่ได้รับจริงและในส่วนที่ 2 สำหรับให้ผู้รับบริการให้คะแนนความสำคัญแก่คุณภาพบริการแต่ละด้าน ในส่วนนี้ยังแบ่งออกเป็นส่วยย่อย ๆ 2 ส่วนคือส่วนแรก เป็นการให้คะแนนน้ำหนักความสำคัญแก่คุณภาพบริการที่อธิบายลักษณะตามความหมายของแต่ละด้านไว้ แบ่งคะแนนให้ตามน้ำหนักความสำคัญของคุณภาพบริการแต่ละด้าน โดยรวมคะแนนทุกด้านแล้วจะต้องได้เท่ากับ 100 คะแนนเต็ม และส่วนหลังเป็นการจัดอันดับแกที่สองตำแหน่งแรกที่ให้คะแนนความสำคัญสูงสุด และอันดับสุดท้ายที่ให้ความสำคัญต่ำสุด

คำนวณค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการ โดยการจับคู่ระหว่างคะแนนความคาดหวังกับการรับรู้ ในส่วนที่ 1 และส่วนที่ 3 การคำนวณคุณภาพบริการมี 2 แบบ คือแบบคติน้ำหนักคะแนนความสำคัญและแบบไม่คติน้ำหนักคะแนนความสำคัญ แบบไม่คติน้ำหนักคะแนนความสำคัญนั้น เป็นการคำนวณจากค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละข้อและแต่ละด้าน ส่วนแบบคติน้ำหนักคะแนนความสำคัญ จะคำนวณจากการนำน้ำหนักคะแนนความสำคัญแต่ละด้าน ในส่วนที่ 2 มาคูณกับ ค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการแบบไม่คติน้ำหนักคะแนนความสำคัญ ผลของการคำนวณจะหมายถึงค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการแบบคติน้ำหนักคะแนนความสำคัญ ยังมีคะแนนเป็นบวกมากเท่าไรก็จะมีคุณภาพบริการมากเท่านั้น ซึ่งหมายถึงว่าบริการที่ให้นั้นสามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการได้อย่างเต็มที่ และถ้าค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้เท่ากับ 0 (ศูนย์) ก็ยังแสดงว่าสามารถให้บริการได้ตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการ แต่ถ้าค่าเฉลี่ยเป็นลบก็แสดงว่าไม่สามารถให้บริการได้ตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการ และจะทำให้เห็นว่าคุณภาพของบริการที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง

ในการศึกษาเดียวกันนี้ Parasuraman และ คณะ ยังได้ศึกษาไปที่สาเหตุของบริการที่ไม่ได้คุณภาพตามความคาดหวังของผู้รับบริการ และได้สร้างเครื่องมือวัดช่องว่างการจัดการด้านคุณภาพบริการ จากการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับช่องว่างบริการภายในองค์กรทั้ง 4 ช่อง ที่ได้จากการวิจัยสำรวจในกลุ่มผู้บริหาร และนำมาศึกษาอย่างละเอียดเป็นรายกรณี ทำการสัมภาษณ์ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติแต่ละคนในทุกกลุ่ม กลุ่มผู้บริหารระดับสูง และระดับกลาง ใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการรับรู้ต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งหมายถึงช่องว่างที่ 1 (GAP1), มาตรฐานบริการที่องค์กรกำหนดขึ้นเพื่อใช้ในการบริการอย่างมีคุณภาพ ซึ่งหมายถึงช่องว่างที่ 2 (GAP2), และความแตกต่างระหว่างมาตรฐานที่ฝ่ายบริหารกำหนดขึ้น กับระดับของบริการที่ให้อาจจริงต่อจากนั้นทำสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ เพื่อให้ระบุถึงปัจจัยที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งหมายถึงช่องว่างที่ 3 (GAP3) รวมทั้งสัมภาษณ์ผู้บริหารฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารไปยังผู้รับบริการ ( ฝ่ายการตลาด, ฝ่ายโฆษณา) ในส่วนนี้จะช่วยระบุถึงปัจจัยที่มีผลต่อช่องว่างที่ 4 (GAP4) จากนั้นสัมภาษณ์ผู้บริหารและสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ GAP1 ถึง GAP4 พร้อมทั้งอธิบายความหมายของช่องว่างบริการทั้ง 4 ช่อง แล้วถามคำถามผู้บริหารเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับช่องว่างต่าง ๆ ในงานบริการ นำเสนอและอภิปรายถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้ศึกษามาแล้วในขั้นตอนแรก ๆ รวมทั้งข้อคิดเห็นตามประสบการณ์ของผู้บริหารแต่ละคน แล้วนำมาผนวกกับวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับการตลาด ปัจจัยทางด้านโครงสร้างองค์กร และพฤติกรรมองค์กรสร้างเป็นรูปแบบคุณภาพบริการ

นอกจาก Parasuraman และ คณະ จะได้สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพบริการแล้ว ยังได้สร้างเครื่องมือวัดช่องว่างการจัดการด้านคุณภาพบริการขึ้นด้วย โดยมีเครื่องมือวัดการจัดการด้านคุณภาพบริการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือวัดช่องว่างการจัดการด้านคุณภาพบริการ โดยที่เครื่องมือทั้งสองนี้มีตัววัดเดียวกัน เพียงแต่ใช้วิธีการวัดต่างกัน กล่าวคือเครื่องมือวัดช่องว่างการจัดการด้านคุณภาพบริการ จะวัดที่ผลต่างของช่องว่างบริการแต่ละช่อง ซึ่งจะทำให้ทราบขนาดและทิศทางของช่องว่างบริการแต่ละช่อง ส่วนเครื่องมือการจัดการด้านคุณภาพบริการ จะวัดได้จากการหาค่าเฉลี่ยของการจัดการด้านคุณภาพบริการในแต่ละด้านโดยตรง

ต่อมา Babakus & Mangole (1992) ได้นำเครื่องมือ SERVQUAL ไปใช้ในการประเมินคุณภาพบริการในภาพรวมของโรงพยาบาล พบว่าผู้ตอบให้ข้อเสนอแนะที่คล้ายกัน คือให้ความเห็นว่าควรลดจำนวนคู่ของข้อคำถามจาก 22 ข้อเดิมให้เหลือเพียง 15 ข้อ ปรากฏว่าทำให้ค่าความตรงตามเนื้อหาแต่ละด้านยังคงสูงอยู่

และ Scardina (1994) ซึ่งเป็นนักวิจัยผู้นำเครื่องมือ SERVQUAL ของ Parasuraman และ คณະ มาใช้ในการประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้ป่วย ศึกษาในลักษณะการวิจัยสำรวจโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินศักยภาพของเครื่องมือ SERVQUAL ที่นำมาใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล พบว่าเครื่องมือมีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.74 - 0.98

จากการศึกษาแนวทางการวัดคุณภาพบริการที่ผ่านมา ผู้วิจัยมองเห็นว่าเครื่องมือวัดคุณภาพบริการของ Parasuraman และ คณະ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน มีความเที่ยงตรงสูง ตลอดจนมีวิธีการศึกษาที่เป็นระบบชัดเจน นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือวัดการจัดการด้านคุณภาพบริการ ซึ่งได้จากการศึกษาตามระเบียบวิธีการวิจัยที่ละเอียดลึกซึ้งและมีการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดของ Parasuraman และ คณະ มาเป็นเครื่องมือในการวัดการจัดการด้านคุณภาพบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ประกันตนและคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ประกันตนรับรู้ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร

#### 4. คุณภาพบริการและการจัดบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ประกันตน

จากการศึกษาติดตามส่วนแบ่งการตลาดผู้ประกันตนในโรงพยาบาลรัฐจากแหล่งต่างๆ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2536; คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2536; โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2538) ในช่วงพ.ศ. 2534 -



พ.ศ. 2538 พบว่าส่วนแบ่งการตลาดของผู้ประกันตนโรงพยาบาลรัฐ ลดลงทุกสังกัด และสูญเสียส่วนแบ่งการตลาดให้โรงพยาบาลเอกชน ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคม มีรูปแบบการเป็นเจ้าของแตกต่างกัน คือภาครัฐและภาคเอกชน ค่าใช้จ่ายที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้อยู่ในลักษณะเหมาจ่าย 700 บาท/คน/ปี ในช่วงแรกที่เริ่มดำเนินการมีสถานพยาบาลของเอกชนเพียงร้อยละ 2 ที่อยากเข้าร่วมโครงการ เพราะเกรงว่าไม่คุ้มกำไร แต่เมื่อดำเนินการไประยะหนึ่งปรากฏว่าได้ผลกำไรมาก จึงมีสถานพยาบาลของเอกชน ขอยื่นความจำนงเข้าร่วมโครงการประกันสังคมเพิ่มขึ้น และติดต่อหาลูกค้าผู้ประกันตนให้มาลงทะเบียนกับตนมากขึ้น (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2535 และรัชยา กุลวานิชไชยนันท์, 2535) นอกจากนี้ยังมีการรวมตัวตั้งศูนย์ประกันสังคมขยายเครือข่าย เพื่อให้บริการกับผู้ประกันตนเพิ่มถึง 57 แห่งซึ่งแต่เดิมมีเพียง 32 แห่ง ( อัญชลี เฉลียวชาติ, 2535) และเนื่องจากสภาพความคล่องตัวในการดำเนินการมากกว่าสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งติดขัดกับระเบียบการใช้จ่ายเงินตามระเบียบกระทรวงการคลัง และการบริหารจัดการในสถานพยาบาลรัฐเอง ที่ยังไม่คุ้นเคยกับการให้บริการที่ดีแก่ผู้รับบริการ ได้เท่ากับสถานพยาบาลเอกชนซึ่งมีการบริหารจัดการที่คล่องตัว เป็นไปตามรูปแบบการประกอบธุรกิจ(รัชยา กุลวานิชไชยนันท์, 2535) ในลักษณะนี้สถานพยาบาลของเอกชน จึงให้ความสนใจในมาตรฐานการบริการที่ดีขึ้น จึงพบว่าการใช้บริการทางสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐ

ในปี ค.ศ.1972 สหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายประกันสังคมขึ้นมาฉบับหนึ่ง กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีการควบคุมและประกันสุขภาพ (Hospital Wide Quality Assurance) โดยกำหนดให้มีการควบคุม วุฒิของแพทย์ พยาบาล และสมาชิกในทีมสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งอัตราค่าบริการ การนำเครื่องมือ เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้กับผู้ป่วย เครื่องอำนวยความสะดวกสบายต่าง ๆ ในการให้บริการอื่น ๆ เพื่อควบคุม และป้องกันไม่ให้โรงพยาบาลดำเนินงานแบบเอาर्डเอาเปรียบหรือทำธุรกิจบนความเจ็บป่วยของประชาชนมากเกินไป อีกทั้งยังเป็นการคุ้มครองสิทธิอันชอบธรรมของผู้รับบริการ (ศิริพร ตันติพิบูลวินัย, 2537) จากเหตุผลดังกล่าวโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทยเริ่มมองหาหลักการและวิธีการในการควบคุมคุณภาพงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจว่า การรักษาพยาบาล และการบริการต่าง ๆ ที่ให้ไปนั้นเป็นการกระทำที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพจริง มีความถูกต้องและเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการโดยองค์การพยาบาล ได้กำหนดเกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพของงานบริการพยาบาลตามมาตรฐานสากล 3 รูปแบบ คือ ( สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ, 2533; ประพิน วัฒนกิจ, 2537)

1. มาตรฐานการพยาบาลเชิงโครงสร้าง ( Structure Standard ) เป็นมาตรฐานที่ต้องกำหนดขึ้นทุกหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางของการปฏิบัติงานของบุคลากรในฝ่ายการพยาบาลโดยคำนึงถึงปรัชญา วัตถุประสงค์ รวมถึงนโยบายในการปฏิบัติงาน การจัดองค์การ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้และแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ แหล่งความรู้ ซึ่งเหล่านี้ล้วนเป็นโครงสร้างที่สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การให้บริการที่มีคุณภาพ

2. มาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการเป็นมาตรฐานที่ต้องกำหนดขึ้นเป็นข้อความที่แสดงถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่พยาบาลต้องปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อให้ผลการปฏิบัติเกิดผลดีแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ พยาบาลสามารถกำหนดมาตรฐานเชิงกระบวนการในระดับหน่วยงานย่อยโดยคำนึงถึงลักษณะของผู้รับบริการเฉพาะกลุ่มที่ตนปฏิบัติการพยาบาลอยู่ กิจกรรมต่าง ๆ ที่พยาบาลต้องปฏิบัติ จึงเป็นการช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มนั้น ๆ เป้าหมายคือคุณภาพผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม

3. มาตรฐานการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ เป็นมาตรฐานที่กำหนดขึ้นเป็นข้อความแสดงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ที่เป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับ พฤติกรรมที่แสดงออกของผู้รับบริการ ควรออกมาในทางบวก เช่น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นพฤติกรรมด้านบวกที่แสดงว่าผู้รับบริการมีอาการดีขึ้นหรือผู้รับบริการได้รับผลดีในการป้องกันโรค เป็นต้น

นอกจากมาตรฐานการพยาบาลทั้ง 3 รูปแบบนี้ ยังมีการสร้างมาตรฐานการพยาบาลจากความหมาย และขอบเขตของการพยาบาลได้เป็น 4 มาตรฐานใหญ่ ๆ คือ (ประพิณ วัฒนกิจ, 2537)

1. มาตรฐานทางด้านองค์ความรู้ และหลักวิชาการทางการพยาบาล
2. มาตรฐานทางด้านทักษะและศิลปะทางการพยาบาลตามหลักมนุษยสัมพันธ์
3. มาตรฐานทางด้านบริหารจัดการทั้งทางด้านทรัพยากร กำลังคนและสวัสดิการ
4. มาตรฐานทางด้านผลลัพธ์ของการพยาบาลตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาล และตามความต้องการของผู้รับบริการ

มาตรฐานการพยาบาลทั้ง 4 มาตรฐานนี้เป็นมาตรฐานที่สามารถใช้ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลของทุกหน่วยงานในองค์การพยาบาล ซึ่งเรียกว่าการตรวจสอบคุณภาพบริการพยาบาลโดยภาพรวม(Total Quality Management หรือ TQM) ซึ่งสามารถนำมาตรวจสอบคุณภาพขององค์การพยาบาลได้ทั้งหมด 4 ลักษณะ คือ

1. การพยาบาลที่ถูกต้อง เป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ตามองค์ความรู้ของศาสตร์ทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยและการช่วยชีวิตผู้เจ็บป่วย ซึ่งการตรวจสอบคุณลักษณะข้อนี้จะมีตัวชี้วัดที่จะนำมาซึ่งระดับการดำเนินงานที่ถูกต้อง และมีคุณภาพได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม

2. การพยาบาลที่ถูกต้องหรือประทับใจ เป็นการตรวจสอบความถูกต้องหรือพึงพอใจที่ผู้รับบริการได้รับสิ่งเหล่านี้ จะเป็นความประทับใจของผู้ป่วยและผู้รับบริการ ตัวชี้วัดในลักษณะนี้จะบ่งชี้บริการหรือการพยาบาลที่เป็นไปตามหลักจิตวิทยา ทักษะในการติดต่อสื่อสารที่ดี หลักสังคมศาสตร์และมนุษยสัมพันธ์ เพื่อช่วยบำรุงรักษาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม แก่ผู้ป่วย และผู้รับบริการ

3. การพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ เป็นการตรวจสอบความพอเพียง ความเหมาะสมทางด้านการบริหารจัดการ การจัดสรรทรัพยากร ด้านงบประมาณ กำลังคน เครื่องมือ เครื่องใช้ การบริหารงานบุคคล การจัดสวัสดิการ เพื่อขวัญและกำลังใจของผู้ให้การพยาบาลที่มีอาจมองข้ามไปได้เลย

4. การพยาบาลที่ได้ผลเป็นการตรวจสอบผลลัพธ์ของการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับรวมทั้งผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย ที่บรรเทาทุเลาจากโรคและความเจ็บป่วย การไม่เป็นโรคแทรกซ้อน ความพึงพอใจ ระยะเวลาที่หายจากอาการเจ็บปวด ที่สามารถตรวจสอบได้จากผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างเป็นรูปธรรม

จะเห็นได้ว่าเกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพบริการพยาบาล ดังที่ได้กล่าวมาเป็นเกณฑ์วัดคุณภาพตามมาตรฐาน และความเห็นชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งคิดว่าหากทำงานตามมาตรฐานที่กำหนดไว้แล้วจะช่วยให้งานมีคุณภาพขึ้นมาได้ แต่ในสภาพความเป็นจริงคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของคุณภาพเท่านั้น ไม่ใช่คุณภาพทั้งหมด ทั้งนี้เพราะว่าผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการทุกคนไม่ค่อยสนใจว่าโรงพยาบาลใด มีมาตรฐานอะไรบ้าง สูงต่ำแค่ไหน เขาสนใจแต่เพียงว่า เมื่อเข้ามาใช้บริการแล้วการรักษาพยาบาลที่ได้รับนั้น ถูกต้องเหมาะสมปลอดภัยหรือไม่ เจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับ เอาใจใส่ดูแลแค่ไหน และการให้บริการให้ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของเขา หรือไม่ อย่างไร หากการรักษาดูแลการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย เป็นที่พอใจของทั้งสองฝ่าย การบริการที่ให้ไปนั้นจึงเป็นการบริการที่มีคุณภาพตามความรู้สึกของผู้รับบริการ (Perceived Quality) ซึ่งสอดคล้องกับการกำหนดองค์ประกอบของคุณภาพการบริการทางการแพทย์ 4 องค์ประกอบ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536) ได้แก่

1. การเข้าถึงบริการ ได้แก่การเข้าถึงด้านภูมิศาสตร์ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านภาษาและการจัดองค์กรที่ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย เช่น ระบบนัดที่ดี เวลาจัดบริการ

2. ลักษณะทางกายภาพ หมายถึง บริการที่ไม่เกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผลทางด้านคลินิก แต่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น และยินดีที่จะกลับมาใช้บริการในครั้งต่อไป เมื่อมีความ

จำเป็น ลักษณะดังกล่าวได้แก่ความสวยงาม ความสะอาดสบาย ความสะอาด ความเป็นส่วนตัว ดนตรี การให้ความรู้และการหย่อนใจด้วยวิธีต่าง ๆ

3. คุณภาพด้านมนุษยสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ จะทำให้เกิดความเชื่อมั่น และการที่ทั้งสองฝ่าย จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการให้บริการ ทั้งด้านที่เป็นการแสดงความต้องการของผู้ใช้บริการและด้านคำแนะนำที่ผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์ ทั้งนี้อาศัยการให้ความเคารพ การรักษาความลับ ความสุภาพ การฟังและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตอบสนองอย่างเหมาะสม การแสดงความเห็นอกเห็นใจ

4. คุณภาพด้านเทคนิคบริการ หมายถึง การให้บริการทางคลินิกสอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคืนสภาพปกติอย่างรวดเร็วและปลอดภัย และการที่ผู้ป่วยจะสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเอง ได้ถึงระดับหนึ่ง

ดังนั้นคุณภาพบริการพยาบาลที่แท้จริง จึงต้องประกอบไปด้วยคุณภาพตามหลักมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานตามความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการ ร่วมกัน

มาตรฐานสถานพยาบาลของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคม

สำหรับการจัดบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมได้รับสมัครสถานพยาบาลเข้าร่วมโครงการประกันสังคม ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมว่า ต้องมีขนาดไม่น้อยกว่า 100 เตียง มีการบริหารจัดการให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวกในการรับบริการทางการแพทย์ และมีเตียงไว้รองรับผู้ประกันตนไม่น้อยกว่า 5 เตียง ต่อผู้ประกันตน 10,000 เตียง และมีเตียงผู้ป่วยไว้รองรับผู้ประกันตนที่มีอาการหนักและฉุกเฉิน ทั้งต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีบริการทางการแพทย์จนถึงสุดการรักษา รวมทั้งมีครุภัณฑ์ทางการแพทย์ตามที่กำหนดไว้ (รัชยา กุลวานิชไชยนันท์, 2535)

เกณฑ์การตรวจรับเข้าเป็นสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม (สำนักงานประกันสังคม, 2539) ซึ่งมีรูปแบบการตรวจ และประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลตามคุณสมบัติของลักษณะการให้บริการแก่ผู้ประกันตนที่ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในรวมทั้งมาตรฐานของโรงพยาบาลที่เข้าโครงการประกันสังคมดังนี้

ก) รูปแบบการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานพยาบาล : มาตรฐานทั่วไป มีเกณฑ์ดังนี้

1. มีอาคารสถานที่อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการประกอบโรคศิลปะ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมแก่ชุมชน ได้แก่การมีสถานที่สอดคล้องเหมาะสมกับการประกอบโรคศิลปะ มีพื้นที่ที่ใช้สอยในการบริการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และจัดแบ่งโครงสร้างภายในได้อย่างเหมาะสม

มีสถานที่อำนวยความสะดวก และส่งเสริมความปลอดภัยในการบริการผู้ป่วย เช่น ที่จอดรถ ทางลำเลียงผู้ป่วยไปสู่จุดบริการและห้องพัก ช่องทางหนีไฟสำหรับผู้ป่วย มีสถานที่ และมีน้ำที่สะอาด สำหรับบริโภคและอุปโภคเพียงพอ มีระบบไฟสำรองฉุกเฉิน มีระบบเตือนภัย และป้องกันอุบัติเหตุ และอัคคีภัยเช่นแก๊สระเบิด ไฟฟ้าลัดวงจร มีอุปกรณ์เครื่องมือเพียงพอ และได้รับการบำรุงรักษา อย่างถูกต้อง มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นครบถ้วน มีระบบบำรุงรักษา และทำความสะอาด เครื่องมืออย่างถูกต้อง โดยเฉพาะระบบหรือหน่วยทำลายเชื้อ นอกจากนี้ยังต้องมีการอนุรักษ์ สิ่งแวดล้อม ได้แก่การมีระบบหรือวิธีกำจัดขยะ (ทั้งประเภทติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ) ที่ถูกสุขลักษณะ และมีระบบกำจัดน้ำเสีย เป็นต้น

2. มีเจ้าหน้าที่เพียงพอทั้งในด้านจำนวนและคุณภาพ หมายถึง ผู้ที่เป็นหัวหน้าหน่วยงานจะต้องเป็นผู้ที่มีคุณวุฒิเหมาะสมโดยการศึกษา อบรม หรือประสบการณ์ มีเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม และจำนวนเพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ และต้องเป็นสมาชิกของชมรมหรือสมาคมวิชาชีพหรือราชวิทยาลัย ที่ได้รับการรับรองจากองค์กรที่ควบคุมวิชาชีพนั้น ๆ

3. มีระบบบริหารและระบบบริการ ที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่การจัดองค์กรและการบริการ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน รวมทั้งมีการจัดทำผังภูมิโครงสร้างองค์กรภายในไว้อย่างชัดเจน มีการกำหนดความรับผิดชอบและอำนาจหน้าที่ของบุคคลในหน่วยงานอย่างชัดเจน มีการประชุมภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ และมีรายงานการประชุมเก็บไว้เป็นหลักฐาน มีแผนหรือแนวทางการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ที่ทันกับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน มีเอกสารแนวทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เครื่องมือการประเมินผลการให้บริการ ซึ่งง่ายแก่การทำความเข้าใจ และสามารถหยิบใช้ได้ง่าย

ข ) รูปแบบการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานพยาบาล : มาตรฐานบริการผู้ป่วย นอก มีเกณฑ์ดังนี้

1. มีอาคารสถานที่ที่เหมาะสมและสะดวกสำหรับผู้รับบริการ ได้แก่ ห้องตรวจต้องมีจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย พื้นที่ของห้องมีขนาดเหมาะสมตามลักษณะงาน ทางเข้าห้องตรวจกว้างพอสำหรับรถนั่งหรือรถเข็นผู้ป่วยผ่านได้สะดวก มีอ่างล้างมือสำหรับแพทย์ในห้อง มีสถานที่ทำแผลฉีดยาเป็นสัดส่วน สถานที่ที่พักคอยมีขนาดพอเหมาะและมีความสะอาดสบาย และเครื่องหมายที่เห็นได้ชัด มีป้ายบอกชื่อหน่วยบริการที่ชัดเจน และมีขนาดที่มองเห็นได้จากระยะที่สมควร มีเครื่องหมายบอกทาง ซึ่งอาจเป็นป้ายหรือเส้นสีของแผนที่ไปยังหน่วยบริการ

ต่าง ๆ (ห้องบัตร ห้องตรวจแผนกต่าง ๆ ห้องชันสูตร ห้องเอกซเรย์ หอผู้ป่วย ห้องทำแผล ฉีดยา  
สุชา) รวมทั้งต้องมีเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้วย

2. มีเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพ ให้บริการสอดคล้องกับจำนวนและความต้องการของผู้ป่วย  
หมายถึงจำนวนแพทย์ที่ออกตรวจจะต้องเพียงพอ ที่จะตรวจผู้ป่วยได้ไม่เกิน 12 คน / ชั่วโมง มี  
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปประจำอย่างน้อย 1 คน มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง สำหรับคลินิก  
พิเศษ

3. มีระบบบริหารและบริการที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน อย่างมีประสิทธิภาพ  
ระยะเวลาที่ใช้สำหรับการรอคอย การพบแพทย์และอื่น ๆ ต้องไม่นานเกินควร เวลาที่ต้องใช้ในการ  
การลงทะเบียนและทำบัตรผู้ป่วยไม่เกิน 30 นาที ระยะเวลาการตรวจโรค ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ระยะเวลา  
เวลารอรับยาและชำระเงินไม่เกิน 30 นาที เวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยพบแพทย์ในการตรวจ ไม่ต่ำกว่า  
คนละ 5 นาที ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการทั้งหมดไม่เกิน 3 ชั่วโมง ในกรณีการตรวจทั่วไป  
ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการไม่เกิน 2 วัน ในกรณีจำเป็นต้องตรวจพิเศษ

ค) รูปแบบการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานพยาบาล : มาตรฐานบริการผู้ป่วยใน  
มีเกณฑ์ดังนี้

1. มีอาคารหอผู้ป่วยและอุปกรณ์ประจำเตียง พร้อมทั้งจะให้บริการผู้ป่วยในได้อย่างมี  
ประสิทธิภาพ มีพื้นที่เพียงพอและได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง( พื้นที่/เตียง = 25 ตรม.) ห้องน้ำห้อง  
ส้วมได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง(อย่างน้อยห้องส้วม 1 ห้อง / เตียงผู้ป่วย 6 เตียง) มีอ่างล้างมือที่  
สะดวกในการใช้ มีโครงสร้างความปลอดภัยสำหรับตึกสูงตั้งแต่ 3 ชั้นขึ้นไป ตัวอาคารจะต้องมี  
บันไดหนีไฟ ลิฟท์ หรือทางลาด มี Oxygen Supply สำหรับใช้กรณีจำเป็น มีอุปกรณ์สำหรับขอ  
ความช่วยเหลือจากพยาบาลทุกเตียง เช่น กริ่งกดเรียก และควรมีสัญญาณทั้งระบบเสียงและแสง  
ตรงหน้าที่ทำการพยาบาล มีม่านกันเป็นสัดส่วนระหว่างเตียง จำนวนเตียงไม่มากกว่า 35 เตียง  
สำหรับห้องรวมทั่วไป มีระบบรักษาความสะอาด ระบบถ่ายเทอากาศและระบบแสงสว่าง มีห้อง  
รักษาพยาบาล (Treatment Room) มีที่ทำการพยาบาล(Nurse Station) มีรถพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิต  
ฉุกเฉิน

2. มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในจำนวนที่เหมาะสมให้บริการผู้ป่วยใน แพทย์  
เวรในอย่างน้อย 1 คน มีแพทย์ที่ให้บริการได้อย่างน้อย 7 สาขาหลัก ได้แก่ สูติกรรม ศัลยกรรม  
อายุรกรรม กุมารเวช ออร์โธปิดิกส์ ตา หู คอ จมูก พยาบาลที่ปฏิบัติงานในบริการผู้ป่วยใน  
พยาบาลและพนักงาน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ต่อ เตียง = 1 : 8 สำหรับแต่ละเวร และแต่ละเวรจะต้อง  
มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน(หรือคิดเป็น 1 : 30 เตียง)

3. มีระบบบริการที่พร้อมให้บริการผู้ป่วยใน มีระบบอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย และญาติหรือผู้มาติดต่อ มีจุดให้สอบถามข้อมูลของผู้ป่วยในสามารถค้นหาชื่อและตำแหน่งที่อยู่

ของผู้ป่วยในได้ใน เวลา 2 นาที มีหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่สำหรับติดต่อกับภายนอก มีโครงสร้าง พื้นฐานรองรับสำหรับติดต่อภายนอกโรงพยาบาล (โดยเฉพาะกับครอบครัว) เช่น วิทยุ โทรทัศน์ โทรศัพท์ และมีกระบวนการรักษา ผู้ป่วยที่ดี ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลที่เป็นและได้รับแจ้งผลการตรวจที่สำคัญจากแพทย์ ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคขั้นต้นและวางแผนการตรวจรักษาภายใน 24 ชั่วโมงที่รับไว้ ผู้ป่วยได้รับการตรวจเยี่ยมจากแพทย์และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีการทำแผนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เมื่อจำหน่าย

จะเห็นได้ว่ามาตรฐานสถานพยาบาล ตามคุณสมบัติของลักษณะการให้บริการแก่ ผู้ประกันตนที่ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รวมทั้งมาตรฐานของโรงพยาบาลที่เข้า โครงการประกันสังคม เป็นมาตรฐานที่สมบูรณ์แบบครอบคลุมงานบริการในทุกส่วน มีความชัดเจน สามารถมองเห็นแนวทางในการบริหาร การปฏิบัติและดำเนินการ นอกจากนั้นยังเป็น มาตรฐานที่ทันสมัย มีการประยุกต์เอาแนวคิดการจัดบริการที่ตอบสนองตามความต้องการของ ผู้รับบริการ เป็นมาตรฐานที่มีการนำวิธีการทางการตลาดมาใช้ เช่นมาตรฐานที่เน้นเกี่ยวกับการ จัดอาคารสถานที่ให้มีทั้งความพร้อม ความเพียงพอ ความสะอาด และ ความสะดวก สวยงาม เป็นต้น ที่สำคัญคือผู้วิจัยพบว่ามาตรฐานดังกล่าว มีหลักการโดยทั่วไปตรงกับแนวคิดเกี่ยวกับ คุณภาพบริการและการจัดการด้านคุณภาพบริการของ Parasuraman และคณะ (1983 - 1990) ที่เน้นให้เห็นว่าปัจจัยโครงสร้างองค์การ พฤติกรรมองค์การ และแนวคิดทางการตลาด ซึ่งเป็น ปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพบริการที่เกิดขึ้น

แต่จากงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล และการจัดบริการ พยาบาลที่ให้แก่ผู้ประกันตน พบว่าผู้ประกันตนส่วนใหญ่ยังไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ร้อยละ 61.15 ไม่พอใจในการมารับบริการที่ห้องตรวจ เนื่องจากรอค่อนข้านาน (จิรวาส ฉัตรไชยสิทธิกุล, 2535) ร้อยละ 65.2 ไม่พอใจการบริการของโรงพยาบาล (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2535) ส่วนสาเหตุ สาเหตุที่ไม่ไปใช้บริการเนื่องจาก 1) รอนาน 2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบริการไม่ดี 3) คิดว่ายาไม่ดี 4) รักษาไม่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลเดิม 5) เดินทางไม่สะดวก 6) มีสวัสดิการรักษายาบาลดีอยู่แล้ว 7) รอให้ป่วยมากกว่านี้ค่อยไป 8) ยังไม่มีบัตรรับรองสิทธิ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ(2534) ที่ได้ศึกษาการจัดบริการทางการแพทย์ภายใต้พระราช บัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 : วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน โดยการสำรวจโรงพยาบาลคู่

สัญญาหลักทั่วประเทศ 134 แห่งเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้พยายามจัดระบบ บริการทางการแพทย์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยดีพอสมควร แต่ปัญหาและอุปสรรคในการ ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันสังคม มีดังนี้

1. ผู้ป่วยประกันสังคมและนายจ้างไม่เข้าใจสิทธิประโยชน์ที่ได้รับการคุ้มครอง
2. ความไม่เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติของผู้ประกันตนในการรับบริการทางการแพทย์
3. ความไม่พร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการ
4. โรงพยาบาลไม่สามารถนำเงินเหมาจ่าย มาใช้ในการบริหารจัดการให้เกิดความ

คล่องตัวในการให้บริการได้

5. ผู้ป่วยประกันสังคมมีความเข้าใจว่ายาตามบัญชียาหลักแห่งชาติไม่ดี
6. ไม่มีคลินิกพิเศษแก่ผู้ป่วยประกันสังคม ทำให้บริการได้ไม่ดีพอ

ในขณะที่พบว่า สาเหตุที่ทำให้ประชาชนนิยมใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน เมื่อ เปรียบเทียบกับโรงพยาบาลรัฐ ได้แก่การบริการที่ดีและรวดเร็ว สะอาด ใอใจ จัดสัดส่วนอย่างมี ระเบียบ มีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย มีแพทย์ที่มีความสามารถเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีชื่อเสียง มี บริการตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อเข้ารับการรักษาแล้วหายหรือทุเลา (ศุนย์วิจัยและบริการธุรกิจ, 2530) ซึ่ง นำจะสรุปได้ว่าปัจจัยที่ประชาชนใช้เลือกโรงพยาบาล(Jalvalgi, Rao, and Thomas, 1991) เกิดจาก

1. ปัจจัยทางด้านคุณลักษณะของส่วนประสมทางการตลาด (Marketing mix characteristics) ได้แก่โรงพยาบาลมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีพนักงานที่มีมารยาทอัธยาศัยดี มีการ กำหนดราคาการรักษาพยาบาล ทำเลที่ตั้งของโรงพยาบาล ใกล้บ้าน การคมนาคมสะดวก การ แนะนำของแพทย์ และการแนะนำของเพื่อนหรือญาติ

2. ปัจจัยด้านคุณลักษณะของโรงพยาบาล(Institutional characteristics)ได้แก่ชื่อเสียงของ โรงพยาบาล ประเภทของโรงพยาบาล การนำเครื่องมือทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยมา ใช้

จึงเห็นได้ว่าปัญหาคุณภาพบริการ ที่วัดจากความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการที่ ได้รับนั้นเป็นผลจากการประเมินการรับรู้ที่มีต่อการจัดบริการที่ได้รับด้วย และพบว่าความพึงพอใจ ของผู้ประกันตนต่อบริการที่ได้รับจะแตกต่างกัน เนื่องจากความคาดหวังและประสบการณ์ที่ได้รับ จากบริการที่แตกต่างกัน (Tessler & Mechanic, 1975) ดังนั้นการจัดบริการของโรงพยาบาลเอกชน ที่ดีกว่าโรงพยาบาลรัฐ ในหลายด้าน ทำให้ผู้ประกันตนประเมินว่าโรงพยาบาลของรัฐ มีคุณภาพ บริการพยาบาลที่ดีกว่าโรงพยาบาลเอกชนทำให้ผู้วิจัยคิดว่าคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ประกัน ตนรับรู้ น่าจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการด้านคุณภาพบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ประกันตน โดย



ที่การจัดการด้านคุณภาพบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ประกันตน จะเป็นตัวพยากรณ์คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ประกันตนรับรู้

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรการจัดการด้านคุณภาพบริการและคุณภาพบริการ

จากการศึกษาวิจัยของ Parasuraman และคณะ(1983 - 1990) พบว่าการจัดการด้านคุณภาพบริการที่เป็นผลให้เกิดคุณภาพบริการในองค์กรนั้น ประกอบด้วยการจัดการด้านต่าง ๆ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้ของผู้บริการต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ 2) ด้านการกำหนดมาตรฐานบริการ 3) ด้านการจัดบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน 4) ด้านการสื่อสารไปสู่ผู้รับบริการ ซึ่งการจัดการทั้ง 4 ด้านนี้ ประกอบด้วยตัวแปรย่อย ๆ ซึ่งคาดว่าจะผลต่อคุณภาพบริการที่เกิดขึ้นและมีความสัมพันธ์ต่อกัน ดังนั้นการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรการจัดการด้านคุณภาพบริการด้านต่าง ๆ กับคุณภาพบริการ มีดังต่อไปนี้

### 5.1 ด้านการรับรู้ของผู้บริหารต่อความคาดหวังของผู้รับบริการกับคุณภาพบริการ

ผู้บริหารอาจเข้าใจถึงคุณภาพสูงไม่ตรงกับผู้รับบริการ รวมไปถึงการกำหนดระดับของการปฏิบัติงาน ที่จำเป็นต่อการให้บริการที่มีคุณภาพสูง (Langeard et al., 1981; Parasuraman & Zeithaml, 1983) ทั้งนี้เนื่องจากความเป็นรูปธรรมของบริการ มีความชัดเจนน้อยกว่าความเป็นรูปธรรมของสินค้า จึงทำให้ช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการกับการรับรู้ของผู้บริหารต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ มีมากกว่าช่องว่างคุณภาพของสินค้า จากการศึกษาของ Parasuraman และ คณะ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้บริหาร ต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ มีดังนี้

**การมุ่งเน้นการวิจัยทางการตลาด** จากการศึกษาวิจัยพบว่างานบริการยังล้าหลังงานการผลิตสินค้า เนื่องจากสินค้ามีการใช้การวิจัยทางการตลาดและมุ่งเน้นความต้องการของผู้บริโภคมากกว่า (George & Barksdale, 1974; Lovelock, 1981; Parasuraman, Berry and Zeithaml, 1983) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมทางการตลาดในปัจจุบัน เต็มไปด้วยการแข่งขันอย่างรุนแรง ทำให้การตัดสินใจทางการตลาดไม่สามารถพึ่งพาโชคชะตา ความรู้สึกนึกคิด หรือประสบการณ์ของผู้บริหารแต่เพียงอย่างเดียวได้ แต่การตัดสินใจที่ดีจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลข่าวสารที่น่าเชื่อถือ มีความถูกต้องแม่นยำ มีความทันสมัยและเป็นจริง จึงเป็นที่มาของการวิจัยทางการตลาด การวิจัยตลาดได้ถูกต้อง เหมาะสม แม่นยำกับกลุ่มลูกค้าที่เป็นเป้าหมายเท่ากับเป็นการลดค่าใช้จ่าย เพิ่มผลกำไรให้กับบริษัท (Thornton, 1993 ; ดำรงค์ดี ชัยสนธิ และ

ก่อเกียรติ วิริยะกิจพัฒนา, 2538) ดังเช่นความล้มเหลวทางการตลาดชิ้นหนึ่งของบริษัทจอห์นสัน แอนด์จอห์นสัน จำกัด ที่ฝ่ายบริหารตัดสินใจใช้ชื่อบริษัท เป็นชื่อตราห้อยยาแก้ปวดแอสไพรินสำหรับเด็ก โดยนึกคิดเอาเองว่าภาพพจน์ของจอห์นสันที่สื่อความหมาย ความรู้สึก ในแง่ความละมุนละไม ความนุ่มนวล แต่ปรากฏว่าล้มเหลว เพราะผู้บริโภคไม่ยอมรับ และไม่เชื่อว่าความอ่อนนุ่มจะรักษาความเจ็บป่วยได้ ซึ่งตรงข้ามกับบริษัทฟอร์ดมอเตอร์ที่ทุ่มเทการวิจัยการตลาดอย่างมากเพื่อการพัฒนาในรูปแบบรถยนต์ที่ต้องการ จนบริษัทฟอร์ดได้ผลิตฟอร์ด MONDEO เอกลักษณะใหม่แห่งยนตรกรรมโลกปี 1993 ออกสู่ตลาด และประสบความสำเร็จอย่างมากมาย (Naresh, 1993) การวิจัยทางการตลาดจึงเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็น และมีความสำคัญต่อการตัดสินใจของฝ่ายบริหาร ปัจจุบันการวิจัยทางการตลาดในธุรกิจสมัยใหม่ ผู้บริหารตลาดยุคใหม่ต่างได้ให้ความสำคัญต่องานวิจัยการตลาดเพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีต โดยจะเห็นได้จากธุรกิจหลายแห่งได้จัดตั้งหน่วยงานวิจัยขึ้นภายในกิจการเพื่อทำหน้าที่วิจัยตลาดโดยเฉพาะ เช่นบริษัท ลีเวอร์บราเธอร์(ประเทศไทย) สหพัฒนพิบูลย์ เบอิลี่คเกอร์ เซลล์ เฮลไซ์ คาล์เท็กซ์ ป.ต.ท. ฯลฯ ส่วนบริษัทโฆษณา (Agency) เกือบทุกแห่ง ได้หันมาให้ความสำคัญกับงานวิจัยตลาดมากขึ้นเช่นกัน (ดำรงศักดิ์ ชัยสนธิ และก่อเกียรติ วิริยะกิจพัฒนา, 2538)

สำหรับงานบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ได้รับผลกระทบจากการแข่งขันด้านการขยายบริการของโรงพยาบาลด้วยกัน การเตรียมผู้บริหารยุคใหม่จึงต้องเพิ่มทักษะทางธุรกิจ โดยเฉพาะการนำแนวคิดทางด้านการตลาดมาปรับปรุงการจัดบริการให้มีความหลากหลาย เพื่อให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละกลุ่มที่มีกำลังซื้อต่างกัน จึงต้องติดตามดูความสนใจของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2537) การดำเนินงานที่ไม่คำนึงถึงผู้รับบริการ ทำให้ไม่สามารถทราบถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังนั้นการวิจัยทางการตลาด จึงเป็นกุญแจสำคัญ ที่ทำให้ทราบและเข้าใจถึงความต้องการและการรับรู้ของผู้รับบริการ (Parasuraman และคณะ, 1988; Bowie & Norma, 1993)

ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อระดับของการมุ่งเน้นการวิจัยทางการตลาด คือการที่ผู้บริหารระดับสูงมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้รับบริการจะพบตัวอย่าง เช่น ร้านขายของขนาดเล็กที่มีเจ้าของหรือผู้จัดการดำเนินกิจการเอง จะมีโอกาสได้ติดต่อกับผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง สามารถทราบถึงความคาดหวังและการรับรู้ ได้ตั้งแต่ด่านแรก หรือถึงแม้จะเป็นองค์การที่มีขนาดใหญ่ที่ให้เวลาทางโทรศัพท์พูดคุยกับผู้รับบริการ มีการสำรวจในธนาคารใหญ่แห่งหนึ่ง พบว่าผู้บริหารที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการเป็นประจำทางโทรศัพท์ จะทำให้ระดับของการติดต่อสัมพันธ์กันระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ผู้บริหารระดับสูงจะมีความเข้าใจในผู้รับบริการดีขึ้น (Goynes, 1985)

การสื่อสารจากผู้ให้บริการถึงผู้บริหารระดับสูง แม้ว่าผู้บริหารระดับสูงจะไม่เข้าใจในคุณภาพตรงกับผู้รับบริการ แต่จากงานวิจัยแนะนำว่าผู้ที่ให้บริการลูกค้าโดยตรง (Contract personnel) สามารถคาดเดาความคาดหวังของผู้รับบริการได้ถูกต้อง (Schneider & Bowen, 1985) ดังนั้นความเข้าใจของผู้บริหารต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ จึงขึ้นอยู่กับแบบของการติดต่อสื่อสาร ซึ่งได้รับจากผู้ให้บริการโดยตรงหรือจากตัวแทนที่ติดต่อกับผู้รับบริการ การติดต่อสื่อสารจากล่างขึ้นบน จะสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้บริหารระดับสูงซึ่งเกี่ยวข้องกับกิจกรรมและการให้บริการที่เกิดขึ้นในองค์กร(Read,1962) การติดต่อสื่อสารที่เป็นทางการ เช่นรายงานปัญหาและความต้องการในการให้บริการ ตามรายงานการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ และชนิดที่ไม่เป็นทางการ เช่นการพูดคุยกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้บริหารในแต่ละระดับชั้น

ปัญหาสำคัญของการติดต่อสื่อสารจากล่างขึ้นบน คือคุณภาพหรือประสิทธิผลซึ่งขึ้นอยู่กับสื่อที่ใช้ในขณะสื่อสารเช่นการสื่อสารแบบซึ่ง ๆ หน้า(Face-To-Face) จะมีประสิทธิภาพดีกว่า เพราะใช้การติดต่อสื่อสารได้ทั้งการพูด และการได้ยิน และสามารถเข้าใจได้ดีกว่า ถ้าข้อความที่รายงานมาไม่ชัดเจนหรือยากแก่การทำความเข้าใจ หรือเมื่อผู้ส่งและผู้รับสารมีภูมิหลัง ความคิด ความเชื่อที่แตกต่างกัน(Daft & Lengel,1984) การใช้สื่อโดยการเขียนรายงานและข้อความที่ส่งถึง มักพบว่ามีอุปสรรคและไม่ชัดเจน เช่นปัญหาในการให้บริการ ความรู้สึกของผู้ให้บริการ รวมทั้งขวัญและกำลังใจภายในในองค์กรนั้น ๆ และพบว่าผู้บริหารระดับสูง มักจะมีภูมิหลังที่แตกต่างจากผู้ให้บริการ (Berry, Zeithmal and Parasuraman, 1985) องค์กรที่ประสบความสำเร็จในการบริการเช่นสายการบินเดลต้า และแมริออท จะมีช่องทางการสื่อสารที่ดี โดยการใช้วิธี management by walking around (Peter & Waterman, 1982) เช่นเดียวกับวิธีการบริหารของผู้บริหารโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ดึงดูดใจคน (Magnet Hospital) (Clist, 1985; Krammer & Shmalenberg, 1988) ซึ่งวิธีนี้ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงาน ลดความยุ่งยากในการเข้าพบผู้บริหาร (Rout, 1981) จากการทำสนทนากลุ่มพบว่าพนักงานธนาคารหลายแห่งบอกว่า ขาดการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในหน่วยงาน (Parasuraman และคณะ, 1988)

**ระดับชั้นของการบริหาร** จำนวนชั้นของการบริหารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้บริหารระดับสูงคาดว่าจะมีผลต่อคุณภาพบริการ เนื่องจากระดับชั้นของการบริหารจะขัดขวางการติดต่อสื่อสารและการสร้างความเข้าใจ เพราะจะมีสิ่งกีดขวางระหว่างผู้รับและผู้ส่งสาร ดังนั้นจำนวนชั้นของการบริหารที่มากขึ้นกลับทำให้คุณภาพบริการลดลง (Parasuraman และคณะ, 1988)

## 5.2 ด้านการกำหนดมาตรฐานกับคุณภาพบริการ

แม้ผู้บริหารจะรับรู้ถึงความต้องการของผู้รับบริการถูกต้องแต่อาจจะไม่ได้นำมากำหนดเป้าหมายหรือมาตรฐานของการให้บริการ หรือผู้บริหารอาจจะไม่ได้เอาใจใส่อย่างจริงจังในการกำหนดลักษณะของบริการให้ได้คุณภาพ(No commitment) หรือกำหนดไว้ตามความเห็นของตนเท่านั้น ด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ เช่นผู้บริหารเห็นความสำคัญของความสะอาด แต่ไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายไว้เพราะขาดงบประมาณ หรือมุ่งให้พยาบาลให้บริการที่รวดเร็ว แต่ไม่ได้กำหนดเวลาให้ชัดเจนว่ารวดเร็วภายใน 5 นาที 10, 20 หรือ 30 นาที (พินิตา ดามาพงศ์, 2538) การบริหารจัดการด้านคุณภาพบริการ พบว่ามีความยากลำบากในความพยายาม ที่จะทำให้บริการที่ให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างเช่นการขาดแคลนทรัพยากร บุคคล เงิน วัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ภาวะการขาดทุนขององค์กร สภาพของตลาดและความแตกต่างในการบริหาร ทำให้การรับรู้ของผู้บริหาร และการกำหนดลักษณะมาตรฐานของบริการที่ให้ไม่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการด้านนี้ได้แก่

ความยึดมั่นผูกพันต่อคุณภาพบริการ หมายถึงการที่ผู้บริหารให้ความสำคัญและยึดมั่นต่อคุณภาพบริการ ความยึดมั่นผูกพันต่อคุณภาพบริการ โดยยึดผู้รับบริการเป็นหลักจะทำให้คุณภาพบริการตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ มากกว่าการให้บริการที่ยึดแต่ผลลัพธ์ของการบริการเท่านั้น (Parasuraman, 1987) ดังนั้นความยึดมั่นผูกพันต่อคุณภาพบริการจึงต้องคำนึงถึงความยึดมั่นผูกพันต่อทรัพยากรที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการ การคงไว้ซึ่งโครงการคุณภาพและการที่ผู้บริหารเชื่อว่าความพยายามในการปรับปรุงคุณภาพบริการ จะทำให้เป็นที่ตระหนักแก่บุคลากรทุกคนในองค์กร และมองเห็นความสำคัญของการมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพบริการจนได้รับความสำเร็จร่วมกัน และเป็นผลตอบแทนที่น่าภูมิใจอย่างยิ่ง ส่วนผลตอบแทนที่เป็นวัตถุเงินทอง ค่ายกย่องชมเชยเป็นสิ่งที่ตามมาภายหลัง

การกำหนดเป้าหมาย จากการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การตั้งเป้าหมายไม่เพียงแต่เป็นการช่วยปรับปรุงการปฏิบัติงาน และสร้างความสำเร็จของแต่ละคนในองค์กรเท่านั้น แต่ยังเป็น การช่วยควบคุมการปฏิบัติงานขององค์กรในภาพรวมอีกด้วย (Ivancevich & McMahon, 1982; Lathan & Lock, 1979; Lock et al, 1981; Sherwin, 1976) บริษัทที่เคยประสบความสำเร็จในการให้บริการที่มีคุณภาพสูง เช่นบริษัทอเมริกันเอกซ์เพรส แมคโดนัลด์ เดลต้าแอร์ไลน์ ฯลฯ ล้วนแต่มีการกำหนดเป้าหมายเพื่อคุณภาพบริการอย่างเป็นทางการ เนื่องจากว่าบริการเป็นการปฏิบัติงาน เป้าหมายของการให้บริการจึงถูกกำหนด และวัดโดยคน หรือใช้เครื่องจักร ดังที่บริษัท อเมริกัน

เอกซ์เพรส ได้ทำการวิเคราะห์คำร้องเรียนของลูกค้า แล้วรีบจัดการแก้ไขโดยทันทีด้วยความละเอียดรอบคอบและพร้อมที่จะให้บริการอยู่เสมอ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นสิ่งที่ทำให้องค์การประสบความสำเร็จในการบริการ นอกจากนี้บริษัท ยังได้กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนถึง 180 เป้าหมาย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ครอบคลุมงานบริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการได้อย่างทั่วถึง และเป้าหมายที่ตั้งขึ้นนี้ได้เผยแพร่ไปสู่ผู้รับบริการอย่างเป็นทางการ ได้รับการตรวจสอบและประเมินผลทันทีทางโทรศัพท์โดยผู้รับบริการเป็นผู้ร้องเรียน และสามารถส่งใบเสร็จรับเงินค่าโทรศัพท์คืนจากบริษัทได้ เป้าหมายของบริษัทอเมริกันเอกซ์เพรส จึงเป็นเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพ (Lock และคณะ, 1981) เนื่องจากมีความเฉพาะเจาะจง เป็นที่ยอมรับและครอบคลุมงานสำคัญ ๆ มีการรับฟังข้อมูลย้อนกลับ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ร้องเรียนได้อย่างเหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลด้วย

การพัฒนาเป้าหมายการบริการ ทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถมองเห็นแนวทางการปฏิบัติที่มุ่งสู่คุณภาพหรืออีกนัยหนึ่งคือ การที่ทำให้ผู้ให้บริการสามารถเข้าใจถึงสิ่งที่ผู้บริหารต้องการให้เกิดขึ้นในการสร้างคุณภาพบริการ การคงไว้ซึ่งโครงการคุณภาพที่เป็นทางการที่ทุกคน สามารถรับรู้และปฏิบัติได้ จึงจะทำให้เกิดมาตรฐานในการบริการ

การกำหนดมาตรฐานของงาน เป็นผลจากประสิทธิภาพ ของการแปลผลการรับรู้ของผู้บริหารที่จะกำหนดลักษณะของงานให้เป็นมาตรฐาน(Standardized) หรือเป็นเพียงงานประจำวัน (Routinized) ความพยายามในการนำแนวคิดการวัดความเป็นมาตรฐานของงานโดยใช้ผลงานวิจัยเกี่ยวกับองค์การ พบว่าอยู่ที่โครงสร้างของเทคโนโลยี (Perrow, 1979; Reeve & Woodward, 1970; Woodward, 1965) ผลงานวิจัยนี้แนะนำว่าเทคโนโลยีขององค์การสามารถสร้างความเป็นมาตรฐานของงานและยังใช้เป็นเกณฑ์ในการกำหนดพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานด้วย

Levitt (1976) ได้กำหนดความเป็นมาตรฐานสำหรับอุตสาหกรรมบริการใน 3 รูปแบบคือ

1. มีการใช้เทคโนโลยีหนัก (hard technology) แทนแรงงานคน
2. มีการพัฒนาวิธีการทำงานหรือการใช้เทคโนโลยีเบา (soft technology)
3. ผสมผสานทั้ง 2 วิธีการมาใช้ร่วมกัน

เทคโนโลยีหนัก หมายถึง การนำเครื่องจักรกลอัตโนมัติมาใช้แทนแรงงานคน เพื่อช่วยในการจัดบริการให้มีมาตรฐานขึ้นเช่นการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องรับโทรศัพท์อัตโนมัติ เครื่องเอกซ์เรย์แม่เหล็ก เครื่องโทรสาร ทั่วมล (vacuum) หรือเครื่องขนส่งภายในอาคาร (Telilift) โทรศัพท์ใช้บัตร เครื่องขายเครื่องดื่มอัตโนมัติ เป็นต้น

เทคโนโลยีเบา หมายถึงการจัดการสร้างสรรค์งานบริการให้สะดวกต่อการให้บริการ

เช่นการมี Salad bar ในภัตตาคาร มีตัวเดินทางท่องเที่ยวเป็นชุด และมีมาตรฐานการฝึกอบรม ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง หรือทางด้านบริการทางสุขภาพ เช่น การจัดคลินิกพิเศษนอกเวลา การให้บริการสอบถามข้อมูลหรือปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์ การจัดช่องทางการรับบริการให้สะดวก รวดเร็ว การให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว เป็นต้น

ผู้บริหารที่นำเทคโนโลยีทั้งสองนี้มาผสมผสานกัน จะทำให้มาตรฐานของงานบริการ ดีขึ้น

**การรับรู้ต่อความเป็นไปได้** จากผลการวิจัยของ Parasuraman และคณะ, (1988) พบว่าการรับรู้ของผู้บริหารต่อความต้องการของผู้รับบริการที่สามารถเป็นไปได้ เช่น ถ้าผู้บริหาร เชื่อว่าความรวดเร็วเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ แต่อาจจะไม่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ด้วยเหตุผล 2 ประการคือ

1. เวลาที่ใช้ในการให้บริการไม่สามารถคาดคะเนได้อย่างแน่นอน
2. การให้บริการในช่วงที่มีความต้องการใช้บริการมาก ๆ ( Peak season ) เช่น ช่วงเทศกาลต่าง ๆ หรือเมื่อเกิดอุบัติเหตุหมู่ โรคระบาด ที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการพร้อมกันจำนวนมาก ความสามารถ หรือศักยภาพในการให้บริการ จึงไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการในขณะนั้น

ถ้าการรับรู้ของผู้บริหารต่อความคาดหวังของผู้บริการ ไม่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้อย่างที่คิดไว้ คุณภาพบริการก็จะไม่สามารถเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกัน ตัวแปรที่มีผลต่อปัจจัยนี้คือความสามารถของคนในองค์กรและระบบซึ่งถูกกำหนดขึ้น รวมทั้งระดับของความเชื่อของผู้บริหาร ต่อความคาดหวังของผู้รับบริการที่เป็นไปได้ (Parasuraman และคณะ, 1988)

### 5.3 ด้านการจัดบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานกับคุณภาพบริการ

ด้านการจัดบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานเป็นการจัดการเพื่อแก้ปัญหาคุณภาพบริการที่เกิดจากความแตกต่างระหว่างมาตรฐานที่กำหนดไว้กับบริการที่ให้จริง โดยที่ Parasuraman และคณะ ( 1988 ) ให้ความหมายตามที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับช่องว่างคุณภาพบริการ ซึ่งตรงกับการจัดด้านนี้ว่าช่องว่างของการปฏิบัติการบริการ(Service performance gap) เมื่อผู้ให้บริการไม่สามารถและหรือไม่เต็มใจที่จะให้บริการ ให้ได้ในระดับที่ผู้รับบริการต้องการ เช่นในโรงพยาบาลบางครั้งผู้บริหารโรงพยาบาลได้กำหนดลักษณะคุณภาพไว้อย่างชัดเจนแล้ว แต่เนื่องจากมีปัจจัยหลายด้านที่มีผลให้บริการไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ทำให้บริการที่เกิดขึ้นไม่มีคุณภาพ เช่นงบประมาณน้อยเกินไป บุคลากรไม่มีความสามารถ หรือไม่ได้รับการจูงใจเพียงพอ เครื่องมือ

เครื่องใช้ล้ำสมัย ขาดความพร้อมและความร่วมมือภายในองค์กร พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลขาดประสบการณ์หรือขาดการฝึกอบรมหรือต้องทำงานหนักเกินไป จึงไม่สามารถหรือไม่สนใจที่จะให้บริการตามมาตรฐานที่กำหนด หรือมีความขัดแย้งกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ เช่น ให้พยาบาลให้เวลาผู้ป่วย รับฟังผู้ป่วย แต่ต้องบริการให้รวดเร็วมีฉะนั้นผู้ป่วยอื่นจะคอยนาน (พนิดา ดามาพงศ์, 2538)

ความไม่ตรงกันระหว่างการกำหนดลักษณะคุณภาพบริการกับบริการที่ให้จริง อาจเกิดจากช่องว่างของการปฏิบัติงานบริการ (Service performance gap) ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามความคาดหวังของผู้บริหาร ช่องว่างของการปฏิบัติงานบริการจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้บริการไม่สามารถหรือไม่ยินดีที่จะปฏิบัติบริการในระดับที่ต้องการได้ ปัจจัยของการจัดการด้านนี้ ได้แก่

การทำงานเป็นทีม คุณค่าของการทำงานเป็นทีม คือ การปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร เพื่อนำไปสู่เป้าหมายและสิ่งสำคัญของการทำให้เป้าหมายขององค์กรประสบความสำเร็จก็คือความสามัคคีภายในกลุ่มสมาชิก (Davis, 1969; Shaw, 1976) และความยึดมั่นผูกพันกันภายในกลุ่ม (Salancik, 1977) ในกลุ่มที่ปฏิบัติงานที่ได้คุณภาพสูงพบว่ามีการทำงานเป็นทีม ความสำเร็จจึงเกิดจากความร่วมมือของสมาชิกทุกคน ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแบ่งปันความสำเร็จให้แก่กันและกัน (Lawler & Cammann, 1972) นอกจากนี้การทำงานเป็นทีมยังเน้นให้เห็นถึงโครงการดำเนินงานที่มีคุณภาพ คุณค่าของการทำงานเป็นทีมระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้บริหารที่มีเป้าหมายร่วมกัน ทำให้เกิดทีมงานที่มีคุณภาพ — และทีมงานที่มีคุณภาพทำให้งานบริการดีขึ้น (Mumurry, 1983)

การจัดคนให้เหมาะกับงาน ทำให้คุณภาพบริการลดลง ปัญหาดังกล่าวจะเกิดขึ้นเนื่องจากผู้บริหารมัก จะจัดให้บุคลากรระดับต่ำมีหน้าที่ให้บริการโดยตรง บุคลากรเหล่านี้มักจะเป็นผู้ที่มีการศึกษาน้อยและได้ค่าตอบแทนที่ต่ำที่สุด พบว่าบุคคลเหล่านี้มักจะขาดความสามารถในการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์และทักษะการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ (Parasuraman et al, 1988) และยังพบว่าสถานบริการหลายแห่งที่ไม่สามารถให้บริการที่เป็นเยี่ยมได้ เพราะพนักงานขาดความรู้และคุณสมบัติของการให้บริการ ขาดกลยุทธ์และศิลปะในการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ

**การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับงาน** การใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม มีความเที่ยงตรงในการปฏิบัติการ อาทิเช่น การใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ วินิจฉัยโรค จะทำให้บริการมีคุณภาพสูงขึ้นได้เนื่องจากเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นจะทำให้การ ปฏิบัติงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ มีคุณภาพและก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ( วรรณวิไล จันทราภา และ สุนทรี ภาณุทัต, 2534)

**การรับรู้ต่อการควบคุมตนเอง** ความรู้สึกและเข้าใจในการรับรู้ต่อการควบคุมตนเอง เป็นปฏิกริยาที่มีต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าจะสามารถควบคุมต่อสถานการณ์ นั้นได้ดีเพียงใด (Geer, Davidson and Gatchel, 1970; Geer & Maisel, 1972; Glass & Singer, 1972) ผู้ให้บริการที่รับรู้ถึงการควบคุมตนเองได้ จะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม Averill (1973) ได้จำแนกการควบคุมตนเอง ออกเป็น 3 ลักษณะได้แก่การควบคุมพฤติกรรม (behavior) ความคิด (cognitive) และการตัดสินใจ (decisional)

**การควบคุมพฤติกรรม** หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ถูก ควบคุม

**การควบคุมความคิด** หมายถึง ความสามารถในการลดความเครียดโดยใช้กระบวนการ ใช้ข้อมูลในความคิดของแต่ละคน

**การควบคุมการตัดสินใจ** หมายถึง ความสามารถในการเลือก ซึ่งเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ หรือเป้าหมายที่มีอยู่

**การรับรู้ต่อการควบคุม** เป็นการวัดระดับของการปกครองในองค์การ การดำเนินงาน และวัฒนธรรมการให้บริการที่มีความยืดหยุ่นต่อผู้รับบริการ นอกจากนี้การรับรู้ต่อการควบคุม ตนเอง ยังสามารถกำหนดผลลัพธ์ที่ประสบความสำเร็จในการให้บริการ ดังนั้นถ้าผู้ให้บริการ สามารถรับรู้ต่อการควบคุมตนเองได้ดี ก็จะสามารถเผชิญหน้ากับงานบริการได้เป็นอย่างดีด้วย และยังทำให้มีความเป็นผู้นำในการปฏิบัติงานสูง ( Zeithaml, Parasuraman, and Berry, 1985 )

**ระบบการนิเทศควบคุมงาน** ในบางองค์การ การวัดผลการปฏิบัติงานของพนักงาน วัดได้จากผลลัพธ์ ตัวอย่างเช่นจำนวนหน่วยของการผลิตต่อชั่วโมง จำนวนชิ้นของสินค้าที่ขาย ต่อสัปดาห์ การวัดผลการปฏิบัติงานในลักษณะนี้เป็นการวัดและตรวจสอบ โดยวิธีที่เรียกว่า “ระบบการควบคุมผลลัพธ์” (Output Control System) ผลการปฏิบัติงาน จึงวัดจากผลลัพธ์ที่ถูก บันทึกไว้ แต่อย่างไรก็ตามองค์การที่ให้บริการหลายแห่ง พบว่าการใช้การควบคุมผลลัพธ์ อาจจะเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสม หรือมีความยากลำบากในการวัดผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นสำหรับงาน



บริการ ผลการปฏิบัติงาน สามารถวัดได้โดยการใช้ระบบการควบคุมพฤติกรรม (Behavioral Control System) (Ouchi, 1979) ซึ่งประกอบด้วยการสังเกต หรือรายงานวิธีการให้บริการหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมากกว่าการวัดโดยใช้การควบคุมที่ผลลัพธ์ การใช้ระบบการควบคุมพฤติกรรมทำให้เห็นถึงระดับของการบริการ หรือ Tone - of - Service โดยมีเครื่องมือวัดพฤติกรรมบริการ (Behavior measurement) ให้ผู้รับบริการเป็นผู้ประเมิน การใช้วิธีการประเมินผลแบบนี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความระมัดระวังในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ และจะต้องสอดคล้องตรงตามความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการ (Berry, 1986)

**ความขัดแย้งในบทบาท** บทบาทเป็นสิ่งที่ผูกติดกับตำแหน่ง ในองค์การหนึ่ง ๆ บทบาทคือกลุ่มของพฤติกรรมและกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งถูกปฏิบัติโดยบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งในแต่ละอาชีพ (Katz and Kahn, 1978) บทบาทมีความหมายถึงความคาดหวังความต้องการและแรงกดดันที่ได้รับจากการติดต่อสื่อสารกับบุคคลแวดล้อมในองค์การซึ่งมีทั้งผู้บริหารระดับสูง ผู้นิเทศควบคุมงานรวมทั้งผู้รับบริการ เมื่อความคาดหวังของบุคคลเหล่านี้ ไม่สามารถเป็นจริงได้หรือมีความต้องการมากเกินไป ผู้ปฏิบัติงานก็จะเกิดความขัดแย้งขึ้นในบทบาท จากงานวิจัยพบว่าความขัดแย้งในบทบาท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกตึงเครียดและความวิตกกังวลในงานและมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในงาน (Greene & Organ, 1973) เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานจะต้องเกี่ยวข้องกันระหว่างองค์การและผู้รับบริการ ย่อมต้องการความพึงพอใจจากทั้งสองฝ่าย แต่บางครั้งก็มักจะเกิดความขัดแย้งกันระหว่างองค์การกับผู้รับบริการขึ้น

**ความขัดแย้งในบทบาท** อาจเกิดขึ้นเมื่อความคาดหวังจากการให้บริการที่ไม่ตรงกัน เช่นขณะที่ให้บริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ แต่อาจจะเป็นการขัดต่อความต้องการและความคาดหวังขององค์การ ผู้บริหารอาจเป็นผู้สร้างความขัดแย้งให้แก่ผู้ปฏิบัติงานโดยไม่ได้ตั้งใจ เช่นการให้ทำงานเอกสารมากเกินไป การมีความขัดแย้งกันระหว่างผู้บริหาร การรับรู้ต่อความขัดแย้งในบทบาท เป็นความไม่สุขสบายทางจิตสำหรับผู้ปฏิบัติงาน (Kahn et al, 1984) ซึ่งมีผลกระทบต่อความพึงพอใจในผู้ปฏิบัติงานและผลของการปฏิบัติงานในองค์การด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าทำให้เพิ่มการขาดงานและการลาออกจากงาน องค์การใดที่ยอมให้ความขัดแย้งในบทบาทเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการทำให้คุณภาพบริการลดลง

**ความไม่ชัดเจนในบทบาท** เกิดขึ้นจากผู้ปฏิบัติงานไม่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่เพียงพอ หรืออาจเกิดจากความไม่แน่นอน ในสิ่งที่ผู้บริหารคาดหวังให้ผู้ปฏิบัติกระทำ

และการทำให้ผู้บริหารพึงพอใจ หรือเพราะผู้ปฏิบัติไม่ทราบวิธีการประเมินผลและผลตอบแทนที่จะได้รับ(Walker, Churchill & Ford 1977; Katz & Kahn, 1978) การสื่อสารแบบบนลงล่างของผู้บริหารซึ่งเกี่ยวข้องกับเป้าหมาย วัตถุประสงค์และกลยุทธ์ที่ส่งมายังผู้ปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน ไม่มีการใช้ข้อมูลย้อนกลับ ผู้ปฏิบัติไม่มีโอกาสซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจในบทบาทของตนเอง โดยเฉพาะบทบาทของผู้ให้บริการ การที่ผู้ให้บริการไม่ชัดเจนในบทบาทของตนเอง จะทำให้ความเชื่อมั่นในตนเองและความสามารถในการให้บริการลดลง

#### 5.4 ด้านการสื่อสารไปสู่ผู้รับบริการกับคุณภาพบริการ

การสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการ ได้รับรู้ถึงการให้บริการมีผลต่อบริการที่ผู้รับบริการคาดหวังและรับรู้ ทั้งนี้เพราะบริการที่ผู้ให้บริการตั้งใจมอบให้ อาจต่างจากบริการที่ผู้มารับบริการคิดว่าตนได้รับ เนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน การประชาสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ ที่มักเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการตามที่ได้กำหนดเป้าหมายคุณภาพไว้ล่วงหน้า อาจทำให้ความคาดหวังในบริการคลาดเคลื่อนไปจากที่ได้รับจริง ทำให้ผู้รับบริการผิดหวังและประเมินว่าบริการที่ได้รับด้อยคุณภาพ เช่น ถ้าผู้รับบริการได้รับทราบจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล โดยแสดงให้เห็นถึงสถานที่ ห้องพักรักษาพยาบาล ภาพพยาบาลพนมมือไหว้ ยิ้มแย้มทักทายปราศรัย แต่เมื่อมาใช้บริการกลับพบว่าห้องไม่สะอาด พยาบาลหน้าบึ้ง ท่าที่ห่างเหิน นั้นหมายถึงการโฆษณาประชาสัมพันธ์ทำให้ความคาดหวัง แตกต่างจากที่ได้รับจริง สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารอื่น ๆ มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ความแตกต่างระหว่างการให้บริการกับการติดต่อสื่อสารภายนอก — รวมทั้งการให้สัญญาที่เกินความจริง หรือการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการที่ควรแจ้งให้ผู้รับบริการทราบ ล้วนแต่มีผลต่อการรับรู้ในคุณภาพบริการ ตัวแปรย่อยของการจัดการด้านนี้ ได้แก่

การติดต่อสื่อสารแนวราบ ทั้งในองค์กรที่มีและไม่มีแผนกประชาสัมพันธ์จำเป็นจะต้องใช้เพราะเป็นการส่งข่าวสารข้อมูลซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายในแผนกหรือระหว่างแผนก(Daft & Steers, 1985) จุดมุ่งหมายหลักของการติดต่อสื่อสารแนวราบ คือการประสานงานระหว่างกันของคนในแผนกและต่างแผนกเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร ซึ่งหมายถึงคุณภาพบริการที่เกิดขึ้นจะเป็นคุณภาพในระดับสูง เนื่องจากการติดต่อสื่อสารแนวราบ มีความจำเป็นที่จะต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับระหว่างแผนกที่ให้บริการโดยตรงกับแผนกประชาสัมพันธ์ รวมทั้งตัวแทนต่าง ๆ ด้วย เมื่อแผนกทั้งสองมีการติดต่อสื่อสารกันขึ้น เช่นในกรณีผู้ให้บริการต้องการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการโดยผ่านทางแผนกประชาสัมพันธ์ถือเป็นสัญญาที่ให้ไว้แก่ผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการ

เกิดความคาดหวังในสิ่งที่ผู้ให้บริการแจ้งให้ทราบ แต่ถ้การติดต่อสื่อสารขาดตอน ข้อมูลที่ให้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งอาจเกิดจากการที่แผนกประชาสัมพันธ์ไม่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนที่จะสื่อสารออกไป ดังนั้นเมื่อผู้รับบริการมาใช้บริการ ผู้ให้บริการอาจจะไม่สามารถให้บริการได้ตรงกับความต้องการหรือภาพที่ผู้รับบริการคาดไว้ในใจก่อนใช้บริการ

จากการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ แสดงให้เห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องระมัดระวังเรื่องการติดต่อสื่อสารในองค์การ เพราะเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาตรวจสอบ ก่อนจะออกไปให้บริการและเชื่อว่าการทำเช่นนี้ จะช่วยให้ความคาดหวังของผู้รับบริการมีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ที่จะสนองตอบต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ สำหรับองค์การที่ไม่มีแผนกประชาสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสารแนวราบยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีการติดต่อระหว่างฝ่ายขายกับฝ่ายบริการ พบว่าฝ่ายขายมักจะให้สัญญาเกินกว่าที่ฝ่ายบริการสามารถจัดให้ได้ ทำให้ความคาดหวังของผู้รับบริการสูงขึ้น แต่เมื่อมาใช้บริการจริงกลับไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวัง ผลก็คือทำให้ผู้รับบริการผิดหวัง

ความสำคัญของการติดต่อสื่อสารแนวราบ คือการประสานงานหรือการผสมผสานการทำงานร่วมกันระหว่างแผนกต่าง ๆ ในองค์การ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่นำไปสู่ความสำเร็จ (Anderson, 1984) การประสานงานมีความจำเป็นต่อคุณภาพบริการที่จะทำให้นโยบายกับการปฏิบัติไปด้วยกันด้วยดีและสอดคล้องกันของทุก ๆ หน่วยงานในองค์การ ผู้รับบริการจะคาดหวังต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์การในลักษณะเดียวกัน แต่ในกรณีที่ต้องมีการมีสาขาบริการหลายแห่ง และแต่ละแห่งผู้บริหารให้อิสระในการดำเนินงานอย่างเต็มที่ การรับรู้ของผู้รับบริการจึงไม่อยู่ในระดับเดียวกันในแต่ละแห่ง สิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังต่อบริการในที่แห่งหนึ่ง อาจทำให้คาดหวังต่อบริการในที่อีกแห่งหนึ่งได้

**การให้สัญญาที่เกินความจริง** เนื่องจากภาวะการแข่งขันในด้านการบริการในปัจจุบันทวีความรุนแรงมากขึ้น งานบริการจึงอยู่ในภาวะการแข่งขันด้วยเช่นกัน เนื่องจากการนำเอาวิธีการทางธุรกิจแนวใหม่มาใช้ โดยมีแนวโน้มว่าจะมีการใช้วิธีการให้สัญญาที่เกินความจริงมากขึ้น (โฆษณาหลอกหลวง) ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้รับบริการผิดหวัง และประเมินว่าคุณภาพลดลง (Parasuraman et al, 1988)

จากวรรณคดีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการด้านคุณภาพบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ประกันตน กับ

คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ประกันตนรับรู้ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดของ  
Parasuraman และคณะ (1983 - 1990) ดังนี้



ศูนย์วิทยพัชการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

การจัดการด้านคุณภาพบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ประกันตน

