

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลตามความคาดหวังของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้สรุปสาระสำคัญตามหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเชิงการตลาดเกี่ยวกับการบริการ
2. เกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการของผู้รับบริการ
3. แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามความคาดหวัง
4. ลักษณะงานบริการของแผนกผู้ป่วยนอก
5. แนวความคิดเกี่ยวกับบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 5.1 ความสะดวกในการใช้บริการ
- 5.2 อธิยาศัยไมตรี
- 5.3 ความเป็นรูปธรรมในบริการ
- 5.4 การให้ความรู้ คำแนะนำ และการให้คำปรึกษา
- 5.5 ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้
- 5.6 ความพร้อมที่จะให้การรักษาพยาบาล
- 5.7 จริยธรรมของเจ้าหน้าที่
- 5.8 ราคา

6. การสนทนากลุ่ม
7. การวิเคราะห์ตัวประกอบ

1. แนวคิดเชิงการตลาดเกี่ยวกับการบริการ

1.1 ความหมายของการตลาด

สมาคมการตลาดแห่งสหรัฐอเมริกา (1960, อ้างถึงใน ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539 : 4) ได้ให้ความหมายของการตลาดคือ กระบวนการในการวางแผน (Planning) และการบริหารแนวความคิดการตั้งราคา (Pricing) การส่งเสริมการตลาด (Promotion) และ

การจัดจำหน่าย (Distribution) ความคิด สินค้า และบริการ (Ideas , goods and Services) เพื่อสร้างให้เกิดการแลกเปลี่ยน โดยสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ และสนองความพึงพอใจของบุคคล

E. Jerome Mearthy (1971, อ้างถึงใน ธงชัย สันติวงษ์ , 2539 : 7) ได้ให้ความหมายของการตลาดว่า หมายถึง กิจกรรมทางด้านธุรกิจที่เกี่ยวกับการผ่านสินค้าและบริการจากผู้ผลิตไปยังผู้บริโภคหรือผู้ใช้ เพื่อที่จะให้มีการตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคได้ และขณะเดียวกันก็ทำให้องค์การธุรกิจสามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์ได้

Kotler (1994 : 6) ได้ให้ความหมายของการตลาดว่า เป็นกระบวนการทางสังคม และการบริหาร ซึ่งบุคคลและกลุ่มบุคคลได้รับสิ่งที่สนองความจำเป็นและความต้องการของเขาจากการสร้าง การเสนอ และการแลกเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ที่มีมูลค่ากับบุคคลอื่น

จากความหมายดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า การตลาด หมายถึง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในทางธุรกิจ โดยอาศัยกระบวนการแลกเปลี่ยนสินค้าหรือบริการ จากผู้ผลิตไปสู่ผู้บริโภคหรือผู้ใช้บริการ เพื่อตอบสนองความต้องการ และความพอใจของผู้บริโภคหรือผู้ใช้บริการ

1.2 ความหมายของการบริการ

สมาคมการตลาดอเมริกัน (อ้างถึงใน สุมนา อยุธยา , 2536) ได้ให้ความหมายของการบริการว่า หมายถึง กิจกรรมประโยชน์ หรือความพอใจ ซึ่งได้เสนอเพื่อขายหรือกิจกรรมที่จัดขึ้นรวมกับการขายสินค้า

Kotler (1994 : 464) กล่าวว่า การบริการ หมายถึง กิจกรรมใด ๆ หรือการปฏิบัติที่กลุ่มหรือคณะใดคณะหนึ่งสามารถเสนอสิ่งสำคัญที่มองไม่เห็นเป็นตัวเป็นตนและไม่มีผลในการเป็นเจ้าของผลผลิตของบริการ อาจเป็นหรือไม่เป็นผลิตภัณฑ์ก็ได้

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

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2539) ให้ความหมายบริการ (Services) ว่าเป็นกิจกรรมผลประโยชน์ หรือความพึงพอใจที่สนองความต้องการแก่ผู้เป็นลูกค้า

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า บริการ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติและมีปฏิสัมพันธ์ ร่วมกันในขณะเวลาหนึ่ง เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ให้ และผู้รับบริการ

1.3 ลักษณะของบริการ

การประเมินคุณภาพบริการ เป็นสิ่งที่ทำได้ยากกว่าการผลิต เนื่องจากการ บริการไม่ได้ผลิตออกมาเป็นสินค้าที่มีรูปลักษณ์ทางกายภาพอย่างชัดเจน(ปริทรรศน์ พันธบุรุษย์, 2536) ซึ่งผู้รับบริการไม่สามารถตัดสินใจได้ตามลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏ แต่สามารถตัดสินใจว่ามีคุณภาพ โดยใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือวัด (Monroe and Krishnan 1983 quoted in Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985) ทั้งนี้เพราะการบริการมีลักษณะที่สำคัญ 4 ประการ (Kotler, 1994 สอดคล้องกับ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2537 : พนิดา ดามาพงศ์, 2538 : ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539) คือ

1.3.1 การบริการเป็นสิ่งที่ไม่มีตัวตน (Intangibility)

การบริการมีความแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ เช่น สมู ยาสีฟัน เป็นสิ่ง ที่เป็นนามธรรม ไม่มีตัวตน ไม่สามารถจับต้องหรือสัมผัสใด ๆ ได้ แต่จะแสดงผลลัพธ์ออกมาในรูป ของผลงานที่เกิดขึ้นภายหลังบริการ ซึ่งก่อนที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจเลือกใช้บริการนั้น ผู้รับบริการ ไม่สามารถประเมินคุณภาพการบริการได้ ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงของผู้รับบริการ ผู้รับบริการจึง กำหนดเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพของบริการจากสถานที่ ตัวบุคคล เครื่องมือ วัสดุที่ใช้ในการ ติดต่อสื่อสาร สัญลักษณ์ และราคา สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการจะต้องจัดหา เพื่อให้ผู้รับบริการ สามารถประเมินคุณภาพ และสามารถตัดสินใจเลือกใช้บริการได้เร็วขึ้น ดังนี้

1) สถานที่ (Place) ผู้ให้บริการต้องสามารถสร้างความเชื่อมั่นและความ สะดวกให้เกิดกับผู้มารับบริการ เช่น อาคารต้องใหญ่โตโอโง่ง ออกแบบให้เกิดความคล่องตัว แก่ผู้มารับบริการ และมีความสะอาด สวยงาม จัดหาที่นั่งให้เพียงพอ บรรยากาศดี อากาศถ่ายเท ได้สะดวก มีที่จอดรถเพียงพอ

2) บุคคล (People) ผู้ให้บริการต้องแต่งตัวให้เหมาะสม สะอาด บุคลิกดี อารมณ์ดี หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส พูดจาด้วยถ้อยคำที่ไพเราะ อ่อนโยน เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจ และเกิดความมั่นใจเมื่อมารับบริการ

3) เครื่องมือ (Equipment) ผู้ให้บริการต้องจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพในการให้บริการที่รวดเร็ว และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ เช่น ห้องจ่ายยาในแผนกผู้ป่วยนอก นำระบบคอมพิวเตอร์มาจัดระบบการจ่ายยาที่รวดเร็ว มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ทันสมัย

4) วัสดุที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร (Communication Material) ผู้ให้บริการต้องจัดอุปกรณ์ในการติดต่อสื่อสาร เพื่อการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ สามารถติดต่อประสานงานได้อย่างรวดเร็ว เช่น โทรศัพท์ หรือเครื่องมือสื่อสารต่าง ๆ ที่สามารถติดต่อแพทย์หรือพยาบาล ในกรณีที่ผู้รับบริการต้องการความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน

5) สัญลักษณ์ (Symbols) คือ เครื่องหมายการค้า หรือตราสินค้าที่ใช้ในการให้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเรียกชื่อได้ถูกต้อง ควรมีลักษณะการสื่อความหมายที่ดีเกี่ยวกับบริการที่เสนอขาย เช่น ห้องน้ำ ที่หน้าประตูเป็นรูปผู้หญิง ผู้ชาย หรือรูปคนนั่งรถเข็นที่ชัดเจน มีป้ายชี้บอกสถานที่ต่าง ๆ ชัดเจน

6) ราคา (Price) ผู้ให้บริการต้องกำหนดราคาการให้บริการที่เหมาะสมกับระดับการให้บริการที่ชัดเจน และง่ายต่อการจำแนกระดับบริการที่แตกต่างกัน เช่น ราคาที่ตั้งไว้สำหรับการตรวจอัลตราซาวด์ การเอกซเรย์ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ราคาค่าตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ราคาค่าตรวจสุขภาพประจำปี

1.3.2 การบริการไม่สามารถถูกแบ่งแยกให้บริการได้ (Inseparability)

การบริการเป็นทั้งการผลิต และการบริโภคในขณะเดียวกัน ซึ่งแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ ซึ่งสามารถผลิต จัดเก็บ และจำหน่าย โดยผ่านผู้แทนจำหน่าย แล้วจึงมีการบริโภคเกิดขึ้น แต่สำหรับการบริการ ผู้รับบริการต้องปรากฏให้ผู้ให้บริการเห็น จึงจะเกิดบริการขึ้น กล่าวคือ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างมีผลต่อบริการนั้น เช่น ถ้าพยาบาลให้บริการดี ผู้รับบริการก็จะนิยมไปรับบริการมากขึ้น พยาบาลต้องทำงานหนักมากขึ้น เพราะการให้บริการนั้นส่วนใหญ่เป็นรายบุคคลไม่สามารถทำเป็นกลุ่มได้ ทำให้ต้องใช้เวลามาก ดังนั้นพยาบาลควรกำหนดเวลาในการให้การพยาบาลแต่ละรายให้ลดน้อยลง แต่ยังคงไว้ซึ่งคุณภาพในการให้บริการ เช่น การสอนสุขศึกษาเป็นกลุ่มแทนรายบุคคล

1.3.3 การบริการมีความไม่แน่นอนมีความหลากหลายในตัวเอง (Variability)

การให้บริการมีความหลากหลายในตนเอง คุณภาพของการบริการ อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีการเปลี่ยนผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ เปลี่ยนผู้รับบริการ หรือแม้แต่เปลี่ยนเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม ทำให้ความสม่ำเสมอ (Consistency) เกิดขึ้นได้ยาก สิ่งที่คุณให้บริการต้องการให้อาจไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ เนื่องจากการรับรู้หรือความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน เช่น แพทย์ที่มีประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ ย่อมมีการตัดสินใจและความชำนาญมากกว่าแพทย์ฝึกหัด การมีมนุษยสัมพันธ์ของพยาบาล และบรรยากาศของห้องตรวจต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน

1.3.4 การบริการไม่สามารถเก็บไว้ได้ (Perishability)

การบริการเป็นทั้งการผลิตและการบริโภคในขณะเดียวกัน จึงไม่สามารถผลิตเก็บไว้ได้เหมือนสินค้าอื่น ๆ ถ้าความต้องการมีสม่ำเสมอ การให้บริการก็จะมีปัญหา แต่ถ้ามีผู้รับบริการมากเกินไป หรือรับบริการน้อยเกินไป จะทำให้เกิดปัญหา คือ ให้บริการไม่ทัน หรือไม่มีผู้มารับบริการ โรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลต้องเตรียมความพร้อม อยู่ตลอดเวลา และปรับบริการให้เพียงพอกับผู้มารับบริการ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการให้ สม่ำเสมอระหว่างอุปสงค์ (Demand) และอุปทาน (Supply) เช่น การเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการ ในช่วงที่มีผู้มารับบริการมาก การจัดบริการเสริมในขณะที่มีผู้มารับบริการมากขณะนั้น

สรุป จากลักษณะสำคัญของการบริการดังกล่าว จึงเห็นว่าการประเมิน คุณภาพบริการเป็นเรื่องยาก ดังนั้นผู้รับบริการจะรับรู้ได้ในสิ่งที่ตนได้รับ โดยเปรียบเทียบกับ บริการที่ตนได้รับจริงกับที่ตนคาดหวังไว้ ถ้าการบริการที่ได้รับจริงตรงกับที่ตนคาดหวังไว้หรือมากกว่าก็จะเกิดความพึงพอใจและประทับใจในบริการ แต่ถ้ามีน้อยกว่าก็จะเกิดความไม่พึงพอใจใน บริการนั้น

2. เกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการของผู้รับบริการ

2.1 ความหมายของคุณภาพ

Frobe และ Bain (1976) และ Gilles (1982) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพว่า "คุณภาพเป็นลักษณะที่แสดงถึงผลของการกระทำ หรือผลของกระบวนการประกอบกิจกรรมที่ บังเกิดผลดีเลิศ (Excellence) วัดได้จากการเปรียบเทียบผลการกระทำกับเกณฑ์มาตรฐานแต่ละ วิชาชีพที่กำหนดไว้"

Mc Nealy (1993) ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพ (Quality) หมายถึง การทำให้เป็นไปตามความจำเป็นและความคาดหวังของผู้รับบริการ ความจำเป็นและความคาดหวังนี้ ถูกกำหนดโดยผู้รับบริการ

พจนานุกรมของ Collins Cobuild (1995 : 1344) ได้กล่าวไว้ว่า “การที่จะบอกได้ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี เป็นสิ่งที่มีคุณภาพได้นั้น สิ่งนั้นจะต้องมีมาตรฐานที่สูง ถึงจะมีคุณภาพได้”

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2536) ได้ให้ความหมายของคุณภาพ หมายถึง ความสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการหรือลูกค้า

สุรศักดิ์ นานานุกูล และคณะ (2538 : 111) กล่าวว่า แนวความคิดในการปรับปรุงคุณภาพและผลิตภันท์ถือว่า คุณภาพเป็นกลยุทธ์ทางธุรกิจที่มีความสำคัญระดับสูงสุด ทุกองค์กรที่ประสบความสำเร็จจะกำหนดให้คุณภาพเป็นเป้าหมายสูงสุดขององค์กร ถ้ามีคุณภาพแล้วก็จะสามารถเอาชนะคู่แข่งขั้นได้โดยเด็ดขาดจะขยายตัวและช่วงชิงส่วนแบ่งการตลาดได้ด้วยคุณภาพที่เหนือกว่า และบรรลุเป้าหมายได้ด้วยคุณภาพ ซึ่งในแนวความคิดใหม่บอกว่า จะต้องเน้นความพอใจของลูกค้าก่อน จะต้องรู้ระดับความพอใจของลูกค้าหลังจากนั้นจะต้องทำงานอย่างมีประสิทธิภาพแต่ให้ลูกค้าพอใจ

ดังนั้นสรุปได้ว่า คุณภาพ คือระดับของการกระทำ หรือปฏิบัติตามเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนดและต้องมีความเป็นเลิศ ซึ่งคุณภาพจะต้องถูกกำหนดโดยความพึงพอใจของลูกค้าที่ได้รับจากบริการนั้น ๆ จึงจะถือว่าบริการนั้นเป็นบริการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

2.2 มาตรฐานของบริการ

มาตรฐานของบริการ เพื่อให้การบริการนั้นมีคุณภาพ มี 2 ประเภท คือ มาตรฐานเชิงเทคนิคและมาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์ (Omachonu, V.K., 1990 ; Bopp, 1990 และ Kotler, 1994)

2.2.1 มาตรฐานเชิงเทคนิค (Technical Standard) เป็นคุณภาพเชิงเทคนิคที่ใช้ในการกำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาล เพื่อควบคุมคุณภาพงาน และเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจว่าการรักษาพยาบาลและการบริการต่าง ๆ ที่ให้ไปนั้น เป็นการกระทำที่

มีคุณภาพและประสิทธิภาพจริงมีความถูกต้องและเป็นธรรมกับผู้มารับบริการ โดยองค์การพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพของงานบริการพยาบาลตามมาตรฐานสากล 3 ประการ (ประพิณ วัฒนกิจ, 2537 สอดคล้องกับกองการพยาบาล 2538 : 1) คือ

1) มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure Standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนดขึ้นทุกหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากรในฝ่ายการพยาบาล โดยคำนึงถึงปรัชญา วัตถุประสงค์ รวมถึงนโยบายในการปฏิบัติงาน การจัดองค์การ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร เครื่องมือ งบประมาณ นโยบายการปฏิบัติงาน

2) มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process Standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนดขึ้นเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล หรือเป็นขั้นตอนของกระบวนการรักษาพยาบาล โดยเน้นที่การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล และกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผลการปฏิบัติเกิดผลดีแก่ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงลักษณะของผู้รับบริการ เฉพาะกลุ่มที่ตนปฏิบัติการพยาบาลอยู่

3) มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome Standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนดขึ้นเพื่อบอกผลของการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย พฤติกรรมที่แสดงออกของผู้รับบริการอาจจะเป็นไปในทางบวกหรือทางลบก็ได้ แต่ในการกำหนดคุณภาพการพยาบาลแล้วพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้รับบริการจะต้องออกมาในทางบวก เช่น อาการของโรคดีขึ้น

2.2.2 มาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Standard หรือ Quality in Perception)

ในธุรกิจการให้บริการ คุณภาพของบริการเป็นสิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจการให้บริการ เนื่องจากบริการมีลักษณะที่แตกต่างจากผลิตภัณฑ์ทั้ง 4 ประการ คือ ไม่มีตัวตน จับต้องไม่ได้, ไม่สามารถแบ่งแยกได้, ไม่มีความแน่นอน และไม่สามารถเก็บไว้ได้ ทำให้คุณภาพของบริการถูกประเมินจากทั้งกระบวนการให้บริการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดจากบริการนั้น (Outcome) โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ซึ่งบางครั้งมีความสำคัญมากกว่าผลของบริการ เนื่องจากผู้รับบริการไม่มีความรู้ทางเทคนิคเชิงวิชาชีพ จึงไม่สามารถประเมินคุณภาพงานรักษาพยาบาลเชิงวิชาชีพได้ (Bopp, 1990 และ Kotler, 1994) ดังนั้นผู้ใช้บริการจึงเกิดความคาดหวังในคุณภาพบริการจากความต้องการของผู้ใช้บริการเอง จากการพูดปากต่อปาก จากประสบการณ์ในอดีต จากการ

โฆษณาของธุรกิจให้บริการ (Parasuraman, 1990 : 46 สอดคล้องกับ Omachonu, V.K., 1990 และ Kotler, 1994 : 474) เมื่อผู้รับบริการมารับบริการก็จะเปรียบเทียบบริการที่ตนได้รับจริงกับบริการที่คาดหวัง ถ้าผลพบว่าบริการที่ได้รับจริงนั้นมากกว่าบริการที่คาดหวัง ผู้รับบริการก็จะเกิดความพึงพอใจ ประทับใจในบริการ และกลับมาใช้บริการอีก

จึงสรุปได้ว่า ในทางการตลาดนั้นได้ให้ความสำคัญต่อความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ คุณภาพบริการนั้นขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบของผู้รับบริการระหว่าง บริการที่คาดหวังไว้ล่วงหน้า (Expected Service) กับบริการที่ได้รับจริงเป็นสำคัญ (Parasuraman, 1990) ดังนั้นในการดำเนินธุรกิจของโรงพยาบาลให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น จะต้องมีความสอดคล้องตามมาตรฐานทั้ง 2 แบบนี้ พร้อม ๆ กัน นั่นคือ ความสอดคล้องกันระหว่างมาตรฐานเชิงเทคนิค และมาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์ (ศิริพร ตันติพิบูลวินัย, 2538)

3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามความคาดหวัง

3.1 ความหมายของความคาดหวัง

ได้มีผู้ให้ความหมายของความคาดหวังไว้ดังนี้

พจนานุกรมของออกซ์ฟอร์ด (Oxford University, 1987 อ้างถึงใน ประเทือง สูงสุวรรณ, 2534) ให้ความหมายของความคาดหวังว่า เป็นสภาวะทางจิต ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่าควรจะมีจริงจะเป็น หรือควรจะมีเกิดขึ้น

พจนานุกรมของเวบสเตอร์ (Webster' s New world Dictionary, 1988 : 478) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า หมายถึง การคาดการณ์อนาคตในสิ่งที่ดี โดยที่ความคาดหวังนั้นอาจจะเป็นการคาดการณ์อนาคตในสิ่งที่ดี หรือไม่ดีก็ได้

พจนานุกรมของโคลลิน (Collins Cobuild English Dictionary, 1997 : 580) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า ความคาดหวังเป็นสิ่งที่ได้คาดหวังเอาไว้ เป็นความเชื่อว่าจะมีสิ่งใดน่าจะมีเกิดขึ้น และเป็นไปตามความต้องการที่ได้คาดหวังเอาไว้

เต็มดวง เจริญสุข (2532) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า เป็นความคิด ความรู้สึก ความต้องการ หรือความมุ่งหวังของบุคคลที่มีต่อบางอย่าง ซึ่งจะเป็นบุคคล

เหตุการณ์ การกระทำ ฯลฯ เป็นการคิดไว้ล่วงหน้า และความคาดหวังจะเป็นไปตามประสบการณ์ของบุคคล

พนิดา คำยุ (2538) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า เป็นความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลในการคาดคะเน หรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ดั่งาม ว่าควรจะมี ควรจะเป็นหรือควรจะเป็นในอนาคตตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ และความคาดหวังนี้จะถูกต้องมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

จากแนวความคิดดังกล่าวข้างต้นพอสรุปความหมายของความคาดหวังได้ว่าเป็นความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่าควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะเป็นในสิ่งที่ได้ ที่ถูกต้องหรือไม่ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

3.2 บริการที่คาดหวัง (Expected Service)

เนื่องจากบริการมีลักษณะแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ คือ ไม่มีตัวตน ไม่สามารถถูกแบ่งแยกให้บริการได้ คุณภาพไม่แน่นอน และไม่สามารถเก็บไว้ได้ ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถประเมินคุณภาพบริการได้ก่อนตัดสินใจ ผู้รับบริการจึงคาดหวังในคุณภาพบริการ ซึ่งจากการศึกษาของ Parasuraman และคณะ (1990) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังในบริการมี 4 ปัจจัย คือ

3.2.1 ความคาดหวังที่เกิดจากคำบอกเล่าปากต่อปาก ซึ่งเป็นคำบอกเล่าที่ได้รับทราบเกี่ยวกับคุณภาพบริการจากเพื่อนญาติพี่น้อง หรือคนรู้จัก ซึ่งเคยมาใช้บริการในสถานบริการแห่งนั้นมาแล้ว และได้รับบริการที่ดี จึงทำให้ผู้ฟังเกิดความคาดหวังในบริการที่ได้รับฟังมา

3.2.2 ความคาดหวังที่เกิดจากความต้องการส่วนตัวของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันตามภูมิหลังของบุคคลนั้น ๆ เช่น เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา วัฒนธรรม ประเพณี เป็นต้น

3.2.3 ความคาดหวังที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต เป็นประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวัง อาจจะเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่เคยได้รับ หรือเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้รับมาก็ได้

3.2.4 ความคาดหวังที่เกิดจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ

เป็นข้อมูลข่าวสารที่ได้รับทราบจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลในเรื่องต่าง ๆ เช่น การมีอุปกรณ์ มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย

3.3 การวัดคุณภาพบริการตามความคาดหวัง

การวัดหรือประเมินว่าบริการนั้นมีคุณภาพ ผู้รับบริการก่อนที่จะมารับบริการ คาดหวังไว้ว่าจะได้รับบริการเป็นไปตามความคาดหวังและความต้องการของตนอยู่แล้ว ดังนั้น ได้มีผู้ที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบของการบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการไว้ ตามผลการวิจัยของ Parasuraman และคณะ ในปี ค.ศ.1985 ได้ศึกษารูปแบบของการบริการที่เกี่ยวกับ ปัจจัยการกำหนดคุณภาพและช่องว่าง (อุปสรรค) 5 ประการ ที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยศึกษาจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) ผลการศึกษาพบว่า ในการรับบริการนั้นผู้รับบริการ จะใช้เกณฑ์ 10 ประการ ในการกำหนดคุณภาพบริการ คือ

1. ความเป็นรูปธรรมในบริการ (Tangibles)
2. ความไว้วางใจได้ (Reliability)
3. การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที (Responsiveness)
4. สมรรถนะของพยาบาล (Competence)
5. ความมีอัธยาศัย (Courtesy)
6. ความน่าเชื่อถือ (Credibility)
7. ความปลอดภัย (Security)
8. การให้ผู้รับเข้าถึงบริการ (Access)
9. การติดต่อสื่อสาร (Communication)
10. การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding the Customer)

ต่อมาในปี ค.ศ.1988 Parasuraman และคณะ ได้ทำการศึกษาวิจัยใหม่ โดยได้พัฒนารูปแบบของกรอบแนวคิดของคุณภาพบริการที่ใช้วัดการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ โดยได้สรุปรวมหมวดที่ 4-7 เป็นหมวดเดียวกัน คือ หมวดความน่าเชื่อถือได้ (Assurance) และ ในหมวดที่ 8-10 รวมกันเป็นหมวดการเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Empathy) เนื่องจากในบางด้านมีความซ้ำซ้อนกัน และมีรายละเอียดมากเกินไป ทำให้ยากในการใช้ประเมิน โดยรวมเป็น 5 หมวด มีรายละเอียดดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)

บริการที่ให้กับผู้รับบริการต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจน สามารถจับต้องสัมผัสได้ เช่น มีที่จอดรถที่เพียงพอ สถานที่ให้บริการที่อำนวยความสะดวก เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ลักษณะบุคลิกของผู้ให้บริการ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร

2. ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ (Reliability)

บุคลากรผู้ให้บริการมีความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าเป็นที่พึ่งได้ และการให้บริการมีความถูกต้อง แม่นยำ สม่ำเสมอ

3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที (Responsiveness)

บุคลากรผู้ให้บริการมีความพร้อมและเต็มใจที่จะให้บริการ และเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการได้ทันทีทันใด เป็นไปตามความต้องการของผู้รับบริการ

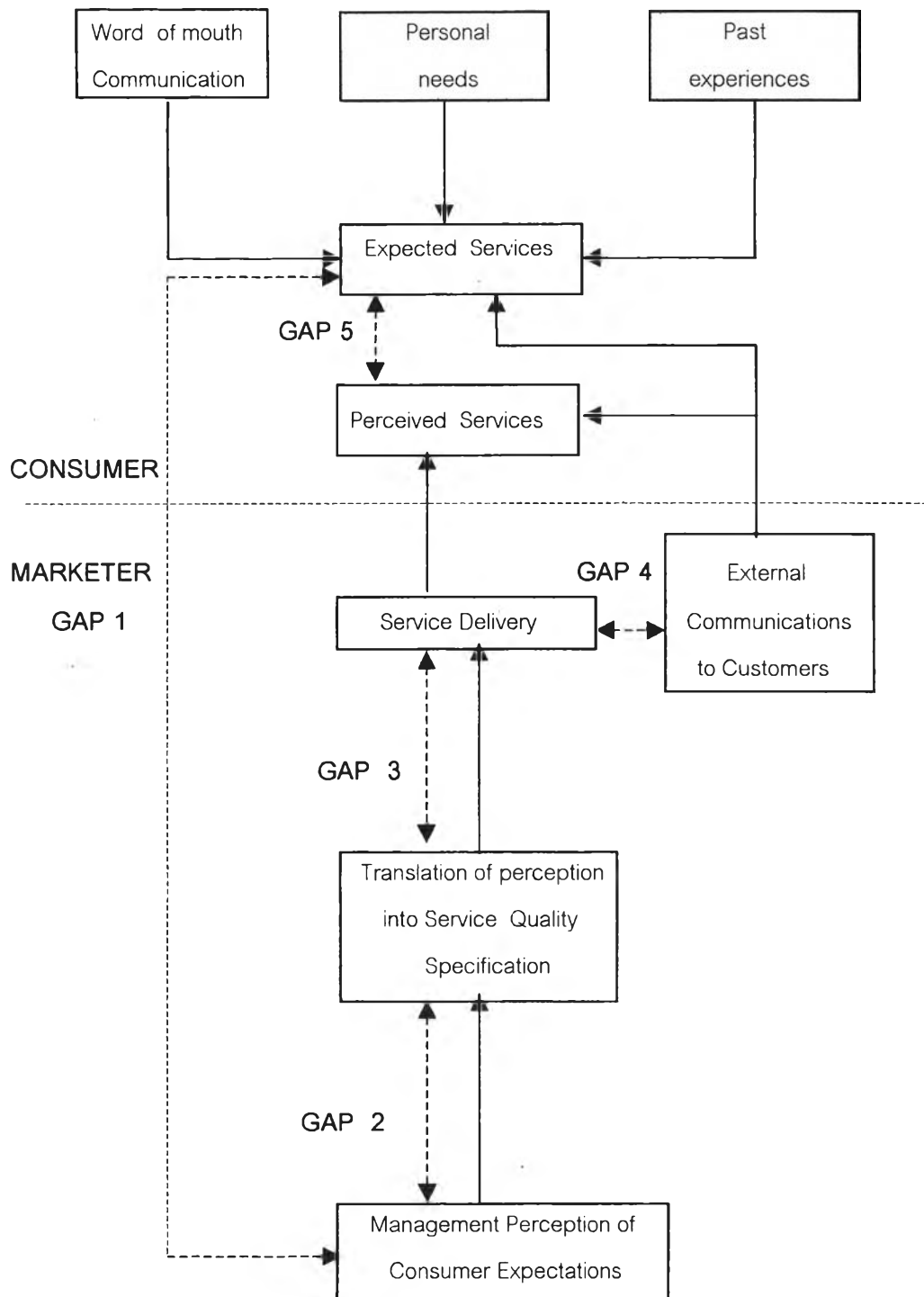
4. ความน่าเชื่อถือได้ (Assurance)

บุคลากรผู้ให้บริการ มีความรู้ มีมนุษยสัมพันธ์ดีในการให้บริการ และสามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อถือ มาใช้บริการมากขึ้น

5. การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Empathy)

บุคลากรผู้ให้บริการจะต้องเข้าใจถึงจิตใจของผู้รับบริการ และแสดงพฤติกรรมให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการด้วย

ซึ่งจากการศึกษาของ Parasuraman และคณะ (1985) พบว่ามีช่องว่างหรืออุปสรรค 5 ประการ ที่ทำให้ผู้บริหารไม่ประสบผลสำเร็จในการให้บริการ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่ ได้รับไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการกำหนดคุณภาพบริการ ของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry

"A Conceptual model of service quality and the implication of the implication for Future Research" Journal of Marketing, Fall. 1985 pp.44.

จากแผนภูมิที่ 1 รูปแบบคุณภาพบริการนำมาอธิบายการจัดการบริการ ดังนี้

1. ช่องว่างที่ 1 เป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการ (Consumer Expectation) และการรับรู้ของฝ่ายบริหาร (Management Perception) คือ ผู้บริหารไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงและความคาดหวังของผู้รับบริการได้ทั้งหมด จึงจัดบริการตามที่ตนคิดว่าผู้รับบริการต้องการ ทำให้การให้บริการคลาดเคลื่อนไปจากความต้องการอันแท้จริงของผู้รับบริการ
2. ช่องว่างที่ 2 เป็นช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้บริหารเกี่ยวกับความต้องการและการกำหนดลักษณะของคุณภาพบริการ (Service Quality Specification) คือ ผู้บริหารจะรับรู้ถึงความต้องการของผู้รับบริการถูกต้อง แต่ผู้บริหารไม่ได้เอาใจใส่อย่างจริงจัง เพื่อมากำหนดเป้าหมายหรือมาตรฐานของการให้บริการด้วย อาจจะมีข้อจำกัดต่าง 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

3.4 การนำเครื่องมือวัดคุณภาพบริการมาใช้ประเมินคุณภาพบริการ

Parasuraman และคณะ (1990) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL ตั้งแต่ปี ค.ศ.1985 จนถึงปี ค.ศ.1990 มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ

ในปี ค.ศ.1991 Babakus และคณะ ได้นำเครื่องมือวัดความพึงพอใจผู้รับบริการจากเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ SERBQUAL ของ Parasuraman และคณะ (1985,1988) เกี่ยวกับปัจจัยในการกำหนดคุณภาพบริการ 10 ประการ ซึ่งเครื่องมือนี้มีลักษณะที่แตกต่างไปจากเดิม คือ มีลักษณะเป็น Multiple-item Scale โดย Babakus และคณะ ได้นำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริการพยาบาล โดย Scale ในการวัดตัวกำหนดคุณภาพบริการแต่ละตัว จะมีค่า Scale เดียว และข้อคำถามของตัวกำหนดคุณภาพบริการแต่ละตัวจะมีเพียงข้อเดียว ซึ่งจะช่วยให้เห็นปฏิกริยาการตอบสนองต่อความคาดหวัง และการรับรู้ได้ทันทีในเวลาเดียวกัน ต่อมาในปี ค.ศ.1994 Scardina ได้ศึกษาเครื่องมือในการวัดคุณภาพบริการพยาบาล SERVQUAL 5 ประการ คือ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อมั่นวางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที ความน่าเชื่อถือ และการเข้าใจ รู้จัก รับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งเครื่องมือชุดนี้มีคำถาม 22 ข้อ พบว่ามีความเที่ยง ความตรงสูง และสามารถนำไปทดลองใช้วัดความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างสมบูรณ์

สำหรับในประเทศไทย พนิดา คำยุ (2538) สกาวดี ดวงเด่น (2539) ได้นำแนวความคิดของ Parasuraman มาพัฒนาใช้ในการประเมินคุณภาพบริการในโรงพยาบาล เอกชนและโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร โดยให้ผู้รับบริการและหัวหน้าหอผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญของคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยมากกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวัง ยกเว้นหมวดความเป็นรูปธรรมของบริการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยน้อยกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวัง ต่อมา พัชรีทองแผ่ (2540) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ชุมชนดีเด่น ทั้งโดยรวมรายด้าน และรายข้อ

4. ลักษณะงานบริการของแผนกผู้ป่วยนอก

การให้บริการการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกนี้ ถือเป็นงานสำคัญยิ่งของโรงพยาบาล ที่จะต้องดำเนินการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่ออำนวยความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้มารับบริการ งานบริการนี้จะครอบคลุมถึงงานรักษาพยาบาล งานส่งเสริม

สุขภาพ งานป้องกันโรค งานฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้เพื่อให้การบริการสาธารณสุขสู่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง โรงพยาบาลจะต้องมีหน้าที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคืองานให้การสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน ทุกรูปแบบตามนโยบายของรัฐ (สัมฤทธิ์ โปธา และวิศิษฎ์ พิชัยสนธิ, 2533)

งานบริการผู้ป่วยนอก เป็นงานที่อยู่ในฝ่ายผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุที่ให้บริการตรวจ ดูแล รักษาผู้ป่วย ซึ่งเมื่อได้รับการบริการแล้ว สามารถกลับไปรับประทานยาหรือปฏิบัติตนตามที่แพทย์แนะนำที่บ้านได้ งานนี้จึงมีหน้าที่ให้การตรวจรักษาโรคทั่วไปทุกชนิด ยกเว้นผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยทั่วไปในการให้บริการ มักจะแยกผู้ป่วยส่งตรวจในห้องตรวจของฝ่ายเทคนิคบริการต่างๆ มีการจัดคลินิกเฉพาะโรคเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการอย่างต่อเนื่องและสะดวกแก่แพทย์ในการติดตามดูแลผู้ป่วย ตลอดจนให้ผู้ป่วยได้รับผลดีที่สุด งานนี้ยังเป็นสถานที่ที่ฝ่ายเวชกรรมสังคมใช้ในการบริการคลินิกส่งเสริมสุขภาพต่างๆ เช่น คลินิกฝากครรภ์ คลินิกเด็กดี คลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น งานนี้จะต้องครอบคลุมไปถึงการให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปในแง่อื่นๆ เช่น การตรวจร่างกายเพื่อขอใบรับรองแพทย์ เป็นต้น

แผนกผู้ป่วยนอกเป็นจุดที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก ซึ่งสามารถสร้างภาพพจน์ที่ดีให้กับโรงพยาบาลได้ โดยจัดบริการที่มีคุณภาพ คือการต้อนรับ ประชาสัมพันธ์ การคัดกรอง (Screening) ผู้ป่วย การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ การให้คำแนะนำต่างๆ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพของตนเองที่บ้าน อีกทั้งมีการส่งไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลอื่นซึ่งมีการบริการรักษาเฉพาะโรค เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรืออาจส่งกลับไปรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ท้องถิ่น เช่น โรงพยาบาลชุมชน หรือสถานเอนามัย เป็นต้น

หน้าที่ความรับผิดชอบ

งานบริการผู้ป่วยนอก ได้แก่ การบริการตรวจ ดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งมาโรงพยาบาลโดยมิใช่กรณีฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุ ผู้ป่วยที่มีอาการหนักจะได้รับการพิจารณาเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการไม่หนัก ก็สามารถกลับไปรับประทานยาหรือปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำที่บ้าน

เปิดบริการตั้งแต่ 8.00น. – 16.00น. และบางโรงพยาบาลให้บริการตรวจพิเศษนอกเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 16.00น. – 20.00น. ในวันราชการ ส่วนวันหยุดราชการจะทำการตรวจบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หน่วยผู้ป่วยนอก แบ่งออกเป็น 2งาน แต่ละงานมีลักษณะงานดังนี้

1. งานห้องตรวจโรคทั่วไป

ให้บริการในด้านการตรวจรักษาโรคทั่วไปแก่ผู้ป่วย จำแนกตามแผนกต่างๆ

ดังนี้คือ

1.1 ห้องตรวจโรคอายุรกรรม

1.2 ห้องตรวจจิตเวช

1.3 ห้องตรวจศัลยกรรมทั่วไป

1.4 ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก

1.5 ห้องตรวจจักษุ

1.6 ห้องตรวจหู คอ จมูก

1.7 ห้องตรวจสูติกรรม

1.8 ห้องตรวจนรีเวชกรรม

1.9 ห้องตรวจกุมารเวชกรรม

2. งานคลินิกเฉพาะโรค

2.1 คลินิกประสาทวิทยา

2.2 คลินิกโรคไต

2.3 คลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร

2.4 คลินิกโรคปอด

2.5 คลินิกโรคหัวใจ และหลอดเลือด

2.6 คลินิกโรคผิวหนัง

2.7 คลินิกโรคโลหิตวิทยา

2.8 คลินิกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ

2.9 คลินิกโรคติดเชื้อดื้อยา

2.10 คลินิกศัลยกรรมโรคทรวงอก

2.11 คลินิกศัลยกรรมระบบประสาท

2.12 คลินิกวางแผนครอบครัว

2.13 คลินิกมีบุตรยาก

2.14 คลินิกตรวจพิเศษทางตา

2.15 คลินิกตรวจพิเศษโรคทางหู คอ จมูก

2.16 คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี

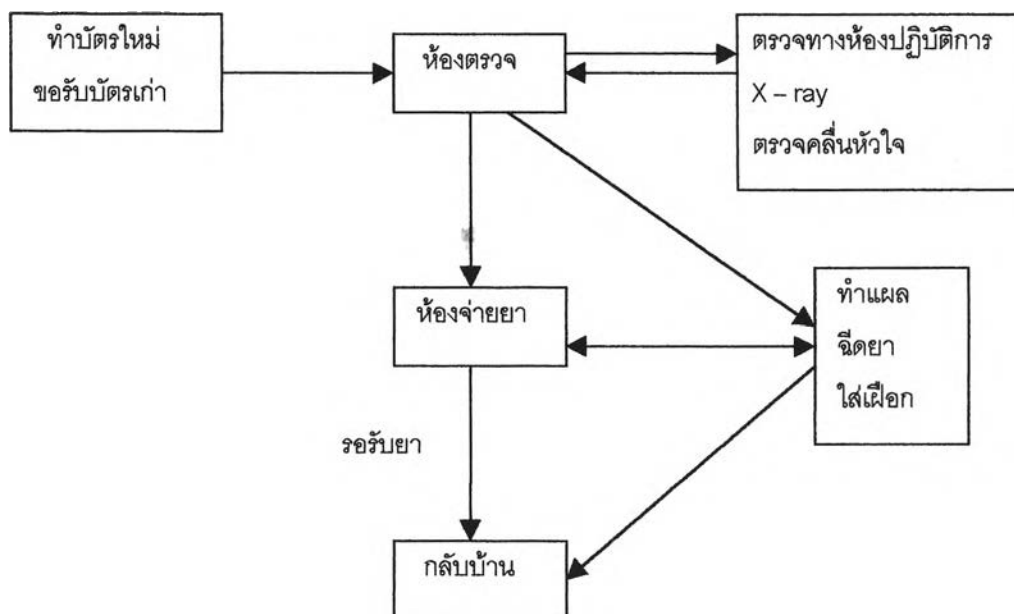
2.17 คลินิกยาเสพติด

ขั้นตอนในการปฏิบัติงาน

โดยทั่วไปควรปฏิบัติตามลำดับขั้นตอน แต่เพื่อให้การบริการเป็นไปด้วยความรวดเร็ว อาจจะมีการลดขั้นตอน หรือลัดขั้นตอนได้แล้วแต่ความเหมาะสม เช่นผู้ป่วยที่จะมาขอรับยาเดิมไปรับประทานต่อ ควรจะให้แพทย์สั่งยาทันทีโดยไม่ต้องรอเรียกตามลำดับ ผู้ป่วยที่ชักประวัติได้น่าจะเป็นมาลาเรีย อาจจะไปตรวจเลือดก่อนได้เลยในขณะที่รอลำดับอยู่ แนวปฏิบัติทั่วไปประกอบด้วย

1. ให้การประชาสัมพันธ์แก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้มาติดต่ออื่นๆ โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์คอยแนะนำขั้นตอนในการรับบริการ และให้ข้อมูลอื่นๆ ด้วยวิธีการและสื่อต่างๆที่เหมาะสม
2. ทำบัตรผู้ป่วยใหม่ หรือค้นบัตรผู้ป่วยเก่า พร้อมทั้งให้เลขที่ลำดับเข้าตรวจก่อนหลัง และลงทะเบียนในการทำบัตร ให้ทำเครื่องหมายบนบัตรแสดงถึงสิทธิพิเศษต่างๆ เพื่อความสะดวกในการบริการขั้นต่อไปและเพื่อให้ง่ายต่อการสถิติ ผู้ป่วยที่มีใบส่งตัว (Referral form) ควรให้รับบริการก่อน
3. ให้บริการในการประเมินอาการและอาการแสดงที่หน่วยคัดกรอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตรวจตรงตามแผนก
4. ให้การตรวจวินิจฉัย ส่งการรักษา และนัดมาตรวจต่อ หรือติดตามผลการส่งตรวจทางห้องชันสูตร เอกซเรย์ หรือปรึกษาแพทย์ต่างแผนก
5. ให้บริการตามแผนการรักษา เช่น ฉีดยา ทำแผล เข้าเฝือก เป็นต้น
6. บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วย และญาติ
7. ห้องยาจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์

ขั้นตอนการรับบริการ



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2539 :OPD-1-11) ได้กำหนดมาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นด้านหน้าของโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก เพื่อที่จะจัดบริการให้ครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพ ซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการดำเนินงาน และนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีมาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก 9 ข้อ ดังนี้

OPD.1 พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ ของการจัดบริการผู้ป่วยนอกเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

OPD.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPD.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอกได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPD.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

OPD.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการผู้ป่วยนอก/กึ่งระเบียนที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

OPD.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกอย่างสะดวกปลอดภัยมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPD.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอก ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPD.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

OPD.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยนอก โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5. แนวความคิดเกี่ยวกับบริการที่คาดหวังของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก

จากที่ได้มีผู้ศึกษาคุณภาพบริการโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL ของ Parasuraman และคณะทั้งหมดนี้ เครื่องมือ SERVQUAL มาจากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ จึงมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมกับประเทศไทย และศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการทางธุรกิจ ซึ่งมีความแตกต่างกับกลุ่มผู้รับบริการการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในประเทศไทย การกำหนดคุณภาพบริการของผู้รับบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในประเทศไทย จึงน่าจะแตกต่างจากผลการศึกษาของ Parasuraman ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการกำหนดคุณภาพบริการของโรงพยาบาล จากการกำหนดความต้องการและความคาดหวังที่แท้จริงของกลุ่มผู้รับบริการในประเทศไทย โดยผู้วิจัยได้ไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลแบบ

เจาะลึก (Indepth Interview) โดยการบันทึกเทปเสียง ถอดเทป สกัดเนื้อหา จากการศึกษาเบื้องต้นได้จัดหมวดหมู่ คุณภาพบริการของโรงพยาบาล 8 หมวด ดังนี้

- 5.1 ความสะดวกในการใช้บริการ
- 5.2 อธิยาศัยไมตรี
- 5.3 ความเป็นรูปธรรมของบริการ
- 5.4 การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา
- 5.5 ความน่าเชื่อถือ วางใจได้
- 5.6 ความพร้อมที่จะให้การรักษาพยาบาล
- 5.7 จริยธรรม
- 5.8 ราคา

5.1 ความสะดวกในการใช้บริการ

จากการศึกษาของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry (1985, 1988) ได้กำหนดคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ โดยสร้างเครื่องมือวิจัยจาก เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL เกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกในการมารับบริการ โดยการให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ (Access) นั้น หมายถึง ผู้ให้บริการจะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะให้บริการ เมื่อมีผู้มาติดต่อ โดยบริการที่ให้กับผู้ป่วยนั้นจะต้องอำนวยความสะดวกในสิ่งเหล่านี้ คือ

1. เวลาในการติดต่อขอรับบริการ ต้องติดต่อได้ง่าย รวดเร็ว ไม่ต้องใช้เวลาคอยนาน ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องมีความเตรียมพร้อมอยู่เสมอที่จะให้บริการ เตรียมพร้อมที่จะให้ข้อมูล หรือตอบคำถามแก่ผู้ป่วยตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสะดวกจะมารับบริการเมื่อใดก็ได้ และเพื่อให้การติดต่อขอรับบริการเป็นไปอย่างรวดเร็ว ง่าย และสะดวก ควรมีอุปกรณ์เครื่องขยายเสียง ในการเรียกชื่อผู้ป่วยที่ชัดเจน แนะนำบอกขั้นตอนต่างๆ และระยะเวลาในการรอตรวจ เมื่อมาตรวจรักษาในโรงพยาบาลอย่างละเอียดและชัดเจน ขั้นตอนต่างๆไม่ยุ่งยากซับซ้อน ตรวจเป็นไปตามคิวลำดับก่อน-หลัง ใครมาก่อนได้ตรวจก่อน มีการจัดเก็บประวัติเอกสารข้อมูลต่างๆเป็นอย่างดี พร้อมที่จะเรียกใช้ได้ตลอดเวลา

2. สถานที่ตั้งเหมาะสม อำนวยความสะดวกได้ดีในด้านของอาคารสถานที่ พัก และอาหาร กล่าวคือ มีอาคารใหญ่โต โดดเด่น มีห้องพักให้ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และมีที่นั่งพักสำหรับรอตรวจให้ผู้ป่วยและญาติอย่างเพียงพอและเหมาะสม แผนกต่างๆควรอยู่ในบริเวณเดียว

กันเพื่อสะดวกในการไปตรวจรักษา ตลอดจนมีร้านอาหารและร้านค้าสวัสดิการไว้บริการผู้ป่วย และญาติ

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เบอร์ช (Boesch , 1972 : 71-79) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง แพทย์กับผู้ป่วยในการใช้บริการของโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยไม่พึงพอใจมากในเรื่อง การรอคอยตรวจที่ต้องเสียเวลานาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ และ รัตนา พิมพ์โกวิท (2528 : 62-63) ได้ทำการศึกษาบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ป่วยไม่พอใจที่แพทย์ออกตรวจสาย ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลารอคอยนาน

วิภา ดุรงค์พิศิษฏ์กุล (2525) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก ต่อบริการของโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่พึงพอใจกับการรอคอย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรอคอยในหน่วยเวชระเบียน มากกว่าการรอคอยในหน่วยตรวจโรคและหน่วย ห้องยา (สอดคล้องกับ นงคราญ ผาสุข และคณะ, 2524 : 53-55 ; Panchansky & Thomas, 1981 :135 -137 ; ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และดวงสมร บุญผดุง, 2532 : 34 ; ปิยวรรณ ประคุณคงชัย, 2533 ; อารีย์ วิรานันท์, 2537)

สุนนา ตั้งคณะสิงห์ และคณะ(2526 : 188) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบ ความพอใจของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐ พบว่าในด้านอุปกรณ์เครื่อง อำนวยความสะดวกในโรงพยาบาล ผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ พอใจร้อยละ 77.0 ไม่พอใจ ร้อยละ 23.0 ส่วนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน พอใจร้อยละ 94.0 ไม่พอใจร้อยละ 6.0

วันดี เจียมจิตศิริพงษ์ (2528) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วย นอกที่ไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเชิงธุรกิจในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เหตุผลหลักในการ มาเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน คือ ความสะดวกรวดเร็ว

วิมลศรี ศรีสุพรรณ และมะลิจิตร ศิริวัฒนนามธานนท์ (2536 : 45 - 55) ได้ ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดย ศึกษาจากผู้รับบริการ 300 คน ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการ

พยาบาลผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับกิจกรรมการบริการที่ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ หรือ พึงใจน้อย ได้แก่ การจัดคิวเข้าห้องตรวจ

สุจิตรา นิลเลิศ (2539) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการ ของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่ำสุดกับ ความสะดวกที่ได้รับจากบริการ และมีความพึงพอใจสูงสุดกับคุณภาพของการบริการ (สอด คล้อง กับ ปิยวรรณ ประคุณคงชัย, 2533)

5.2 อธิบายมิติ

คำว่า “สัมพันธ์ภาพ” (Relation) “การติดต่อสื่อสาร” (Communication) “ปฏิกริยาสัมพันธ์” (Interaction) และ “อติยาศัยไมตรี” (disposition) เป็นคำที่มีความหมายถึง กระบวนการที่ต่อเนื่องกัน และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จนเกือบแยกออกจากกันไม่ได้

ความหมายของการติดต่อสื่อสาร

แอนเดอร์สัน (Anderson quoted in Alplblaum and other, 1975: 5) ให้ ความหมายการติดต่อสื่อสาร กล่าวไว้ว่า การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการซึ่งเราทำความเข้าใจ ผู้อื่น และในทางกลับกันก็พยายามจะให้ผู้อื่นเข้าใจเราด้วย เป็นพลังความสัมพันธ์ต่อกันที่เกิดขึ้น อย่างต่อเนื่องกันตลอดเวลา

รูชด์ และเบนทีสัน (Ruesch and Benteson quoted in Sundeen and other, 1981: 78) กล่าวถึง การติดต่อสื่อสารว่าเป็นวิถีปฏิบัติโดยบุคคลหนึ่ง ซึ่งผลกระทบไปยัง บุคคลอื่น และวิถีปฏิบัตินั้น ไม่เพียงแต่เป็นการส่งข่าวสารโดยใช้ภาษาเท่านั้น ยังหมายรวมถึง พฤติกรรมของมนุษย์ และศิลปะ รวมถึงจุดมุ่งหมายของพฤติกรรม หรือความคิดของบุคคลด้วย

จารุวรรณ เอกอรัญผล (2530) ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสาร ว่าเป็น กระบวนการถ่ายทอด หรือแลกเปลี่ยนข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และ ทัศนคติระหว่างบุคคล หรือกลุ่มบุคคล อันเป็นผลให้เกิดสัมพันธ์ภาพ และกระบวนการติดต่อ สื่อสารที่จะได้ผลดีนั้นต้องอาศัยความเข้าใจที่ตรงกัน การมีส่วนร่วมและการมีปฏิกริยาโต้ตอบที่ เหมาะสม

จากความหมายข้างต้น สรุป ความหมาย การติดต่อสื่อสาร ไว้ว่า เป็นกระบวนการการถ่ายทอดหรือแลกเปลี่ยนข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และทัศนคติ โดยบุคคลหนึ่ง และส่งผลกระทบต่อไปยังบุคคลอื่น และกระบวนการติดต่อสื่อสารที่ดีนั้น จะต้องมีความเข้าใจที่ตรงกัน และมีปฏิริยาโต้ตอบที่สอดคล้องเหมาะสม

ลักษณะของการสื่อสาร

ลักษณะของการสื่อสาร แบ่งเป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539; อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2540)

1. การสื่อสารที่ใช้คำพูด (Verbal Communication)

เป็นการสื่อสารด้วยคำพูดทั้งโดยการพูดและการเขียน ถ้าคำพูดทุกคำพูดมีความหมายตรงกับเนื้อหาที่ผู้พูดต้องการจะสื่อสารก็จะเป็นการดี แต่โดยทั่วไปไม่ได้เป็นเช่นนั้น เนื่องจากคำพูดจะเกี่ยวเนื่องกับระดับของคำ คุณภาพ เหตุการณ์ ปฏิริยา แนวความคิด ความสัมพันธ์ ความรู้ และทัศนคติของผู้ใช้คำพูดต่อสิ่งนั้น ๆ คำพูดแต่ละคำที่เหมือนกันอาจมีความหมายต่างกัน เมื่อผู้พูดคนละคน หรือพูดเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ต่างกัน นอกจากนี้การแปลคำพูด ก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้รับฟัง หรือผู้อ่าน รวมทั้งสภาวะแวดล้อมขณะนั้นด้วย

2. การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด (Non-Verbal Communication)

จากผลการศึกษาพบว่า มีเพียงร้อยละ 7 ของการสื่อสารเท่านั้นที่ใช้การสื่อสารด้วยคำพูด ที่เหลืออีกร้อยละ 93 เป็นการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด ได้แก่ การสื่อสารโดยการแสดงภาษามือ ภาษากาย การแสดงสีหน้า การแสดงออก และน้ำเสียง เป็นการสื่อสารที่สำคัญมากต่อการสื่อสารด้วยความเชื่ออาทร ได้แก่

2.1 ภาษามือ ใช้สื่อข่าวสาร พร้อมคำพูด เพื่อย้ำความหนักแน่นของคำพูด และความสอดคล้องของเหตุผล และอารมณ์ขณะพูด

2.2 ภาษากาย เป็นการสื่อสารที่ใช้มากเกินครึ่งของการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด ภาษากาย เป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ และทำความเข้าใจ เช่น พุดไปเดินไป ตอบตกลงแต่ขมวดคิ้ว พุดเสียงสั้นพริ้วเร็ว ฯลฯ

2.3 การแสดงสีหน้า เนื่องจากสีหน้า มักไม่สามารถปกปิดความคิดในใจของบุคคลนั้นได้ และมักแสดงให้เห็นทราบว่าคุณคนนั้นเป็นคนที่มีสุขหรือทุกข์เพียงใด มีบุคลิกภาพและอัธยาศัยอย่างไร อยู่ในอารมณ์ชนิดใด ในการสื่อสารจึงต้องเรียนรู้ และฝึกหัดให้

เป็นนิสัยที่จะแสดงสีหน้าที่พร้อมจะให้บริการผู้อื่น เพราะสีหน้าจะสร้างความประทับใจให้แก่ผู้พบเห็นในครั้งแรก

2.4 การแสดงสายตา ดวงตา แสดงสื่อสารความในใจของผู้นั้น โดยยากที่จะปิดบัง และมากมายเกินกว่าที่ตนเองจะคาดคิด จึงเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญที่ต้องปรับปรุงเพื่อการสื่อสารที่ได้ผลดี ในฐานะของผู้ส่งสารที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารจำเป็นต้องใช้ความพยายามที่จะให้ผู้รับข่าวสารได้สบายตาด้วย มิฉะนั้นเขาอาจรับข่าวสารได้น้อยลง

2.5 น้ำเสียง สามารถสื่อข่าวสารได้พร้อมกับการใช้คำพูด แต่น้ำเสียงจะมีความหมายต่อการสื่อสารมากกว่า เช่น ความสูงต่ำ ความหนักแน่น ชัดเจน ความต่อเนื่อง จังหวะ คำพูดวทวน การหยุดนิ่งเงียบ เสียงอุทาน ฯลฯ ล้วนมีความหมายทั้งสิ้น

2.6 การสัมผัส เป็นวิธีการสื่อสารที่ผู้รับจะแปลความหมายได้รวดเร็ว ในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วย การสัมผัสที่เหมาะสม แสดงถึงความรัก ความเอาใจใส่ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ สบายใจ อบอุ่นใจ มั่นใจ

หลักของการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ

จะต้องคำนึงถึง ต้องเข้าใจตนเอง ต้องรู้จักและเข้าใจลักษณะของบุคคลที่จะติดต่อด้วย ต้องสามารถใช้ช่องทางในการติดต่อสื่อสารที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถสื่อสารด้วยถ้อยคำ น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง การวางตัว ได้อย่างเหมาะสม การสื่อสารที่ดีต้องมีลักษณะของการตั้งใจ และสายการเดินทางของข่าวสารจะต้องสั้น ได้ใจความ ชัดเจน เพื่อป้องกันการบิดเบือนและผันแปรของการตีความหมาย และการสื่อสารที่ดีมีหลักสำคัญ 7 ประการ ดังนี้คือ

1. ความถูกต้องและน่าเชื่อถือ
2. เนื้อหาสาระเป็นประโยชน์ มีคุณค่า เหมาะสม สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมของผู้รับ ทำให้ผู้รับเข้าใจ และนำไปปฏิบัติได้
3. ความแจ่มแจ้ง ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย
4. เหมาะสมกับกาลเทศะ เนื้อหาสอดคล้องกับวัฒนธรรมของสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล และสถานที่
5. เนื้อหามีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
6. ช่องทางในการสื่อสารเหมาะสมกับผู้รับและสถานการณ์ในการสื่อสาร
7. ผู้ส่งสารต้องคำนึงถึงความสามารถของผู้รับสาร ทั้งด้านความรู้และการรับรู้

การติดต่อสื่อสารโดยการพูด

การติดต่อสื่อสารโดยการพูด มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และการรักษาพยาบาล อาจมีทั้งผลดีและผลเสีย ถ้าหากผู้ให้บริการใช้คำพูด และน้ำเสียงที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นในการพูดควรยึดหลัก ดังนี้

1. ควรจะพูดกับผู้ป่วยด้วยวาจาที่สุภาพ พูดด้วยน้ำเสียงที่ไพเราะนุ่มนวล ไม่พูดห้วน กระด้างหรือขู่ตะคอก พยาบาลควรจะต้องมีวาจาดี ชักถามและให้ความเห็นใจแก่ผู้ป่วยอยู่เสมอ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2522 อ้างถึงใน เรวัตี ลือพงศ์ลีคณา, 2535)

2. ควรพูดกับผู้ป่วยในลักษณะที่แสดงถึง การยอมรับ และเคารพในความ เป็นบุคคลของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นมนุษย์มีชีวิต จิตใจ และความรู้สึก มีความคิด มีคุณค่า การพูดโดยให้การยอมรับและเคารพในความเป็นบุคคล เช่น การพูดทักทายผู้ป่วยด้วยคำพูดที่สุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน เรียกผู้ป่วยโดยใช้สรรพนามนำหน้าอย่างเหมาะสม (ฟาริดา อิบราฮิม, 2525) โดยให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย อธิบายถึงเหตุผลที่จะกระทำให้แก่ผู้ป่วยการเข้าไปพบผู้ป่วยควรบอกกล่าว และแนะนำตัว เป็นต้น

3. การพูดเพื่อระดับระครองด้านจิตใจของผู้ป่วย

3.1 การให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3.2 การพูดเพื่อให้กำลังใจ เช่น การปลอบโยนผู้ป่วย การพูดชมเชย เพื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี และสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในสิ่งที่ถูกต้องต่อไป (ทัศนาศ นุญทอง, 2528)

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุนมา ตั้งคณะสิงห์ และคณะ (2526: 187) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความพอใจของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐ ในด้านการบริการของโรงพยาบาล พบว่า ในด้านความพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล และเอาใจใส่ของแพทย์ โรงพยาบาลรัฐพอใจ ร้อยละ 88.0 ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนพอใจ ร้อยละ 96.0 ส่วนในด้านความเอาใจใส่ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐมีความพึงพอใจ ร้อยละ 88.0 ส่วนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนพอใจมากกว่าถึงร้อยละ 93.0

ปิยวรรณ ประคุณคงชัย (2533) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรัฐ: ศึกษากรณีจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยในการมารับ

บริการ คือ เจ้าหน้าที่ไม่แนะนำ การพูดจา กิริยามารยาท ไม่สุภาพ (สอดคล้องกับ นางครวญ ผาสุข และคณะ, 2524: 53-55; วิมลศรี ศรีสุพรรณ, มะลิจิตร์ ศิริวัฒนามานนท์, 2536: 45-55)

คลาร์ก (Clark quoted in Carl, 1990 อ้างถึงใน เรวดี ลือพงศ์ลักษณ์, 2535) ได้ศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารโดยใช้คำพูด ในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยโรคมะเร็ง สรุปได้ดังนี้ พยาบาลใช้เวลาส่วนน้อยในการพูดคุย ขณะมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย การพูดคุยมักเป็นไปในรูปแบบที่ผิวเผิน มุ่งงานเป็นหลัก พยาบาลมีบทบาท และควบคุม การติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งแสดงออกโดยการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงที่จะสนทนากับผู้ป่วย โดยการเดินไปเดินมา ดูเหมือนว่ามีงานยุ่ง ไม่สบสายตากับผู้ป่วยไม่ให้ความ สนใจขณะพูดกับผู้ป่วย (เสนาะ ตีเขาว์, 2530) อีกทั้งไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วยจะพูดหรือซักถามผู้ป่วยในหัวข้อที่ตนมีความสนใจ หรือต้องการคำตอบจากผู้ป่วย

เบอร์ช (Boesch, 1972: 71-79) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในประเทศไทย พบว่า มีช่องว่างทางสังคม (Social Distance) ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีสภาพทางสังคมต่ำ จะรู้สึกอึดอัด ลำบากใจในการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ ลักษณะความสัมพันธ์เป็นไปในลักษณะผู้ใหญ่กับผู้น้อย

Bopp D. Kenneth (1990) ได้ศึกษาคุณภาพบริการเชิงการแสดงออก (Expressive Quality) ในโรงพยาบาลขนาด 394 เตียง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมาจากแผนก อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม ผิวหนัง หู คอ จมูก และเด็ก มีจำนวนทั้งสิ้น 453 คน เป็นผู้ชาย 30% ผู้หญิง 70% และเป็นคนผิวขาว 90% คนผิวดำ 9% ไม่จำกัดเชื้อชาติ 1% โดยทั่วไปมีอายุเฉลี่ย 34.6 ปี และส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและวิทยาลัย ใช้เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มีจำนวน 2 ชุด คือ แบบสอบถามคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยต้องการได้รับจากพยาบาลและแพทย์ แต่ละชุดมีข้อคำถามจำนวน 72 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ตัวประกอบหมุนแกนตัวประกอบแบบอโรทอนอลด้วยวิธีแวกซ์ ตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพเชิงการแสดงออกของพยาบาลมีค่าไอเกน 0.98 สำหรับตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกของแพทย์มีค่าไอเกน 0.66 ผลการวิจัยพบว่า

1. ตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกด้านการดูแลที่ผู้รับบริการต้องการคือ ความเมตตากรุณา ความพอใจ การยอมรับ ความร่วมมือ ความสุภาพ และ ความมีอัธยาศัยไมตรี

2. ตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงการแสดงผลออกด้านวิชาชีพที่ผู้รับบริการต้องการคือ ให้ความอบอุ่น ความสะดวกสบาย มีจิตใจที่เปิดกว้าง และมีความจริงใจ

3. ตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงการแสดงผลออกด้านสมรรถนะที่ผู้รับบริการต้องการคือการใช้ความรู้ความสามารถและทักษะในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

การให้บริการแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการมักให้ความสำคัญแก่คุณภาพเชิงการแสดงผลออกน้อยกว่าผู้ป่วย ดังนั้น ในขณะที่ให้บริการ ผู้ให้บริการควรปรับปรุงทัศนคติและพฤติกรรมกรรมการแสดงผลออกด้วยสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ ในขณะที่ให้บริการ โดยต้องให้

1. การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
2. ให้การดูแลอย่างอบอุ่น
3. ผู้ให้บริการต้องเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยในแต่ละสถานการณ์
4. ผู้ให้บริการต้องเข้าใจและรู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดี
5. ตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยบอก

5.3 ความเป็นรูปธรรมในบริการ

จากการศึกษาของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry (1985, 1988) และการวิจัยของ Babakus และคณะ (1991) ได้กำหนดคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการ โดยสร้างเครื่องมือวิจัยจากเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็น รูปธรรมในบริการ (Tangibles) เป็นปัจจัยที่นักวิจัยดังกล่าวให้ความสำคัญ

ความเป็นรูปธรรม หมายถึง การบริการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยนั้น ต้องแสดงถึงลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้ผู้ป่วยเห็น และสามารถคาดคะเนถึงคุณภาพของบริการดังกล่าวได้ ซึ่งประกอบด้วยสถานที่ให้บริการ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการบริการ อาหาร และตัวบุคลากรผู้ให้บริการ ดังนี้

1. การจัดการอาคารสถานที่ที่ให้บริการ จะต้องดูแลให้อาคารสถานที่สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม้ดับแคบ มีอาคารใหญ่โต โอโถง มีแสงสว่างเพียงพอ มีที่จอดรถเพียงพอ มีที่นั่งพักเพื่อรอตรวจอย่างเหมาะสมและเพียงพอ มีเครื่องหมาย บ้าย หรือ ลูกศรชี้บอกสถานที่ แนะนำจุดต่าง ๆ ที่ชัดเจน การจัดสิ่งแวดล้อมให้สวยงาม เช่น มีการจัดทำสวนหย่อม ไม้ดอกไม้ประดับ มีต้นไม้ให้ความร่มรื่น และสดชื่น มีบริการเสริมต่าง ๆ เช่น มีบริการ

น้ำดื่ม มีโทรทัศน์ให้ดู มีโทรศัพท์เพื่อใช้ในการติดต่อ (ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์, 2536) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย นอกจากนี้การสร้างบริการในลักษณะดังกล่าว ยังเป็นประโยชน์ในด้านที่ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจเมื่อแรกพบ (First Impression) ซึ่งจะเป็นจุดที่แสดงถึงคุณภาพที่ดีในการบริการ ผู้รับบริการก็จะมีการบอกกล่าวต่อ ๆ กันไป เป็นการประชาสัมพันธ์ชื่อเสียงของสถานบริการในด้านบวกได้เป็นอย่างดี เมื่อผู้รับบริการเกิดความประทับใจในบริการ

2. อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ในการบริการ ต้องมีความทันสมัย มีคุณภาพ สะอาด มีจำนวนเพียงพอ และต้องอยู่ในสภาพที่พร้อมจะใช้งานได้ตลอดเวลา เพื่อช่วยให้การบริการมีประสิทธิภาพ สะดวกและรวดเร็ว

3. อาหาร จะต้องมีคุณภาพ ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ครบทั้ง 5 หมู่ และจะต้องสะอาด จัดอยู่ในภาชนะที่สวยงาม รสชาติดี นำรับประทาน

4. ตัวบุคลากรผู้ให้บริการ ต้องมีบุคลิกลักษณะและการแต่งกายที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยสามารถคาดคะเนคุณภาพบริการได้ (สุปราณี วศินอมร, 2535) เช่น มีบุคลิกลักษณะที่ดี ท่าทางการเดินสง่างาม ผอม ผิวหนัง หน้าตาดูสะอาด และเรียบร้อยเหมาะสม อารมณ์แจ่มใส ยิ้มแย้มแจ่มใส มีความสุภาพอ่อนโยน เอื้ออาทรต่อผู้ป่วย มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย มีการแต่งกายใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่เหมาะสม ไม่รุ่มร่าม และดูกระฉับกระเฉง

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และ ดวงสมร บุญผดุง (2532: 54) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ผู้ใช้บริการของ โรงพยาบาลทั่วไป มีความรู้สึกต้องรอนาน ระบบบริการไม่เป็นระเบียบที่ดีพอ และสถานที่ของ โรงพยาบาลยังไม่สะอาดสวยงาม เหมาะสมกับการเป็นสถานที่รักษาพยาบาล

สกาวดี ดวงเด่น (2539) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง และที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ประชากรเป็นผู้ป่วยสามัญ จำนวน 321 คน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 137 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามซึ่งปรับปรุงจาก SERVQUAL ผลการวิจัย พบว่า 1) คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยอยู่ในระดับ

เดียวกันคือ ระดับมาก 2) คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง และที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ผู้ป่วยและพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยให้อันดับความสำคัญแก่คุณภาพบริการพยาบาลตรงกันในหมวดความไว้วางใจ หมวดให้ผู้ป่วยบริการเข้าถึงบริการ และหมวดการเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ ส่วนหมวดที่ให้อันดับความสำคัญไม่ตรงกัน คือ หมวดความเป็นรูปธรรมของบริการ หมวดสมรรถนะของพยาบาล หมวดความปลอดภัย หมวดความน่าเชื่อถือ หมวดการตอบสนองของผู้รับบริการทันที หมวดการติดต่อสื่อสาร และหมวดความมีอัธยาศัย

เพ็ญศรี นายสบัติ และคณะ (2540) ได้ศึกษาระยะเวลาใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ้ง จังหวัดภูเก็ต พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พอใจที่ไม่มีที่นั่งสำหรับรอแพทย์ตรวจ รอานานเกินไป และไม่ได้รับความสะดวกที่ห้องบัตร และ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด ที่มีป้ายบอกสถานที่ต่าง ๆ ชัดเจน หาห้องที่ต้องการได้ง่าย ความเป็นระเบียบของอาคารสถานที่ และความสะอาดของสถานที่ ตามลำดับ

พัชรี ทองแผ่ (2540) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน เขต 2 ประชากรเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนดีเด่น และโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป จำนวน 780 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามปรับปรุงจาก SERVQUAL ของ Parasuraman และคณะ ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนดีเด่น และโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป อยู่ในระดับเดียวกันคือไม่พึงพอใจ 2) คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนดีเด่น และโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป โดยรวม รายด้าน และรายข้อ โดยค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนทั่วไปมีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนดีเด่น

Scardina (1994) ได้ทดลองนำเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL ตามแนวคิดเชิงการตลาดของ Parasuraman, Seithami และ Berry มาประยุกต์ใช้วัดคุณภาพบริการพยาบาลกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5 วัน ซึ่งผลการนำเครื่องมือไปใช้นั้น พบว่า สามารถใช้วัดได้ ประสบความสำเร็จด้วยดี ในปัจจัยทั้ง 5 ประการ คือ

1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) 2) ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ (Reliability) 3) การตอบสนองต่อ ผู้รับบริการทันที (Responsiveness) 4) ความน่าเชื่อถือ (Assurance) 5) การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Empathy)

5.4 การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา

ความหมายของความรู้

มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้ดังนี้

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster Dictionary, 1997: 531) ให้ความหมาย ความรู้ว่าเป็น ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้าง เกิดขึ้นจากการศึกษา หรือค้นคว้า ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับสถานที่ บุคคลหรือสิ่งของ ได้มาจากการสังเกต ประสบการณ์ หรือการรายงาน ซึ่งต้องชัดเจนและใช้เวลา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 16) กล่าวว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงแต่จดจำได้ โดยการนึกคิด มองเห็น ซึ่งการจำได้นี้ไม่ต้องใช้กระบวนการคิดที่สลับซับซ้อนมากนัก

กล่าวโดยสรุป ความรู้ หมายถึง พฤติกรรมหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดจากกระบวนการคิดที่ไม่สลับซับซ้อน ซึ่งได้มาจากการสังเกต จดจำ นึกคิด การศึกษาค้นคว้า การรายงานหรือประสบการณ์ อันเป็นข้อเท็จจริง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับสถานที่ บุคคลหรือสิ่งของ

วิธีการให้ความรู้ในการพยาบาล

วิธีการให้ความรู้ทางการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539: 43-49) ประกอบด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ คือ

1. การสอน (Teaching) วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ ในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะกระบวนการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง การสอนจะต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการ ให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเอง หลักในการสอนและให้คำปรึกษา มีดังนี้

1.1 สอนในสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการเรียนรู้

1.2 เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม เพื่อให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้มากขึ้น

1.3 ความพร้อมของผู้รับฟังต้องมีพอ

1.4 การเรียนรู้จะเพิ่มมากขึ้นจากการมีส่วนร่วม และการฝึกปฏิบัติ เช่น การฝึกฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน

1.5 การประเมินผล

1.6 เนื้อหาและวิธีการสอน จะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้รับบริการแต่ละคน

1.7 ต้องคำนึงถึงการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น สถานที่ อุปกรณ์

1.8 สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น ระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการ

1.9 เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการ ตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการ

2. การชี้แนะ (Guiding another) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม ในกรณี que ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้

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

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

ประเภทการสอนสุขภาพของผู้ป่วยนอก

ดรุณี ชุณหะวัต (2526: 23-26, อ้างถึงใน สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536: 32-33) ได้แบ่งประเภทของการสอนสุขภาพ ไว้ดังนี้

1. การสอนแบบมวลชน
2. การสอนแบบกลุ่ม จัดทำในคลินิกเฉพาะโรค
3. การสอนเป็นรายบุคคล มีความสำคัญและจำเป็นในการให้ความรู้เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วย เป็นการให้ความรู้ที่ตรงกับปัญหาการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่ง ดรุณี

ซุนหวะวตี (2526: 25-26) กล่าวว่า พยาบาลจะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการทราบ และเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยควรทราบ หรือจำเป็นในการรักษาด้วย ซึ่งได้แก่

- 1) ผู้ป่วยเป็นโรคอะไร มีสาเหตุอะไร มีอาการเป็นอย่างไร
- 2) จะได้รับการรักษาอย่างไร ถ้ารักษาทางยาผู้ป่วยควรได้ทราบว่ามียาอะไรบ้าง มีผลดีและผลเสียจากการใช้ยาอย่างไร
- 3) การติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยควรปฏิบัติตนอย่างไร
- 4) เมื่อมีปัญหาด้านอารมณ์ การปรับตัวจะขอคำแนะนำปรึกษาจากใคร

การให้คำแนะนำ

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การซักถามอาการต่างๆ ตลอดจนการพูดคุยในเรื่องการดำรงชีวิตประจำวันนั้น พยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ข้อมูล คำแนะนำต่างๆ ตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีการวางแผนร่วมกัน วิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากผู้ป่วยตามความเป็นจริงและเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย มีความเป็นมิตร พร้อมทั้งจะให้ช่วยเหลือสนับสนุนกับผู้ป่วยทุกขณะ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว เป็นพฤติกรรมการสื่อสารที่แสดงถึงลักษณะของความเป็นผู้ใหญ่ ที่จะแสดงออกมาให้เห็นในลักษณะท่าทีที่เป็นมิตร มีความมั่นใจ กระตือรือร้น เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยอย่างละเอียด (Lange, 1970 และสื่อ อภิบาลกุล, 2529 อ้างถึงใน เรวดี ลือพงศ์ลักษณ์, 2535: 35)

ความหมายของคำปรึกษา

ความหมายของการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้
 กรรณิการ์ สุวรรณโคตร (2528: 113-114) กล่าวว่า "การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ไม่ใช่การให้ข้อมูลทางสุขภาพ (Health information) โดยผู้ที่รู้เนื้อหาข้อมูลด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวก็สามารถให้ความรู้แก่ประชาชนและผู้ป่วยได้ โดยไม่ต้องศึกษาทฤษฎีและเทคนิคของการให้คำปรึกษา อีกทั้งการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ก็มีความแตกต่างไปจากการให้สุขศึกษาโดยทั่วไป ทั้งในแนวคิดตามกรอบทฤษฎีและวิธีปฏิบัติ"

ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2536: 385) กล่าวว่า " การให้บริการปรึกษา ไม่ใช่การให้ความรู้ การให้คำแนะนำ หรือการสั่งสอน แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการมีขั้นตอน เน้นที่

การพัฒนาความเข้าใจตนเอง และความสามารถในการแก้ปัญหาของตนเองของผู้มารับบริการ
ปรึกษา โดยมีผู้ให้บริการปรึกษาเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดกระบวนการในการพัฒนา การให้ความรู้
และคำแนะนำอาจเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการปรึกษาแต่ต้องกระทำในขั้นตอนที่เหมาะสม เช่น
เมื่อสำรวจปัญหาแล้วพบว่าปัญหาของผู้มารับบริการปรึกษาเกิดจากความเข้าใจผิดหรือการได้รับ
ข้อมูลที่ผิดพลาด ก็ควรให้ความรู้หรือข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องนั้นเพื่อแก้ไขความผิดพลาด “

สจิวต (Stewart อ้างถึงใน สุนทรื ภาณุทัต, 2531) กล่าวว่า “การให้คำปรึกษา
ด้านสุขภาพ หมายถึง การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะของโรคและการรักษาที่เกี่ยวข้อง
ซึ่งจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้สุศึกษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถจัดการกับสภาวะของ
โรค และการรักษาที่เกี่ยวข้อง การให้คำปรึกษาและสุศึกษา มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และ
มักจะดำเนินการควบคู่กันไปอย่างไม่อาจแยกจากกันได้”

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ หมายถึง การสร้าง
สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้ขอรับคำปรึกษา และเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ขอรับ
คำปรึกษาสามารถเผชิญกับภาวะของโรค และการรักษาที่เกี่ยวข้องให้สามารถเข้าใจและสามารถ
จัดการกับสภาวะของโรค และการรักษาที่เกี่ยวข้องได้ อีกทั้งเป็นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อ
ส่งเสริมให้ผู้ขอรับคำปรึกษาได้เข้าใจปัญหาหรือความต้องการของตน และตัดสินใจดำเนินการ
ด้วยตนเอง ทั้งนี้เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอันดีตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

ประโยชน์ของการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการทั้งต่อตัว
ผู้ป่วย และต่องานสาธารณสุข (สุนทรื ภาณุทัต, 2531) ดังนี้คือ

1. ประโยชน์ต่อผู้ป่วย

1.1 ช่วยให้เกิดกำลังใจที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย เพราะการให้คำ
ปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ ช่วยให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ดี ดังที่ ซูล (Sule,
1982) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับความเห็นใจ เอาใจใส่ จากญาติ และเพื่อน จะสามารถเผชิญกับความ
เจ็บป่วย และรับข่าวสารข้อมูลจากแพทย์ และพยาบาลได้ดีกว่า

1.2 ช่วยลดความวิตกกังวลและมองเห็นแนวทางที่ถูกต้องในการปฏิบัติ
ตัว

2. ประโยชน์ต่องานสาธารณสุข

- 2.1 ช่วยลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วยรุนแรง และเรื้อรังได้ เนื่องจากให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
- 2.2 ลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่
- 2.3 เป็นการสนับสนุนการรักษาแบบไปกลับ
- 2.4 เสริมสร้างความเข้าใจ และลดความขัดแย้ง
- 2.5 ช่วยแบ่งเบาภาระของแพทย์ ในการให้เวลาสำหรับการซักถาม หรืออธิบายให้เข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และแผนการรักษา ทำให้แพทย์มีเวลาในการตรวจมากขึ้น
- 2.6 ช่วยในการให้ข้อมูลทางสุขภาพตลอดจนคำแนะนำต่าง ๆ ได้ผลมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านจิตใจ

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รำพรรณ เพ็ชรคำ (2516) ได้ศึกษาวิจัยความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อเจ้าหน้าที่และบริการของโรงพยาบาลเอกชน โดยใช้แบบสอบถามผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง จำนวนแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ 90 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจในบริการด้านการตรวจและการรักษาพยาบาลดี ส่วนปัญหาความต้องการและข้อเสนอนั้นคือ ผู้ป่วยเสนอแนะว่า แพทย์บางคนควรให้ความสนใจกับผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ควรสนใจเฉพาะผู้ที่มาฝากเป็นพิเศษ พยาบาลควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยให้แจ่มแจ้งเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และกฎระเบียบต่างๆ ของโรงพยาบาล

สุมนา ตั้งคณะสิงห์ และคณะ (2526: 187) ศึกษาเปรียบเทียบความพอใจของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐ ในด้านการบริการแก่โรงพยาบาล พบว่า ในด้านการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยจากแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยของรัฐ มีความพอใจร้อยละ 77.0 ไม่พอใจร้อยละ 18.0 ส่วนโรงพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยพอใจร้อยละ 85.0 ไม่พอใจร้อยละ 14.0

เบอร์ช (Boesch, 1972: 71-79) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยไม่พอใจบริการของโรงพยาบาล เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่เป็นมิตร

กับผู้ป่วย ไม่อธิบายผลการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจ สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการทราบ คือ ตนเองเป็นโรคอะไร รักษาหายหรือไม่ และต้องใช้เวลาานานเท่าไร

ริชเชอร์ (Risser, 1975: 45-51) ได้ทำการศึกษาวิจัยโดยสร้างแบบสอบถาม เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ ผู้ป่วยไม่พึงพอใจมากที่สุดคือ การให้คำแนะนำและการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยรู้สึกว่า พยาบาลให้คำแนะนำหรือคำอธิบายเกี่ยวกับเรื่องเจ็บป่วยน้อย

5.5 ความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้

เทคนิคการปฏิบัติเพื่อสร้างความไว้วางใจได้ให้กับผู้ป่วย

ฮอฟลิง และคณะ (Hoffling et al., 1967 อ้างถึงใน จารุวรรณ เอกอรรถยผล, 2530) กล่าวว่าความไว้วางใจจะนำไปสู่ความรู้สึกมั่นใจในบุคคลอื่น ซึ่งเป็นผลให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ผู้ป่วยก็จะรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา ความไว้วางใจ เป็นสิ่งแรกที่ผู้ป่วยแสวงหา เมื่อเขาป่วย การทดสอบต่าง ๆ กับบุคลากรในโรงพยาบาลก็เพื่อดูว่าเขาจะไว้วางใจบุคคลเหล่านั้นได้เพียงใด พยาบาลจะสามารถสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วยได้ดังนี้

1. ไม่ซักถามเรื่องราวส่วนตัวของผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นของสัมพันธภาพ
2. ให้ความเอาใจใส่ ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งในขณะที่กระทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่รู้ตัว และในขณะที่รู้ตัว
3. ไม่พูดเท็จกับผู้ป่วย เช่น ให้กำลังใจผู้ป่วยในสิ่งตรงข้ามกับความเป็นจริง
4. มีความเสมอต้นเสมอปลาย ทั้งคำพูดและการกระทำ เช่น ไม่บอกว่า “ทำได้” แต่ภายหลังบอกว่า “ทำไม่ได้” หรือนัดผู้ป่วยไว้เวลา 10.00 น. แต่มาจริง เวลา 11.00 น. เป็นต้น
5. รับฟังผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกของเขาด้วยความตั้งใจ ไม่แสดงสีหน้าเบื่อหน่าย พูดเสริม หรือพูดทบทวนคำพูดของผู้ป่วยบ้าง ซักถามบ้าง เมื่อไม่แน่ใจ ความหมายที่ผู้ป่วยพูด ฟังโดยไม่คัดค้าน หรือโต้แย้งความคิดเห็น ความเชื่อของผู้ป่วย แต่จะพยายามช่วยผู้ป่วยได้ ตระหนักถึงความจริงด้วยตนเอง

6. ไม่แสดงความวิตกกังวลใด ๆ ให้ผู้ป่วยเห็น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลไม่สามารถช่วยเขาได้

7. ไม่ตัดสินใจว่าพฤติกรรมของผู้ป่วย ที่แสดงออกมานั้นถูกหรือผิด ถ้าผู้ป่วยกระทำในสิ่งที่พยาบาลเห็นว่า ไม่ถูกต้อง พยาบาลต้องหาสาเหตุ และพยายามหาทางแก้ไขสาเหตุนั้น ๆ เสีย

8. ถ้าผู้ป่วยแสดงท่าที่ไม่สนใจการสนทนา หรือเจียบไปเป็นเวลานาน ๆ พยาบาลจะบอกผู้ป่วยว่า การเจียบของผู้ป่วย หรือการแสดงความไม่สนใจการสนทนาดังกล่าว นั้น ทำให้พยาบาลรู้สึกไม่สบายใจ การพูดเช่นนี้ นอกจากจะช่วยให้คลายความอึดอัดลงแล้ว ยังแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า พยาบาลซื่อสัตย์ที่ยอมรับความไม่สบายใจของตนเองและเกิดความไว้วางใจ พยาบาล เมื่อสังเกตเห็นว่า พยาบาลยอมรับความวิตกกังวลของเขาได้ และได้พยายามลดความวิตกกังวลให้เขาอยู่

9. เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยจำกัดขอบเขตพฤติกรรมของเขามากกว่าที่จะปฏิเสธ หรือปล่อยให้ผู้ป่วยได้รับคำตำหนิจากผู้อื่น โดยพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ หรือแสดงอารมณ์ออกมาในทางที่เหมาะสม และสร้างสรรค์ เช่น ผู้ป่วยจะทุบหน้าต่าง พยาบาลก็แนะนำให้ผู้ป่วยทุบหมอนแทน เป็นต้น นอกจากนั้น พยาบาลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรอื่น ๆ ที่จะป้องกันผู้ป่วยไปทำอันตรายผู้ป่วยอื่นได้

10. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า เวลาที่นัดหมายกับผู้ป่วย เป็นเวลาสำหรับผู้ป่วยจริง ๆ เช่น มาพบผู้ป่วยตามเวลานัดหมายทุกครั้ง หากผู้ป่วยไม่มาพบพยาบาลตามเวลา พยาบาลอาจไปตามผู้ป่วย หรือนั่งรอผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม พยาบาลจะรักษาเวลานั้น ๆ ไว้สำหรับผู้ป่วยต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่า พยาบาลได้ให้เวลานั้นสำหรับผู้ป่วยจริง ๆ

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิภา ดุรงค์พิศิษฏ์กุล (2525: 74) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจต่อคุณภาพของแพทย์ในหน่วยตรวจโรค ได้แก่ การตรวจของแพทย์ และความสามารถของแพทย์ ร้อยละ 82.2 และ 51.7 ตามลำดับพอใจกับเครื่องมือของโรงพยาบาล ร้อยละ 73.4 สอดคล้องกับ เสาวภา พรสิริพงษ์ และคณะ (2535: 4-31)

วันดี เจียมจิตศิริพงษ์ (2528) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยนอกที่ไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเชิงธุรกิจในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากต่อบริการของโรงพยาบาล ในด้านคุณภาพของผลการรักษา แพทย์มีความสามารถเชี่ยวชาญในการรักษา

พนิดา คำยุ (2538) ได้ศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล และการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างประชากรเป็นผู้ป่วย จำนวน 362 คน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 118 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามซึ่งปรับปรุงจาก SERVQUAL ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลอยู่ในระดับมากทุกหมวด 2) การรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ในหมวดความน่าเชื่อถือ และความเชื่อมั่นไว้วางใจ และอยู่ในระดับมากในหมวดการเข้าถึงบริการ การสื่อสาร สมรรถนะของพยาบาล ความมีอัธยาศัยไมตรี การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ความมั่นคงปลอดภัย ความเป็นรูปธรรมของบริการ และการเข้าใจและรู้จักผู้ป่วย 3) คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล และการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยสูงกว่าคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล

James Lynch and Drue Schuler (1990: 16-21) ได้ศึกษาถึงแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 600 คน ใช้เครื่องมือการวิจัยคือ สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ได้ข้อมูลแล้ววิเคราะห์หองค์ประกอบ (Factor Analysis) พบว่า แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาลมี 3 ประการคือ

1. การมารับบริการแล้วเกิดความพึงพอใจในเรื่อง สถานที่ อาหาร ทำเลที่ตั้ง และมนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ
2. การที่เคยมารับบริการครั้งก่อน เช่น เคยมาห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องคลอด ฯลฯ
3. ความเชื่อต่อโรงพยาบาล เช่น เชื่อในความสามารถ ความรู้ ความชำนาญของพยาบาล ความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา หรืออุปกรณ์การรักษาที่ทันสมัย สามารถช่วยชีวิตได้

5.6 ความพร้อมที่จะให้การรักษาพยาบาล

มีผู้ให้ความหมายของการรักษาพยาบาล ไว้ดังนี้คือ

สัมฤทธิ์ โบรา และ วิศิษฐ์ พิชัยสนธิ (2533: 98) ได้กล่าวถึงการรักษาพยาบาลว่า การรักษาพยาบาลเป็นบริการที่สำคัญ ซึ่งโรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ให้บริการอย่างสมบูรณ์แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีงานด้านป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการฝึกอบรม ค้นคว้าวิจัยต่าง ๆ เพื่อให้การรักษา ป้องกัน และกำจัดโรคให้ลดน้อยลง

กองการพยาบาล ตามความหมายของพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2539: 230) หมายถึง การกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรค และการลุกลามของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรค รวมทั้งช่วยเหลือแพทย์ และการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

พอสรุปได้ว่า การรักษาพยาบาล หมายถึง การให้การักษาพยาบาล ช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการของโรค และการลุกลามสุขภาพ โดยให้บริการทั้งในด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์

ขอบเขตของการให้การรักษาพยาบาล

เพื่อให้การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการบรรลุตามจุดมุ่งหมาย ดังนั้น ในการให้การรักษาพยาบาลจะต้องครอบคลุมความต้องการทั้ง 4 ด้าน (ปิยะรัตน์ ตาตินิจ, 2524 อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2528) ดังนี้

1. การให้การดูแลรักษาพยาบาล ได้แก่ การดูแลความสะอาดตามความต้องการด้านสุขวิทยาของผู้ป่วยในแต่ละวัน การปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามอาการแสดงและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การให้เวลาแก่ผู้ป่วย การสอนการแนะนำผู้ป่วย และครอบครัวให้ช่วยเหลือดูแลตนเองความเหมาะสมกับสภาพของโรค และให้บริการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลมีความรู้ในวิชาชีพ มีความสามารถในการให้การดูแลต้องรับรู้ในคุณลักษณะเฉพาะและตามความต้องการของบุคคลแต่ละคนที่มาใช้บริการ ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ถูกเทคนิค วิธีการ และทักษะการพยาบาล (Allanch and Golden, 1988 สอดคล้องกับ Risser, 1975)

2. การป้องกันโรค ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจ สอนวิธีการป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม ลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้อย่างดี สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขศึกษา ตลอดจนการดูแลตนเองและครอบครัวของผู้ป่วย ส่งเสริมบุคลิกภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพความสามารถของตนเอง ส่งเสริมให้เข้าใจถึงการใช้บริการสาธารณสุขให้เป็นประโยชน์

4. ด้านการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันให้มากที่สุด จัดกิจกรรมบำบัดที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันให้มากที่สุด จัดกิจกรรมบำบัดที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย สนองความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความรู้ และการให้คำแนะนำ ในรูปแบบต่าง ๆ ด้วย

ปัจจัยที่กำหนดคุณภาพบริการรักษาพยาบาล

ปัจจัยที่กำหนดคุณภาพของความคาดหวัง ในด้านบริการรักษาพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้ให้บริการ ให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากสาเหตุที่ผู้รับบริการมาโรงพยาบาลก็เพื่อต้องการรักษาพยาบาล ให้อาการทุเลา และหายจากโรคที่เป็นอยู่ Ware, Davies - Avery and Steward (1970 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2539) ได้วิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดคุณภาพการพยาบาล ซึ่งจำแนกได้ 8 ประการคือ

1. ศิลปะการดูแลรักษาพยาบาล (art of care)
2. เทคนิคและวิธีการให้การดูแลรักษาพยาบาล(technical quality of care)
3. การให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ (accessibility) / การอำนวยความสะดวกสบาย (convenience)
4. การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน (finances)
5. การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ให้เหมาะสม (physical environment)
6. การจัดหาบริการมาได้ตามความต้องการของผู้รับบริการ (availability)
7. ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care)
8. ความสามารถในการให้การดูแลรักษาพยาบาล (efficacy / outcomes of care)

ในปี 1988 Allanach และ Golden ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือวัดคุณภาพบริการพยาบาล ตามความคาดหวังของผู้ป่วยและการรับรู้ของพยาบาล ในหัวข้อต่อไปนี้คือ

1. การให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ (accessibility)
2. คุณค่าของการให้การดูแลรักษาพยาบาล (amount of care / amount of spent)
3. การให้การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด (assistance with pain)
4. จัดหาบริการได้ตามความต้องการของผู้รับบริการ (availability)
5. การติดต่อสื่อสาร ให้ข้อมูล คำแนะนำ การอธิบายแก่ผู้ป่วย (communication of information related to patient's condition)
6. ให้บริการพยาบาลดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (continuity)
7. ความสามารถในการให้การดูแลรักษาพยาบาล (efficacy)
8. การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ให้เหมาะสม (Physical environment)
9. ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลมีความรู้ในวิชาชีพ (Professional knowledge)
10. ผู้ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ (promotion of autonomy)
11. ผู้ให้บริการต้องมีวิจรรย์ญาณในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (reassuring presence)
12. ผู้ให้บริการต้องรับรู้ในคุณลักษณะเฉพาะและความต้องการของบุคคลแต่ละคนที่มาใช้บริการ (recognition of individual quality and needs)
13. มีการตรวจสอบ ควบคุมการดูแลรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด (surveillance)
14. ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ถูกเทคนิค วิธีการ และทักษะการพยาบาล (technical quality)

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นงคราญ ผาสุขและคณะ (2524: 53-55) ได้ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามธิบดี พบว่าองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความเครียด และไม่พอใจในบริการปานกลาง ได้แก่ การได้รับการตรวจซ้ำ

แพทย์ใช้เวลาในการตรวจรักษาเร็ว ไม่แน่ใจว่าตรวจละเอียด และถูกต้อง ไม่ทราบเหตุผลในการตรวจและวินิจฉัยโรค

พอลเลิต (Irene E. Pollert, 1971 อ้างถึงใน เรณูมาศ วิจิตรรัตนะ, 2523) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความคาดหวังและข้อขัดแย้งของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาล และได้สรุปผลการศึกษาวิจัยว่า ผู้ป่วยที่เข้ามาพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนั้นส่วนใหญ่ ต้องการที่จะรู้เกี่ยวกับอาการและขั้นตอนการรักษาพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วย และผู้ป่วยได้ให้ความคิดเห็นต่อไปว่า โรงพยาบาลควรจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนลงมือให้การรักษายาบาล (สอดคล้องกับ Tschudin, 1990 และ Kotler, 1994) เพราะการทำโดยไม่อธิบายอะไรนั้น ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และพยาบาลควรมีหน้าตายิ้มแย้ม แสดงท่าที่เป็นกันเอง ตลอดจนให้การดูแลที่ดีที่สุดด้วย

5.7 จริยธรรมของเจ้าหน้าที่

ความหมายของจริยธรรม ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

สุลักษณ์ ศิวรักษ์ กล่าวว่า จริยธรรม คือ หลักแห่งการดำรงชีวิตอันประเสริฐ หรือหลักแห่งการประพฤติตนตามความนิยมของสังคม (อ้างถึงใน สิวลี ศิริไล, 2539: 162)

ก่อ สวัสดิพานิชย์ กล่าวว่า ใจว่า จริยธรรม คือ ประมวลความประพฤติและความนึกคิดในสิ่งที่ดีงามเหมาะสม (อ้างถึงใน สิวลี ศิริไล, 2539: 162)

ในทางพุทธศาสนา พระราชวรมุนี (2523) ได้ให้ความหมายของจริยธรรม คือ การนำเอาความรู้ในความจริง หรือกฎธรรมชาติมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตที่ดีงาม ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองหรือสังคม

สิวลี ศิริไล (2539: 163) ให้ความหมายของจริยธรรม หมายถึง เส้นบรรทัด และเครื่องกล่อมเกล่าให้มนุษย์เคลื่อนไหว ประพฤติปฏิบัติทางกาย วาจา และใจอย่างมีกตिका

Kohlberg (1971) ให้ความหมายของจริยธรรมว่า เป็นความรู้สึกรู้ผิดชอบชั่วดี เป็นกฎเกณฑ์มาตรฐานของความประพฤติในสังคม และมีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับ จนกระทั่ง

มีจริยธรรมของตนเอง โดยอาศัยเกณฑ์จากสังคมเป็นเครื่องตัดสินว่า การกระทำนั้นถูกหรือผิด แต่รวมถึงสิ่งที่ทุกคนเลือกกระทำในการตัดสินความขัดแย้งที่เกิดขึ้น

Piaget (1977 อ้างถึงใน อัญชลี โมกขาว, 2539) กล่าวว่า จริยธรรมหมายถึงองค์ประกอบของกฎเกณฑ์ที่บุคคลยอมรับว่าถูก ว่าดี ว่าควร เพื่อให้ได้รับการยอมรับจากสังคม และได้กล่าวเน้นว่าจริยธรรม เป็นสิ่งที่ซึ่งมนุษย์แสวงหามาจากกฎต่าง ๆ และตั้งขึ้น เพื่อให้เป็นแนวทางของสังคม หรือเป็นแนวทางควรปฏิบัติระหว่างบุคคล

ดังนั้น จึงพอสรุปความหมายของจริยธรรมได้ว่า เป็นความรู้สึก ผิดชอบ ชั่วดี เป็นกฎเกณฑ์ของความประพฤติในสังคม ที่เป็นมาตรฐานให้มนุษย์มีความเชื่อในการที่จะประพฤติ และปฏิบัติทั้งทางกาย วาจา ใจ ในสิ่งที่ดีงาม ถูกต้อง เหมาะสม

วิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่เกิดจากเมตตาธรรม และความเอื้ออาทร เสียสละเพื่อประโยชน์สุขของผู้อื่น บทบาทของพยาบาลจึงไม่ใช่บทบาทนักธุรกิจในความคาดหวังของสังคม องค์ประกอบพื้นฐานทางจริยธรรมที่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะที่มนุษย์พึงปฏิบัติต่อกัน ได้แก่ (สิวลี ศิริไล, 2539: 198-201)

1. ความเอื้ออาทร (Caring) ความเอื้ออาทรเป็นสิ่งสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย คล้ายคลึงกับการทำให้อบอุ่นใจ แต่มีความหมายที่ลึกซึ้งกว่า เนื่องจากความเอื้ออาทรเกิดขึ้นจากการตระหนักในคุณค่าของบุคคล ความเข้าใจในชีวิตมนุษย์ ก่อให้เกิดความรู้สึกปรารถนาดีต่อกัน ความเข้าใจในจิตใจของผู้ป่วย อันเป็นผลให้เกิดการปฏิบัติในลักษณะเอื้ออาทรคือ มีน้ำใจเอื้อเพื่อ ใส่ใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วย มีการแสดงออกด้วยความอ่อนโยน มีความเคารพต่อตัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกคุ้นเคยเป็นกันเอง และมีความอบอุ่นใจ

2. ความเชื่อถือและไว้วางใจ (Trust and Confidence) คือความรู้สึกที่เกิดจากการรู้ว่าในสวนหนึ่งในโลกสวนตัวของเรานั้น ไม่เป็นอิสระ เราต้องการความช่วยเหลือ และในความรู้สึกดังกล่าวมีบุคคลหนึ่งที่เอื้ออาทรต่อเรา สามารถช่วยเหลือและเป็นมิตรต่อเรา ความเชื่อถือ และไว้วางใจเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลกล้าเปิดเผยเรื่องราว ก่อให้เกิดความร่วมมืออันดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

3. ความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) คือการที่เรารู้และยอมรับว่าคนแต่ละคนย่อมมีโลกส่วนตัวของตัวเอง มีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก โลกทัศน์ที่ต่างจากผู้อื่น

ความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเราที่มีต่อผู้ป่วย การรับรู้สภาพความรู้สึก ความคิดของผู้ป่วยขณะนั้น จะช่วยทำให้พยาบาลไม่โกรธเคืองผู้ป่วยที่อาจขัดขึ้นและไม่ด่วนตัดสินใจทันที ถึงแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่พยาบาลเห็นว่าดีและเหมาะสม

4. ความเห็นอกเห็นใจ (Sympathy) เป็นการแสดงออกของความรู้สึกทางสังคมที่สมบูรณ์ของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน แสดงว่าบุคคลผู้นั้นอยู่ในสภาพของความเจริญทางวิญญูคือ การรับรู้ในปัญหาของผู้ป่วย การให้ความสนใจ สามารถตระหนักและเข้าใจบุคคลอื่นในภาวะเช่นเดียวกับตน การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ ความเมตตาและการมีส่วนร่วมในการหาทางแก้ปัญหาอัน อาจมีผลทำให้ผู้ป่วย เรียกร้องหรืออ่อนแอเพิ่มขึ้น จึงมีข้อพึงระวังว่าต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น และสามารถเผชิญปัญหา ตัดสินใจ ความเห็นอกเห็นใจที่ถูกต้อง คือ การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้ง มีคนเข้าใจ เป็นกำลังใจ

5. การให้ความเคารพ (Respect) เป็นการแสดงความเคารพในด้านชาติวุฒิ คุณวุฒิ และวัยวุฒิ ซึ่งถือเป็นกฎธรรมชาติ (Natural Law) เป็นสิทธิมนุษยชนที่พึงได้รับ พยาบาลควรใช้คำพูด แสดงกริยาหรือปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างไร เช่น การเรียกผู้ป่วยด้วยคำนำหน้านามอย่างเหมาะสม การแสดงความเคารพต่อผู้ป่วยที่เป็นพระภิกษุ และแสดงออกถึงความเป็นผู้มีจริยธรรม ในการให้ความเคารพต่อความเป็นมนุษย์ของบุคคล และในขณะเดียวกันพยาบาลก็มีสิทธิที่จะได้รับ ความเคารพจากบุคคลอื่นเช่นกัน

6. ความเป็นผู้มีอารมณ์ขัน (Humour) เป็นการก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิต ช่วยลดความตึงเครียด และช่วยสร้างบรรยากาศที่ดี การรู้จักมีอารมณ์ขันในการมองสิ่งต่าง ๆ และ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญ เป็นผลดีทั้งต่อความรู้สึกของพยาบาลเองและผู้ป่วย แต่ต้องระมัดระวังว่า การมีอารมณ์ขันนี้อาจเป็นผลร้ายต่อผู้ป่วย หากขาดการมีศิลปะและเป็นไปในทาง ล้อเลียน ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกอับอายและขุ่นเคือง

ลักษณะปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จากการสัมมนาเรื่องการพัฒนาการเรียนการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลวิชาชีพ โดยคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างวันที่ 13-15 ธันวาคม 2521 ณ สถานพักฟื้น สว่างคนิวาส จังหวัดสมุทรปราการ (อ้างถึงใน สิวลี ศรีไธ, 2539: 220-225)

1. ท่าทีและพฤติกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย

1.1 ขาดมนุษยสัมพันธ์ที่ดีพอกจากพฤติกรรมที่แสดงออก คือสีหน้าบึ้งตึง กิริยาจาไม่สุภาพ ขาดความอดกลั้น ไม่รู้จักควบคุมอารมณ์ และการแสดงออก ขาดความเห็นอกเห็นใจ ไม่ให้ความเป็นกันเอง ขาดความยืดหยุ่นต่อกฎระเบียบ ข้อบังคับของแต่ละหน่วยงาน

1.2 ละเลยหน้าที่ ความรับผิดชอบและขาดวุฒิภาวะ สนใจต่องานที่กำลังทำอยู่น้อยกว่าเท่าที่ควร เพิกเฉยต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย ให้การแนะนำผู้ป่วยที่ถูกต้องน้อยเกินไป

1.3 ตระหนักในศิลปะทางการพยาบาลน้อย ขาดความนุ่มนวลในการสัมผัส ขาดศิลปะในการพูดปลอบโยนผู้ป่วย

1.4 มีความซื่อสัตย์ต่อหลักการปฏิบัติวิชาชีพไม่เพียงพอ ปฏิบัติการพยาบาลผิดหลักและเทคนิค

1.5 ขาดการตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนที่เพียงพอ ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยไม่คิดหรือระวังเท่าที่ควร เปิดเผยความลับของผู้ป่วย ให้การพยาบาลโดยไม่แจ้งหรือขออนุญาตผู้ป่วย คุยเรื่องส่วนตัวต่อหน้าผู้ป่วย มิได้คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้รับเท่าที่ควร

1.6 ให้ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ วิชาชีพและสังคมน้อย

2. การรักษาความลับของผู้ป่วย

3. การบอกความจริงแก่ผู้ป่วย

4. การให้รายละเอียดข้อมูลแก่ผู้ป่วย และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยก่อนที่แพทย์และพยาบาลจะให้การรักษาพยาบาลใด ๆ แก่ผู้ป่วย

คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย

16 เมษายน 2541 ได้ประกาศสิทธิของผู้ป่วยไว้ในรัฐธรรมนูญ ภายใต้การรับรองของแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม หันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการ

ยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ-สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการ และสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็ก อายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

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

สุกัญญา โลจนาภิวัดณ์, วลัยยา คุโรปกรณ์พงษ์ และสุชาติ ธิติวรณ์ (2536) ได้ศึกษาเปรียบเทียบตามคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วย และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ศึกษาในผู้ป่วย 125 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความคาดหวัง

และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยอย่างมีเค้าโครง 4 ด้านคือ สิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน สิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของตน สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อสิทธิของตนทั้งโดยรวม และด้านต่าง ๆ สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5.8 ราคา

ได้มีผู้ให้ความหมายของราคาไว้ดังนี้

ธงชัย สันติวงษ์ (2536) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การกำหนดราคาต้องพิจารณาทั้งลักษณะของการแข่งขันในตลาดเป้าหมาย และปฏิภานของลูกค้านำต่อราคาที่แตกต่างกัน ซึ่งการกำหนดส่วนเพิ่ม ส่วนลด และเงื่อนไขการขาย ต้องพิจารณากำหนดให้ถูกต้อง

จิระภรณ์ ตันติชัยรัตนกุล (2537) กล่าวไว้ว่า หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้ซื้อยินดีจ่ายสำหรับสินค้าและบริการ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2539: 69) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง มูลค่าผลิตภัณฑ์ในรูปตัวเงิน ราคาเป็นต้นทุน (Cost) ของลูกค้า ผู้บริโภคจะเปรียบเทียบระหว่างมูลค่า (Value) ผลิตภัณฑ์กับราคา (Price) ผลิตภัณฑ์นั้น ถ้ามูลค่าสูงกว่าราคาเขาก็จะตัดสินใจซื้อ ดังนั้น ผู้กำหนดกลยุทธ์ด้านราคาต้องคำนึงถึง (1) การยอมรับของลูกค้าในมูลค่าของผลิตภัณฑ์ที่สูงกว่าราคาผลิตภัณฑ์นั้น (2) ต้นทุนสินค้า และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง (3) การแข่งขัน (4) ปัจจัยอื่น ๆ

จากความหมายข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ราคา หมายถึง มูลค่าผลิตภัณฑ์ในรูปตัวเงิน ที่ผู้ซื้อยินดีที่จะซื้อสินค้าและบริการ ถ้ามูลค่าผลิตภัณฑ์สูงกว่าราคา

การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งราคา

ในการตั้งราคาผลิตภัณฑ์ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2539: 297) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยภายใน (Internal factors) ประกอบด้วย ปัจจัยภายในองค์กรที่เกี่ยวข้องในการตั้งราคา เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร ต้นทุน ลักษณะผลิตภัณฑ์ ลักษณะวงจรชีวิตของผลิตภัณฑ์ โปรแกรมการตลาดที่มีผลต่อราคา

2. ปัจจัยภายนอก (External factors) ประกอบด้วย ความยืดหยุ่นของดีมานด์ประเภทของลูกค้า ผู้ขายวัตถุดิบและปัจจัยการผลิต ภาวะการแข่งขัน ภาวะเศรษฐกิจ จรรยาบรรณของนักธุรกิจ และกฎหมาย

นอกจากนี้ ยังต้องมีวัตถุประสงค์ในการตั้งราคา (Selecting pricing objective) โดยต้องคำนึงถึง ปริมาณขาย (Quantity) และส่วนครองตลาด (Market share) รายได้จากการขาย (Total revenue) กำไร (Profit) การแข่งขัน (Competition) ภาพลักษณ์ (Image) และสังคม (Social) (ธงชัย สันติวงษ์, 2536; ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539)

การกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ด้านราคา

ธงชัย สันติวงษ์ (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของราคา และคุณค่าที่ลูกค้ามองเห็นว่า คุณค่าของสินค้า (Value) ที่ลูกค้ามองเห็นทั้งในแง่ของคุณภาพการบริการ และฐานะชื่อเสียงของบริษัท ต่างก็เป็นส่วนประกอบสำคัญที่ลูกค้าจะพิจารณาและสนใจมากกว่าราคา และโดยเหตุผลดังกล่าวนี้ ทำให้กลยุทธ์ทางการตลาดเกี่ยวกับราคา มีโซอยู่กับการปรับราคาโดยตรง แต่จุดสนใจส่วนใหญ่คือ การพยายามให้ลูกค้ามองเห็นถึงคุณค่าของตัวสินค้าให้มากที่สุด ซึ่งวิธีการที่จะทำได้โดยการมุ่งเพิ่มคุณค่าของสินค้า และวิธีการปรับส่วนประสมทางการตลาดอีก 3 ชนิดคือ

1. ผลิตภัณฑ์ ซึ่งทำโดยการพยายามทำให้ผลิตภัณฑ์แตกต่างจากของคู่แข่ง

2. การส่งเสริมการจำหน่าย โดยการสร้างชื่อเสียงให้กับตราสินค้า จัดเป็นวิธีเก่าแก่ที่สุดที่ใช้ในการแข่งขันทางด้านราคา การทุ่มโฆษณา และการส่งเสริมโดยวิธีอื่น เพื่อที่จะให้ลูกค้าเห็นถึงคุณค่าที่มีมากกว่าในผลิตภัณฑ์ตรา นั้น ๆ หากทำได้สำเร็จย่อมจะช่วยให้ลูกค้าซื้อในราคาที่สูงกว่าได้

3. การจำแนกแจกจ่าย กลยุทธ์ด้านการปรับวิธีการจำแนกแจกจ่ายสามารถนำมาใช้ได้มาก วิธีการและสถานที่ใหม่ ๆ ที่ใช้ดึงดูดลูกค้าได้ดีกว่า ย่อมจะสามารถชนะคู่แข่งได้ไม่ยาก

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Aday and Anderson (1975, อ้างถึง อรัญญา มานิตย์, 2540) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1970 พบว่าเรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุดคือ ความไม่สะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการซึ่งสอดคล้องกับ Hulka et al. (1971) ที่ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนที่มีรายได้ต่ำ ต่อบริการทางการแพทย์ เมื่อปี ค.ศ. 1969 ที่ทางตอนเหนือ รัฐคาโรไลน่า พบว่า ประชาชนกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ไม่พึงพอใจเรื่อง ความสะดวกและค่าใช้จ่ายเมื่อมาใช้บริการ ต่อมาเมื่อ ค.ศ. 1971 Aday and Anderson ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมความพึงพอใจ 6 ประการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้รับบริการได้รับจากบริการ การเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ได้แก่

- 1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ เกี่ยวกับการให้เวลารอคอย การได้รับการดูแล และเมื่อมีความต้องการและความสะดวกสบายที่ได้รับ
- 2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการเกี่ยวกับการขอรับบริการได้ทุกประเภท ตามความต้องการ แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และแพทย์มีการติดตามผลการรักษา
- 3) ความพึงพอใจต่ออัยยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ ด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง และแสดงความห่วงใย สนใจผู้รับบริการ
- 4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย และการให้การรักษาที่ได้รับ
- 5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ ที่ได้รับทั้งหมด ตามทัศนคติของผู้รับบริการ และ
- 6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

Riley & Schaefer (1983 อ้างถึงใน พรทิพย์ กวินสุพร, 2537) ได้ทำการศึกษาเรื่องการคิดค่าบริการพยาบาล โดยใช้ระบบ DRGS ที่ศูนย์มิชิโงตา พบว่า ค่าบริการพยาบาลในปี 1982 คิดเป็นร้อยละ 17 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด จึงได้เสนอแนะว่า ในการที่จะให้บริการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้บริหารการพยาบาลต้องมีความสามารถคิดค่าบริการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เพื่อที่จะได้นำข้อมูลนั้นไปใช้ในการเปรียบเทียบกับค่าบริการของแผนกอื่น ๆ ในโรงพยาบาล และเป็นการแสดงตัวเลขให้ชัดเจนว่า แผนกการพยาบาลสามารถทำรายได้ให้แก่โรงพยาบาลเป็นจำนวนไม่น้อยเพียงไร

6. การสนทนากลุ่ม

ภาณี วงษ์เอก (2536) กล่าวว่า การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Session) เป็นวิธีการศึกษาวิจัยแบบหนึ่งของการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง

มาก เพราะเป็นวิธีการศึกษาที่ผู้ศึกษาจะได้รับข้อมูล เกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เชื่อถือได้

วีรสิทธิ์ สิทธิไตร และ โยธิน แสงดี (2536) ได้ให้ความหมายของการสนทนากลุ่ม ไว้ดังนี้ คือ เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการนั่งสนทนากับผู้ให้ข้อมูล (Key informats) เป็นกลุ่ม ซึ่งผู้ร่วมสนทนากลุ่มนี้ จะได้มาจากการเลือกสรรตามหลักเกณฑ์ที่นักวิจัยกำหนดไว้ว่า จะเป็นผู้ที่ตอบปัญหาได้ตรงประเด็น และสามารถตอบวัตถุประสงค์ที่สนใจศึกษามากที่สุด

การจัดสนทนากลุ่ม เป็นการนั่งสนทนากัน ระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์เป็นกลุ่มประมาณ 6 - 12 คน โดยมีข้อสมมติฐานที่เหมือนกันว่า เราจะรู้ถึงปฏิกิริยาโต้ตอบของคนได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง โดยการกระตุ้นให้คนหันมาสนใจในสิ่งเดียวกัน และมาแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ซึ่งอยู่ในลักษณะการเคลื่อนไหวภายในกลุ่ม (group dynamics) และผู้วิจัยก็จะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มที่ศึกษา ตลอดจนการโต้ตอบกันภายในกลุ่มด้วยการบันทึกเทป หรือการจดบันทึกเอาไว้เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป ในระหว่างการสนทนากันของผู้ให้สัมภาษณ์นั้น จะมีผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) เป็นผู้คอยจุดประเด็นการสนทนา เพื่อเป็นการชักจูงให้บุคคลกลุ่มนี้ได้แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางในการสนทนาให้ได้กว้างขวางลึกซึ้ง และละเอียดที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในการสนทนาดังกล่าว มีลักษณะเปิดกว้างที่จะให้ผู้เข้าร่วมสนทนา (discussant) แต่ละคนวิพากษ์วิจารณ์ หรือมีข้อสงสัยถามผู้เข้าร่วมสนทนาคนอื่นๆ หรือตอบข้อวิพากษ์นั้นๆได้ รวมทั้งผู้ดำเนินการสนทนาด้วย การที่ผู้ร่วมสนทนาเหล่านี้มีปฏิกิริยาโต้ตอบกัน ในระหว่างการสนทนานั้น จะเป็นสิ่งเร้าใจให้เกิดการสนทนาในระดับลึกยิ่งขึ้นในแต่ละประเด็น ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลในสิ่งซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถได้มาด้วยวิธีการใช้แบบสอบถาม นอกจากนี้ผู้วิจัยจะต้องวิเคราะห์สถานการณ์ภายในกลุ่มด้วย เพื่อให้แน่ใจถึงความหมายของสถานการณ์นั้น ๆ

6.1 วัตถุประสงค์ในการจัดสนทนากลุ่ม

แนวทางการใช้การจัดสนทนากลุ่ม มีจุดมุ่งหมายดังต่อไปนี้

6.1.1 ใช้ในการสร้างสมมติฐานใหม่ ๆ

6.1.2 ใช้ในการสำรวจความคิดเห็น ทัศนคติ และคุณลักษณะต่าง ๆ ของ

ประชากร

6.1.3 ใช้ในการทดสอบแนวความคิดในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ที่ผลิตขึ้นมาใหม่

6.1.4 ใช้ในการประเมินผลการวิจัยต่าง ๆ หรือโครงการพัฒนา

6.1.5 ใช้ในการกำหนดคำถาม และเพื่อทดลองใช้แบบสอบถาม

6.1.6 ใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อเป็นการค้นหาคำตอบที่ยังคลุมเครือ หรือไม่แน่ชัดของการวิจัยแบบสำรวจ ซึ่งเป็นการใช้การสนทนากลุ่ม เพื่อช่วยเสริมให้งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

6.1.7 ใช้ประโยชน์ในการทำการศึกษานำร่อง (Pilot Study) ศึกษาบางเรื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการทำกรณีศึกษา Case Study ต่อไป

6.2 องค์ประกอบในการจัดสนทนากลุ่ม

6.2.1 การกำหนดเรื่องที่จะทำการศึกษา การกำหนดหัวข้อเรื่อง อาจเกิดจากสภาพปัญหาต่างๆในสังคมขณะนั้น หรือเรื่องที่มีผู้วิจัยสนใจ ตลอดจนแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ

6.2.2 กำหนดประเด็นหรือตัวแปร หรือตัวบ่งชี้ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา เพื่อมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนา ซึ่งการกำหนดประเด็นหรือตัวแปรนั้น ทำได้โดยการจำแนกแยกแยะมาจากวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้นเอง วัตถุประสงค์ต้องการทราบอะไรก็กำหนดประเด็น หรือสมมติฐานแต่ละตัวแปรออกมา แล้วนำมาสร้างเป็นแนวคำถามย่อยๆ

6.2.3 แนวคำถาม หรือกรอบคำถาม คือแนวทางในการสนทนากลุ่มซึ่งได้จากการนำคำถามที่ร่างไว้มาเรียบเรียงเป็นข้อย่อย จัดลำดับ หรือผูกเป็นเรื่องราวเพื่อนำการสนทนาให้เป็นขั้นตอน และจัดตามลำดับความคิดเห็นเป็นหมวดหรือหัวข้อใหญ่ เช่น หมวดคำถามเกี่ยวกับเรื่องในอดีต และหมวดคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ในปัจจุบัน เป็นต้น

6.2.4 แบบคัดเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา เป็นแนวทางในการคัดเลือกสมาชิกเพื่อเข้าร่วมในกลุ่มสนทนาที่ถือว่าเป็นบุคคลที่สามารถให้คำตอบในการศึกษาคั้งนี้ได้ตรง วัตถุประสงค์ของการศึกษามากที่สุด แบบคัดเลือกนี้อาจจะทำเป็นแบบสอบถามย่อยๆ หรือเป็นตารางคัดเลือกก็ได้ขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ที่ผู้วิจัยจะกำหนด แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มนี้เมื่อใช้เสร็จแล้วในแต่ละครั้งควรเก็บไว้ด้วย เพราะบางครั้งอาจจะมีประโยชน์ต่อ

การวิเคราะห์อีกต่อไป การคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน อยู่ในกลุ่มเดียวกัน

6.2.5 บุคลากรในการจัดสนทนากลุ่ม ในการจัดสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง ควรประกอบด้วยบุคลากรดังต่อไปนี้ คือ

1) ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) เป็นผู้ถามคำถามและเป็นผู้นำตลอดจนกำกับการสนทนาของกลุ่มให้เป็นไปตามแนวทางของหัวข้อการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ละเอียดยิ่งสุด ในเวลาที่กำหนด และเป็นผู้รู้เบื้องหลังความต้องการและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเป็นอย่างดีด้วย

2) ผู้จดบันทึกการสนทนา (Notetaker) เป็นผู้ที่คอยจดบันทึกคำสนทนา จะทำหน้าที่จดทุกคำพูดที่จะจดบันทึก ตลอดจนการจดอาทิปฏิกิริยาท่าทางของสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุม และจดบันทึกบรรยากาศที่เกิดขึ้นในระหว่างการสนทนาด้วย เพราะการไม่พูด หรือนิ่งเฉยๆ อาจไม่ใช่การไม่มีความเห็น เพราะแววตา ท่าทาง การพยักหน้า และการแสดงสีหน้า ก็เป็นการแสดงถึงความเห็นหรือคำตอบได้

3) ผู้ช่วย (Assistant) เป็นผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือทั่วไป เป็นบุคคลที่เชื่ออำนวยการและให้ความสะดวกแก่ผู้ที่อยู่ในกลุ่มสนทนา ในขั้นเตรียมการจัดสนทนากลุ่ม เช่น ช่วยเตรียมสถานที่ จัดสถานที่ บันทึกเสียง เปลี่ยนเทป บริการน้ำดื่ม ขนม ตลอดจนการคอยกันไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องในการสนทนากลุ่มเข้าไปเสนอความคิดเห็นในกลุ่ม หรือเข้าไปรบกวนสมาชิกของสมาชิกกลุ่ม

6.2.6 อุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล ในการจัดสนทนากลุ่ม อุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง เทปเปล่า ถ่านวิทยุ สำหรับอัดเสียงขณะที่การสนทนากลุ่มกำลังดำเนินอยู่ นอกจากนี้แล้วก็ต้องมีสมุดจดบันทึก ดินสอ ยางลบ สำหรับผู้จดบันทึกคำสนทนา เพื่อเป็นแนวทางในการถอดเทปให้ง่ายขึ้น

6.2.7 สิ่งเสริมสร้างบรรยากาศที่ช่วยให้วงสนทนากลุ่มดำเนินไปด้วยบรรยากาศที่ราบรื่นและดูเป็นธรรมชาติ ไม่เคร่งเครียด เป็นกันเอง ระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการสนทนาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น เช่น เครื่องดื่ม ขนม นูหรี ของขบเคี้ยวเล็กๆน้อยๆ รูปภาพ อุปกรณ์ต่างๆ ฯลฯ

6.2.8 ของสมนาคุณแก่ผู้เข้าร่วมสนทนา เป็นของกำนัลหรือของที่ระลึก ที่มอบไว้ก่อนจากกัน เพื่อเป็นการตอบแทนผู้เข้ามาร่วมสนทนา ที่สละเวลาอันมีค่าของเขามา

ร่วมวงสนทนากับเรา แม้จะเป็นสิ่งที่เล็กน้อย แต่เป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับการแสดงออกซึ่งความ มีน้ำใจของผู้วิจัย

6.2.9 สถานที่ที่จะจัดสนทนากลุ่ม ควรมีการกำหนดให้แน่นอน ควรจะเป็น บริเวณใกล้เคียงกับสถานที่ที่ทำการวิจัยนั้น ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน แดด ไม่ร้อน ห่างไกลจากความพลุกพล่าน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนาได้มีสมาธิในเรื่องต่างๆที่กำลัง สนทนากัน

6.2.10 ระยะเวลาในการดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม โดยทั่วไปไม่ควรจะเกิน 2 ชั่วโมง ต่อ 1 กลุ่ม นับตั้งแต่เริ่มคำถามแรก

6.3 การดำเนินการสนทนากลุ่ม

เมื่อสมาชิกกลุ่มมาพร้อมกันแล้ว ก็เริ่มดำเนินการสนทนาโดยผู้ดำเนินการ สนทนา แนะนำตนเอง และทีมงาน ประกอบด้วย ผู้จัดบันทึก และผู้ช่วย แล้วอธิบายถึงจุด มุ่งหมายในการทำกลุ่มสนทนา วัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง โดยเชิญให้รับประทานของขบเคี้ยวและเครื่องดื่ม และชี้แจงให้ทราบว่าจะมีการบันทึกเทป สนทนา และการจัดบันทึกคำสนทนา และขอความยินยอมจากผู้ร่วมสนทนาโดยขอบันทึกเสียง การสนทนา หลังจากนั้นก็สร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นในวงสนทนา เมื่อผู้เข้าร่วมสนทนาคุ้นเคย กันดีแล้ว ก็เริ่มคำถามในแนวสนทนาที่จัดเตรียมไว้ ชักชวน ไล่เรียงคำถาม โดยทิ้งช่วงให้มีการถก ประเด็น และได้แย้งกันพอสมควร พยายามสร้างบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่ง กันและกัน ในกลุ่มผู้เข้าร่วมวงสนทนาด้วยกัน ควบคุมเกมส์ไม่ให้หยุดนิ่ง คำถามที่ถามไม่ใช่ถาม ใครคนใดคนหนึ่งแต่ถามทั้งกลุ่ม ผู้ดำเนินการสนทนาควรจะมีประมาณระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละ ประเด็นเอาไว้ด้วย เพื่อไม่ให้เสียเวลามากไปกับบางหัวข้อ เมื่อแน่ใจว่าได้เนื้อหาตามที่ต้องการ แล้ว จบการสนทนาด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนาซักถามข้อข้องใจอีกครั้ง และแจกของ สมนาคุณเพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณต่อผู้เข้าร่วมสนทนา

6.4 การประมวลผล และการวิเคราะห์ข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลแบบการจัดสนทนากลุ่ม ข้อมูลการสนทนาจะถูกบันทึกไว้ในเทปบันทึกเสียง และในแบบจัดบันทึกคำสนทนาของผู้จัดบันทึก โดยข้อมูลในเทปจะถูกถอด ออกมาเป็นบทสนทนา (Transcription) โดยละเอียดทุกคำพูด

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยก็จะอ่านจากบทสนทนาที่ถอดเทปออกมา แล้วจดคำตอบที่ละเอียดที่สุดและให้เหตุผลที่ดีที่สุดในกระดาษจดข้อมูล (Card) เขียนเรียงคำตอบไว้ในเครื่องหมายคำพูด ว่าเป็นคำพูดของใคร กลุ่มไหน จัดเมื่อไหร่ เรียงเอาไว้ในคำถามเรื่องอะไร ทำให้เป็นระบบเดียวกัน แล้ววิเคราะห์โดยการตีความหมายในรูปของการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เหมือนกับการตีความ หรือวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพอื่นๆเช่นกัน ถ้ามีผู้วิเคราะห์หลายคน และมีความคิดเห็นไม่ตรงกันหรือแปรผลไม่ตรงกัน ก็จะกลับไปฟัง รายละเอียดจากเทปใหม่เพื่อความกระจ่าง การที่มีการถกประเด็นปัญหาในคำตอบของสมาชิกกลุ่ม จะเป็นการช่วยลดความลำเอียง (bias) ในการตีความของผู้วิจัย เพราะคำตอบแต่ละคำตอบควรจะมีการให้เหตุผลตามมาเสมอ

7. การวิเคราะห์ตัวประกอบ

อุทุมพร จามรมาน (2532) ได้กล่าวถึงคำจำกัดความของตัวประกอบ ไว้ดังนี้ คือ

- 1) ในทางคณิตศาสตร์ ตัวประกอบคือ แกนหรือมิติในอวกาศ ซึ่งบอกความสัมพันธ์ของสัญลักษณ์
- 2) ในทางทฤษฎี ตัวประกอบคือ โครงสร้าง (Construct) ของทฤษฎี
- 3) ในทางประจักษ์ ตัวประกอบคือ ผลการจัดกลุ่มของสิ่งของ เหตุการณ์ หรือวิธีการที่ได้ออกมาให้เห็นจริง

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ตัวประกอบ

ในการวิเคราะห์ตัวประกอบ (หรือปัจจัย) สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2540) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ตัวประกอบที่สำคัญ 2 ประการคือ

1. เพื่อเป็นการลดจำนวนตัวแปร (ข้อมูล) ให้น้อยลง (Data reduction) โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร หรือความร่วมกัน (Communalities) ระหว่างตัวแปรเป็นฐานในการเปลี่ยนสภาพตัวแปรหลายตัวแปร ให้มารวมกันเป็นปัจจัยเพียงไม่กี่ปัจจัย

2. เพื่อเป็นการทดสอบยืนยันความถูกต้องของการสร้างมาตรวัด (Confirmatory factor analysis)

ประโยชน์จากการวิเคราะห์ตัวประกอบ

1. เพื่อศึกษาการรวมกลุ่มของตัวแปร
2. เพื่อกำหนดน้ำหนักเชิงสัมพันธ์ของตัวแปรที่นำมาใช้ในการสร้างมาตรวัดประกอบ (Composite measure)
3. เพื่อแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน เมื่อใช้เทคนิคการวิเคราะห์ทางสถิติที่มีข้อจำกัด ห้ามมิให้ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันมาก
4. เพื่อยืนยันความถูกต้องของแบบแผนการให้น้ำหนักของตัวแปรที่นำมาสร้างมาตรวัด

ขั้นตอนการวิเคราะห์ตัวประกอบ

การวิเคราะห์ตัวประกอบมีขั้นตอนต่าง ๆ ที่สำคัญ 4 ขั้นตอนคือ

1. การสร้างเมตริกความสัมพันธ์ระหว่างคู่ของตัวแปรทุกตัว (Correlation matrix)
2. การสกัดตัวประกอบ (Factor extraction)
3. การหมุนแกนตัวประกอบ (Factor rotation)
4. การหาค่าคะแนนตัวประกอบ (Factor scores) สำหรับทุกหน่วยวิเคราะห์

7.1 การสร้างเมตริกความสัมพันธ์ระหว่างคู่ของตัวแปรทุกตัว (Correlation matrix)

ในการวิเคราะห์ปัจจัย ขั้นตอนแรกของเทคนิคคือ การศึกษาดูแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรทุกตัวที่ใช้ คือ ความสัมพันธ์แบบง่าย (simple correlation, r) ระหว่างตัวแปรทุกตัวที่ใช้ เช่น เรามีตัวแปร X_1, X_2, X_3 และ X_4 เมตริกความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้คือ

ตัวแปร	ตัวแปร			
	X_1	X_2	X_3	X_4
X_1	r_{11}	r_{12}	r_{13}	r_{14}
X_2	r_{21}	r_{22}	r_{23}	r_{24}
X_3	r_{31}	r_{32}	r_{33}	r_{34}
X_4	r_{41}	r_{42}	r_{43}	r_{44}

ค่าของ r_{11} , r_{22} , r_{33} และ r_{44} ที่อยู่ในแนวเส้นทแยงมุม คือค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของมันเอง ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.000 ส่วนค่า r_{12} และ r_{21} หรือค่า r_{13} และ r_{31} เรื่อยไป จะมีค่าเท่ากัน ดังนั้น ค่าส่วนบนเส้นทแยงมุม และค่าใต้เส้นทแยงมุม จะเป็นค่าที่เป็นเงาสะท้อนของกันและกัน

7.2 การสกัดตัวประกอบ (Factor extraction)

การสกัดตัวประกอบเป็นการหาตัวประกอบจำนวนหนึ่งที่สามารถแทนตัวแปรทั้งหมดได้อย่างเพียงพอ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

7.2.1 องค์ประกอบหลัก (Principal component method, PC หรือ PA1)

7.2.2 ตัวประกอบร่วม (Common factor) ซึ่งประกอบด้วย

- 1) วิธีแกนหลัก (principal axis factoring, PAF หรือ PA 2)
- 2) วิธีกำลังสองน้อยที่สุดไม่ปรับน้ำหนัก (Unweighted least squares)
- 3) วิธีกำลังสองน้อยที่สุดทั่วไป (Generalized least squares, ULS)
- 4) วิธีความเป็นไปได้สูงสุด (Maximum likelihood, ML)
- 5) วิธีอัลฟา (Alpha)
- 6) วิธีเงา (Image)

สิ่งหนึ่งที่แยกการสกัดตัวประกอบโดยใช้วิธีองค์ประกอบหลักออกจากวิธีการสกัดแบบอื่น ๆ คือการใช้ค่าทแยงมุมของเมตริกความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่อยู่ในแนวทแยงทุกตัวให้มีค่าเท่ากับ 1 เป็นฐานของการคำนวณความร่วมกัน (Communality) ส่วนกลุ่มตัวประกอบร่วมจะใช้วิธีการประมาณค่าความร่วมกันเป็นฐาน ความแตกต่างของวิธีการประมาณคือที่มาของความแตกต่างของวิธีต่าง ๆ ที่เป็นสมาชิกของกลุ่มที่สองนี้

วิธีการต่าง ๆ ในกลุ่มที่สอง (ตัวประกอบร่วม) มิได้กำหนดค่าของความร่วมกันให้ตายตัวเท่ากับ 1 แต่หาจากการประมาณโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์พหุคูณกำลังสอง (Squared multiple correlation coefficients) ของตัวแปรนั้นกับตัวแปรทุกตัว เป็นค่าประมาณของความร่วมกันครั้งแรก จากนั้นคำนวณหา / สกัดตัวประกอบออกแล้วทำการประมาณค่าความร่วมกันใหม่ นำค่าที่ได้นี้ไปแทนค่าเดิม จนกระทั่งความแตกต่างระหว่างค่าความร่วมกันที่ประมาณ

ได้ในครั้งหลัง ๆ แตกต่างจากค่าที่คำนวณได้ในครั้งก่อนน้อยลงจนกระทั่งเรียกได้ว่าน้อยมากจนแทบจะเรียกได้ว่าไม่แตกต่างกัน

การสกัดตัวประกอบแบบวิธีเงา หรือภาพพจน์ (Image Factoring)

วิธีการวิเคราะห์เงา เป็นวิธีการแยกตัวประกอบอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งสมมติว่าตัวแปรแต่ละตัวแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือส่วนที่เกิดจากตัวประกอบร่วม และส่วนที่เกิดจากตัวประกอบเฉพาะ สัดส่วนที่แน่นอนของทั้งสองส่วนนี้ คำนวณได้จากการประมาณโดยอาศัยเมตริก ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทฤษฎีเงา (image theory) กัทแมน (Guttman) เป็นผู้พัฒนา ส่วนที่เป็นส่วนร่วมของตัวแปรคาดประมาณได้จากความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรตัวนั้นกับตัวแปรที่เหลือทั้งหมด ส่วนที่เรียกว่าเงาของตัวแปรนั้น (the image of the variable) ส่วนเฉพาะของตัวแปรก็คือส่วนที่ไม่สามารถคาดประมาณได้จากความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรอื่น ส่วนนี้เรียกว่าด้านเงา (anti-image)

ส่วนที่เป็นเงาคำนวณได้จากความสัมพันธ์เชิงเส้นโดยสมการ

$$P_j = W_{jk} + Z_k \quad k = 1, 2, \dots, n-1$$

ส่วนที่เป็นด้านเงา คำนวณได้จากสมการ

$$e_j = Z_j - P_j$$

P_j คือ ส่วนที่เรียกว่าเงาของตัวแปร j (หรือค่าโดยประมาณของอัตราการร่วม)

W_{jk} คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานที่ใช้ในการคาดประมาณค่าตัวแปร j จากตัวแปรอื่น

e_j คือ ค่าด้านเงาของตัวแปร j หรือค่าโดยประมาณของตัวประกอบเฉพาะ

ค่าของเงาที่หาได้จะใกล้เคียงกับค่าอัตราการร่วมที่แท้จริงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าตัวแปรที่มีอยู่นั้น แทนประชากรของตัวแปรทั้งหมดได้หรือไม่ กล่าวคือ ตัวแปรทั้งหมดที่ใช้เปรียบเสมือนตัวอย่างของตัวแปรทั้งหมดในจักรวาลของตัวแปรในเรื่องนั้น ถ้าเรามีตัวแปรทุกตัวในจักรวาล ค่ากำลังสองของเงาของตัวแปรจะเท่ากับอัตราความร่วมกันของตัวแปร และค่ากำลังสอง

ของด้านเงาของตัวแปรจะเท่ากับ ค่าผันแปรของตัวประกอบเฉพาะ กล่าวคือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และตัวแปรที่เหลือในจักรวาลจะเท่ากับอัตราส่วนของตัวแปรนั้น

ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นแต่เพียงบางส่วนของจักรวาล จึงเปรียบเสมือนเป็นเงาของตัวแปรทั้งหมดและเนื่องจากเป็นตัวอย่างของตัวแปร จึงเป็นแต่เพียงเงาบางส่วน และด้านเงาบางส่วนเท่านั้น ค่าของเงาบางส่วนนี้อาจจะใกล้เคียงเงาทั้งหมด ค่าของเงาบางส่วนทั้งหมดจะขึ้นอยู่กับตัวแปรที่ใช้ มิได้ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างตัวประกอบกับตัวแปร

7.3 การหมุนแกนตัวประกอบ (Factor rotation)

หลังจากที่เราสกัดปัจจัยร่วมของตัวแปรต่าง ๆ ได้แล้ว ก็จะทราบว่าตัวแปรใดมีตัวประกอบร่วมกันกับตัวแปรใด โดยดูจากเมตริกตัวประกอบ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวประกอบแต่ละตัวประกอบกับตัวแปรต่าง ๆ เหล่านั้น วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการวิเคราะห์ ตัวประกอบคือ หาตัวประกอบที่มีความหมาย ตัวประกอบที่ได้จะมีความหมายชัดเจนก็ต่อเมื่อประกอบด้วยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด และมีน้ำหนักมากต่อตัวประกอบใดตัวประกอบหนึ่งเป็นพิเศษ

วิธีการที่จะทำให้ตัวประกอบมีความหมาย คือการหมุนตัวประกอบ (หรือการแปลงเมตริกเบื้องต้นให้เป็นเมตริกตัวประกอบที่ง่ายต่อการตีความหมายและแก่การเข้าใจ) การหมุนตัวประกอบจะทำให้ตัวแปรบางตัว ซึ่งแต่เดิมเป็นสมาชิกของหลายตัวประกอบกลายเป็นสมาชิกของตัวประกอบใดตัวประกอบหนึ่งอย่างเด่นชัดขึ้นมากกว่าเดิม การเป็นสมาชิกของตัวประกอบใดของตัวแปรดูได้จากน้ำหนักตัวประกอบ (factor loading) ของตัวแปรตัวนั้น

วิธีการหมุนตัวประกอบ แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

7.3.1 การหมุนแบบมุมฉาก (Orthogonal rotation) แกนของตัวประกอบจะคงความเป็นมุมฉากซึ่งกันและกันตลอดเวลาที่หมุน

1) Varimax วิธีการนี้เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากที่สุด วิธีการนี้พยายามที่จะลดจำนวนตัวแปรที่มีน้ำหนักตัวประกอบมากบนแต่ละตัวประกอบ ให้เหลือน้อยที่สุด ซึ่งจะช่วยให้เราตีความหมายของตัวประกอบได้ง่ายเข้า

2) Quartimax เน้นความง่ายในการตีความหมายของตัวแปร โดยพยายามหาตัวประกอบให้น้อยที่สุดที่จะมาอธิบายตัวแปรแต่ละตัว ซึ่งวิธีการนี้จะได้ตัวประกอบที่มีน้ำหนักตั้งแต่สูงถึงกลางบนตัวแปรส่วนมาก ซึ่งเป็นข้อเสียเปรียบของวิธีนี้

3) Equamax เป็นลูกผสมระหว่างวิธี Varimax ซึ่งทำให้ปัจจัยดูง่าย และวิธี Quartimax ซึ่งเน้นการทำให้ตัวแปรดูง่าย

7.3.2 การหมุนแบบมุมแหลม (oblique rotation) คือการหมุนที่แกนไม่เป็นมุมฉาก การวิเคราะห์จะแตกต่างไปจากการหมุนแบบมุมฉาก กล่าวคือ วิธีการหมุนแบบมุมแหลม น้ำหนักตัวประกอบ (factor loading) และความสัมพันธ์ระหว่างตัวประกอบและตัวแปรจะไม่เหมือนกัน โดยที่น้ำหนักตัวประกอบยังคงเป็นค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงส่วน (partial regression coefficients) แต่เนื่องจากตัวประกอบเหล่านี้สัมพันธ์กัน จึงไม่เท่ากับความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวประกอบและตัวแปรแบบง่าย

การที่ตัวประกอบทำมุมตั้งฉากซึ่งกันและกัน แสดงความเป็นอิสระของตัวประกอบเหล่านั้น ในขณะที่ตัวประกอบทำมุมมากกว่าหรือน้อยกว่ามุมฉาก แสดงให้เห็นว่าตัวประกอบทั้งสองเริ่มสัมพันธ์กัน

7.4 การสร้างคะแนนตัวประกอบของแต่ละหน่วยวิเคราะห์

มีวิธีการสร้างคะแนนตัวประกอบ 3 วิธี โดยทุกวิธีจะคิดคะแนนตัวประกอบ โดยให้ค่าเฉลี่ยของแต่ละตัวประกอบเป็น 0 วิธีทั้งสามนี้คือ

7.4.1 วิธีของแอนเดอร์-รูบิน (Ander-Rubin, AR)

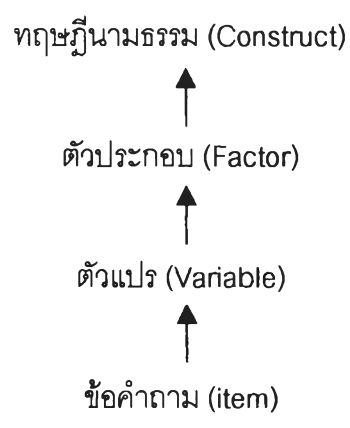
7.4.2 วิธีการวิเคราะห์ถดถอย (Regression, REG)

7.4.3 วิธีบาร์ทเลทท์ (Bartlett, BART)

หลักเกณฑ์ในการตัดสินผลที่ได้จากการวิเคราะห์

- 1) จำนวนตัวประกอบ
- 2) ความชัดเจนในด้านความหมายของตัวประกอบ
- 3) ความครบถ้วนในการอธิบาย
- 4) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การวิเคราะห์ตัวประกอบ (Factor Analysis) เป็นเทคนิคทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับคน (หรือผู้ให้ข้อมูล) จำนวนมาก ตัวแปรจำนวนมาก และตัวประกอบจำนวนมาก การวิเคราะห์ตัวประกอบต้องอาศัยความเข้าใจในเนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในวิธีการวิเคราะห์ ตัวประกอบว่าเป็นลำดับขั้นดังนี้

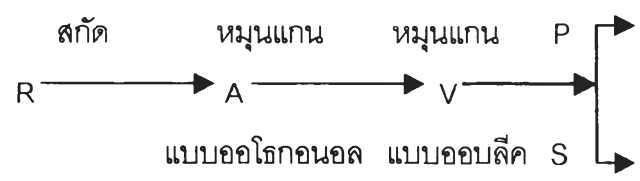


ลำดับชั้นในรูปข้างบนนี้ หมายความว่าหลาย ๆ ข้อความ อธิบายตัวแปร 1 ตัว หลาย ๆ ตัวแปรอธิบายตัวประกอบ 1 ตัว และตัวประกอบหลาย ๆ ตัว อธิบายนามธรรม 1 อย่าง

เทคนิควิเคราะห์ตัวประกอบ มีขั้นตอนสำคัญ 2 ขั้นตอน คือ

- 1) การสกัดตัวประกอบ (Factor Extraction)
- 2) การหมุนแกนตัวประกอบ (Factor Rotation)

การวิเคราะห์ตัวประกอบ จะเริ่มต้นจากเมตริกซึ่งอาจเป็นเมตริกสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร(R) หรือเมตริกความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม(C) ก็ได้ ทำการสกัดตัวประกอบได้เมตริก น้ำหนักตัวประกอบ(A) และทำการหมุนแกนจะได้เมตริกน้ำหนักตัวประกอบที่หมุนแกนแบบอโรทอนอล(V) หรือหมุนแกนแบบออบลิค ซึ่งจะได้เมตริกแบบแผน(P) กับเมตริกโครงสร้าง(S) ดังแสดงด้วยรูปดังนี้คือ



การสรุปผลการวิเคราะห์ตัวประกอบจะยุติด้วยการเสนอตัวประกอบพร้อมกับน้ำหนักของตัวแปรบนตัวประกอบนั้น หรือจะคำนวณต่อเพื่อให้ได้คะแนนตัวประกอบเป็นรายคนก็ได้ สุดแล้วแต่วัตถุประสงค์ของผู้วิเคราะห์ งานบางอย่างต้องการทราบค่าของคนทุกคน ทุกตัวแปรเกี่ยวข้องกับตัวประกอบที่วิเคราะห์ได้ การรวมคะแนนตัวประกอบเข้าด้วยกันคือคำตอบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

