

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว รวบรวมข้อมูลสรุปเป็นสาระสำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยลำดับเนื้อหา การนำเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดด้านการตลาดเกี่ยวกับลักษณะของบริการพยาบาล
2. เกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลของผู้รับบริการ
3. แนวคิดเกี่ยวกับบริการที่คาดหวัง บริการที่รับรู้ และ การรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ
4. การวัดการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาล
5. โรงพยาบาลชุมชน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดด้านการตลาดเกี่ยวกับลักษณะของบริการพยาบาล

1.1 ความหมายของการบริการ

สมาคมการตลาดแห่งสหรัฐอเมริกาให้คำจำกัดความของการบริการว่าเป็น กิจกรรม ผลประโยชน์ หรือความพอใจที่จะเสนอขายแก่ผู้รับบริการ

Kotler (1994:464) กล่าวว่า การบริการหมายถึง กิจกรรมใด ๆ หรือการปฏิบัติ ที่กลุ่มหรือคณะใดคณะหนึ่งสามารถเสนอสิ่งสำคัญที่มองไม่เห็นเป็นตัวเป็นตนและไม่มีผลในการเป็นเจ้าของ ผลผลิตของบริการอาจเป็นหรือไม่เป็นผลิตภัณฑ์ก็ได้

สมชาติ กิจยรรยง (2536:42) กล่าวว่า การบริการเป็นกระบวนการของการปฏิบัติตนเพื่อผู้อื่น

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

โดยสรุปแล้วการบริการ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

1.2 ความหมายของการพยาบาล

Nightingale (1859 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2539:1) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1859 ว่าเป็นการรับผิดชอบดูแลในเรื่องสุขภาพของบุคคล และสิ่งที่พยาบาลกระทำคือการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ดีที่สุดเพื่อธรรมชาติจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้

Handerson (1959 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2539:1) ได้เกิดแนวคิดของการพยาบาลซึ่งเป็นที่ยอมรับทั่วโลกกว่า เป็นการช่วยเหลือบุคคลที่สุขภาพดีหรือเจ็บป่วยในการปฏิบัติในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดสุขภาพดีหรือหายจากโรค หรือตายอย่างสงบ ซึ่งถ้าบุคคลนั้นมีสิ่งจำเป็นคือมีความลำบาก มีความตั้งใจ หรือความรู้ จะประกอบกิจกรรมเหล่านั้นได้เอง โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือ การกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยให้บุคคลนั้นได้กระทำเพื่อช่วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งบุคคลอื่นให้เร็วที่สุด

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1971 อ้างถึงใน พนิดา ดามาพงศ์, 2520:11) ได้ให้คำจำกัดความของการพยาบาลว่าการพยาบาลคือการใช้ศิลปะและศาสตร์ในการปฏิบัติต่อผู้เจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจรวมทั้งผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยยึดหลักให้ความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และคงไว้ซึ่งสุขภาพและอนามัยอันดีของประชาชนและสังคมโดยไม่คำนึงถึง เพศ วัย เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ ตลอดจนลัทธิการเมือง ทั้งนี้ต้องกระทำโดยบุคคลที่ได้รับอนุญาตการประกอบโรคศิลปะสาขาการพยาบาล

ลออ หุดางกูร (2521 อ้างถึงใน อำไพ ยุติธรรม, 2526) กล่าวว่า บริการพยาบาลเป็นบริการวิชาชีพที่เกิดขึ้นตามความต้องการของสังคมโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทั้งในภาวะสุขภาพดีและในยามเจ็บป่วย

โดยสรุปแล้วการพยาบาล หมายถึง การกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการของโรค รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบุคคลที่มีสุขภาพดีทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะในการพยาบาล

1.3 ลักษณะของบริการพยาบาล

Kotler (1994:464) กล่าวว่า บริการมีลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ ไม่มีตัวตน มองไม่เห็นจับต้องไม่ได้, คุณภาพไม่แน่นอนเพราะขึ้นอยู่กับตัวผู้บริการ, แบ่งแยกผู้บริการออกจาก การรับบริการไม่ได้ และเก็บรักษาไม่ได้เพราะไม่มีต้น

พินิตา ตามาพงศ์(2538:29) ได้วิเคราะห์ลักษณะบริการพยาบาลตามแนวคิดของ Kotler ไว้ดังนี้

1.3.1 ไม่มีตัวตน (Intangibility)

บริการพยาบาลแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ เช่น สบู่หรือยาสีฟันตรงที่ไม่มีตัวตน มองไม่เห็น ไม่สามารถสัมผัสได้ ๑ เพื่อพิจารณาตัวบริการก่อนตัดสินใจรับบริการเพื่อลดความไม่แน่ใจดังกล่าว ผู้รับบริการจึงหันไปพิจารณาสัญญาณหรือ หลักฐานที่แสดงออกว่ามีคุณภาพ โดยดูจากสถานที่ บุคคล เครื่องมือเครื่องใช้ เอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร สัญลักษณ์ และราคาค่าบริการ ผู้จัดบริการจึงมีภารกิจในการทำให้บริการที่จับต้องไม่ได้ให้สามารถจับต้องได้ ตัวอย่างเช่น หากพยาบาลหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกต้องการให้โรงพยาบาลมีชื่อเสียงในด้านบริการผู้ป่วยนอกด้วยความรวดเร็วทางแผนกผู้ป่วยนอกจะต้องจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพของหอผู้ป่วยนอกให้สะอาด สวยงาม กว้างขวางเพียงพอต่อจำนวนผู้รับบริการ เส้นทางจราจรภายในต้องสั้นไหลไม่ติดขัด คิวไม่ยาวเพราะมีหลายคิว มีเจ้าหน้าที่พยาบาลเพียงพอได้ สัมผัสกับผู้รับบริการ พยาบาลแต่งกายสะอาด เหมาะสม สุภาพเรียบร้อย มีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยประสิทธิภาพที่ดี เช่น ออกบัตรตรวจผู้ป่วยนอกด้วยคอมพิวเตอร์ มีเคาน์เตอร์ โต๊ะ เก้าอี้ ที่ดูดี มีเครื่องมือสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ติดต่อประสานงานได้อย่างรวดเร็ว มีแผนโฆษณา ประชาสัมพันธ์ที่สวยงามทันสมัย มีนิทรรศการที่จัดอย่างดี มีสัญลักษณ์ที่แสดงออกว่าบริการของแผนกผู้ป่วยนอกเป็นไปอย่างรวดเร็ว และในด้านราคานั้นก็สามารถค้า ประกันการได้รับบริการอย่างรวดเร็วได้ เช่น หากผู้รับบริการต้องใช้เวลารอทำบัตร และรอตรวจโรคเกิน 30 นาที ทางแผนกผู้ป่วยนอกจะลดค่าบริการให้ร้อยละ 10 และจะลดค่าบริการอีกร้อยละ 5 ในกรณีที่ล่าช้าไปอีกทุก 10 นาที และจะต้องแจ้งราคาไว้ให้เห็นอย่างชัดเจน

1.3.2 ความไม่แน่นอน (Variability)

บริการพยาบาลมีความไม่แน่นอนในด้านคุณภาพสูงมาก เพราะบริการที่ให้ขึ้นอยู่กับตัวของพยาบาล เช่น พยาบาลที่ทำงานมานานมีประสบการณ์สูงย่อมมีการตัดสินใจและมีความชำนาญในการให้บริการมากกว่าพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ ๆ ในขณะที่เดียวกัน การบริการของพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงในช่วงวันหนึ่ง ๆ ก็ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับเวลา สภาพร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมในแต่ละช่วง เช่น ช่วงเวลา 8.00-10.00 น. คุณภาพบริการจะแตกต่างจากช่วง 14.00-16.00 น. ในช่วงเวรเช้าคุณภาพบริการย่อมแตกต่างจากช่วงเวรดึก เวรบ่าย เป็นต้น ซึ่งผู้รับบริการจะคำนึงถึงความผันผวนของคุณภาพบริการมาก จึงมักซักถามเรื่องนี้จากผู้ที่เคยไปรับบริการมาแล้ว

1.3.3 ไม่สามารถแบ่งแยกได้ (Inseparability)

การไม่สามารถแบ่งแยกได้หมายความว่า บริการพยาบาลเป็นการผลิตและบริการพร้อม ๆ กัน ซึ่งแตกต่างจากบริการล้างรถ หรือซ่อมรถที่ผู้รับบริการไปรับรถภายหลังได้ และไม่เหมือนกับผลิตภัณฑ์ที่มีการผลิต จัดเก็บ และจำหน่ายโดยผ่านผู้แทนจำหน่าย แล้วจึงมีการบริโภคเกิดขึ้น แต่สำหรับบริการพยาบาล ผู้รับบริการ ต้องปรากฏตัวต่อหน้าพยาบาลผู้ให้บริการพยาบาลจึงเป็นส่วนหนึ่งของบริการ การที่ผู้รับบริการ ปรากฏตัวขณะรับบริการทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นรูปแบบพิเศษทางการตลาดคือ ทั้งตัวผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างมีผลต่อบริการ ถ้าพยาบาลให้บริการดี ผู้รับบริการจะนิยมไปรับบริการมากซึ่งจะทำให้พยาบาลต้องทำงานหนักขึ้นเพราะบริการพยาบาลส่วนใหญ่ให้เป็นรายบุคคล ไม่สามารถทำเป็นกลุ่มได้ ดังนั้นค่าใช้จ่ายด้านบริการพยาบาลก็ควรสูงขึ้นด้วย

1.3.4 ไม่สามารถเก็บไว้ได้ (Perishability)

บริการพยาบาลไม่สามารถผลิตแล้วเก็บไว้ในตู้ ในโกดัง บริการพยาบาลจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีผู้มาใช้บริการหากไม่มีใครมาใช้บริการโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขก็ยังคงลงทุนเท่าเดิม ในช่วงที่มีผู้ใช้บริการอย่างสม่ำเสมอฝ่ายการพยาบาลสะดวกในการจัดการ แต่หากมีผู้มาใช้บริการมากเกินไปจะมีพยาบาลไม่เพียงพอ และหากมีผู้มาใช้บริการน้อยเกินไปพยาบาลจะล้นงาน สรุปจากลักษณะของบริการดังกล่าวจึงทำให้เป็นการยากในการประเมินคุณภาพดังนั้นผู้รับบริการจึงประเมินจากการรับรู้ที่ได้รับเมื่อมารับบริการ โดยนำมาเปรียบเทียบกับความคาดหวังก่อนรับบริการ

2. เกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลของผู้รับบริการ

2.1 คุณภาพของบริการ

McNealy (1993) ได้กล่าวไว้ว่าคุณภาพ (Quality) หมายถึง การทำให้เป็นไปตามความจำเป็นและความคาดหวังของผู้รับบริการ ความจำเป็นและความคาดหวังนี้ถูกกำหนดโดยผู้รับบริการ ส่วน สุรศักดิ์ นานานุกูล และคณะ (2538:111) กล่าวว่า แนวความคิดในการปรับปรุงคุณภาพและผลิตภาพถือว่า คุณภาพเป็นกลยุทธ์ทางธุรกิจที่มีความสำคัญระดับสูงสุด ทุกองค์กรที่ประสบความสำเร็จจะกำหนดให้คุณภาพเป็นเป้าหมายสูงสุดขององค์กรถ้ามีคุณภาพแล้วก็จะสามารถเอาชนะคู่แข่งขั้นได้โดยเด็ดขาด จะขยายตัวและช่วงชิงส่วนแบ่งของตลาดได้ด้วยคุณภาพที่เหนือกว่า และบรรลุเป้าหมายได้ด้วยคุณภาพ ซึ่งในแนวคิดใหม่บอกว่า จะต้องเน้นความพอใจของลูกค้าผู้รับก่อน จะต้องรู้ระดับความพอใจของลูกค้าหลังจากนั้นจะต้องทำงานอย่างมีประสิทธิภาพแต่ให้ถูกใจลูกค้า ดังนั้นคำจำกัดความใหม่ของคำว่า Quality ก็คือ Excellence ถ้าจะทำงานให้มีคุณภาพก็คือ ต้องมีความเป็นเลิศ คือ ต้องทำให้ดีที่สุด ซึ่งคุณภาพจะต้องกำหนดโดยลูกค้าซึ่งสรุปได้ว่าคุณภาพมิได้กำหนดโดยผู้ให้หรือผู้ผลิตแต่กำหนดโดยความพอใจของลูกค้า คุณภาพมิใช่วัดด้วยต้นทุนต่ำแต่วัดด้วยความพอใจของลูกค้า หลักการตลาดต้องนำหน้าหลักการผลิตและคุณภาพคือระดับความเป็นเลิศทั้งในด้านรูปธรรมและนามธรรม

2.2 มาตรฐานของบริการ

มาตรฐานของการบริการเพื่อให้บริการมีคุณภาพ มี 2 ประเภท คือ มาตรฐานเชิงเทคนิค และมาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์

2.2.1 มาตรฐานเชิงเทคนิค (Technical Standard) หรือ (Standard in Fact) คุณภาพเชิงเทคนิคหรือคุณภาพตามความเป็นจริงนี้เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการมุ่งหวังให้เป็นไปตามที่กำหนดในวิชาชีพพยาบาล กองการพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพของงานบริการพยาบาล ตามมาตรฐานสากล 3 รูปแบบ ดังนี้คือ (กองการพยาบาล, 2538:1)

2.2.1.1 มาตรฐานการพยาบาลเชิงโครงสร้าง (Structure Standard) เป็นมาตรฐานการพยาบาลของระบบบริการ ซึ่งเป็นแนวทางในการดำเนินงานบริหารบริการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยจะช่วยเหลืออำนวยความสะดวกคุณภาพการพยาบาล

ในส่วนรวม และเป็นองค์ประกอบที่สนับสนุนส่งเสริมคุณภาพของการปฏิบัติงานของพยาบาลแต่ละบุคคล แต่ละหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลเชิงโครงสร้างนี้ จะคำนึงถึงระบบการจัดบริการพยาบาลรวมทั้งสิ่งแวดล้อม และทรัพยากรต่างๆ เช่น ปรัชญา นโยบาย บุคคล อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ สถานที่ และแหล่งความรู้ทางการพยาบาล ฯลฯ

2.2.1.2 มาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการ เป็นการกำหนดพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในระดับต่างๆ ซึ่งเป็นการกำหนดที่ยึดกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก โดยเน้นที่การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมต่างๆ มาตรฐานในลักษณะกระบวนการนี้จะเป็นการกำหนดคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยโดยที่ทีมพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถหลายระดับ มาตรฐานนี้ไม่สามารถใช้เป็นกลไกวัดคุณภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่แต่ละคนได้เพราะมาตรฐานเชิงกระบวนการนั้นจะบ่งบอกถึงคุณภาพของการพยาบาลที่เกิดขึ้นโดยเจ้าหน้าที่ทีมพยาบาลทั้งหมด ซึ่งมีหลายระดับด้วยกัน

2.2.1.3 มาตรฐานการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ เป็นการกำหนดมาตรฐานที่บอกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย แล้วทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เข้าสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ ตามลักษณะสภาพของการเจ็บป่วย ในลักษณะเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาซึ่งจะมีการวางแผนการปฏิบัติร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย หรือไม่มีแผนล่วงหน้าก็ตาม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นไปในทางบวกหรือลบก็ได้ แต่ในการกำหนดคุณภาพการพยาบาลพฤติกรรมที่ออกมาจะต้องเป็นทางบวกเสมอ เพราะเป้าหมายของการกำหนดคุณภาพการพยาบาลเพื่อปรับปรุงสภาวะสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ

2.2.2 มาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Standard หรือ Quality in Perception)

เนื่องจากบริการมีลักษณะที่ต่างจากผลิตภัณฑ์ 4 ประการดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้คุณภาพของบริการถูกประเมินจากทั้งกระบวนการให้บริการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริการนั้น (Outcome) โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการในบางครั้งมีความสำคัญมากกว่าผลของบริการ ใน การประเมินคุณภาพของบริการ (Parasuraman, 1985:42) หากกระบวนการให้บริการเป็นที่พอใจของผู้รับบริการแล้ว แม้ว่าผลจะออกมาไม่ดีนัก ผู้รับบริการมักจะยอมรับได้ เช่น แพทย์รักษาผู้ป่วย แต่ ผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติของผู้ป่วยก็อาจยอมรับได้ว่าไม่ใช่เป็นเพราะการรักษาไม่ดี เมื่อเห็นว่าเป็นระหว่างให้การรักษานั้น แพทย์รวมทั้งเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ได้พยายามอย่างดีที่สุด มีความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย และได้มีการอธิบายชี้แจงกับญาติอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

ในธุรกิจการให้บริการ คุณภาพของบริการเป็นสิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจการให้บริการ คือ การรักษาระดับการให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่งขึ้นโดยเสนอคุณภาพการให้บริการตามที่ผู้รับบริการคาดหวังไว้ ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการที่ผู้รับบริการต้องการ จะได้จากประสบการณ์ในอดีต จากการพูดปากต่อปาก จากการโฆษณาของธุรกิจให้บริการ ผู้รับบริการจะพอใจถ้าเขาได้รับในสิ่งที่เขาต้องการ (What) เมื่อเขามีความต้องการ (When) ณ สถานที่ที่เขาต้องการ (Where) ในรูปแบบที่ต้องการ (How) ซึ่ง Kotler (1994:474) ได้กล่าวถึงคุณภาพของบริการ (Service Quality) ตามแนวความคิดทางการตลาดว่า ในการแข่งขันด้านธุรกิจบริการ ผู้ให้บริการต้องสร้างบริการให้เท่ากับหรือมากกว่าคุณภาพบริการที่ผู้รับบริการคาดหวัง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการของผู้รับบริการมาจากประสบการณ์เดิม การพูดปากต่อปาก การโฆษณาประชาสัมพันธ์ และจากการมารับบริการครั้งก่อน เมื่อผู้รับบริการมารับบริการก็จะเปรียบเทียบบริการที่ตนได้รับจริงกับบริการที่คาดหวัง ถ้าผลพบว่าบริการได้รับจริงในสถานการณ์นั้นมากกว่าบริการที่คาดหวังผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจ ประทับใจ และกลับมาใช้บริการอีก

จะเห็นได้ว่าแนวความคิดทางการตลาดให้ความสำคัญต่อความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ เมื่อคุณภาพของบริการถูกประเมินโดยผู้รับบริการ ดังนั้นถ้าบริการหนึ่งๆ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ จึงกล่าวได้ว่าบริการนั้นมีคุณภาพ ซึ่งพอจะสรุปได้ว่าคุณภาพบริการนั้นขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบของผู้รับบริการระหว่างบริการที่คาดหวังไว้ล่วงหน้า (Expected Services) กับบริการที่ได้รับในความคิดของผู้รับบริการ (Perceived Services) เป็นสำคัญ ดังนั้นความสำเร็จในการดำเนินธุรกิจของโรงพยาบาล จึงต้องสร้างคุณภาพตามมาตรฐาน ทั้งสองส่วนนี้ให้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน คือ ความสอดคล้องกันระหว่างมาตรฐานเชิงเทคนิคและเชิงปฏิสัมพันธ์ (ศิริพร ดันติพลูวินัย, 2538)

3. แนวคิดเกี่ยวกับบริการที่คาดหวัง บริการที่รับรู้ และการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ

3.1 บริการที่คาดหวัง (Expected Service)

เนื่องจากบริการมีลักษณะแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ กล่าวคือ ไม่มีตัวตน คุณภาพไม่แน่นอน ไม่สามารถผลิตเก็บไว้ได้ ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถประเมินคุณภาพของบริการได้ก่อนตัดสินใจ ผู้รับบริการจึงเกิดความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ ซึ่งจากการศึกษา

ของ Valarie A. Zeithaml A. Parasuraman and Leonard L. Berry (1990) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังบริการ มี 4 ปัจจัยคือ

3.1.1 ความคาดหวังที่เกิดจากคำบอกเล่าปากต่อปาก ข้อมูลที่ได้รับทราบเกี่ยวกับคุณภาพบริการจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก ซึ่งเคยได้ไปใช้บริการในสถานบริการแห่งนั้นมาแล้ว จะทำให้ผู้ฟังเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับในสิ่งดี ๆ ดังที่ทราบมา

3.1.2 ความคาดหวังที่เกิดจากความต้องการส่วนตัวของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นความต้องการที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลังของบุคคลผู้นั้น

3.1.3 ความคาดหวังที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต ประสบการณ์การได้รับบริการจะมีอิทธิพลต่อระดับของความคาดหวัง

3.1.4 ความคาดหวังที่เกิดจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับทราบจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลในเรื่องต่าง ๆ เช่น ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล การมีอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย เป็นต้น ปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวัง คือ การสรุปตัดสินใจภายใต้อิทธิพลทั่ว ๆ ไป ของการโฆษณาคือ ราคา ปัจจัยนี้มีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดความคาดหวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของผู้รับบริการที่มีความคาดหวังในบริการอยู่แล้ว

ปัจจัยทั้ง 4 ประการนี้จะเป็นตัวกำหนดคุณภาพที่ผู้รับบริการคาดหวัง

3.2 บริการที่รับรู้ (Perceived Service)

การรับรู้ หมายถึง กระบวนการตีความหรือแปลความผลของการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าภายนอกรอบตัวบุคคลโดยอาศัยประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้เป็นเครื่องช่วยแสดงออก เป็นความรู้สึกนึกคิดความรู้ความเข้าใจเรื่องต่าง ๆ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น

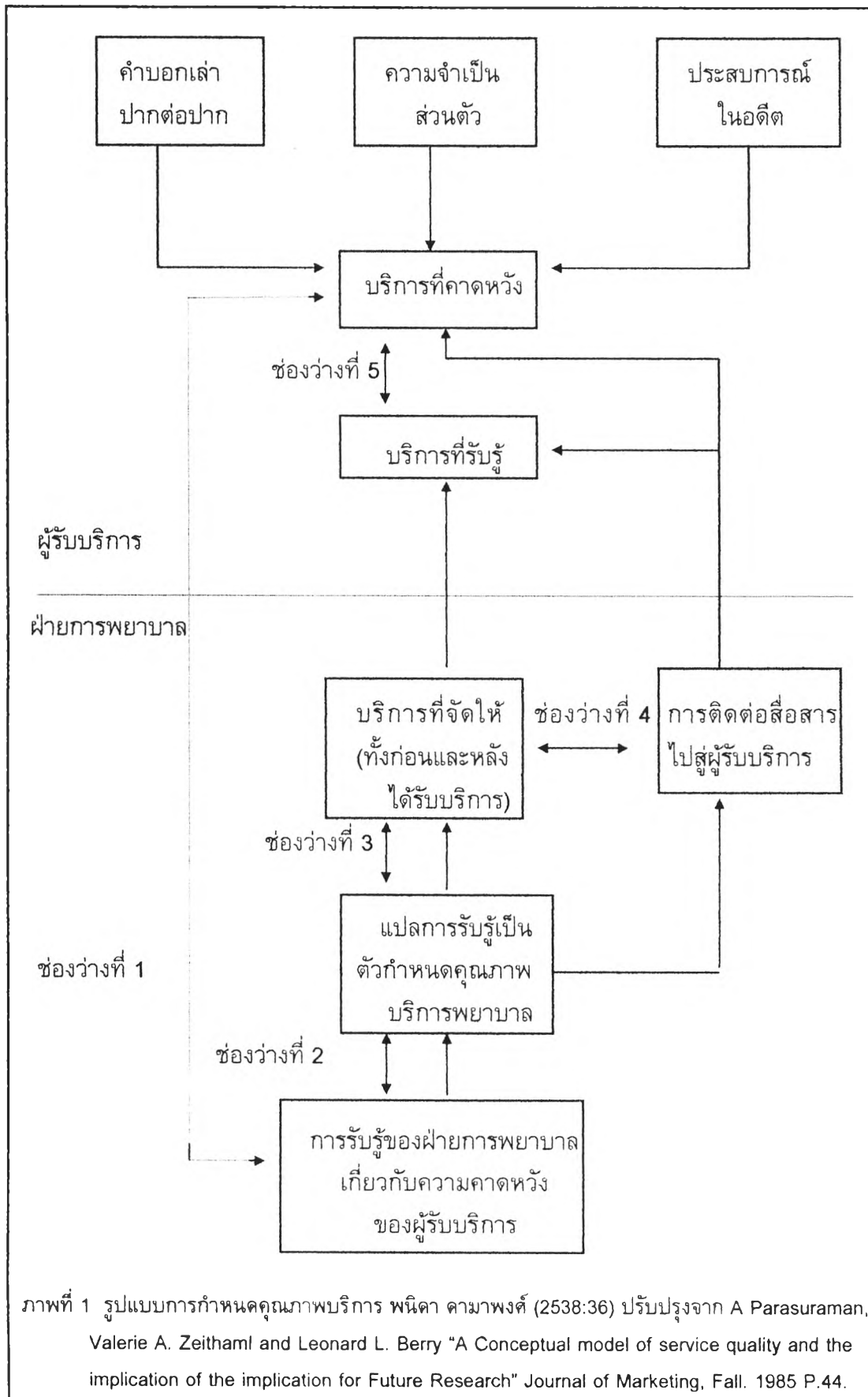
ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลจะมาด้วยความคาดหวังต่อคุณภาพบริการตามกลไกที่เกิดขึ้นในข้อ 3.1 แต่เมื่อมาถึงโรงพยาบาล บริการที่เกิดขึ้นจริงอาจเป็นไปตามความคาดหวังหรือต่ำกว่าความคาดหวัง หรือเกินกว่าความคาดหวังก็ได้ เหล่านี้เรียกว่า บริการที่รับรู้

3.3 การรับรู้คุณภาพบริการพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะมีการประเมินคุณภาพของบริการ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล จึงไม่รู้ว่าบริการที่ได้รับเป็นไปตามมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพพยาบาลกำหนดไว้

หรือไม่ แม้ภายหลังรับบริการแล้วก็ยังไม่สามารถประเมินได้อยู่นั่นเอง แต่ผู้ป่วยจะประเมินคุณภาพบริการว่าเป็นไปตามที่ตนคาดหวังหรือไม่ (พินดา ดามาพงศ์, 2538:33) โดยการเปรียบเทียบบริการที่ตนคาดหวัง (Expected Service) กับบริการที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ (Perceived Service) ของตน ถ้าบริการที่ตนรับรู้ต่ำกว่าบริการที่ตนคาดหวัง ผู้ป่วยจะไม่พึงพอใจและไม่กลับมาใช้บริการอีก ถ้าบริการที่ตนรับรู้เท่ากับบริการที่ตนคาดหวังผู้ป่วยจะเกิดความพึงพอใจ และถ้าบริการที่ตนรับรู้เกินกว่าบริการที่ตนคาดหวังผู้ป่วยจะเกิดความประทับใจ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจและประทับใจในบริการนี้จะกลายเป็นผู้ป่วยประจำของโรงพยาบาลซึ่งในทางการตลาดเรียกว่าเป็นลูกค้าผู้ภักดี และลูกค้าเหล่านี้จะเป็นผู้บอกกล่าวแก่ผู้อื่นจากปากต่อปาก ต่อๆ กันไป

ซึ่งจากการศึกษาของ Parasuraman และคณะพบว่า มีช่องว่างหรืออุปสรรค 5 ประการ ที่ทำให้ผู้บริหารไม่ประสบผลสำเร็จในการให้บริการ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการบริการที่ได้รับไม่เป็นไปตามการคาดหวัง ดังภาพที่ 1



จากภาพที่ 1 รูปแบบคุณภาพบริการนำมาอธิบายช่องว่างการจัดการบริการพยาบาล ดังนี้

1. ช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการและการรับรู้ของฝ่ายการพยาบาล คือ ฝ่ายการพยาบาลไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ เช่น ไม่ศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ จึงจัดบริการตามที่ตนคิดว่าผู้รับบริการต้องการ ซึ่งอาจไม่ใช่ความต้องการของ ผู้รับบริการ

2. ช่องว่างระหว่างการรับรู้ของฝ่ายจัดการกับการกำหนดลักษณะคุณภาพของบริการพยาบาล คือ ฝ่ายการพยาบาลอาจรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการได้ถูกต้อง แต่ไม่ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลไว้

3. ช่องว่างระหว่างการกำหนดลักษณะคุณภาพบริการพยาบาลและบริการที่ให้คือ ฝ่ายการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานคุณภาพบริการไว้อย่างชัดเจนแล้ว แต่เจ้าหน้าที่ที่มีความยุ่งยากไม่สามารถปฏิบัติตามได้

4. ช่องว่างระหว่างบริการที่ให้และการสื่อสารภายนอกเนื่องจากความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นผลจากการโฆษณาของโรงพยาบาลหรือบริษัทโฆษณาที่แสดงถึงแต่สิ่งที่ดี ๆ แต่เมื่อผู้ป่วยมาใช้บริการกลับพบในสิ่งตรงข้าม เช่น มีภาพพยาบาลหน้าตาอ่อนหวานสวยงาม ยืนไหว้อยู่หน้าประตูทางเข้าโรงพยาบาล แต่เมื่อรับบริการกลับพบว่า พยาบาลปฏิบัติต่อตนด้วยกริยาวาจาไม่สุภาพตรงกันข้ามกับรูปภาพที่เห็น นั้นหมายถึงว่าการโฆษณาทำให้ความคาดหวังของผู้รับบริการแตกต่างจากที่เป็นจริง

5. ช่องว่างระหว่างบริการที่รับรู้กับบริการที่คาดหวัง หมายถึง ผลต่างระหว่างการรับรู้กับความคาดหวังในบริการ หากบริการที่รับรู้ต่ำกว่าบริการที่คาดหวังผู้รับบริการจะไม่พึงพอใจ และหากบริการที่รับรู้เกินกว่าที่คาดหวังผู้รับบริการจะประทับใจ

4. การวัดการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาล

4.1 การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพบริการพยาบาล

การวัดการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลสามารถวัดได้ โดยเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังต่อบริการพยาบาลก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลภายหลังเข้ารับการรักษาแล้ว ตามผลการวิจัยของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry ซึ่งได้มีการศึกษาในปี ค.ศ. 1983 ได้มีการพัฒนารูปแบบของกรอบแนวคิดของคุณภาพบริการและระเบียบวิธีสำหรับการวัดการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ วิธีการศึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indept Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus-Group Interviews) ผลการศึกษาพบว่า ในการรับบริการนั้นผู้รับบริการจะใช้เกณฑ์ 10 ประการ ในการกำหนดคุณภาพบริการ คือ

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)
2. ความไว้วางใจได้ (Reliability)
3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที (Responsiveness)
4. สมรรถนะของพยาบาล (Competence)
5. ความมีอัธยาศัย (Courtesy)
6. ความน่าเชื่อถือ (Credibility)
7. ความปลอดภัย (Security)
8. การให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ (Access)
9. การติดต่อสื่อสารที่ถูกต้องเหมาะสม (Communication)
10. การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding/Knowing Customer)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 Parasuraman ได้ทำการวิจัยใหม่ และได้มีการสรุปรวมหมวดที่ 4 - 10 เป็น 2 หมวด รวมเป็น 5 หมวด เพราะมีความซ้ำซ้อนกันในบางด้านและมีรายละเอียดมากเกินไปทำให้ยากในการใช้ประเมิน มีรายละเอียดดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)

บริการที่ให้กับผู้รับบริการต้องแสดงให้เห็นให้ผู้รับบริการ สามารถคาดคะเนคุณภาพบริการได้ชัดเจน เช่น สถานที่ที่ให้บริการที่มีการอำนวยความสะดวก เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ ลักษณะบุคลิกของผู้ให้บริการ ตลอดจนอุปกรณ์ที่ใช้ในการสื่อสาร

2. ความเชื่อมั่นหรือไว้วางใจได้ (Reliability)

บุคลากรผู้ให้บริการมีความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้รับบริการเกิดความ รู้สึกว่าเป็นที่พึ่งได้ การให้บริการมีความถูกต้องเที่ยงตรง

3. การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทันที (Responsiveness)

บุคลากรผู้ให้บริการมีความพร้อมและเต็มใจที่จะให้บริการ สามารถตอบสนอง ความต้องการของผู้รับบริการได้ตามต้องการ

4. ความน่าเชื่อถือ (Assurance)

บุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้และมีอัธยาศัยดีในการให้บริการและความ สามารถของผู้ให้บริการส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อถือน่าเชื่อถือและไว้วางใจ

5. การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Empathy)

ผู้ให้บริการให้บริการโดยคำนึงถึงจิตใจ ความแตกต่างตามลักษณะของแต่ละ บุคคลเป็นสำคัญ

การแปลผลคะแนนคุณภาพบริการตามการรับรู้ คำนวณโดยนำค่าเฉลี่ยของการรับ รู้ที่ได้รับเป็นตัวตั้งลบด้วยค่าเฉลี่ยของความคาดหวัง จะได้ผลต่างเป็นคะแนนโดยแปลผลการ รับรู้เป็น 3 ระดับ คือ

1. คะแนนความคาดหวังสูงกว่าคะแนนการรับรู้บริการผลต่างมีค่าเป็นลบแสดงว่า ไม่พึงพอใจต่อคุณภาพบริการ

2. คะแนนความคาดหวังเท่ากับคะแนนการรับรู้บริการผลต่างมีค่าเป็นศูนย์แสดง ว่าพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ

3. คะแนนความคาดหวังต่ำกว่าคะแนนการรับรู้บริการผลต่างมีค่าเป็นบวกแสดง ว่าประทับใจต่อคุณภาพบริการ

ซึ่งในระดับของความไม่พึงพอใจ และความประทับใจ ไม่ได้มีการจัดแบ่งระดับย่อย ออกไปอีก เช่น ไม่พึงพอใจมาก ปานกลาง น้อย หรือประทับใจมาก ปานกลาง น้อย ซึ่ง ผู้วิจัยคาดว่าเป็นเพราะต้องการประเมินคุณภาพแบบคร่าว ๆ

4.2 การนำเครื่องมือวัดคุณภาพบริการมาใช้ประเมินคุณภาพบริการ

พยาบาล

ในปี 1991 Babakus และคณะ ได้นำเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL ของ Parasuraman มาประยุกต์ให้เหมาะสมกับการบริการพยาบาลโดยสร้างต่างจากแนวคิด

เดิมคือ scale ในการวัดตัวกำหนดคุณภาพบริการแต่ละตัวจะมีค่า Scale เดียว และข้อคำถามของตัวกำหนดคุณภาพบริการแต่ละตัวจะมีเพียงข้อเดียว ซึ่งจะช่วยให้เห็นปฏิริยาการตอบสนองต่อความคาดหวังและการรับรู้ได้ทันทีในเวลาเดียวกัน ต่อมาในปี 1994 Scardina ได้ศึกษาเครื่องมือในการวัดคุณภาพบริการพยาบาล SERVQUAL นี้ ซึ่งมีการปรับเกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการจาก 10 ประการเป็น 5 ประการ คือ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที ความน่าเชื่อถือ และการเข้าใจรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งเครื่องมือชุดนี้มีข้อคำถาม 22 ข้อ พบว่า มีความเที่ยงตรงสูง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92 สามารถนำไปทดลองใช้วัดความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างสมบูรณ์

ในประเทศไทย พนิดา คำยุ (2538) และ สกาวดี ดวงเด่น (2539) ได้นำแนวคิดของ Parasuraman และ Babakus มาปรับปรุงใช้ในการประเมินคุณภาพบริการในโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ โดยให้ผู้รับบริการและหัวหน้าหอผู้ป่วยจัดอันดับความสำคัญของคุณภาพบริการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าผู้รับบริการให้ความสำคัญแก่คุณภาพ 10 ประการ สูงกว่าความสำคัญด้านเทคนิคการรักษาพยาบาล ในขณะที่พยาบาลให้ความสำคัญต่อเทคนิคการรักษาพยาบาลมากกว่าเกณฑ์คุณภาพ 10 ประการ

ในการศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์ที่ผู้รับบริการกำหนดโดยประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นหลักนั้นในแนวคิดอื่น ๆ มีดังนี้ (Eck et. al., 1988)

ในปี 1957 Abdellah และ Levin ได้วิจัยคุณภาพบริการพยาบาลตามแนวคิดการตลาดประเมินโดยวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นหลักสำคัญเกี่ยวกับเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวก (Facilities) โครงสร้างขององค์การที่มีประสิทธิผล (Effectiveness of Organizational Structures) คุณสมบัติของบริการพยาบาลตามหลักวิชาชีพ (Professional Qualifications) และความสามารถในการดูแลรักษาพยาบาล (Competency in Provision of Care)

ในปี 1970 Ware, Davies-Avery และ Steward ได้วิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดคุณภาพการพยาบาล ซึ่งสามารถวิเคราะห์และจำแนกได้ 8 ประการ คือ

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 1975 Risser ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดคุณภาพบริการพยาบาลโดยประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริการที่ได้รับตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้ป่วยในบริการพยาบาลที่ได้รับจริงในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกเทคนิค วิธีการ และทักษะทางวิชาชีพ (Technical professional factor)
2. ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพโดยให้ความรู้ในลักษณะของการให้ข้อมูลตอบคำถามอธิบายหรือสาธิตวิธีการปฏิบัติการดูแลอย่างถูกเทคนิค (The educational relationship)
3. ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

ในปี 1987 Abramowitz, Cote และ Berry ได้ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดคุณภาพบริการพยาบาล ตามความพึงพอใจของผู้รับบริการใน ลอสแอนเจลิส และ แคลิฟอร์เนีย พบว่า มีปัจจัย 8 ประการ ดังนี้

1. ผู้ให้บริการพยาบาลให้การดูแลรักษาพยาบาลด้วยดีอย่างเป็นมิตรและมีอัธยาศัยอันดี (Friendliness and courtesy)
2. พยาบาลสามารถจัดสรรบริการพยาบาลได้ตามความต้องการของผู้รับบริการ (Availability of the nurse)
3. ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นบุคคล (Personalized care)
4. มีความพร้อมในการให้บริการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง (Access to specialists with national)
5. ความทันสมัยของเทคโนโลยีที่ช่วยในการให้บริการพยาบาล (Latest technology)
6. การจัดลำดับความสำคัญของการบริการ (Range of service)
7. บริการพยาบาลที่ให้มีคุณภาพ มีชื่อเสียง สามารถกล่าวถึงได้ (Overall reputation)

8. การอำนวยความสะดวกสบายและการจัดสร้างบรรยากาศในหอผู้ป่วยให้สวยงาม สดชื่น (Comfort and esthetic appearance)

ในปี 1990 Lynch และ Schuler ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพบริการพยาบาลที่เป็นจุดสำคัญทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกมาใช้บริการผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญคือ

1. สถานที่รอคอยการรับบริการ (Waiting areas)
2. ห้องพักของผู้ป่วย (Patient rooms)
3. อาหารที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน (Food)
4. สถานที่ตั้งของอาคารอำนวยความสะดวกได้ดี (Convenient location)
5. ทักษะทัศนคติของพยาบาลผู้ให้บริการ (Staff attitude)
6. ผู้ให้บริการมีคุณสมบัติในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเชี่ยวชาญเฉพาะทาง

(Attributed in this category therefore should focus specifically)

จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาลโดยประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการของนักวิจัยพยาบาลในต่างประเทศดังกล่าวพบว่าเป็นการศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์การรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

5. โรงพยาบาลชุมชน

5.1 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในตั้งแต่ 10 เตียง ไปจนถึง 150 เตียง เป็นศูนย์บริการทางด้านการรักษาพยาบาล การชันสูตรโรค และการส่งเสริมสุขภาพภายใน ระดับอำเภอหรืออำเภออื่นๆที่ได้รับมอบหมายและมีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานในเขตพื้นที่บริเวณรอบที่ตั้งโรงพยาบาลซึ่ง ครอบคลุมประชากรประมาณ 10,000 คน เป็นหน่วยงานขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีนายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเป็นหัวหน้าหน่วยงาน

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับปลายสุดที่มีแพทย์ประจำ ฉะนั้นจึงควรให้บริการสาธารณสุขทุกด้านแก่ชุมชนดังนี้ (วิศิษฐ์ ชัยสนิท, 2532:586)

5.1.1 ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว การอนามัยโรงเรียน การโภชนาการ และการสุขศึกษา เป็นต้น

5.1.2 ให้การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งประเภทผู้ป่วยภายนอกและผู้ป่วยภายในที่มารับการรักษาทั้งทางกายและทางจิต รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่บ้านออกหน่วยเคลื่อนที่และรักษาทางวิทยุ

5.1.3 ให้บริการด้านสุขศึกษาแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และชุมชน

5.1.4 ให้บริการและดำเนินงานสุขภาพิบาลและป้องกันโรค

5.1.5 ให้บริการชั้นสูตรสาธารณสุข ทั้งภายในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ

5.1.6 จัดระบบข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการวิเคราะห์และวางแผน

5.1.7 สนับสนุนและนิเทศงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยในเขตรับผิดชอบทางด้านวิชาการและอื่น ๆ

5.1.8 จัดตั้งนิรงานตามระบบรับส่งผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษาต่อให้มีประสิทธิภาพ

5.1.9 ศึกษา ค้นคว้า วิจัย เพื่อให้มีการพัฒนาการทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข

5.1.10 ดำเนินการพัฒนาบุคลากรโดยการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอื่น ๆ

5.1.11 วางแผนปฏิบัติงานและประเมินผล

5.2 การคัดเลือกโรงพยาบาลชุมชนดีเด่น

โรงพยาบาลชุมชนดีเด่นเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับรางวัลจากการประกวดโรงพยาบาลชุมชนดีเด่นระดับเขต ซึ่งแบ่งเป็น 12 เขต ในโครงการพัฒนาระบบและคุณภาพงานบริการพยาบาลของกองสาธารณสุขภูมิภาค กองการพยาบาล และสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับชมรมโรงพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย โดยมีคุณลักษณะซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมินบริการพยาบาล ดังนี้

1. การประสานแผนงาน 6 แผนงาน

1.1 งานอุบัติเหตุ คะแนนเต็ม 100 คะแนน ประกอบด้วย

1.1.1 การเตรียมรองรับอุบัติเหตุ คະแนนเต็ม 25 คະแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ มีคณะกรรมการอุบัติเหตุ มีแผนรองรับอุบัติเหตุ เจ้าหน้าที่ทราบบทบาทและหน้าที่

1.1.2 ความพร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการ คະแนนเต็ม 13 คະแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ ความพร้อมของโรงพยาบาล ความพร้อมของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.1.3 ความดำเนินงานอุบัติเหตุ คະแนนเต็ม 24 คະแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ มีเครือข่ายการสื่อสารแจ้งเหตุ มีบันทึกรายงานการเกิดเหตุ มีแหล่งสนับสนุนรับบริจาคโลหิต มีพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยตามความรุนแรงทุกราย

1.1.4 การป้องกันอุบัติเหตุ คະแนนเต็ม 38 คະแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ การป้องกันในโรงพยาบาล และการป้องกันในชุมชน

1.2 งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (NI) คະแนนเต็ม 100 คະแนนประกอบด้วย

1.2.1 องค์กร คະแนนเต็ม 20 คະแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ มีการแต่งตั้งอนุกรรมการ NI ของโรงพยาบาล มีการประชุมอนุกรรมการอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง และมีการจัดทำแผนและโครงการ NI ของโรงพยาบาล

1.2.2 การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล คະแนนเต็ม 32 คະแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ มีการดำเนินงานเฝ้าระวังผู้รับบริการ มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ให้บริการ และมีการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

1.2.3 การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ คະแนนเต็ม 23 คະแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ มีการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและในสิ่งแวดล้อม

1.2.4 ด้านวิชาการ คະแนนเต็ม 25 คະแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ การจัดทำคู่มือ NI การกำหนดมาตรฐาน การทำลายเชื้อ การจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ การปฐมพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ใหม่ และมีการนิเทศงาน

1.3 การพยาบาลในชุมชน คະแนนเต็ม 100 คະแนน ประกอบด้วย

1.3.1 การวางแผน คະแนนเต็ม 40 คະแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ มีโครงการดำเนินงานร่วมกัน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบร่วมกัน และการประชุมวางแผนเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนร่วมกัน

1.3.2 การปฏิบัติงาน คະแนนเต็ม 30 คະแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ ทะเบียนการสำรวจค้นหากลุ่มเป้าหมาย การออกให้บริการกลุ่มเป้าหมาย และการรับ-ส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง

1.3.3 การประเมินโครงการ คະแนนเต็ม 30 คະแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ อัตราการครอบคลุมของการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย การดำเนินของอาการแทรกซ้อนของโรค และประสิทธิภาพของการให้บริการ

1.4 งานสาธารณสุขมูลฐาน คะแนนเต็ม 100 คะแนน ประกอบด้วย

1.4.1 การวางแผน คะแนนเต็ม 20 คะแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ มีองค์กรในการดำเนินงาน มีการประชุมคณะกรรมการอย่างน้อย 2 เดือนต่อครั้ง และมีการจัดทำแผนงานร่วมกัน

1.4.2 การดำเนินงาน คะแนนเต็ม 60 คะแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ การดำเนินงาน สสม. การดำเนินงานสุขภาพดีถ้วนหน้า รพช.มีการพัฒนาหมู่บ้านให้บรรลุตามเกณฑ์ พบส.

1.4.3 การประเมินผล คะแนนเต็ม 20 คะแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ มีการติดตามนิเทศงานอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือนต่อหมู่บ้าน และหมู่บ้านที่เป็นเป้าหมายการดำเนินงาน Health For All บรรลุเกณฑ์

1.5 โครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก คะแนนเต็ม 100 คะแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ มีอนุกรรมการดำเนินงาน มีโครงการดำเนินงาน มีการดำเนินงานตามนโยบายโครงการสายสัมพันธ์แม่ - ลูก ให้ครบตามบันได 10 ขั้น มีการติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอด มีการประชุมประเมินผลทุก 2 เดือน

1.6 งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์และการให้คำปรึกษา คะแนนเต็ม 100 คะแนน ประกอบด้วย

1.6.1 งานสุขศึกษา คะแนนเต็ม 40 คะแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ มีคณะกรรมการสุขศึกษา มีการวางแผนการให้สุขศึกษา มีการผลิตสื่อ มีการดำเนินงานสุขศึกษาทั้งในและนอกสถานบริการ และมีการประเมินผลและพัฒนางานสุขศึกษา

1.6.2 งานประชาสัมพันธ์ คะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ มีการวางแผนงานประชาสัมพันธ์ กิจกรรมประชาสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน และกิจกรรมประชาสัมพันธ์ภายนอกหน่วยงาน

1.6.3 งานให้คำปรึกษา คะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ มีคณะกรรมการและมีการประชุมต่อเนื่อง มีการจัดคลินิกการให้การศึกษา และมีการให้บริการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

2. การบริหารทรัพยากรบุคคล คะแนนเต็ม 50 คะแนน ประกอบด้วย

2.1 มีการสนับสนุนให้บุคลากรช่วยเหลือซึ่งกันและกันและกันตามความเหมาะสม คะแนนเต็ม 25 คะแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ มีบันทึกขอสนับสนุนบุคลากรโรงพยาบาลพร้อมระบุเหตุผลจากฝ่าย มีคำสั่งโรงพยาบาลชุมชนให้ปฏิบัติงาน มีบันทึกมอบหมายงานของหน่วยงาน และมีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

2.2 ส่งเสริมให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความก้าวหน้า คะแนนเต็ม 25 คะแนน เกณฑ์ชี้วัดคือ มีแผนการเลื่อนระดับตามกรอบอัตรากำลัง มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแบบฟอร์ม และมีคณะกรรมการพิจารณาความดีความชอบ

3. การประสานงานด้านวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ 100 คณะ เกณฑ์ชี้วัดคือ จัดประชุมวิชาการพยาบาลร่วมกันอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง มีการประชุมแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น เพื่อพัฒนางานบริการอย่างน้อย 2 เดือนต่อครั้ง มีการสนับสนุนบุคลากรในการจัดประชุมหรือ อบรมวิชาการ ดำเนินงานวิจัยสาธารณสุขร่วมกัน จัดทำเอกสารทางวิชาการร่วมกันอย่างน้อยปี ละ 1 เรื่อง วิเคราะห์ประเมินผลงานร่วมกัน มีแผนการนิเทศงานทั้งในโรงพยาบาลและสถานี อณายร่วมกันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และมีการศึกษาดูงานนอกสถานที่ร่วมกันปีละ 1 ครั้ง

โรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการคัดเลือกให้เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับเขตจะต้อง ผ่านเกณฑ์ประเมินในแต่ละหัวข้ออย่างน้อย 80 คะแนนจากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่ง โรงพยาบาลที่ไม่ร่วมรับการประเมินคือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทุกแห่ง และโรงพยาบาล ที่มีเจ้าหน้าที่เป็นกรรมการในระดับเขตนั้น ๆ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศ

สุวดี ศรีเลณวัตติ และคณะ (2524) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้มารับบริการต่อ บริการพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รามาริบัติ จำนวน 500 คน เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในด้านความรู้ความ ชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาล และความรู้สึกโดยส่วนรวมต่อบริการพยาบาลตลอดจนความ คิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้มารับบริการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากในด้าน ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลด้วยมือ จรรยา มารยาท ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ประจำของ เจ้าหน้าที่พยาบาล ส่วนกิจกรรมที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะสาขาวิชาชีพและทักษะการสื่อสารด้วย วาจา ตลอดจนการใช้ความคิดวิจารณ์ญาณและการตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ในด้านท่าทีทัศนคติของเจ้าหน้าที่พยาบาลต่อผู้ป่วยและการให้การ พยาบาล ผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยมาก ในเรื่องความสนใจในทุกข์สุขและความต้องการของ ผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับความคิดเห็นต่อบริการพยาบาลโดยส่วนรวมประมาณ 2 ใน 3 ของ ผู้ป่วย ทั้งหมด (ร้อยละ 64.6) ตอบว่า พอใจมาก ส่วนอีกร้อยละ 36.4 ตอบว่าพอใจปานกลาง

วิภา ดุรงค์พิดิษฐ์กุล (2525 อ้างถึงใน กาญจนนา เหลืองอุบล, 2536:35) ได้ทำการ สืบหาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก ต่อบริการของโรงพยาบาลรามาริบัติ 3 หน่วยงานคือ หน่วยเวชระเบียน หน่วยตรวจโรค หน่วยห้องยา โดยทำการศึกษา 6 ด้าน คือ 1) ความ

สะดวก 2) การประสานงาน 3) อัจฉริยะ 4) ข้อมูล 5) คุณภาพของบริการ และ 6) ค่าใช้จ่าย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการทั้ง 3 แผนก ในเรื่องของคุณภาพของบริการมากที่สุด

อำไพ ยุติธรรม (2526) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีขีดความสามารถจำกัดในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน ที่รับไว้ในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี กับพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย ดังกล่าวในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2526 จำนวน 50 คู่ ใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญในกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการสังเกตอาการมากที่สุด รองลงมาคือกิจกรรมเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม และกิจกรรมเกี่ยวกับการให้สุขศึกษา ตามลำดับ สำหรับพยาบาลให้ความสำคัญในกิจกรรมเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมมากที่สุด รองลงมาคือกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การสังเกตอาการ การให้สุขศึกษาและกิจกรรมการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายในกิจวัตรประจำวัน ตามลำดับ เมื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้รับ พบว่า คุณภาพการพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี กิจกรรมที่ผู้ป่วยคิดว่า คุณภาพอยู่ในเกณฑ์พอใช้และไม่ดี เป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องแสดงออกโดยการสนทนา พูดคุยกับผู้ป่วย เช่น การรับฟังคำบอกเล่า บ่น หรือปรับทุกข์ของผู้ป่วย การให้เวลาพูดคุยหรือซักถามเพื่อตอบข้อข้องใจแก่ครอบครัวและญาติของผู้ป่วย และกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสอน รวมทั้งการให้ คำแนะนำความรู้เรื่องโรคและการรักษาที่ได้รับ ตลอดจนการปฏิบัติตนของผู้ป่วยและเมื่อนำไปหาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาลกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาล กับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กัน คือ ในกลุ่มที่ผู้ป่วยให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลสูงกว่าพยาบาล มีถึง 32 กิจกรรม ที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน มีเพียง 5 กิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กัน และในกลุ่มที่พยาบาลให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วย มี 34 กิจกรรมที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน และมี 3 กิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กัน

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2528) ได้ศึกษาความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับเป็นจริงของ ผู้ป่วยและพยาบาล ในโรงพยาบาลรามธิบดี โดยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยสามัญ 400 คน กับพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลแก่กลุ่มผู้ป่วยโดยตรง 195 คน โดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในกิจกรรมการ

พยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังจะได้รับต่ำกว่าที่พยาบาลคาดหวังจะปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลคาดหวังจะปฏิบัติสูงกว่าที่พยาบาลปฏิบัติจริง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจริง ต่ำกว่าที่พยาบาลปฏิบัติจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจริง ต่ำกว่าที่คาดหวังและได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์ (2528) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในแผนกอายุรศาสตร์ วัชรพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยสามัญชายและหญิงจำนวน 80 คน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริการพยาบาลด้านร่างกายและจิตใจ และความคิดเห็นต่อบริการพยาบาลโดยทั่วไป ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการพยาบาลด้านร่างกาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์ดี พยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลมีความนุ่มนวล คล่องแคล่วในการปฏิบัติงาน ให้ความช่วยเหลือและสนใจผู้ป่วยดี ในเรื่องของการให้คำแนะนำ คำอธิบายต่าง ๆ มีให้เป็นบางครั้ง และเข้าใจเป็นบางเรื่อง ความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการพยาบาลด้านจิตใจ ผู้ป่วยคิดว่าพยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลให้การต้อนรับดี มีท่าที่เป็นกันเอง น่าไว้วางใจ และยิ้มแย้มแจ่มใสมีอัธยาศัยไมตรีดี เปิดโอกาสและช่วยปลอบโยนให้คลายจากความทุกข์ต่างๆ มีเพียงส่วนน้อยที่คิดว่าพยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลมีลักษณะไม่เป็นกันเอง ท่าที่ห่างเหิน อัธยาศัยไมตรีไม่ดี ชอบขู่ผู้ป่วย ความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการพยาบาลโดยทั่วไป พบว่า สภาพภายในตึก อากาศ และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ดี อาหารของโรงพยาบาลพอจะรับประทานได้ สิ่งรบกวนผู้ป่วยมากที่สุดขณะพักอยู่ในตึกคือ ยุง และเสียงรบกวนจากผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องการให้มีการแยกตึกสำหรับผู้ป่วยหนักไว้เฉพาะ และให้โรงพยาบาลมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยมาก ๆ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยได้มากกว่านี้

ชัชวาล วีระพันธุ์ และคณะ (2528) ศึกษาเรื่องความรับรู้ว่าตนเองป่วย การใช้บริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย กับระบบการส่งต่อในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยในระบบส่งต่อเลือกใช้บริการสาธารณสุขโดยคำนึงถึงการเดินทางสะดวกเป็นอันดับหนึ่ง อันดับรองคือ ค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการรักษาและการต้อนรับ ตามลำดับ แต่ผู้ป่วยนอกในระบบส่งต่อ จะให้ความสำคัญความสามารถในการรักษาพยาบาลเป็นอันดับ 2 ค่ารักษาพยาบาล อันดับ 3 การต้อนรับ อันดับ 4

พรจันทร์ สุวรรณชาติ (2530 อ่างถึงโน เต็มดวง เจริญสุข ,2532) ได้ศึกษาข้อคิดเห็นของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกี่ยวกับความหวังต่อพยาบาลและกิจกรรม การปฏิบัติพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังดังนี้

1. ผู้ให้บริการเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ทางวิชาชีพ สามารถให้ความมั่นคงปลอดภัย และเอาใจใส่ผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ
2. ผู้ให้บริการมีคุณสมบัติส่วนตัว เป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผู้รับบริการประสงค์ที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล และต้องการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษาตนเอง

เต็มดวง เจริญสุข (2532) ได้ศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลตามความคาดหวังกับความเป็นจริงของผู้คลอดและพยาบาล โดยศึกษาในกลุ่มผู้คลอดครรภ์แรก และพักฟื้นหลังคลอดที่กองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระ ปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวนทั้งหมด 200 ราย สำหรับกลุ่มพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ประจำอยู่ห้องคลอด ณ โรงพยาบาลดังกล่าวข้างต้น มีจำนวนทั้งหมด 58 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความคาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้คลอดสูงกว่าที่ได้ปฏิบัติจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และผู้คลอดมีความคาดหวังที่จะได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจากพยาบาลสูงกว่าที่ได้รับการปฏิบัติจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อินทิมา ศุภสินธุ์ (2533) ทำการวิจัยเรื่องตัวแปรคัดสรรกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่องิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยต่องิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของผู้ป่วยต่องิจกรรมการพยาบาลกับผลต่างของความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่องิจกรรมการพยาบาลผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์ในทางผกผันระดับต่ำระหว่างความพึงพอใจของผู้ป่วยต่องิจกรรมการพยาบาลกับผลต่างของความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่องิจกรรมการพยาบาล ($r = -.3632, P < .01$) ส่วนตัวแปรคัดสรรที่สามารถทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยต่องิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มี 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ของผู้ป่วยต่องิจกรรมการพยาบาล ($B = .7679$) รายได้ของครอบครัว ($B = .0871$) และระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล ($B = -.0777$) โดยตัวแปรทั้ง 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่องิจกรรมการพยาบาลได้ร้อยละ 59.17

สัญชัย วัฒนา และมะลิวัลย์ ยุติธรรม (2534) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนจังหวัดชลบุรี โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ 50 ครอบครัว ผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน 80 ครอบครัว และผู้รับบริการในสถานเฝ้าหมาย 430 ครอบครัว รวมทั้งสิ้น 560 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ใน

การวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการตรงต่อเวลา การเอาใจใส่ การ กระตือรือร้น และความมีมนุษยสัมพันธ์ ส่วนเหตุการณ์ที่พบบาน ๑ ครั้ง คือ การไม่พบ เจ้าหน้าที่ ร้อยละ 30.4 สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปยังสถานบริการสาธารณสุข พบว่า ใช้เวลาน้อยกว่าครึ่งชั่วโมง ร้อยละ 95.9 การใช้เวลารอคอยเพื่อรับบริการส่วนใหญ่ต่ำกว่า 15 นาที ร้อยละ 61.2 ความคิดเห็นต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่พบว่า ร้อยละ 74.7 เห็นว่าเหมาะสมดี และความต้องการของประชาชนที่มีต่อการจัดให้มีบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อันดับแรกได้แก่ การจัดให้มียาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การให้เจ้าหน้าที่พักประจำที่สถานบริการสาธารณสุข และการให้มีแพทย์หมุนเวียนหรืออยู่ประจำ

สุกัญญา โสจนาภิวัดน์, วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์ และสุชาติ ธิติวรรณ (2536) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วย และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ศึกษาในผู้ป่วยในจำนวน 125 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความคาดหวัง และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยอย่างมีเค้าโครง 4 ด้าน คือ สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อสิทธิของตนทั้งโดยรวมและด้านต่าง ๆ สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00

ละออ ดันดิศิริรินทร์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ต่อกิจกรรมพยาบาลที่สนองความต้องการพื้นฐาน โดยศึกษา จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 7 แผนก ดังนี้ คือ แผนกศัลยกรรมทั่วไป แผนกอายุรกรรม แผนกสูติ-นรีเวชกรรม แผนกออโรโธปิดิกส์ แผนกจักษุ แผนกโสต คอ นาสิก และแผนกพิเศษ แผนกละ 50 คน รวมทั้งสิ้น 350 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ต่อกิจกรรมพยาบาลที่สนองความต้องการพื้นฐานที่พึงพอใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การดูแลให้ได้รับประทานอาหารตามเวลา ร้อยละ 47.7 และที่พึงพอใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การแนะนำให้รู้จักผู้ป่วยข้างเตียงร้อยละ 28.3 และเมื่อจำแนกตามแผนกต่าง ๆ จะพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมพยาบาลที่สนองความต้องการพื้นฐานในแผนกต่าง ๆ มีดังนี้ แผนกศัลยกรรมทั่วไป กิจกรรมที่ผู้ป่วยพึงพอใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การให้ความสนใจซักถามเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะและ/หรืออุจจาระ ร้อยละ 64 และกิจกรรมที่พึงพอใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุด คือ การพูดคุยในเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับเจ็บป่วย ร้อยละ 26 แผนกอายุรกรรม กิจกรรมที่ผู้ป่วย

ฟังพอใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การดูแลให้ได้รับประทานอาหารตามเวลา ร้อยละ 86 และกิจกรรมที่ฟังพอใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การให้โอกาสมีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการพยาบาล ร้อยละ 32 แผนกสูติ-นรีเวชกรรม กิจกรรมที่ผู้ป่วยฟังพอใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การอธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของอาการที่เป็นอยู่ ร้อยละ 42 และกิจกรรมที่ฟังพอใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การยืดหยุ่นเวลาในการทำ ความสะอาดร่างกาย ร้อยละ 40 แผนกออโรโทปีดิกส์ กิจกรรมที่ผู้ป่วยฟังพอใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การดูแลให้ได้รับประทานอาหารตามเวลา ร้อยละ 92 และกิจกรรมที่ฟังพอใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การอธิบายสรรพคุณ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ร้อยละ 44 แผนกจักษุ กิจกรรมที่ผู้ป่วยฟังพอใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การจัดห้องพักให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ร้อยละ 60 และกิจกรรมที่ฟังพอใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การอธิบายสรรพคุณฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ร้อยละ 30 แผนกโสต ศอ นาสิก กิจกรรมที่ผู้ป่วยฟังพอใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การให้ความสนใจซักถามเกี่ยวกับการขับถ่าย ปัสสาวะ และ/หรืออุจจาระ ร้อยละ 40 และกิจกรรมที่ฟังพอใจในระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การดูแลให้มีของใช้ที่จำเป็นสำหรับทำความสะอาดร่างกาย ร้อยละ 20 แผนกพิเศษ กิจกรรมที่ผู้ป่วยฟังพอใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การอนุญาตให้ญาติหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยต้องการ ร้อยละ 66 และกิจกรรมที่ฟังพอใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การดูแลปากและฟันก่อนและหลังรับประทานอาหาร และการให้โอกาสมีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการพยาบาล ร้อยละ 20 และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อกิจกรรมพยาบาลที่สนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยในแผนกต่างๆของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 ยกเว้นในเรื่องการช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกในการทำ ความสะอาด ร่างกาย การเยี่ยมและ/หรือสอบถามอาการเปลี่ยนแปลงและความไม่สุขสบาย และการอธิบายให้ทราบเหตุและผลเกี่ยวกับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคและ/หรือการรักษาพยาบาล ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับการรับประทาน อาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 ส่วนเรื่องการให้คำแนะนำในเรื่องอาหาร ไม่มีความแตกต่างกัน

วิมลศรี ศรีสุพรรณ และมะลิจิตร์ ศิริวัฒนนามชานนท์ (2536) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยศึกษาจากผู้รับบริการจำนวน 300 คน ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจที่สร้างขึ้นโดยยึดกิจกรรมงานบริการประชาชน ที่สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการพยาบาลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับกิจกรรมการบริการที่ผู้รับบริการให้ความเห็นว่าไม่พึงพอใจหรือ

พึงพอใจน้อย ได้แก่ สีหน้า ท่าทาง คำพูด และสายตา ของพยาบาลในขณะที่ให้บริการ การให้ความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังการตรวจและการจัดคิวเข้าห้องตรวจ เป็นต้น

ลาวัลย์ สมบูรณ์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการรักษายาบาลตามความคาดหวังและกิจกรรมการรักษายาบาลตามความเป็นจริงของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดทั้งในรายคลอดปกติและคลอดผิดปกติ ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยสูติกรรม 2, 3 และ 4 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนธันวาคม 2534 ถึงเดือนมกราคม 2535 จำนวน 305 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการรักษายาบาลตามความคาดหวัง กับกิจกรรมการรักษายาบาลตามความเป็นจริง โดยส่วนรวม และเป็นรายหมวดไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแยกตามหมวดพบว่า คะแนนกิจกรรมการรักษายาบาลตามความคาดหวัง กับกิจกรรมการรักษายาบาลตามความเป็นจริงส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน มีบางกิจกรรมเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุภา เบญจพร, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และวิภา บัลลังก์โพธิ์ (2537) ได้ศึกษาความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงของ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยสามัญ ที่รอเข้ารับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น แผนกศัลยศาสตร์ จำนวน 40 คน แผนก สูติรีเวชกรรม 20 คน แผนกโสต ศอ นาสิก 20 คน และแผนกศัลยกรรมกระดูก 20 คน รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมีความคาดหวังในกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยผู้ป่วยต้องการให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดให้บริการแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แต่จากความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติจริงจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดแล้ว พบว่า ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดีเท่าที่ควร และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังสูงกว่าความเป็นจริงในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อารีย์ วิจารณ์ท์ (2537) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก ระหว่างเดือนธันวาคม 2532 ถึงเดือนมกราคม 2533 จำนวน 150 ราย และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล 9 ราย ในหน่วยงาน 3 หน่วยงาน คือ หน่วยเวชระเบียน หน่วย

ตรวจโรค และหน่วยห้องยา โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวของ Aday และ Anderson ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่มีต่อการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีความคล้ายคลึงกันในหน่วยงานทั้ง 3 แห่ง คือ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง แต่ก็พบว่ามีความพึงพอใจในระดับต่ำในเรื่องการรอคอยนาน และที่นั่งไม่เพียงพอ ทำให้เหนื่อยล้า

ปรียา ครามะคำ (2538) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในช่วงเดือนพฤษภาคม 2538 จำนวน 286 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อความสะอาด มนุษยสัมพันธ์ อุปกรณ์การรักษา คุณภาพการบริการ การประสานงาน และข้อมูลที่ได้รับจากบริการผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 มีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการต่อข้อมูล ข่าวสารที่ได้รับ ต่อความสะอาดและต่อมนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่
2. ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ที่อยู่อาศัย ศาสนา รายได้ การศึกษา และจำนวนครั้งที่มารับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ
3. ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อโรงพยาบาล และที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์ร่วมกันกับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 โดยพยากรณ์ความพึงพอใจได้ร้อยละ 48

วนิดา ออประเสริฐศักดิ์ และคณะ (2538) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการการรักษาพยาบาลในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ ศึกษาในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั่วไป ระหว่างเดือนธันวาคม 2536 ถึงเดือนมีนาคม 2537 จำนวน 305 คน ใช้แบบสอบถามวัดความพึงพอใจตามแนวคิดของ Orem ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 73.11 โดยมีความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่บริการสูงสุด และความพึงพอใจด้านบริการต่ำสุด นอกจากนี้ยังพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวก การศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจต่อบริการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนช่วงเวลาที่ตรวจและภูมิฐานะของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ

พนิดา คำยุ (2538) ได้ศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างประชากรเป็นผู้ป่วยจำนวน 362 คน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 118 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามซึ่งปรับปรุงจาก SERVQUAL ผลการ

วิจัยพบว่า 1) คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลอยู่ในระดับมากทุกหมวด 2) การรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ในหมวดความน่าเชื่อถือและความเชื่อมั่นไว้วางใจ และอยู่ในระดับมากในหมวดการเข้าถึงบริการ การสื่อสาร สมรรถนะของพยาบาล ความมีอัธยาศัยไมตรี การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ความมั่นคงปลอดภัย ความเป็นรูปธรรมของบริการ และการเข้าใจและรู้จักผู้ป่วย 3) คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า การรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยสูงกว่าคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล

ภคสุภพิชญ์ ศรีกสิพันธ์ และ บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ (2539) ได้ศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามาริบัติ ศึกษาในผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 แห่ง ในโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 126 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดความพึงพอใจของ Munro, Jacobsen และ Brooten ซึ่งปรับมาจากของ La Monica ที่สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแต่ละหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลค่อนข้างสูงและไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ได้รับความพึงพอใจน้อยที่สุด 5 อันดับ คือ 1) ความละเอียดรอบคอบของพยาบาล 2) การปฏิบัติกับผู้ป่วยเหมือนเป็นเพียงคนไข้ที่ไม่มีความรู้สึกนึกคิด 3) การสนใจทำงานประจำให้เสร็จสิ้นมากกว่ารับฟังปัญหาของผู้ป่วย 4) การปิดกั้นความคิดเห็นและความพึงพอใจในแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ 5) การปฏิบัติกับผู้ป่วยคล้ายกับว่าเขาไม่สามารถเข้าใจคำอธิบายเกี่ยวกับโรค และความเจ็บป่วยของตนเองได้

สกาเวตี ดวงเด่น (2539) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ประชากรเป็นผู้ป่วยสามัญจำนวน 321 คน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 137 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามซึ่งปรับปรุงจาก SERVQUAL ผลการวิจัย พบว่า 1) คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยอยู่ในระดับเดียวกันคือ ระดับมาก 2) คุณภาพบริการพยาบาลที่ ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ผู้ป่วยและพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยให้อันดับความสำคัญแก่คุณภาพบริการพยาบาลตรงกันในหมวดความไว้วางใจ หมวดให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ และหมวดการเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ ส่วนหมวดที่ให้อันดับความสำคัญไม่ตรงกันคือ หมวดความเป็นรูปธรรมของบริการ หมวดสมรรถนะของพยาบาล หมวดความปลอดภัย หมวด

ความน่าเชื่อถือ หมดการตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที หมดการติดต่อสื่อสาร และหมดความมีอัธยาศัย

วาริ วณิชปัญจพล (2539) ได้ศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล และการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลต่อความคาดหวังของผู้ป่วยนอกจำนวน 400 คน ผู้ป่วยในจำนวน 400 คน และผู้บริหารในระดับกลุ่มงานการพยาบาลและพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 408 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามซึ่งปรับปรุงจากมาตรฐานเชิงกระบวนการของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า 1) บริการพยาบาลที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคาดหวัง และที่ผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอยู่ในระดับเดียวกันคือมาก 2) บริการพยาบาลที่ผู้ป่วยนอกคาดหวัง และที่ผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่าผู้บริหารในกลุ่มงานพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยนอกมากกว่าที่ผู้ป่วยนอกคาดหวัง ส่วนการบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยในคาดหวัง และที่ผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยในพบว่า ทุกมาตรฐานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่าผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยในมากกว่าที่ผู้ป่วยในคาดหวัง 3) การให้อันดับที่แก่การพยาบาล ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลให้อันดับที่แก่บริการพยาบาลตรงกันทุกมาตรฐาน 4) การรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ เมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังต่อบริการ กับการรับรู้บริการภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับบริการแล้ว พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่าผู้ป่วยนอกมีความไม่พึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกมาตรฐาน และผู้ป่วยในมีความไม่พึงพอใจในระดับปานกลางทุกมาตรฐาน

6.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

De Walfe and Other (1966 อ้างถึงใน เรณูมาศ วิจิตรรัตนะ, 2522) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาลเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่ได้รับขณะที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งรวมถึงเรื่องเกี่ยวกับอาหาร แสงสว่าง การรักษา การให้การพยาบาล และกฎระเบียบของโรงพยาบาล ผลการศึกษานี้พบว่า มีความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยที่คาดหวังจะได้รับจากโรงพยาบาล กับความเป็นจริงที่ได้รับขณะที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผลก็คือผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเขาถูกจำกัดสิทธิในการแสดงความคิดเห็น ซึ่งผลจากความคิดเห็นในด้านลบนี้ก่อให้เกิดอุปสรรคในด้านการรักษา

พยาบาล เพราะเมื่อมีผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงแล้วก็มักจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทำให้ผลของการรักษาพยาบาลไม่ดีเท่าที่ควร

Irene E. Pollert (1971) ได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องความคาดหวังและข้อขัดแย้งของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาล และได้สรุปผลการศึกษาวิจัยไว้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ามาพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่ต้องการที่จะรู้เกี่ยวกับอาการและขั้นตอนการรักษาพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วย และผู้ป่วยได้ให้ความคิดเห็นต่อไปว่าพยาบาลควรจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนลงมือให้การักษาพยาบาล เพราะการทำโดยไม่อธิบายอะไรนั้น ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและพยาบาลควรมีหน้าตายิ้มแย้ม แสดงท่าที่เป็นกันเอง ตลอดจนให้การดูแลที่ดีที่สุดด้วย สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการ

White (1972) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ 3 แห่ง ที่ตั้งอยู่ในเขตนครหลวง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่อาการไม่หนักเกินไป อยู่โรงพยาบาลมาแล้ว 2 วัน และไม่ได้รับการผ่าตัดในวันที่ศึกษาจำนวน 300 คน กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 100 คน ให้ผู้ป่วยและพยาบาลให้ความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาล 50 ข้อ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 หมวด คือ หมวดการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย หมวดการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ หมวดการสังเกตอาการ การรายงานและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และหมวดการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายมากกว่าพยาบาล ส่วนพยาบาลให้ความสำคัญใน กิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและสังคมมากกว่าผู้ป่วยและทั้งผู้ป่วยและพยาบาลมีความเห็นตรงกันว่า ความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์มีความสำคัญมาก ส่วนการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านมีความสำคัญน้อย

Aday and Anderson (1975 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2539:64) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1970 พบว่า เรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุดคือ ความไม่สะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับฮัลกาและคณะ (Hulka. al, 1971) ที่ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนที่มีรายได้ต่ำต่อบริการทางการแพทย์เมื่อปี ค.ศ. 1969 ที่ทาง ตอนเหนือรัฐคารโรไลนา (north carolina) พบว่า ประชาชนกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ไม่พึงพอใจในเรื่องความสะดวกและค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ต่อมาเมื่อ ค.ศ. 1971 อเดย์ และแอนเดอร์สัน ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมและได้ชี้ถึงพื้นฐาน 6 ประการ ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการกับการรักษาพยาบาล และความ

รู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการ การเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ความพึงพอใจ 6 ประการ ได้แก่

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ซึ่งแยกออกเป็น
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)
 - 1.2 การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability of care when needed)
 - 1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care)
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานบริการ (Coordination) ซึ่งแยกออกเป็น
 - 2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่แห่งเดียว (Getting all needs met at one place) คือผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของ ผู้ป่วย
 - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย อันได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตใจ (Concern of doctor for overall health)
 - 2.3 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา (Follow up care)
3. ความพึงพอใจต่ออรรถาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดง อรรถาศัยท่าทางที่เป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความห่วงใย ความสนใจต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical information) แยกเป็นข้อมูล 2 ประเภท คือ
 - 4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)
 - 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about treatment) เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้ยา เป็นต้น
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพการดูแล ทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการ
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายการรักษาความเจ็บปวด

Eriksen R. Lillian (1987) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพเชิงกระบวนการกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kovnen, A.R. and Smiths, H.L. (1978 quoted in Bopp D. Kenneth, 1990) ได้ศึกษาพบว่า ผู้รับบริการพยาบาลไม่มีความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ทางการแพทย์ที่จะประเมิน

คุณภาพเชิงวิชาชีพ ดังนั้นผู้รับบริการพยาบาลจึงประเมินคุณภาพบริการพยาบาลใน 2 ลักษณะด้วยกันคือ ประเมินคุณภาพในขณะที่ตนมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลผู้ให้บริการ และประเมินคุณภาพจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้ง 2 อย่างนี้ พยาบาลให้ความสำคัญน้อยมาก

Wooley et al. (1978 quoted in Bopp D. Kenneth, 1990) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 2 ใน 3 มีความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล แม้ว่าจะรักษาไม่หายหรือการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จก็ตาม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีแบบแผนการรับรู้แตกต่างจากพยาบาลผู้ให้บริการ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยประเมินคุณภาพบริการตามการรับรู้ของตน ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้สูง ก็จะประเมินว่าคุณภาพ ดีแล้ว

James Lynch and Drue Schuler (1990) ได้ศึกษาถึงแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 600 คน ใช้เครื่องมือการวิจัยคือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพื่อให้ได้ข้อมูล แล้วทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ Factor Analysis พบว่า แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล มี 3 ประการ

1. แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลมาจากการรับบริการแล้วเกิดความพึงพอใจ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ สถานที่รอกคอย ห้องพัก อาหาร ท่าเลที่ตั้ง มนุษย์-สัมพันธ์ของผู้ให้บริการ
2. แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลมาจากการมารับบริการครั้งก่อน เช่น เคยมาตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องคลอด ห้องตรวจศัลยกรรม ห้องปฐมพยาบาล และฉุกเฉิน เป็นต้น
3. แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลมาจากความเชื่อ เช่น เชื่อในความสามารถ ความรู้ ความชำนาญของพยาบาลผู้ให้การดูแล ความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา หรืออุปกรณ์การรักษาที่ทันสมัย สามารถช่วยชีวิตได้

Bopp D. Kenneth (1990) ได้ศึกษาคุณภาพบริการเชิงการแสดงออก (Expressive Quality) ในโรงพยาบาลขนาด 394 เตียง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมาจากแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม ผิวหนัง หู คอ จมูก และเด็ก มีจำนวนทั้งสิ้น 453 คน เป็นผู้ชาย 30 % ผู้หญิง 70 % และเป็นคน ผิวขาว 90 % คนผิวดำ 9 % ไม่จำกัด เชื้อชาติ 1 % โดยทั่วไปมีอายุเฉลี่ย 34.6 ปี และส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและวิทยาลัย ใช้เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มีจำนวน 2 ชุด คือ แบบสอบถามคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยต้องการได้รับจากพยาบาลและแพทย์ แต่ละชุดมีข้อความจำนวน 72 ข้อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ตัวประกอบหมุนแกนตัวประกอบแบบอโรทอนอลด้วยวิธีแวนิแมกซ์ ตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพเชิงการแสดงออกของพยาบาลมีค่าไอเกน 0.98



สำหรับตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกของแพทย์มีค่าไอเกน 0.66 ผลการวิจัยพบว่า

1. ตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกด้านการดูแลที่ผู้รับบริการต้องการคือ ความเมตตากรุณา ความพอใจ การยอมรับ ความร่วมมือ ความสุภาพ และความมีอัธยาศัยไมตรี

2. ตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกด้านวิชาชีพที่ผู้รับบริการต้องการคือ ให้ความอบอุ่น ความสะดวกสบาย มีจิตใจที่เปิดกว้าง และมีความจริงใจ

3. ตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกด้านสมรรถนะที่ผู้รับบริการต้องการคือการใช้ความรู้ความสามารถและทักษะในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะ

การให้บริการแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการมักให้ความสำคัญแก่คุณภาพเชิงการแสดงออกน้อยกว่าผู้ป่วย ดังนั้นในขณะให้บริการผู้ให้บริการควรปรับปรุงทัศนคติและพฤติกรรมการแสดงออกด้วยสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ ในขณะที่ให้บริการ โดยต้องให้

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

Scardina (1994) ได้ทดลองนำเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ (SERVQUAL) ตามแนวคิดเชิงการตลาดของ Zeithaml, Parasuraman และ Berry มาประยุกต์ใช้วัดคุณภาพบริการพยาบาลกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5 วัน ซึ่งผลการนำเครื่องมือไปใช้นั้น พบว่า สามารถใช้วัดได้ ประสบความสำเร็จด้วยดี ในปัจจัยทั้ง 5 ประการ คือ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) 2) ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ (Reliability) 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที (Responsiveness) 4) ความน่าเชื่อถือ (Assurance) 5) การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Empathy)

สรุป จากการศึกษาดังกล่าวและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการพยาบาลพบว่า ในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานทางวิชาชีพ ซึ่งกำหนดขึ้นโดยผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลแต่เพียงฝ่ายเดียว ถึงแม้ว่าจะมีการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานทางวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอให้มีความถูกต้องตามเทคนิค วิธีการ เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพก็ตาม แต่เมื่อนำไปประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการแล้ว ปรากฏว่าผู้รับบริการไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับเท่าที่ควร เพราะ

ผู้รับบริการมีแบบแผนการรับรู้ที่แตกต่างจากพยาบาลผู้ให้บริการ กล่าวคือ ผู้รับบริการไม่มีความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ทางการพยาบาล จึงประเมินคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของตนเอง ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลให้เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ โดยนำแนวคิดการตลาดเข้ามาประยุกต์ใช้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของบริการพยาบาล คือ ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ดีอย่างมีคุณภาพ และเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ซึ่งการนำแนวคิดการตลาดเข้ามาประยุกต์ใช้ในบริการพยาบาลนั้น ในต่างประเทศมีผู้ศึกษาวิจัยกันมาก โดยศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์การรับรู้ของผู้รับบริการควบคู่กับคุณภาพบริการพยาบาล ตามมาตรฐานทางวิชาชีพ ผลการวิจัยที่พบปรากฏว่าผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน เขต 2 โดยใช้แนวคิดทางการตลาดเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดคุณภาพบริการ 5 ประการ ที่พัฒนาโดย Scardina ตามกรอบแนวคิดของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry ซึ่งจะสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปปรับปรุงพัฒนาบริการให้ดีขึ้นต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยจึงขอเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

