

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ.....	10
ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ.....	20
การรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ.....	29
การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.....	34
งานผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA.....	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
รูปแบบการวิจัย.....	54
ประชากรและตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	57

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของผู้รับบริการ	61
ส่วนที่ 2 ระดับของความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพ บริการ และการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและ การรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ.....	64
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับ บริการและการรับรู้ เกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามคุณลักษณะของ ผู้รับบริการ และการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับการให้การรับรองการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.....	68
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้รับบริการ และการรับรู้ เกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามคุณลักษณะของผู้รับ บริการและการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับการให้การรับรองการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.....	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	88
สรุปผลการวิจัย.....	88
อภิปราย.....	90
ข้อเสนอแนะ.....	100
บรรณานุกรม.....	102
ภาคผนวก	109
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	110
ข แบบสอบถาม.....	112
ค รายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	121
ประวัติผู้วิจัย.....	142

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามคุณลักษณะของผู้รับบริการ.....	61
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการ จำแนกตามการรับรู้ของผู้รับบริการ เกี่ยวกับการให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.....	63
ตารางที่ 4.3 ระดับของความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการของผู้รับบริการจำแนกตาม คุณภาพบริการเป็นรายด้าน.....	64
ตารางที่ 4.4 ระดับของการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการของผู้รับบริการจำแนกตาม คุณภาพบริการเป็นรายด้าน.....	65
ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการเป็นรายด้าน และ โดยรวม	66
ตารางที่ 4.6 ช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการเป็นรายด้าน และ โดยรวม.....	67
ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามเพศ ของผู้รับบริการ	68
ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามอายุ ของผู้รับบริการ	69
ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตาม สถานภาพสมรสของผู้รับบริการ	70
ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตาม ระดับการศึกษาของผู้รับบริการ.....	710
ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตาม รายได้ต่อเดือนของผู้รับบริการ	72
ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตาม จำนวนครั้งที่มารับบริการในรอบ 1 ปี ของผู้รับบริการ.....	73
ตารางที่ 4.13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตาม สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ.....	74
ตารางที่ 4.14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตาม เหตุจูงใจในการมารับบริการของผู้รับบริการ.....	75

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 4.15	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามการได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.....	76
ตารางที่ 4.16	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามการได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการที่โรงพยาบาลที่มารับบริการผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ.....	77
ตารางที่ 4.17	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามเพศของผู้รับบริการ.....	78
ตารางที่ 4.18	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามอายุของผู้รับบริการ.....	79
ตารางที่ 4.19	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามสถานภาพสมรสของผู้รับบริการ.....	80
ตารางที่ 4.20	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้รับบริการ.....	81
ตารางที่ 4.21	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามรายได้ต่อเดือนของผู้รับบริการ.....	82
ตารางที่ 4.22	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามจำนวนครั้งที่มารับบริการในรอบ 1 ปี ของผู้รับบริการ.....	83
ตารางที่ 4.23	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ.....	84
ตารางที่ 4.24	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามเหตุจูงใจในการมารับบริการของผู้รับบริการ.....	85
ตารางที่ 4.25	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามการได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.....	86

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.26	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตาม การได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการที่โรงพยาบาลที่มารับบริการ ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ.....	87
---------------	--	----

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 รูปแบบกำหนดคุณภาพบริการของเซทามล์ พาราสุรามานและเบอริ่.....	17
ภาพที่ 2.2 มาตรฐานโรงพยาบาล	40

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริการสุขภาพมีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในปัจจุบัน ทั้งในด้านความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์และความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะความตระหนักเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนที่ว่า “บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างเสมอภาค” ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปี พ.ศ. 2540 ที่มีสาระเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองด้านสุขภาพโดยตรงใน มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ (กรมสามัญศึกษา 2540) การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการด้านสุขภาพ ที่ได้ให้ความสนใจและเรียกร้องถึงคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพมากขึ้น ซึ่งเห็นได้จากเสียงวิพากษ์วิจารณ์ของประชาชนเกี่ยวกับความไม่พึงพอใจในคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลที่นับวันจะเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างบุคลากรของโรงพยาบาลกับผู้ใช้บริการ การปฏิบัติต่อผู้รับบริการโดยขาดความคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การเลือกปฏิบัติ ไม่มีมาตรฐานและความปลอดภัยในการให้บริการ (เสาวมาศ เกื่อนนาคี 2542)

รัฐบาลได้ให้สถานพยาบาลของรัฐพัฒนาคุณภาพการบริการ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) โดยกำหนดนโยบายให้มีการปรับปรุงคุณภาพของสถานบริการระดับต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) รัฐบาลได้กำหนดให้มีการพัฒนาการสาธารณสุข โดยการปรับปรุงคุณภาพสถานบริการ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายพัฒนาการสาธารณสุข โดยดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในหลายรูปแบบ เช่น โครงการปรับโฉมหน้าโรงพยาบาล โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพสถานบริการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ได้นำเอาแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพ คือ การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management: TQM) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) มาใช้ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการในโรงพยาบาลนำร่อง 8 แห่ง (อนวัธน์ ศุภชุตินุกูล 2541) ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) รัฐบาลได้กำหนดนโยบายที่เน้นให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ตอบสนอง

โดยการกำหนดแผน นโยบายและวัตถุประสงค์ในการพัฒนา คือให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและปลอดภัย โดยมีเป้าหมายให้ ร้อยละ 80 ของสถานบริการต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนการสาธารณสุข 2539) ส่งผลให้โรงพยาบาลต่างๆ ตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการ มาใช้ในองค์กร เช่น TQM / CQI การประกันคุณภาพ QA (Quality Assurance: QA) การพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) ระบบการประกันคุณภาพขององค์กร ระหว่างประเทศว่าด้วยมาตรฐานสากล (International Organization for Standardization หรือ International Standard Organization : ISO) และการทำกิจกรรม 5 ส. เป็นต้น

คุณภาพเป็นเรื่องของสิทธิที่ผู้บริโภคพึงได้รับ และเป็นเรื่องของจริยธรรมผู้ประกอบการ วิชาชีพ ผู้รับบริการจะได้รับบริการรักษาพยาบาลที่มีระดับคุณภาพอย่างไร ก็ขึ้นกับการตัดสินใจ และการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพทั้งสิ้น ผู้บริโภคและผู้ประกอบวิชาชีพต่างมีความต้องการ และความคาดหวังบริการที่มีคุณภาพสูงขึ้นเรื่อยๆ องค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพจึงมีการตื่นตัวในการปรับปรุงคุณภาพการบริการ ซึ่งถ้าองค์กรใดไม่ใส่ใจในการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ ปล่อยให้คุณภาพตกต่ำลงก็ย่อมจะส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ขององค์กร การที่จะทำให้ ผู้บริโภคประทับใจและจำใส่ใจในภาพลักษณ์ขององค์กรในทางบวกและบอกต่อกันนั้น องค์กร จะต้องสร้างบรรยากาศของการให้บริการที่เป็นเลิศตามมาตรฐานวิชาชีพ และให้บริการประทับใจ อย่างที่ผู้รับบริการไม่เคยคาดหวังไว้ (งามจิตต์ จันทรสาธิต 2538)

ในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA เป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนามาตรฐาน โรงพยาบาล เพื่อต้องการให้ได้มาตรฐานทั้งระบบ และกระบวนการอันเป็นหลักประกันคุณภาพ บริการทางการแพทย์ที่เน้นในเรื่องการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากร โดยใช้กรอบมาตรฐาน โรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก ที่มุ่งเน้นการประเมินระบบงาน โดยนำมาตรฐานวิชาชีพมาใช้ ไม่ได้มุ่งเน้นการประเมินการทำงานระดับบุคคลหรือผู้ป่วยแต่ละราย (สถาบันพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล 2542) โดย ภาควิชาพัฒนาและรับรองคุณภาพ ได้เสนอแนะให้มีการจัดตั้ง สถาบัน พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ซึ่งเป็นองค์กรกลางและเป็นอิสระ เป็นผู้ประเมิน และให้การรับรอง โดยมีเป้าหมายของการรับรองคุณภาพ ดังนี้

1. เป็นการกระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดแรงจูงใจ ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
2. สร้างความรับผิดชอบต่อสังคม เพื่อให้สังคมมีความมั่นใจต่อระบบบริการของ โรงพยาบาล ด้วยการยินยอมให้องค์กรภายนอก ซึ่งมีความรู้ความเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วย เข้าไปประเมิน ตามกรอบที่ตกลงร่วมกัน

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภคการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน โดยการที่ผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพของโรงพยาบาลต่างๆ ทำหน้าที่ปรึกษาและประเมินในลักษณะอาสาสมัครทั้งนี้ ภาควิชาพัฒนาและรับรองคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย องค์กรวิชาชีพ ส่วนราชการ หน่วยงานองค์กรอื่นๆและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้จัดทำมาตรฐานโรงพยาบาล สำหรับใช้เป็นแนวทางในการประเมิน เพื่อให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA ประกอบด้วย มาตรฐาน 9 ข้อ (9 GENS) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่มุ่งหมายจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการประเมินการจัดบริการผู้ป่วยในสาขาต่างๆ เช่น บริการผู้ป่วยอายุรกรรม บริการผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานของหลายหน่วยงาน และเพื่อเป็นการประเมินการให้บริการเฉพาะของหน่วยงาน โดยโรงพยาบาลต้อง ทบทวนเปรียบเทียบกับความคาดหวังของผู้รับบริการ เพื่อว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจหรือไม่ รวมทั้งเปรียบเทียบกับความรู้ทางวิชาชีพ ว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นสอดคล้องกับความรู้ซึ่งเป็นที่น่าเชื่อถือหรือไม่ ซึ่งผลลัพธ์ที่ควรจะเป็นหรือระดับที่ควรจะเป็น คือ ระดับที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่สามารถทำได้ เช่น การติดเชื้อไม่ควรเกินร้อยละ 5 ตลอดจนข้อกำหนดในมาตรฐาน HA ซึ่งเป็นข้อกำหนดในระบบใหญ่ๆ เช่น การพัฒนาคน การดูแลสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย ระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบการดูแลผู้ป่วย การดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ

ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะมาพร้อมกับความคาดหวังว่า การรักษาพยาบาลที่ได้รับนั้นเป็นการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและบริการที่ประทับใจ (ศิริพร ดันดีพุลวินัย 2538) ซึ่งคุณภาพบริการนั้นขึ้นอยู่กับช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ โดยที่ความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นผลมาจากคำบอกเล่าต่อกันมา ความต้องการของผู้รับบริการเอง และประสบการณ์ในการรับบริการที่ผ่านมา (Zeithaml, et al. 1990 : 37) และความคาดหวังยังแปรตามทัศนคติการได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้ให้บริการ และลักษณะเฉพาะของผู้รับบริการแต่ละคน (Oberst 1984 : 2367) ส่วนการรับรู้ของผู้รับบริการนั้น เป็นผลจากการให้บริการและการสื่อสารจากผู้ให้บริการไปยังผู้รับบริการ หากผู้รับบริการรับรู้ว่าการที่โรงพยาบาลให้ดีกว่า หรือเท่ากับที่คาดหวัง บริการนั้นจะถูกจัดว่าเป็นบริการที่มีคุณภาพ แต่หากบริการที่รับรู้ดีกว่าที่คาดหวังไว้ บริการนั้นก็จะมีดีหรือด้อยคุณภาพ

หน่วยงานที่มีความสำคัญและเป็นสถานบริการด่านแรกของโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นจุดที่มีปฏิสัมพันธ์สูงสุดของระบบบริการกับชุมชน คือ แผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient Department) ซึ่งเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจะมีผู้มารับบริการมาก และดูเหมือนว่าจะเป็นสถานบริการที่มีศักยภาพสูงสุด ในการให้บริการในมุมมองของผู้รับบริการ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นสถานที่ๆสร้างศรัทธาและความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการได้สูงสุด ในการที่ผู้รับบริการจะมา รับบริการอย่างต่อเนื่อง ยังมีผู้รับบริการจำนวนมากหลังจากที่มารับบริการแล้ว ยังเปลี่ยน

สถานบริการไปเรื่อยๆ ซึ่งเป็นภาพสะท้อนให้เห็นว่าศักยภาพของสถานบริการในระบบยังมีไม่เพียงพอที่จะสร้างศรัทธาจนเกิดความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ 2541) หรืออาจกล่าวได้ว่า แผนกผู้ป่วยนอกเปรียบเสมือนห้องรับแขกของโรงพยาบาลที่สร้างความประทับใจให้กับผู้รับบริการและเป็นที่ยึดต่อกันระหว่างผู้คนในชุมชนของโรงพยาบาล ถ้าได้รับบริการที่ดียอมทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ เป้าหมายที่สำคัญของงานนี้คือ การทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี รวดเร็ว ปลอดภัย และประทับใจ (พิชชดา วิรัชพินทุ 2534: บทคัดย่อ) ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยนอกมักถูกคำนึงถึง ว่ามีความสำคัญน้อยกว่าผู้ป่วยในบุคลากรในทีมสุขภาพส่วนใหญ่จะทุ่มเททรัพยากรและเวลากับการดูแลผู้ป่วยในมากกว่า ในขณะที่การบริการผู้ป่วยนอกนั้นพบว่ามีความแออัด คับคั่ง ก่อให้เกิดความสับสน วุ่นวาย ตลอดจนผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้รับบริการที่มีจำนวนมาก ทำให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการหรือความคาดหวังได้เพียง ร้อยละ 23 เท่านั้น (อรรถชัย ภูมาพันธ์และคนอื่นๆ 2538 : 68-71) ดังนั้นผู้ให้บริการจึงควรคำนึงถึงผู้รับบริการซึ่งเป็นลูกค้าที่สำคัญของโรงพยาบาลว่า มีความคาดหวังและความคิดเห็นต่อบริการอย่างไร ข้อมูลเหล่านี้นอกจากจะสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการบริการและแนวทางในการแก้ไขเพื่อตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้รับบริการแล้ว ยังทำให้เห็นถึงปัญหาในการบริการและแนวทางในการแก้ไขเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคนอื่นๆ 2538 : 158-168)

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม คือโรงพยาบาลในสังกัด 3 เหล่าทัพ ได้แก่ กองทัพบก กองทัพเรือ และกองทัพอากาศ ซึ่งโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ คือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก ผ่านการรับรอง เมื่อ 10 มีนาคม 2546 และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ผ่านการรับรอง เมื่อ 18 ตุลาคม 2545 ภารกิจหลักของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม คือ การให้บริการ รักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่ทหาร ครอบครัว ตลอดจนประชาชนทั่วไป ทั้งนี้ เพื่อช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กองทัพและเป็นกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ รวมทั้งเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกำลังพล

HA เป็นการรับรองคุณภาพที่จัดทำขึ้นโดยความร่วมมือของนักวิชาการ ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้บริหาร โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค บนพื้นฐานของแนวคิดการพัฒนาพร้อมสมัย แต่ในมุมมองของผู้รับบริการแล้วอาจไม่ใช่การบริการที่มีคุณภาพก็ได้ เนื่องจากการบริการที่มีคุณภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับช่องว่างระหว่างความคาดหวังต่อการบริการที่จะได้รับและการรับรู้การบริการ นอกจากนี้ยังมีผู้ตั้งข้อสังเกตว่า การรับรองนั้นจะน่าเชื่อถือแค่ไหน มีคุณภาพหรือไม่ ผู้บริโภคหรือผู้ใช้บริการจะ

เป็นผู้ตัดสินใจ ทั้งนี้ ผู้บริโภคต้องเข้าใจว่า การรับรองนั้นมีความหมายว่าอย่างไร ควรตรวจสอบด้วยตนเองด้วยว่าองค์กรที่ได้รับการรับรองนั้นมีบริการที่มีคุณภาพ เป็นไปตามที่ควรจะเป็นหรือไม่ หากพบว่าไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง หรือตามที่ควรจะเป็น ก็ควรรหาโอกาสบอกกับผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ขององค์กร จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึง คุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โดยนำแนวคิดของ เซทามัล และคนอื่นๆ (Zeithamal, et al.,1990) มาศึกษา โดยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นแนวทางให้ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง สามารถนำไปประกอบการวางแผนบริหารจัดการ พร้อมทั้งปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการที่สามารถสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ อันจะนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุจูงใจ และสิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล

2.2.2 เพื่อศึกษาการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของผู้รับบริการ ในงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

2.2.3 เพื่อวัดระดับของความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการบริการในงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

2.2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

2.2.5 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการของผู้รับบริการที่มีคุณลักษณะต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่มารับบริการ รายได้ เหตุจูงใจ และสิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล

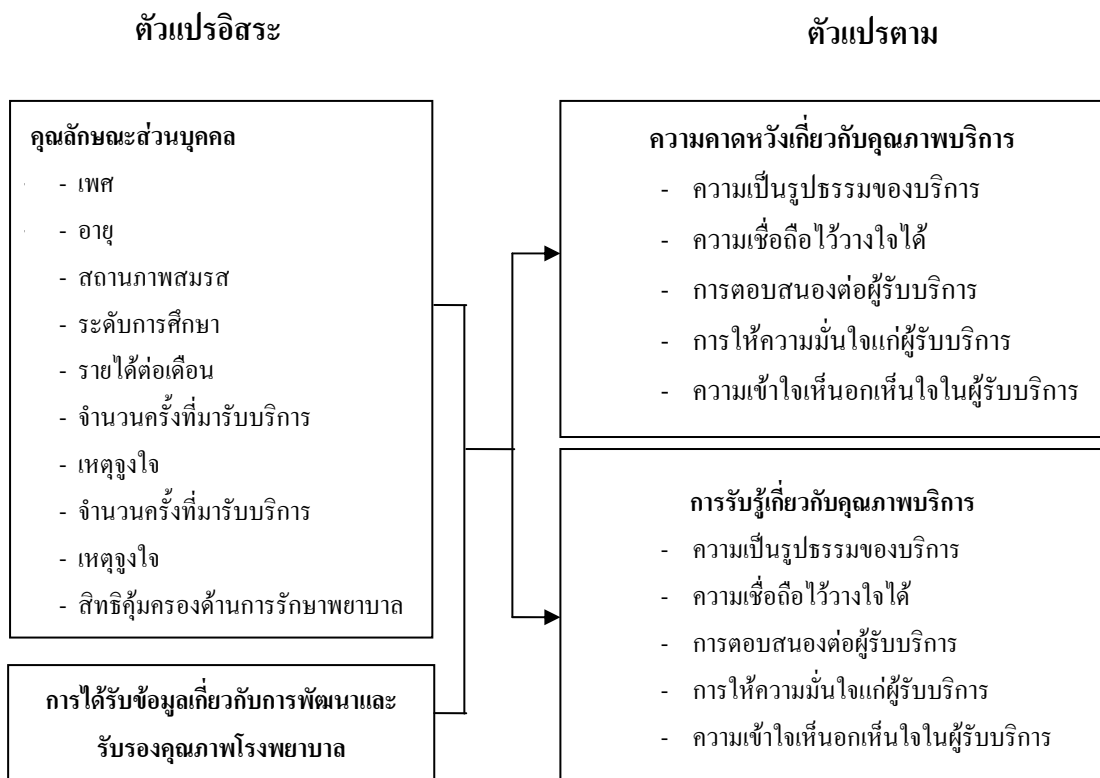
2.2.6 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการของผู้รับบริการที่มีคุณลักษณะต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่มารับบริการ รายได้ เหตุจูงใจ และสิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล

2.2.7 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ตามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

2.2.8 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ตามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

3. กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ โดยใช้กรอบแนวคิดในการประเมินคุณภาพบริการของเซทามล์และคนอื่นๆ (Zeithaml et al., 1990) ที่มีปัจจัยกำหนดคุณภาพบริการ 5 ด้าน โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้



4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ มีระดับที่แตกต่างกัน

4.2 ผู้รับบริการที่มีคุณลักษณะต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่มารับบริการ รายได้ต่อเดือน เหตุจูงใจ และสิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล มีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการที่ต่างกัน

4.3 ผู้รับบริการที่มีคุณลักษณะต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่มารับบริการ รายได้ต่อเดือน เหตุจูงใจ และสิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล มีการรับรู้ต่อคุณภาพบริการที่ต่างกัน

4.4 ผู้รับบริการที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต่างกัน มีความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการต่างกัน

4.5 ผู้รับบริการที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต่างกัน มีการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการต่างกัน

5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 **คุณภาพบริการ** หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามแนวคิดของเซทามล์และคนอื่นๆ (Zeithaml, et al. 1990) ประกอบด้วยคุณภาพบริการ 5 ด้าน ดังนี้

6.1.1 **ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)** หมายถึง ลักษณะทางกายภาพของบริการที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ซึ่งได้แก่ เครื่องมืออุปกรณ์ บุคลากร

และการใช้สัญลักษณ์หรือเอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารให้ผู้รับบริการได้สัมผัส และบริการนั้น
มีความเป็นรูปธรรมสามารถรับรู้ได้

6.1.2 ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการ
ให้บริการนั้นตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้นั้นมีความถูกต้อง เหมาะสม และมี
ความสม่ำเสมอในทุกครั้งของการให้บริการ ที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่ให้นั้นมีความ
น่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้

6.1.3 การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อม
และความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่าง
ทันทั่วที่ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการมารับบริการ
รวมทั้งต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน

6.1.4 การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึง ผู้ให้บริการมีทักษะ
ความรู้ ความสามารถในการบริการ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพ
มีกิริยาท่าทาง และมารยาทที่ดีในการบริการสามารถที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและ
เกิดความมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่ดีที่สุด

6.1.5 ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy) หมายถึง ความสามารถ
ในการดูแล ความเอื้ออาทรเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการใน
แต่ละคน

6.2 ความคาดหวังของผู้รับบริการ หมายถึง ความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิด
อย่างมีวิจรรย์ญาณของผู้ป่วยนอก ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมที่ผ่าน
กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ในเขต กรุงเทพมหานคร ในการคาดคะเนหรือคาดการณ์ไว้
ล่วงหน้าถึงบริการที่มีคุณภาพว่า ควรมี ควรเป็นหรือควรเกิดขึ้นตามความเหมาะสมต่อ
สถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยเกณฑ์การวัดความหวังของผู้รับบริการ 5 ด้าน ได้แก่ความ
เป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจ
แก่ผู้รับบริการ และความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ

6.3 การรับรู้ของผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความเข้าใจ อย่างมี
วิจรรย์ญาณของผู้ป่วยนอก ที่ได้รับจากบริการ โดยผ่านประสาทสัมผัสภายหลังได้รับบริการแล้วจาก
โรงพยาบาล สังกัดกลาโหมที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ในเขต กรุงเทพมหานคร
ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยเกณฑ์การวัดการรับรู้ของผู้รับบริการ 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของ
บริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ
และความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ

6.4 ผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยไม่ได้พักรักษาค้างคืนในโรงพยาบาลซึ่งบริการตรวจรักษาดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยตรวจโรคทั่วไปทุกชนิด ยกเว้น ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเวชกรรมฟื้นฟู

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการให้บริการในเวลาราชการ และเมื่อผู้ป่วยได้รับการบริการแล้ว สามารถกลับไปรับประทานยาหรือปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำที่บ้านได้

6.5 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลที่ขึ้นการบังคับบัญชากับกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร และผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 – 2546 ได้แก่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ กองบัญชาการสนับสนุนทหารอากาศ และ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก

6.6 เหตุจูงใจ หมายถึง สาเหตุที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจมารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนั้น

6.7 สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล หมายถึง การรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตามสิทธิต่างๆที่ตนมีอยู่ เช่น สิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิประกันภัย สิทธิ 30 บาท หรือ รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง

6.8 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง การได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้วยวิธีการต่างๆ เช่น คำบอกเล่า สื่อโฆษณา ทางวิทยุ โทรทัศน์ หรือสิ่งพิมพ์ต่างๆ

2. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยนี้ จะทำให้ทราบถึงระดับของความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ และการได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการให้ตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการ และปรับปรุงการสื่อสารให้ผู้รับบริการได้รับทราบถึงคุณภาพการบริการของผู้ให้บริการ เพื่อสร้างความเข้าใจ อันจะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อ การรับบริการของผู้รับบริการต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้มา สรุปสาระสำคัญในประเด็นที่สำคัญ และเป็นที่น่าสนใจ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ โดยมีลำดับการนำเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ
2. ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ
3. การรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ
4. การพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (HA)
5. งานผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

โดยจะกล่าวถึง ความหมายของคุณภาพบริการ เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ รูปแบบการกำหนดคุณภาพบริการของ เซทามล์ พาราสุรามาน และเบอร์รี่

1.1 ความหมายของคุณภาพบริการ

คุณภาพเป็นคำที่มีความหมายว่า เป็นสิ่งที่ดี ได้มีผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพ ดังนี้

พจนานุกรมของเวบสเตอร์ (Webster's Dictionary, 1988 : 1099)ให้ความหมายว่าคุณภาพ หมายถึง “ระดับความเป็นเลิศหรือสิ่งที่ดีกว่าอื่นๆ”

ไฟจ์เจินบาม (Feigenbam, 1991: 7) ให้ความหมายของคุณภาพว่าเป็นการตัดสินใจของลูกค้า มิใช่ผู้ให้บริการ ตลาด หรือผู้บริหาร แต่ขึ้นกับผู้รับบริการที่ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับสินค้า หรือบริการอย่างไร โดยคุณภาพวัดได้จากความต้องการ หรือ ความคาดหวังของผู้รับบริการ

บราวน์ (Brown, 1991: 9) ได้กล่าวว่า คุณภาพบริการนั้น ยากที่จะให้ความหมาย เพราะเป็นนามธรรมที่มีการจัดบริการให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับ คำว่าคุณภาพนั้นมีความแตกต่างกัน

สภาการรับรองบริการสุขภาพของแคนาดา (Canadian council on Health Facility Accreditation, 1991) (CCHFA) ได้ให้ความหมายของคุณภาพว่า เป็น “ระดับของการจัดบริการที่ทำให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มผลดี และเหมาะสมกับความต้องการ โดยลดผลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ”

ประวิทย์ และวิจิตร จงวิศาล (2537: 1) ได้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพ คือ ลักษณะต่างๆของผลิตภัณฑ์ หรือบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้บริโภคผู้รับบริการ หรือทำให้ผู้บริโภคหรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์ (2537: 171) ได้ให้ความหมายคุณภาพบริการในแนวคิดทางการตลาดว่า คือ ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ นั่นคือ เป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้หรือ ลูกค้า (Conformance to Requirement) ซึ่งเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากสินค้า หรือบริการนั้นๆ เนื่องจากคุณสมบัติของบริการ 4 ประการ คือ บริการไม่มีตัวตน มีความหลากหลายในตัวเอง ไม่สามารถถูกแบ่งแยกได้ และเก็บรักษาไม่ได้ ทำให้คุณภาพบริการถูกประเมินจากทั้งกระบวนการการให้บริการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากบริการนั้น (Outcome) โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

วีระวัฒน์ ปิ่นนิคามย์ (2534: 234) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการว่า หมายถึง คุณสมบัติ คุณลักษณะที่จับต้องได้ และจับต้องไม่ได้ของบริการ ที่ผู้รับบริการ(ลูกค้า) รับรู้ว่ามีความโดดเด่น ตรง หรือ เกินกว่าความคาดหวังเป็นที่น่าประทับใจ จากการที่ผู้รับบริการจ่ายเงิน แลกเปลี่ยน สัมผัส มีประสบการณ์ ทดลองใช้ เป็นต้น

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2539: 1) ได้กล่าวว่า คุณภาพบริการคือ การที่ทำให้ลูกค้าได้รับความพึงพอใจ เป็นบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า ตลอดจนถึงขั้นตอนของบริการนั้นๆจนถึงภายหลังบริการด้วย ทั้งนี้ต้องตอบสนองต่อความต้องการเบื้องต้น ตลอดจนครอบคลุมไปถึงความคาดหวัง (Expectation) ของผู้รับบริการ ย่อมทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากขึ้น

วีรพงษ์ เฉลิมจิรรัตน์ (2539: 14) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการ คือ ความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ระดับความสามารถของบริการในการบำบัดความต้องการของผู้รับบริการ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังได้รับบริการไปแล้ว

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคนอื่นๆ (2539: 291) ได้กล่าวว่า ในธุรกิจการให้บริการ คุณภาพของบริการเป็นสิ่งที่สำคัญสิ่งหนึ่งในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจการให้บริการ คือ การรักษาระดับการให้บริการที่เหนือคู่แข่งขึ้น โดยเสนอคุณภาพการให้บริการตามผู้รับบริการคาดหวังไว้ ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ ที่ผู้รับบริการต้องการจะได้จากประสบการณ์ในอดีต จากการพูดปากต่อปาก จากการโฆษณาธุรกิจให้บริการ ผู้รับบริการจะพอใจ

ถ้าได้รับในสิ่งที่ต้องการ(What) เมื่อผู้รับบริการมีความต้องการ (When) ณ สถานที่ผู้รับบริการ ต้องการ (Where)ในรูปแบบที่ต้องการ(How)

ทองหล่อ เดชไทย (2540: 159) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการว่า หมายถึง ความพยายามอย่างต่อเนื่องของสมาชิกทุกคนในองค์กรที่จะให้ผู้รับบริการ (คือ ผู้ป่วย) ได้รับสิ่งที่เขาต้องการหรือคาดหวัง

ในปัจจุบันมีการใช้คำว่า คุณภาพการดูแลทางการแพทย์ (Quality of Care) ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทางสุขภาพและโรงพยาบาล แทนคำว่า คุณภาพบริการ (Quality of Service) ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้นิยามของคำว่าคุณภาพการดูแลทางการแพทย์ไว้ดังนี้

โดนาบีเดียน (Donabedian, 1980) ให้ความหมายของการดูแลที่มีคุณภาพสูงว่าเป็นการดูแลที่คาดหวังว่ามีมาตรการที่จะทำให้อำนวยความสะดวก และความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ โดยได้ประเมินอย่างละเอียดถึงผลได้และผลเสียที่จะเกี่ยวข้องตามมาในการดูแล

สมาคมแพทยอเมริกัน (American Medical Association, 1986) นิยามการดูแลรักษาที่มีคุณภาพสูงว่าเป็นการช่วยเหลือที่กระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยอายุยืนยาวขึ้น โดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับทราบข้อมูลต่างๆ การนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐาน และการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ มาเป็นคุณสมบัติที่กำหนด

จากความหมายอันหลากหลายและความซับซ้อนของคำว่าคุณภาพ ทำให้เกิดความสับสนขึ้นแม้ในกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญเอง โดนาบีเดียน ผู้นำด้านทฤษฎีและการจัดการด้านคุณภาพการดูแล ได้ให้คำแนะนำไว้ว่า ความหลากหลายเป็นสิ่งถูกต้อง เนื่องจากว่าคุณภาพการดูแลนั้นขึ้นอยู่กับว่าเรากำลังศึกษาที่จุดไหนตามสภาพความเป็นจริง ระดับความรับผิดชอบที่เรามีอยู่ และมุมมองที่หลากหลายนั้นจะนำไปสู่วิธีการสร้างเกณฑ์การวัดและการจัดการที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม หากจะสรุปนิยามของคุณภาพให้ครอบคลุมเพื่อเป็นหลักสำหรับการทำความเข้าใจ และเพื่อนำมาเป็นกรอบสำหรับการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะในการประเมินคุณภาพ และสร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพนั้น คุณภาพสำหรับบริการทางการแพทย์ อาจมีนิยามดังนี้

คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาดทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นที่พึงพอใจ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า “คุณภาพบริการเป็นคุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาดทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นที่พึงพอใจ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริการที่เห็นว่าสามารถตอบสนองต่อความต้องการ หรือ

ความคาดหวังของผู้รับบริการได้มากขึ้นเพียงใด” ซึ่งเซทามล์และคนอื่นๆ (Zeithaml, et al., 1990 : 18-20) ได้กล่าวว่า คุณภาพบริการจะมีค่าสูงขึ้นหรือต่ำลง ขึ้นอยู่กับว่าผู้รับบริการประเมินการรับรู้บริการที่ได้รับจริง ตรงกับที่คาดหวังหรือไม่ และยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ที่จะทำให้มีความคาดหวังต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ปัจจัยนี้ได้แก่ คำบอกเล่าปากต่อปาก (Word of Mouth Communications) ความต้องการส่วนบุคคล (Personal Needs) ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา (Past Experience) และการสื่อสารสู่ภายนอกจากผู้ให้บริการ (External Communications to Customers)

นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบของคุณภาพที่จะทำให้เกิดคุณภาพบริการในการจัดบริการสุขภาพ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวัง ของผู้รับบริการ หรือลูกค้า ได้มีผู้กล่าวถึงคุณภาพในเชิงองค์ประกอบ มิติ หรือ ระดับคุณภาพไว้ต่างหาก แต่เมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่าในองค์ประกอบของคุณภาพน่าจะมีเพียง 4 องค์ประกอบ (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล อังใน สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 2536: 19-20) ได้แก่

1. การเข้าถึงบริการ หมายถึง การเข้าถึงด้านภูมิศาสตร์ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านภาษาและการจัดองค์กรที่ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย เช่น ระบบนัด เวลาจัดบริการ

2. ลักษณะทางกายภาพที่น่าพอใจ หมายถึง บริการที่ไม่เกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผลทางด้านคลินิก แต่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจยิ่งขึ้น และยินดีที่จะกลับมาใช้บริการครั้งต่อไป เมื่อมีความจำเป็น ลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในบริการที่ได้รับ และมีความเต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการ ลักษณะดังกล่าว ได้แก่ ความสวยงาม ความสะอาดสบาย ความสะอาด ความเป็นส่วนตัว คนตรี การให้ความรู้และการหย่อนใจด้วยวิธีต่างๆ

3. คุณภาพด้านมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นและการที่ทั้งสองฝ่ายจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการให้บริการที่เป็นการแสดงความต้องการของผู้ใช้บริการ และด้านคำแนะนำที่ผู้ให้บริการจะได้ใช้ประโยชน์ ทั้งนี้ โดยอาศัยการให้ความเคารพ การรักษาความลับ ความสุภาพ การฟังและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตอบสนองอย่างเหมาะสมและการแสดงความเห็นอกเห็นใจ นอกจากนี้ คุณภาพด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนั้น ขึ้นอยู่กับพื้นฐานหลายอย่าง เช่น คุณภาพด้านการสื่อสาร ความสามารถของแพทย์ที่จะดำรงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือ และความสามารถของแพทย์ที่จะรักษาผู้ป่วยด้วยความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ความซื่อสัตย์ รู้กาลเทศะ และไวต่อการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย แต่การที่จะได้รับการยอมรับและยืนยันว่าการบริการสุขภาพนั้นมีคุณภาพ จะต้องตอบสนองต่อความคาดหวังและค่านิยมของผู้บริโภคที่มาใช้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยแต่ละคน ความคิดเห็นของบุคคลกลุ่มนี้เกี่ยวกับการบริการ จัดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อคุณภาพ

โดยพื้นฐานแล้วคุณภาพตามความคิดเห็นของผู้ป่วยและแพทย์นั้น ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก เช่น ด้านการปฏิสัมพันธ์ส่วนบุคคล บุคลากรด้านสุขภาพยอมรับว่า คุณภาพการดูแลที่อยู่ในระดับสูงนั้น เกิดจากการทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับหนึ่ง แต่บุคลากรด้านสุขภาพมักจะลืมนึกถึงความคิดเห็นของผู้ป่วย โดยมักคิดและเชื่อกันว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านความรู้ว่า อะไรคือส่วนประกอบของคุณภาพด้านเทคนิคอันเกิดจากความไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร ต้องรักษาอย่างไร ทำให้เกิดความคิดว่า การวัดคุณภาพตามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการนั้นจะวัดให้ถูกต้องน่าเชื่อถือได้อย่างไร

4. คุณภาพด้านเทคนิค หมายถึง การให้บริการทางคลินิกที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็วและปลอดภัย และการที่ผู้ป่วยจะสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองได้ถึงระดับหนึ่ง

คุณภาพด้านเทคนิคนั้นเชื่อกันว่ามี 2 มิติ คือ ความเหมาะสมของบริการที่จัดและความชำนาญที่กระทำการรักษาได้อย่างเหมาะสม คุณภาพด้านเทคนิคที่ดีต้องประกอบไปด้วย “doing the right thing right” (การทำสิ่งที่ถูกต้องด้วยวิธีการและในเวลาที่เหมาะสม) การที่แพทย์จะทำสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมได้นั้น แพทย์จะต้องมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการรักษาผู้ป่วยแต่ละคน (มีคุณภาพในการตัดสินใจ) และการทำสิ่งที่ถูกต้องดังกล่าวขึ้นอยู่กับ ความชำนาญ การใช้อุปกรณ์การแพทย์ และปฏิบัติตามได้เหมาะสมกับเวลา (มีคุณภาพในการปฏิบัติ)

1.2 การกำหนดคุณภาพบริการ

การศึกษาคุณภาพการบริการได้มีการวิจัยทางการตลาดมาแล้วหลายครั้ง โดยเริ่มตั้งแต่ปี 1983 ได้มีการสร้างรูปแบบของคุณภาพบริการ (Service Quality Model) และมิติของคุณภาพบริการ (Dimensions of Service Quality) ซึ่งวัดได้จากการรับรู้ของผู้รับบริการว่าบริการที่ได้รับ เป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่เพียงใด (Parasuraman, et al., 1985: 41-50) และได้มีการวิจัยแล้วนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบของการบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งมีสิ่งบ่งชี้คุณภาพบริการ ดังนี้

1.2.1 มิติของคุณภาพบริการ (Dimensions of Service Quality) โดยการประเมินจากผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์ต่างๆ 10 ด้าน ดังนี้

- 1) **ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangible)** หมายถึง ลักษณะสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ อุปกรณ์เครื่องมือ บุคลากร และวัสดุในการติดต่อสื่อสาร
- 2) **ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ (Reliability)** หมายถึง ความสามารถในการให้บริการตามที่ให้สัญญาไว้และมีความน่าเชื่อถือ

3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความยินดีที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการ และพร้อมที่จะให้บริการได้ในทันที

4) สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence) หมายถึง การมีความรู้และความสามารถ ทักษะในการบริการที่ให้และสามารถแสดงออกมาให้ผู้รับบริการประจักษ์ได้

5) ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy) หมายถึง ความสุภาพอ่อนโยน ให้เกียรติ มีน้ำใจและเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ

6) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความน่าไว้วางใจ เชื่อถือได้ซึ่งเกิดจากความซื่อสัตย์ และความจริงใจของผู้ให้บริการ

7) ความมั่นคงปลอดภัย (Security) หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัย ในชีวิตทรัพย์สิน ชื่อเสียง ปราศจากความรู้สึกเสี่ยงอันตราย และข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งการรักษาความลับของผู้รับบริการ

8) การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมารับบริการ

9) การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง การให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้รับบริการ ใช้สื่อสารด้วยภาษาที่ผู้รับบริการเข้าใจและรับฟังเรื่องราวต่างๆ จากผู้รับบริการ

10) การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding the Customer) หมายถึง การทำความเข้าใจ และรู้จักผู้รับบริการ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการของตนเอง

1.2.2 เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ จากการศึกษาวิจัยที่ได้มีการพัฒนาตลอดของพาราสุรามาน เซทามล์ และเบอร์รี่ พบว่าคุณภาพบริการนั้นขึ้นอยู่กับความแตกต่าง ระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ (Teas, 1993: 18-34) เมื่อผู้รับบริการมารับบริการนั้นจะเปรียบเทียบบริการที่ตนได้รับจริงกับบริการที่คาดหวังไว้ และยังพบมิติในการประเมินคุณภาพบริการจากผู้รับบริการซึ่งมี 10 ด้าน ดังกล่าวมาแล้ว พาราสุรามาน เซทามล์ และเบอร์รี่ ได้นำมิติของคุณภาพบริการทั้ง 10 ด้าน แล้วนำมาสร้างเป็นเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพการบริการที่เรียกว่า “SERVQUAL” (Service Quality) มีการวิเคราะห์ค่าทางสถิติ จนสามารถสรุปรวมมิติสำคัญที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการบริการมีจำนวน 5 ด้านหลักเท่านั้น (Zeithaml, et al., 1990: 25-26)

SERVQUAL เป็นเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพบริการ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย 22 ข้อ เป็นการประเมินความคาดหวังในการบริการของผู้รับบริการ และส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 22 ข้อ เช่นกัน แต่ประเมินจากการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการบริการที่ได้รับจริง โดยเรียกเครื่องมือนี้ว่า “RATER” (Reliability, Assurance, Tangibles, Empathy & Responsiveness)

ซึ่งผู้รับบริการประเมินคุณภาพบริการจากเกณฑ์วัดคุณภาพบริการ 5 ด้าน ดังนี้ (Tenner & DeToro, 1992: 65)

1. *ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)* หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ซึ่งได้แก่ เครื่องมืออุปกรณ์ บุคลากรและการใช้สัญลักษณ์ หรือเอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร ให้ผู้บริการได้สัมผัส และการบริการนั้นมีความเป็นรูปธรรมสามารถรับรู้ได้

2. *ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability)* หมายถึง ความสามารถในการให้บริการนั้นตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งมีความถูกต้อง เหมาะสมและมีความสม่ำเสมอในทุกครั้งของการบริการ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้

3. *การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness)* หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ทันเวลาที่ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน

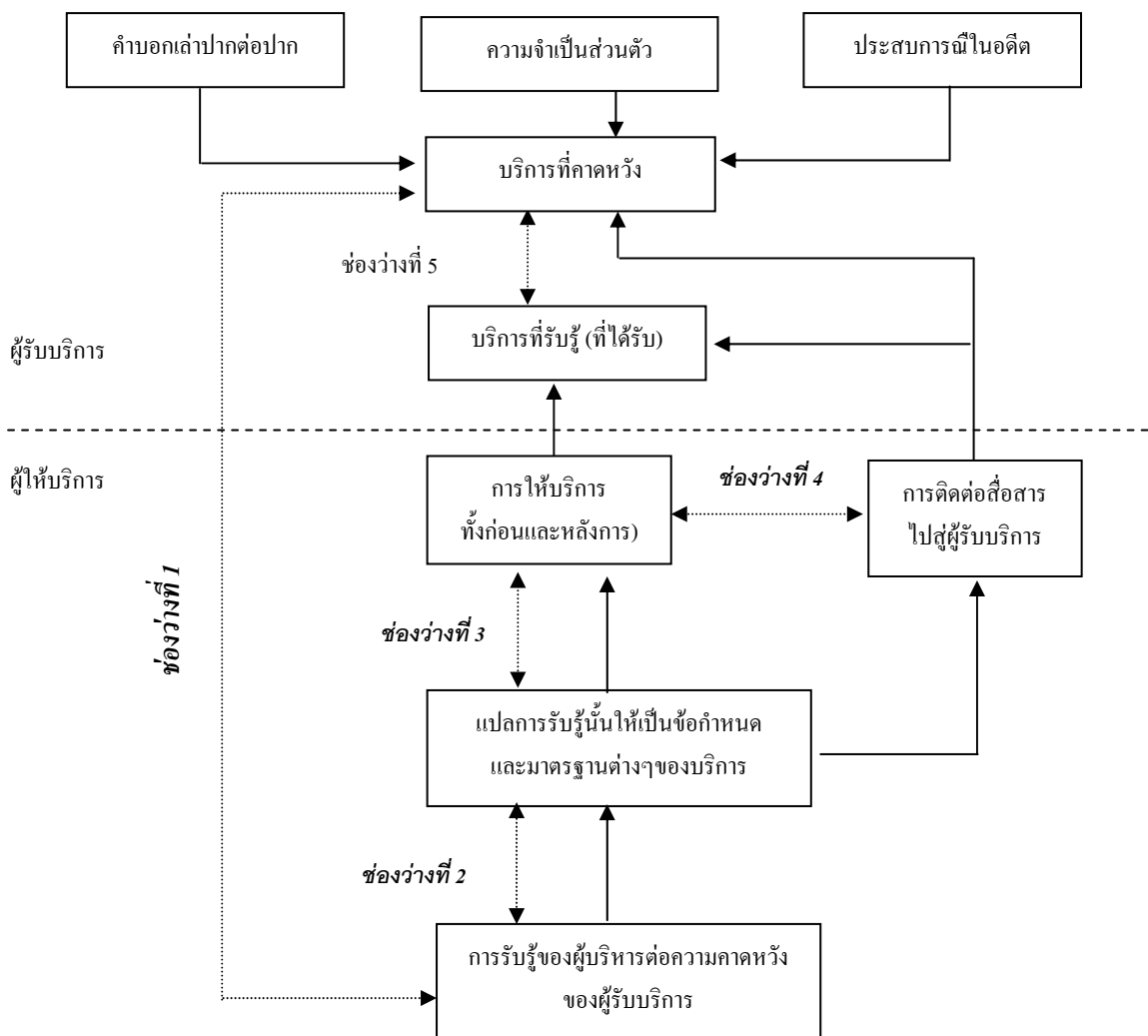
4. *การให้ความมั่นใจแก่ผู้บริการ (Assurance)* หมายถึง ผู้ให้บริการมีทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการ และตอบสนองความต้องการของผู้บริการด้วยความสุภาพ มีกิริยาท่าทางและมารยาทที่ดีในการบริการ สามารถที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจว่าจะได้บริการที่ดีที่สุด

5. *ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy)* หมายถึง ความสามารถในการดูแล ความเอื้ออาทร เอาใจใส่ ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการในแต่ละคน

มิติที่ใช้เป็นเกณฑ์วัดคุณภาพบริการ 5 ด้าน ดังกล่าว ได้มีผู้นำมาใช้ในการวัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาล โดยวัดจากการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งผลที่ได้แปลโดยตรงกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการ นอกจากนี้ แนวคิดที่ว่า ผู้บริโภคควรจะต้องได้รับทราบข้อมูลและมีทางเลือกหนทางอื่นในการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณค่าของสินค้าและบริการได้แพร่หลายไปยังบริการด้านต่างๆรวมถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอีกด้วย (Gerteis, et al., 1993) ทำให้มุมมองของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพเป็นส่วนสำคัญที่ไม่อาจมองข้ามได้อีกต่อไป

1.2.3 ช่องว่างที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

การวิจัยของเซทามล์ พาราสุรามาน และเบอร์รี่ พบว่า สิ่งสำคัญที่จะทำให้การจัดบริการมีคุณภาพสูงก็คือ การจัดบริการให้ผู้รับบริการรับรู้ตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ต้องไม่ให้เกิดช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ และการจัดบริการให้มีคุณภาพนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับกระบวนการซึ่งมีขั้นตอนต่างๆที่สัมพันธ์กัน การเกิดช่องว่าง (Gap) ระหว่างขั้นตอนต่างๆที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการนั้น ประกอบด้วยช่องว่างระหว่างขั้นตอน 5 ช่อง (Zeithaml, et al., 1990: 46) ดังภาพ



————— หมายถึง มีผลต่อ

----- หมายถึง การเกิดช่องว่าง

ภาพที่ 2.1 รูปแบบการกำหนดคุณภาพบริการของเซทามล์ พาราสุรามานและเบอร์รี่

ที่มา : Zeithaml, V.A. (1990) *Delivering Quality Service: Balancing customer perceptions and*

Expectations. New York : The Free Press

ช่องว่างที่ 1 เป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้มารับบริการ (Customers' Expectation) และการรับรู้ถึงความคาดหวังนั้นของผู้บริหาร (Managements' Perception)

โดยทั่วไปผู้บริหารอาจไม่ทราบหรือรับรู้ถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการได้ทั้งหมด หรืออาจจะยึดถือเอาความเข้าใจของตนเองเป็นสำคัญ จึงทำให้การให้บริการคลาดเคลื่อนไปจากความต้องการที่แท้จริงของผู้มารับบริการ เช่น ผู้บริหารอาจเข้าใจไม่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ จึงใช้เงินจำนวนมากจัดอาคาร สถานที่ ให้สวยงามหรูหรา แต่ผู้รับบริการต้องการเพียงความสะดวกสบาย และบริการที่รวดเร็ว เนื่องจากผู้บริหารไม่เข้าใจว่าผู้รับบริการต้องการอะไร และไม่ทราบข้อมูลที่แท้จริงจากผู้รับบริการ ซึ่งในช่องว่างที่ 1 นี้ จะมีผลถึงช่องว่างที่ 2, 3, 4 โดยจะทำให้การจัดบริการที่ให้นั้นผู้รับบริการสามารถรับรู้ได้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ

ช่องว่างที่ 2 เป็นช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้บริหาร เรื่องความคาดหวังของผู้รับบริการ (Managements' Perception of Customers' Expectation) และการกำหนดลักษณะของคุณภาพบริการ (Service Quality Specification)

แม้ว่าผู้บริหารรับรู้ความคาดหวังของผู้รับบริการ และทราบถึงความสำคัญแต่ไม่ได้นำมากำหนดเป้าหมายหรือมาตรฐานของการให้บริการ ผู้บริหารอาจจะไม่ได้เอาใจใส่อย่างจริงจังถึงความคาดหวังของผู้รับบริการ แล้วนำมากำหนดลักษณะของบริการให้ได้คุณภาพ หรือกำหนดไว้ตามความเห็นของตนเท่านั้นด้วยข้อจำกัดต่างๆ เช่น ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการจัดบริการให้มีคุณภาพสูง แต่ไม่ได้มีการฝึกอบรมบุคลากร และมีการปรับปรุงบริการตามความต้องการของผู้รับบริการ

ช่องว่างที่ 3 เป็นช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพของบริการที่กำหนดไว้ (Service Quality Specification) และบริการที่ให้ (Service Delivery)

ผู้บริหารได้มีการกำหนดลักษณะของคุณภาพบริการไว้อย่างชัดเจนแล้ว แต่ยังมีปัจจัยอื่นๆอีกที่มีผลทำให้การบริการที่จัดให้ไม่เป็นไปตามที่ได้วางข้อกำหนดไว้ จึงทำให้บริการไม่มีคุณภาพ เช่น บุคลากรขาดความสามารถ การจูงใจในการทำงานไม่เพียงพอ มีงบประมาณจำกัดหรือน้อยเกินไป อุปกรณ์ต่างๆและเครื่องมือสื่อสาร ขาดความพร้อมและความร่วมมือภายในองค์กร ซึ่งมีผลต่อการจัดบริการให้เป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่ผู้รับบริการหวังไว้

ช่องว่างที่ 4 เป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ให้จริง (Service Delivery) และการสื่อสารให้ผู้รับบริการทราบ (External Communication)

การสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ให้ผู้มารับบริการได้รับรู้ หรือรับทราบถึงบริการที่ให้นั้น มีผลต่อบริการที่จะรับรู้เมื่อได้รับบริการ ซึ่งบริการที่ผู้ให้บริการตั้งใจให้นั้น

อาจต่างจากบริการที่ผู้รับบริการคิดว่าตนได้รับ เนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ถ้าผู้ให้บริการ
ประชาสัมพันธ์ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการตามที่ได้กำหนดเป้าหมายของคุณภาพไว้
ล่วงหน้า หรือเกินความเป็นจริง อาจมีผลทำให้ความคาดหวังของผู้รับบริการคลาดเคลื่อนไป
จากบริการที่ได้รับจริง ผู้รับบริการจะรู้สึกผิดหวัง และประเมินว่าบริการที่ได้รับนั้นด้อยคุณภาพ

การเกิดปัญหาจากช่องว่างทั้ง 4 นั้น เกิดขึ้นจากผู้ให้บริการซึ่งมีผลต่อคุณภาพ
บริการที่ผู้รับบริการรับรู้ ซึ่งสาเหตุมาจากแนวโน้มทางการตลาด การขาดการติดต่อสื่อสารจาก
ผู้ให้บริการถึงผู้บริหารระดับสูง การมีระดับชั้นของการบังคับบัญชามากเกินไป ความยึดมั่นผูกพัน
ต่อองค์กร การกำหนดเป้าหมาย การกำหนดมาตรฐานของงาน การรับรู้ต่อความเป็นไปได้
การทำงานเป็นทีม การจัดคนให้เหมาะกับงาน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ระบบการนิเทศควบคุมงาน
ความขัดแย้งในบทบาท ความไม่ชัดเจนในบทบาท การติดต่อสื่อสารแนวราบ และการให้สัญญาที่
เกินความเป็นจริง (Zeithamal, et al. 1988: 35-48)

ช่องว่างที่ 5 เป็นช่องว่างระหว่างที่ผู้รับบริการรับรู้ (Perceived Service)
และบริการที่ผู้รับบริการคาดหวังไว้ (Expected Service)

บริการที่ผู้รับบริการรับรู้เป็นผลจากบริการที่ให้ และการสื่อสารของผู้
ให้บริการที่ให้ผู้รับบริการรับทราบ และความคาดหวังของผู้รับบริการนั้น ก็เป็นผลจากคำบอกเล่า
ของผู้อื่น ความต้องการของตนเอง และประสบการณ์ในอดีต ซึ่งคุณภาพบริการนั้นจะขึ้นอยู่กับ
ช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ถ้าหากบริการที่ให้นั้นผู้รับบริการได้
รับรู้ที่ดีกว่า หรือ เท่ากับที่คาดหวังไว้ ก็จะจัดว่ามีคุณภาพ แต่หากบริการที่รับรู้ด้อยกว่าที่คาดไว้
ผู้รับบริการก็จะถูกประเมินว่าบริการไม่ดีหรือไม่มีคุณภาพ การเกิดปัญหาของช่องว่างนี้ เกิดจาก
การที่ผู้รับบริการมีเกณฑ์ในการวัดคุณภาพบริการต่างจากผู้ให้บริการ ซึ่งเกณฑ์เหล่านั้น
ประกอบด้วย ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อ
ผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการซึ่ง จี
รูตัน ศรีรัตนบัลล์ (2538: 177-178) ได้กล่าวไว้ว่า การประเมินคุณภาพบริการทางการแพทย์นั้น
ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการจะเป็นผู้กำหนดและตัดสินคุณภาพของบริการ โดยความหมายของคุณภาพ
บริการของผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ หมายถึง คุณลักษณะที่เป็นคุณสมบัติอันเนื่องมาจาก
การปฏิบัติของแพทย์ต่อผู้ป่วยโดยเน้นคุณภาพที่เป็นความเป็นเลิศด้านเทคนิค (Technical Quality)
และคุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ (Interpersonal หรือ Functional Quality)
(Palmer, et al., 1991)

ซึ่งในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เลือกช่องว่างที่ 5 ซึ่งเป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ผู้
ให้บริการคาดหวังไว้ กับบริการที่รับรู้มาศึกษา เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบริการ

ของโรงพยาบาลในงานผู้ป่วยนอก โดยมีเกณฑ์ 5 ด้าน ดังที่กล่าวมาแล้ว และใช้ SERVQUAL เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

นันทวัน เหลี่ยมปรีชา (2538: 27) ได้กล่าวถึงการบริการที่ด้อยคุณภาพว่า เกิดจากช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการกับบริการที่ได้รับจริง ช่องว่างต่างๆมีดังนี้

1. ไม่รู้ว่าผู้รับบริการคาดหวังอะไร ช่องว่างนี้เกิดจากผู้บริหารไม่เข้าใจในความต้องการของผู้รับบริการ ผู้บริหารไม่รู้ว่าลักษณะของบริการแบบไหน ที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพที่ดีของบริการนั้นๆ ลักษณะของบริการและระดับความสามารถของผู้ให้บริการแบบไหนที่เป็นที่ต้องการของผู้ใช้บริการ ข้อบกพร่องนี้เกิดจากการไม่ได้เรียนรู้ถึงปัญหาที่แท้จริง การขัดข้องในการสื่อสารจากระดับล่างสู่ระดับสูงหรือขนาดขององค์กรนั้นมีความซับซ้อนมากไป

2. มาตรฐานในคุณภาพการบริการของผู้บริหารและผู้ให้บริการไม่ตรงกัน ช่องว่างนี้เกิดจากสิ่งที่ผู้บริหารคิดว่าผู้รับบริการต้องการอะไร แล้วนำเสนอสิ่งนั้นแก่ผู้รับบริการ แต่บางครั้งอาจจะไม่ตรงกับที่ผู้รับบริการต้องการจริงๆ ทำให้เกิดการตั้งมาตรฐานที่ผิดๆ ปัญหานี้ อาจเกิดจากการตั้งงบประมาณที่ไม่เพียงพอ สำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้รับบริการหรือความไม่เอาใจใส่ของผู้บริหาร

3. การให้บริการไม่ตรงกับมาตรฐานที่ตั้งไว้ ช่องว่างนี้เกิดจากความแตกต่างระหว่างระดับมาตรฐานที่ตั้งไว้ กับระดับของการให้บริการจริงๆ โดยอาจเกิดจากผู้ให้บริการปฏิบัติงานต่อลูกค้าไม่ตรงกับมาตรฐานที่ผู้บริหารกำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ให้บริการไม่มีความสามารถหรือไม่พร้อมที่จะให้บริการที่ดี

4. ไม่ทำตามมาตรฐานที่สัญญาไว้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ช่องว่างนี้เป็นผลเนื่องมาจากการให้ข่าวสารอย่างไม่รอบคอบผ่านทางสื่อต่างๆ เช่น การประชาสัมพันธ์หรือการโฆษณา รวมทั้งการสังเกต ทำให้ระดับความคาดหวังของผู้รับบริการสูงกว่าความสามารถที่เป็นจริงของผู้ให้บริการ ผลที่ตามมา คือ ผู้รับบริการจะไม่เกิดความพึงพอใจอย่างแน่นอน

2. ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

ในที่นี้จะกล่าวถึง มิติของความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ได้แก่ ความหมายของความคาดหวัง ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ

2.1 ความหมายของความคาดหวัง ได้มีผู้กล่าวถึงในวรรณคดีที่ต่างกันไป ดังนี้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's Dictionary, 1988: 478) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า หมายถึงการคาดการณ์อนาคตที่ดีโดยที่ความคาดหวังนั้น อาจเป็นการคาดการณ์ในอนาคตในสิ่งที่ดีหรือไม่ดีก็ได้

เคลย์ (Clay, 1988: 252) ได้กล่าวถึงความคาดหวังต่อการกระทำหรือสถานการณ์ว่าเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอนาคตที่ดี หรือเป็นความมุ่งหวังที่ดึงมาเป็นระดับหรือค่าความน่าจะเป็นของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มุ่งหวังไว้

พจนานุกรมของอ็อกฟอร์ด (Oxford Dictionary, 1989: 281) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า เป็นสภาวะทางจิต ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิด หรือเป็นความคิดเห็นอย่างมีวิจรรย์ญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่าควรมี หรือควรจะเป็นหรือควรเกิดขึ้น

ไพโรพนา ศรีเสน (2544:14) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความคิด ความรู้สึก อย่างมีวิจรรย์ญาณ ของบุคคลที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่า ควรมี ควรจะเป็น หรือควรเกิดขึ้นในอนาคต ตามความจำเป็นและความเหมาะสมของสถานการณ์ ซึ่งการคาดการณ์นี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล

2.2 ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความคาดหวัง ซึ่งเกิดจากผู้รับบริการเองนั้นมี 3 องค์ประกอบคือ คำบอกเล่าปากต่อปาก (Word of Mouth Communication) ความต้องการส่วนบุคคล (Personal Need) และประสบการณ์ในอดีต (Past Experience) และอีกองค์ประกอบหนึ่งเกิดจากผู้ให้บริการ ซึ่งเกิดจากการสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ไปสู่ผู้รับบริการ (External Communications to Customer) องค์ประกอบเหล่านี้มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับ (Zeithamal, et al., 1990: 20)

ความคาดหวังของผู้รับบริการนี้แบ่งได้เป็น 2 ระดับ ซึ่งแตกต่างกัน ระหว่างระดับบริการที่ปรารถนา และระดับบริการที่เคยได้รับ ในระดับแรก เกิดจากผู้รับบริการหวังว่า ควรได้รับหรือควรจะเป็น ส่วนระดับที่สอง ผู้รับบริการได้รับบริการเหมือนที่ผ่านมาในครั้งก่อนๆ ก็จะยอมรับในบริการนี้ได้ (Berry and Parasuraman, 1991: 58-59) ซึ่งในสถานบริการสุขภาพหรือในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังต่อบริการที่ได้รับ โดยแปรตามทัศนคติ ประสบการณ์ที่เคยรับบริการ การได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารจากผู้ให้บริการ และลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล แล้วนำมาคาดการณ์ว่าจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลตามความคาดหวังไว้ในเรื่องรักษาพยาบาล พฤติกรรมการให้บริการ และกระบวนการบริการ อาจคลาดเคลื่อนไปจากมาตรฐานของการรักษาพยาบาลที่กำหนดไว้ มีผลทำให้เกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ (Oberst, 1984: 2347)

โอลิเวอร์ (Oliver, 1980: 460-469) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพบริการโดยการเปรียบเทียบบริการที่ได้รับจากประสบการณ์เดิมกับบริการที่คาดหวัง ถ้าเท่ากับหรือสูงกว่าความคาดหวังก็จะมีความรู้สึกในทางบวก ทำให้เกิดความพึงพอใจและประเมินว่าบริการนั้นมีคุณภาพ แต่ถ้าบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวังก็จะมีความรู้สึกในทางลบ ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจและก็จะประเมินว่าบริการนั้นไม่มีคุณภาพ

จอห์นสันและลิธ (Johnson & Lyth cited in Brown, et al., 1991: 181-182) ได้กล่าวไว้ว่า ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับว่าควรเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่งความคาดหวังนี้เกิดจากประสบการณ์การได้รับบริการที่ผ่านมา ประสบการณ์อื่นๆ และการบริหารทางการตลาดของบริการนั้น ซึ่งในการตลาดของบริการต้องมีการสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบถึงบริการที่เป็นจริง ถ้าเกินความเป็นจริงจากบริการที่ได้รับผู้รับบริการก็จะรู้สึกผิดหวัง แต่ถ้าน้อยกว่าความเป็นจริงก็ยากที่จะดึงดูดใจให้มีผู้มารับบริการ ผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพของบริการตามความพึงพอใจที่มีต่อบริการที่ได้รับ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ : ค่อนข้างคุณภาพ

ระดับที่ 2 ผู้รับบริการพึงพอใจ : มีคุณภาพ

ระดับที่ 3 ผู้รับบริการประทับใจ : คุณภาพสูง

ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยรอแพทย์ตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกนานถึง 24 นาที โดยที่คาดว่าจะรอเพียง 10 นาที เขาก็จะเกิดความไม่พึงพอใจ แต่ถ้ารอไม่ถึง 10 นาที เขาจะเกิดความประทับใจในบริการ

เทนเนอร์และดีโทโร (Tenner & DeToro, 1992: 68-70) ได้กล่าวว่า ผู้รับบริการมีความต้องการที่ให้ความคาดหวังของตนเองบรรลุผลอย่างครบถ้วนและมีแนวโน้มที่จะยอมรับบริการนั้นได้ โดยการเปรียบเทียบประสบการณ์จริงที่เคยได้รับกับบริการจริงก่อนที่จะชำระค่าบริการ การตัดสินใจว่าบริการใดไม่เป็นที่พึงพอใจก็คือ ความคาดหวังนั้นไม่ได้รับการตอบสนองนั่นเอง ผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจก็ต่อเมื่อได้รับการตอบสนองและมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ให้บริการสามารถตอบสนองความคาดหวังได้มากที่สุด ดังนั้น ในหน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จในการบริการจะต้องเป็นหน่วยงานที่สามารถทำนายลักษณะความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วนทุกครั้ง โดยมีปัจจัยที่กำหนดความคาดหวังของผู้รับบริการ

ดังนี้

1. ลักษณะบริการที่ผู้รับบริการต้องการ

2. ระดับของการปฏิบัติงานที่ผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจ
3. ความสัมพันธ์ของลักษณะงานบริการที่สำคัญ
4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อผลการปฏิบัติงานในปัจจุบัน

นอกจากนี้แล้ว เทนเนอร์และดีโทโร ยังกล่าวว่า ความคาดหวังของลูกค้าที่มีต่อผลิตภัณฑ์สินค้า หรือ บริการมี 3 ระดับ คือ

1. ความคาดหวังขั้นพื้นฐานระดับต่ำสุด ที่แสดงถึงลักษณะของบริการที่ได้รับอยู่เสมอ และถ้าไม่ได้รับก็จะเกิดความไม่พอใจ
2. ความคาดหวังที่เหนือขึ้นมา ซึ่งแสดงถึงลักษณะเฉพาะและความต้องการของผู้รับบริการที่จะเลือกรับบริการได้
3. ความคาดหวังที่อยู่ในระดับสูงสุด ซึ่งมีค่ามากกว่าลักษณะเฉพาะและเป็นจุดเด่นของบริการที่ผู้รับบริการไม่ได้คาดหวัง ผู้รับบริการจะเกิดความประทับใจ

โพล์คส (Folks, cited in Rust & Oliver, Eds., 1994: 108-110) ได้กล่าวว่า ผู้รับบริการประเมินคุณภาพบริการจากความพึงพอใจที่มีต่อบริการ โดยประเมินจากความคาดหวังที่คาดการณ์ไว้กับบริการที่ได้รับ ถ้ามีความแตกต่างกันก็จะไม่พึงพอใจ และประเมินว่าบริการนั้นคือคุณภาพ ความคาดหวังของผู้รับบริการนั้นได้ผ่านการคิดอย่างมีวิจารณญาณแล้ว โดยการพิจารณาจากประสบการณ์การรับรู้ของตนเองในบริการที่ได้รับครั้งก่อน และการได้รับข่าวสาร เช่น จากหนังสือพิมพ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ถึงแม้ว่าบริการนั้นจะดีเพียงใด เมื่อได้รับข่าวสารที่ไม่ตรงกันบ่อยครั้งผู้รับบริการจะเกิดอคติต่อบริการนั้นได้

สเตมาติส (Stamatis, 1996: 159-160) ได้กล่าวว่า บริการที่จะทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ต้องตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการต้องทราบถึงระดับความคาดหวังที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจด้วย และระดับความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพมี 3 ระดับ ดังนี้

1. ความคาดหวังระดับปกติธรรมดาที่เป็นไปตามข้อกำหนด หรือตามที่สันนิษฐานไว้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องได้รับเลือด ต้องได้รับเลือดที่ถูกต้อง
2. ความคาดหวังที่มากกว่าระดับที่ 1 คือ บริการนั้นมากกว่าความต้องการ และลักษณะเฉพาะของบริการ มีผลทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ เช่น ผู้ป่วยคาดว่าหลังผ่าตัดต้องปวดแผลแต่ไม่ปวดและยังได้รับใบแจ้งคำรักษาที่ถูกต้อง
3. เป็นความคาดหวังที่มากกว่า 1 และ 2 ถ้าบริการนั้นทำให้เกิดความพึงพอใจมาก หรือ ประทับใจ แสดงว่าบริการนั้นดี และดึงดูดใจให้กลับไปใช้บริการนั้นอีก เช่น ผู้ป่วย

ได้รับการดูแลรักษาอย่างดีจากทุกคนที่เกี่ยวข้องจนกลับบ้าน และต้องประหลาดใจที่ในวันต่อมาบุคคลเหล่านั้นไปเยี่ยมเขาถึงบ้าน

ความคาดหวังของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยนั้น อูมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2534: 15-16) ได้กล่าวว่า ประชาชนทั่วไปถือว่าบริการด้านสุขภาพเป็นสิทธิเบื้องต้นที่ควรได้รับ โดยให้ความคาดหวังดังต่อไปนี้

1. ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือในฐานะเป็นบุคคลหนึ่ง มากกว่าการเป็นโรคหนึ่ง หรือกลุ่มอาการหนึ่ง
2. ได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อการดูแลรักษาตนเอง
3. ได้รับความสุขสบายตามสภาพการณ์วิทยาศาสตร์แผนใหม่ที่เอื้ออำนวยในสถานการณ์ขณะนั้น
4. ได้รับการยอมรับในสภาพที่ต้องได้รับการช่วยเหลือพึ่งพา
5. ได้รับความช่วยเหลือให้เข้าใจในสภาพการเจ็บป่วยในขณะนั้น และการดูแลรักษาที่ตนพึงได้รับ
6. ได้รับการยอมรับในวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนาตน
7. อาการที่ทรุดลงหรือการตายควรเป็นวิธีที่ตนตัดสินใจเลือกเอง
8. ได้รับการดูแลที่ดีเท่ากัน ตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

นอกจากนี้แล้ว ประชาชนยังคาดหวังเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

1. บริการด้านสุขภาพอนามัยที่จัดเตรียมไว้ พร้อมทั้งจะให้บริการประชาชนอย่างสม่ำเสมอ และตลอดเวลา
2. เป็นลักษณะบริการเฉพาะบุคคล ตามสถานภาพความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นๆ มากกว่าจะเป็นบริการในลักษณะงานประจำ
3. เป็นบริการที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ตามค่านิยม และความเชื่อของสังคมนั้นๆ ด้วย
4. เข้ารับบริการได้โดยง่ายไม่ว่าเป็นสถานที่ การกำหนดตารางเวลาทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน
5. มีการประสานงานที่ดี ทางการส่งข่าวสารข้อมูล ทางการรักษาพยาบาล ไม่ควรมีการขาดตกบกพร่อง แยกแยกหรือซ้ำซ้อน

6. เป็นบริการที่มีความสมบูรณ์แบบ ผู้รับบริการได้รับครบถ้วนทั้งด้านการดูแลรักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ คงไว้ซึ่งการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537: 172-173) กล่าวว่า คุณภาพบริการทางการแพทย์ เป็นผลจากการเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ถ้าบริการหนึ่งๆ สามารถตอบสนองความต้องการความต้องการความคาดหวังของผู้รับบริการได้ ก็จะกล่าวว่าบริการนั้นมีคุณภาพ บริการนี้เป็นบริการที่เกี่ยวข้อง (Peripheral services) โดยผู้บริการสามารถให้ร่วมกับบริการหลักที่ต้องการจริง ๆ (Core services) ซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมคุณภาพของบริการ โดยแบ่งเป็น

1. บริการที่คาดหวังว่าจะได้รับ (Expected services) หมายถึง บริการข้างเคียงที่เกี่ยวข้องเนื่องหลาย ๆ อย่างกับบริการที่ผู้ได้รับคาดหวังล่วงหน้าว่าจะได้รับบริการ เช่น นอกเหนือจากการรักษาที่ต้องการ ผู้ป่วยคาดว่าจะได้รับจากผู้บริการที่สะดวกรวดเร็ว ได้รับความรู้และความคิดเห็นออกเห็นใจด้วย เป็นต้น ความต้องการของกลุ่มนี้จะเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ บุคคล เวลาและสถานที่ เช่น ในกรณีผู้ป่วยคนเดียวกันเมื่อตัดสินใจไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐจะมีความคาดหวังไม่เหมือน โรงพยาบาลเอกชน การได้รับบริการตามที่คาดหวังไว้จะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ (Satisfaction) และประเมินว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพ หากไม่ได้รับบริการตามที่คาดหวัง บริการคุณภาพด้อยลง

2. บริการอยู่นอกเหนือความคาดหมาย (Augmented services) หมายถึง ผู้ที่มารับบริการอยากจะได้รับแต่ไม่ได้คาดหวังว่าจะได้รับจากผู้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลของรัฐอาจคาดว่าต้องนั่งรอเป็นเวลานาน แต่กลับได้รับบริการที่รวดเร็วมก เป็นต้น การได้รับบริการเช่นนี้จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความปิติยินดีและอิมอกอิมใจ (Delight) อันเป็นความรู้สึกที่ยิ่งกว่าความพึงพอใจ ส่งผลให้ประเมินว่าบริการที่ได้รับมีคุณภาพเยี่ยม อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้มารับบริการจะไม่ได้รับบริการประเภทนี้ก็ได้เกิดความไม่พึงพอใจแต่อย่างใด

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในการประเมินคุณภาพการบริการสุขภาพจากมุมมองผู้รับบริการนั้นผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพบริการ โดยการเปรียบเทียบความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับ หากบริการที่ได้รับสามารถตอบสนองต่อความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการได้จะถือว่าบริการนั้นเป็นบริการที่มีคุณภาพ

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ

งานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งสรุปไว้ ดังนี้

2.3.1 ลักษณะของผู้รับบริการ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับ

บริการได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุจูงใจที่มารับบริการ และ สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล

1) *เพศ* เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความคาดหวังของบุคคล ทำให้มีความคาดหวังที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาของ ไพรพนา ศรีเสน (2544) พบว่า ผู้รับบริการที่มีเพศต่างกัน มีระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอกแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี กุหาทอง (2533) ที่พบว่าเพศชายได้อาศัยประสบการณ์คาดหวังบทบาทของผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุขได้ในระดับสูงกว่าเพศหญิง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ที่พบว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่ได้แตกต่างตามเพศของผู้รับบริการ

ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจนำเพศมาเป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัยว่า เพศที่แตกต่างกันจะมีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ หรือไม่ อย่างไร

2) *อายุ* เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความคาดหวังของบุคคล ทำให้มีความคาดหวังที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งจากการศึกษาของ สุพล เสือว่อง (2535) พบว่า นักศึกษาที่มีอายุต่างกันมีความคาดหวังในคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน และ ชัยฉกร พรภาณุวิชญ์ (2540) ที่ศึกษาพบว่าเพศชายมีความคาดหวังต่อบทบาทการจัดการทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่นของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมากกว่าเพศหญิง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ที่พบว่า อายุที่แตกต่างกันของผู้รับบริการไม่ทำให้ความคาดหวังแตกต่างกัน

ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจนำอายุมาเป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัยว่า อายุที่แตกต่างกันจะมีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ หรือไม่ อย่างไร

3) *สถานภาพสมรส* เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความคาดหวังของบุคคล จากการศึกษาของ สุพล เสือว่อง (2535) พบว่า นักศึกษาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความคาดหวังต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยและการวางแผนครอบครัวที่ต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรพนา ศรีเสน (2544) ที่พบว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันทำให้ระดับของความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอก แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ที่พบว่า สถานภาพสมรสที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอก

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำสถานภาพสมรสมาเป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัยว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันจะมีผลต่อ ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการบริการหรือไม่ อย่างไร

4) *ระดับการศึกษา* เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความคาดหวังของบุคคล ทำให้มีความคาดหวังแตกต่างกันออกไป จากการศึกษาของ ชิชนุกร พรภาณุวิชญ์ (2540) พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความคาดหวังต่อบทบาทการจัดการทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่น มากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา และการศึกษาของทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ที่พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรพนา ศรีเสน (2544) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของผู้รับบริการที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อระดับความคาดหวังต่อระดับคุณภาพบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำปัจจัยทางด้านการศึกษามาเป็นตัวแปรว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะมีผลต่อ ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ หรือไม่ อย่างไร

5) *รายได้ต่อเดือน* เป็นตัวบ่งบอกถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจของบุคคล ที่มีผลต่อความคาดหวัง ทำให้ความคาดหวังของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันออกไป จากการศึกษาของ ชิชนุกร พรภาณุวิชญ์ (2540) พบว่า ประชาชนที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน มีความคาดหวังต่อบทบาทการจัดการทรัพยากรธรรมชาติของท้องถิ่นของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมากกว่าประชาชนกลุ่มอื่นๆ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรพนา ศรีเสน (2544) ที่พบว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกันมีผลให้ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอกแตกต่างกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำรายได้ต่อเดือนมาเป็นตัวแปรว่ารายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันจะมีผลต่อ ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ หรือไม่ อย่างไร

6) *จำนวนครั้งที่มารับบริการ* เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ได้รับบริการที่ผ่านมา ซึ่งมีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ตามแนวคิดของจอห์นสันและลิธ (Johnson & Lyth cited in Brown, et al., Eds. 1991: 181-182) และ โฟล์คส์ (Folkes, cited in Rust & Oliver, Eds., 1994: 108-110) ที่กล่าวว่า ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับเกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับบริการที่ผ่านมา ถ้าผู้รับบริการพึงพอใจก็จะมาใช้บริการอีกซึ่ง นันทวัน เหลี่ยมปรีชา (2538: 25) ได้กล่าวว่า ผู้ให้บริการแต่ละคนมีแบบและวิธีการที่แตกต่างกันแม้ว่าจะเป็นบริการจากคนๆ เดียวกัน แต่ถ้าต่างวาระกันก็จะให้บริการไม่เหมือนกัน ถ้าผลของบริการออกมาไม่ดีผู้รับบริการก็จะไม่พึงพอใจและไม่กลับมาใช้บริการอีก ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรพนา ศรีเสน (2544) ที่พบว่า จำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้รับบริการต่อเดือนของผู้รับบริการที่ต่างกัน มีผลทำให้ระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอกแตกต่างกัน แต่จากการศึกษาของ สม

พร ตั้งสะสม (2536) พบว่า ประสบการณ์ที่เคยใช้บริการจากสถานพยาบาลอื่นๆ ไม่มี ความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำจำนวนครั้งที่มารับบริการมาเป็นตัวแปรว่าจำนวนครั้งที่มารับบริการที่แตกต่างกันจะมีผลต่อ ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการ บริการ หรือไม่ อย่างไร

7) *เหตุจูงใจในการมารับบริการ* เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีผลต่อความคาดหวังของ บุคคล ทำให้ความคาดหวังแตกต่างกันออกไป ตามแนวความคิดของ เซทามล์และคนอื่นๆ (Zeithaml, et al., 1990: 19) ที่กล่าวว่า สิ่งที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับ นั้น เกิดจากคำบอกเล่าปากต่อปาก ความต้องการส่วนบุคคล ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาของ ผู้รับบริการ และการสื่อสารหรือประชาสัมพันธ์จากผู้ให้บริการสู่ผู้รับบริการให้ได้รับทราบ และ โฟล์คส์ (Folks, cited in Rust & Oliver, Eds., 1994: 108-110) ได้กล่าวว่า ความคาดหวังของ ผู้รับบริการนั้นได้ผ่านการคิดอย่างมีวิจารณญาณแล้ว โดยการพิจารณาจากประสบการณ์การรับรู้ ของตนเองในบริการที่ได้รับครั้งก่อนและการได้รับข่าวสาร ทำให้ผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อ บริการแตกต่างกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำเหตุจูงใจในการมารับบริการมาเป็นตัวแปรว่าเหตุจูง ใจในการมารับบริการที่แตกต่างกันจะมีผลต่อ ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการ บริการ หรือไม่ อย่างไร

8) *สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล* เป็นบริการด้านการเงินเพื่อใช้จ่ายใน การรักษาสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่สามารถคาดหมายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด การประกันสุขภาพหรือสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล เป็นการโอนอำนาจการซื้อจากเวลาที่มี สุขภาพดีไปสู่เวลาที่มีความเจ็บป่วย โดยการจัดเตรียมเงินไว้ส่วนหนึ่งสำหรับแต่ละบุคคลหรือ ครอบครัว เพื่อให้มีเงินที่พอเพียงสำหรับจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นผลให้อุปสงค์สำหรับบริการ ทางการแพทย์ทั้งหมดเพิ่มขึ้น และทำให้ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น จากผู้ไม่มี ค่ารักษาพยาบาล เป็นผู้ที่มีความสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการยกระดับฐานะของ ผู้บริโภคให้สูงขึ้น จึงเท่ากับเป็นการลดอุปสรรคในการรักษาพยาบาลในยามเจ็บไข้ (ประภัสสร เลียวไพโรจน์ 2533) ซึ่งผู้มารับบริการแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของการมีสิทธิ คุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล เช่น สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท สิทธิประกันสังคม สิทธิ สวัสดิการข้าราชการและครอบครัว พ.ร.บ. คุ้มครองบุคคลที่ 3 หรือ ประกันชีวิต ซึ่งแต่ละ ประเภทผู้ใช้สิทธิ มีการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อความคาดหวังต่อบริการที่ได้รับต่างกัน

ออกไป ดังนั้น ผู้รับบริการที่มีลักษณะของการใช้สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน น่าจะมีความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการที่แตกต่างกันไป

2.3.2 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ เนื่องจาก การสื่อสารหรือประชาสัมพันธ์ จากผู้ให้บริการสู่ผู้รับบริการ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้เกิดความคาดหวัง ดังนั้น ผู้รับบริการที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ต่างกัน น่าจะทำให้เกิดความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่แตกต่างกันด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำเอาการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาศึกษาว่า ผู้รับบริการที่มีความแตกต่างกันของการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. การรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

ในที่นี้จะกล่าวถึง มิติของการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ได้แก่ ความหมายของการรับรู้ การรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการ

3.1 ความหมายของการรับรู้ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายทฤษฎี ดังนี้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's Dictionary, 1988) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า การรับรู้ หมายถึงการแสดงออกถึง ความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจ

มิเชล (Mischal, W.& Mischal, H.N., 1980) อ้างถึงใน เกษราวัลณ์ นิลวางกุล และคณะ (2542) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการสัมผัสด้วยความตั้งใจและนำไปสู่การแสดงออกตามประสบการณ์ที่เคยได้รับ

ประเทือง สุขสุวรรณ (2534) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความสามารถในเรื่องต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคลอันเนื่องมาจากการตีความหมายหรือแปลความอาการสัมผัส (Sensation) ของร่างกายกับสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดลอมโดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

กรรณิการ์ สุวรรณโคตร (2536) ได้กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้เลือกและแปลความหมายของสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้นประสาทสัมผัส และพาดพิงข้อมูลนี้ไปสู่การกระทำที่มีความหมาย

กัณยา สุวรรณแสง (2536) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้ หมายถึง การใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสามสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึกหรือรู้ความหมายว่าเป็นอะไร

เกษราวัลณ์ นิลวรานกุล และคณะ (2542) สรุปไว้ว่าการรับรู้ หมายถึง กระบวนการทำงานของสมองซึ่งแปลผลมาจากการสัมผัสต่อสิ่งเร้าแล้วมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าขึ้น โดยที่บุคคลจะอาศัยความรู้ ประสบการณ์เดิมมาช่วยแปลผล แล้วสั่งสมเป็นประสบการณ์ใหม่ที่จะตอบสนองและมีผลต่อการแสดงออกเป็นพฤติกรรมของบุคคล

สรุปได้ว่า การรับรู้ คือ กระบวนการที่บุคคลรับสัมผัสกับสิ่งเร้าภายนอก แล้วแปลความหมายนั้นโดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม เป็นเครื่องช่วยในการแปลความหมายสิ่งนั้นๆออกมาเป็นความรู้ ความเข้าใจตามความรู้สึกนึกคิดของตนเอง

3.2 การรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

เซทามล์ (Zeithaml, et al., 1990: 49) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้คุณภาพบริการนั้น เกิดขึ้นจากช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้บริการ ซึ่งการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อบริการนั้นเป็นผลมาจากการเกิดปัญหาตั้งแต่ช่องว่างที่ 1 ถึงช่องว่างที่ 4 ซึ่งเกิดขึ้นจากผู้รับบริการ ช่องว่างเหล่านั้นได้แก่

ช่องว่างที่ 1 เป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการและการรับรู้ของผู้บริหารที่มีต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ

ช่องว่างที่ 2 เป็นช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้บริหารที่มีต่อความคาดหวังของผู้รับบริการและการกำหนดคัลักษณะหรือมาตรฐานของบริการ

ช่องว่างที่ 3 เป็นช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพบริการที่ได้กำหนดไว้และบริการที่ให้บริการ

ช่องว่างที่ 4 เป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ให้จริงและการสื่อสารให้ผู้มารับบริการรับทราบ

การที่จะให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงคุณภาพบริการได้นั้นจะต้องพยายามลดช่องว่างหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากช่องว่างต่างๆ ให้น้อยลง

ทีส์ (Teas, 1993: 18-34) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการเป็นการประเมินผลลัพธ์ของการบริการ ซึ่งเกิดจากการมีช่องว่างระหว่างความคาดหวังที่มีต่อบริการของผู้รับบริการและการรับรู้บริการ การเกิดช่องว่างนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงการบริการให้มีรูปแบบการรับรู้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อให้ช่องว่างดังกล่าวลดลง

ดีซาร์โบ และคนอื่นๆ (Desarbo, et al., cited in Rust&Oliver, Eds., 1994: 203) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการนั้น สามารถนำมาสร้างเป็นรูปแบบคุณภาพบริการได้ โดยต้องมีสิ่งบ่งชี้ที่จะทำให้เกิดการรับรู้ได้ 3 ประการ ดังนี้

1. การให้บริการที่มีคุณภาพตามเทคนิควิธีการที่สำคัญของบริการนั้น
2. ผู้รับบริการสามารถรับรู้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ดังนั้น สิ่งสำคัญในการบริการ คือ การสร้างภาพของบริการให้เป็นที่น่าเชื่อถือของผู้รับบริการ
3. การรับรู้คุณภาพบริการเป็นการประเมินบริการจากผู้รับบริการ ซึ่งเกิดจากความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้บริการ ถ้าบริการที่ได้รับเป็นไปตามความคาดหวังก็จะประเมินบริการนั้นว่ามีคุณภาพ

ดังนั้น ในการประเมินคุณภาพของบริการทางการแพทย์ จึงขึ้นอยู่กับ การพิจารณาเปรียบเทียบคุณภาพบริการที่ได้รับกับคุณภาพของการบริการที่คาดหวัง ฉะนั้น คุณภาพของการบริการที่ดีจึงหมายถึง การได้รับบริการที่ตรงกับความคาดหวังหรือเกินความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจึงจำเป็นต้องเข้าใจความคาดหวังของผู้รับบริการ และคำนึงถึงการรักษาคูณค่าของการบริการที่ดี และผู้บริหารควรนำมาเป็นวัตถุประสงค์หรือนโยบายหลักขององค์กร โดยการสร้างภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลที่เน้นคุณภาพของการบริการที่ประทับใจผู้รับบริการเป็นหลัก

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการ

จากการศึกษาผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยจำนวนมากที่มีความสำคัญ ได้แก่

3.3.1 ลักษณะของผู้รับบริการ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุจูงใจที่มารับบริการ และ สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล

1) **เพศ** เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ทำให้เกิดการรับรู้แตกต่างกันออกไป จากการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่า ในสังคมไทยสมัยก่อนที่มีค่านิยมในการให้เกียรติเพศชายเนื่องจากเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องหาเลี้ยงครอบครัว และมีโอกาสในการศึกษามากกว่าเพศหญิง ดังนั้นโอกาสที่จะรับรู้ข่าวสารและเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ด้านสุขภาพและสังคมจึงมีมากกว่าเพศหญิง และปรีชา ผาติชด (2539: 34-38) พบว่า เพศหญิงมีการเปลี่ยนโรงพยาบาลมากกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเทือง สูงสุวรรณ (2536) และ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2540) ที่พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีการรับรู้ที่ไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลดังกล่าว เพศจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่ามีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการหรือไม่ อย่างไร

2) *อายุ* เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลทำให้การรับรู้แตกต่างกันออกไป จากการศึกษาของปรียา ผาติชล (2534 : 34-38) พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีการเปลี่ยนโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2540) ที่พบว่า ผู้รับบริการที่มีกลุ่มอายุต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการที่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มัทรี นครน้อย (2536) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของประชาชนในเขตเมืองสระบุรีเกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำปัจจัยอายุมาศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

3) *สถานภาพสมรส* เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลทำให้การรับรู้แตกต่างกันออกไป ซึ่งการศึกษาของ สุพัตรา เหลี่ยมวรารกุล (2540) พบว่า ผู้รับบริการงานกายอุปกรณ์ ศูนย์สิรินทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการสูงสุด และผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการต่ำสุด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2540) ที่พบว่า สถานภาพสมรสของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกที่แตกต่างกันของผู้รับบริการทำให้การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการต่างกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำสถานภาพสมรสมาเป็นปัจจัยหนึ่งในการศึกษาว่าความแตกต่างกันของสถานภาพสมรสจะมีผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

4) *ระดับการศึกษา* เป็นพื้นฐานของบุคคลในการรับรู้และตัดสินใจของบุคคล จากการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) และ สุทธิศรี ตรีภูมิตินิช (2535) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่า และจากการศึกษาของ สุพัตรา เหลี่ยมวรารกุล (2540) พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการสูงสุด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2540) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกมีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการที่ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำระดับการศึกษามาเป็นปัจจัยหนึ่งในการศึกษาว่าความแตกต่างกันของระดับการศึกษาจะมีผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

5) *รายได้ต่อเดือน* รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นตัวบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การรับรู้แตกต่างกัน ตามแนวคิดของ

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2528 :377) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา เหลี่ยมวรารกุล (2540) ที่พบว่า ผู้มารับบริการที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกันจะมีการรับรู้ต่อคุณภาพบริการที่ต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2540) ที่พบว่า รายได้ต่อเดือนของผู้รับบริการที่แตกต่างกันมีการรับรู้ต่อคุณภาพบริการที่ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำรายได้ต่อเดือนมาเป็นปัจจัยหนึ่งในการศึกษาว่า ความแตกต่างกันของรายได้ต่อเดือนจะมีผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

6) จำนวนครั้งที่มารับบริการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงถึงประสบการณ์เดิมของการรับบริการ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ตามแนวคิดของ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2528: 377) และ วรรณิการ์ สุวรรณโคตร (2536: 456) ที่พบว่า ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล และจากการศึกษาของสุพัตรา เหลี่ยมวรารกุล (2540) ที่พบว่าจำนวนครั้งที่มารับบริการต่างกันทำให้การรับรู้คุณภาพบริการต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2540) ที่พบว่า ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งที่มารับบริการที่ต่างกัน มีการรับรู้ที่ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะนำจำนวนครั้งที่มารับบริการมาเป็นปัจจัยในการศึกษาว่า จำนวนครั้งที่แตกต่างกันของผู้รับบริการจะมีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

7) เหตุุงใจในการมารับบริการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ตามแนวคิดของ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2528: 377) ที่กล่าวว่า การรับรู้ของคนเราจะเป็นอย่างไรมันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ความต้องการ ความสนใจของบุคคล ทักษะและความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง และ วรรณิการ์ สุวรรณโคตร (2536: 465) ได้กล่าวว่า การรับรู้เป็นผลมาจากปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความเชื่อ ความจำ สภาพอารมณ์ สติปัญญา วุฒิภาวะ คำบอกกล่าว คำแนะนำ คำสอนที่ได้รับกันต่อๆมาและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจเหตุุงใจในการมารับบริการมาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาว่าเหตุุงใจในการมารับบริการมีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการหรือไม่ อย่างไร

8) สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ เนื่องจาก สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้รับบริการแต่ละคนมีความรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแตกต่างกันตามสิทธิที่ตนมีอยู่ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ ตามแนวคิดของ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2538: 377) ที่กล่าวว่า การรับรู้ของแต่ละบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับ ความต้องการ ความสนใจของบุคคล ทักษะและความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำสถิติคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลมาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาว่าสถิติคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการหรือไม่อย่างไร

3.3.2 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของผู้รับบริการ

เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการ เนื่องจาก ช่องว่างหนึ่งของการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ เกิดจากช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพบริการที่ได้กำหนดไว้และบริการที่ให้ (Zeithaml, et al., 1990: 49)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าความแตกต่างกันของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของผู้รับบริการนั้น มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

4. การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ กลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบโดยมีรายละเอียดที่จะกล่าวถึงในหัวข้อ ดังนี้

โรงพยาบาลและคุณภาพ การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Hospital Accreditation (HA) การให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Accreditation) กรอบมาตรฐานสำหรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

4.1 โรงพยาบาลและคุณภาพ

โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่จัดบริการด้านสุขภาพให้กับชุมชน วินเซนท์ เค โอมาซุ (Vincent K Omachunu, 1990) กล่าวไว้ว่า คุณภาพของบริการการดูแลสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนั้นมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 2 ส่วนคือ

คุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติ หมายถึง การปฏิบัติตามมาตรฐานที่กลุ่มวิชาชีพต่างๆได้ตั้งไว้

คุณภาพตามการรับรู้ หมายถึง คุณภาพที่เป็นตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ทั้งคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติและคุณภาพตามการรับรู้ ทำให้ความหมาย

ของคุณภาพในโรงพยาบาลนั้นมีความสมบูรณ์ อาจกล่าวได้ว่าคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติเพียงประการเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะนำมาประเมินคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลได้ เนื่องจากไม่ได้นำความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ที่ใช้บริการเข้ามาเกี่ยวข้อง คุณภาพของการดูแลตามการรับรู้ของผู้ที่เข้ามาใช้บริการจะมีความสำคัญเท่ากับคุณภาพตามมาตรฐานและเป็นส่วนกำลังได้รับความสนใจมากในปัจจุบันเพราะทำให้ความหมายของคุณภาพนั้นมีความสมบูรณ์มากขึ้น

นอกเหนือจากแนวคิดที่ วินเซนท์ เค โอมาซุโนได้เสนอไว้ บาร์เบอร์(Barber, 1996) สรุปแนวคิดหลักที่จะนำมาประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลดังต่อไปนี้

1. เน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางในการให้บริการ การจัดบริการสุขภาพจะต้องนำความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. มีความเป็นผู้นำ ผู้บริหารระดับสูงและผู้บริหารในระดับต่างๆ กำหนดทิศทางของการปฏิบัติงาน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง การกำหนดทิศทางต้องมีค่านิยม มองเห็นพันธกิจที่ชัดเจน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมีการอุทิศตนในการทำงาน และมีส่วนร่วมในงาน
3. มีการปรับปรุงพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ กระบวนการปรับปรุงคุณภาพนั้นจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน มีข้อเท็จจริงเป็นข้อมูลพื้นฐาน มีระบบรับรองการทำงานต่างๆและมีการปรับปรุงการทำงานตลอด โดยเรียนรู้จากประสบการณ์และการประเมินจากผู้ป่วย ผู้ร่วมงานและผู้มีส่วนเป็นเจ้าของ
4. พนักงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร องค์กรที่ประสบความสำเร็จนั้นปรับปรุงการปฏิบัติงานโดยอาศัยสมรรถภาพ ความชำนาญ และแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดเข้ามามีส่วนพัฒนาองค์กร โดยให้อิทธิพลพนักงานมีการพัฒนาการปฏิบัติและมีความรู้ในประสบการณ์ใหม่ๆ
5. บริหารงานโดยอาศัยข้อเท็จจริง การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องสร้างอยู่บนกรอบ มีการประเมินข้อมูลข่าวสารและการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ นำข้อมูลที่ได้มาเพื่อการตัดสินใจและการวางแผนงานเพื่อปรับกลยุทธ์ขององค์กร
6. มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ผลของการปฏิบัติงาน (Performance) กระบวนการปฏิบัติงานขององค์กรจะต้องมุ่งไปที่ผลลัพธ์ โดยสะท้อนกลับให้เห็นถึงความสมดุล ความต้องการของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ (Stakeholders) การทบทวนถึงผลการปฏิบัติงานทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานเป็นการตรวจสอบถึงกระบวนการทำงานด้วย
7. มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของชุมชนและสาธารณะ องค์กรทางสุขภาพจะต้องอุทิศตัวเองเพื่อยกระดับสุขภาพของชุมชนที่ตนดำรงอยู่นั้น โดยการทำงานร่วมกับผู้นำใน

ชุมชน จัดให้บริการดูแลด้านต่างๆ มาตรการป้องกันโรค ให้สุขศึกษาต่อคนในชุมชน และควบคุมผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อมจากการดำเนินงานของโรงพยาบาล

8. มีการพัฒนาเพื่อร่วมดำเนินงาน คุณภาพจะบรรลุได้เมื่อมีการพัฒนาดำเนินงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร การพัฒนาดำเนินงานภายในองค์กรทำเพื่อลูกค้าภายในคือ ผู้ปฏิบัติงานในด้านต่างๆ ส่วนภายนอกองค์กรนั้นทำเพื่อร่วมงานกับบริษัทต่างๆ องค์กรสุขภาพในชุมชนและองค์กรทางสังคม

9. มีการออกแบบระบบและการป้องกันที่คำนึงถึงคุณภาพ การวางรูปแบบหรือการปรับรูปแบบการให้บริการควรจะคำนึงถึงคุณภาพและค่านิยมต่างๆร่วมด้วย องค์กรควรจะพัฒนาความชำนาญด้านต่างๆเพื่อสร้างโครงการพัฒนาที่รวมเอาสหวิทยาการต่างๆเข้ามา โดยนำองค์ประกอบเกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกมาพิจารณาในระหว่างการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพรูปแบบใหม่

10. มองการณ์ไกลไปยังอนาคต การให้บริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านโครงสร้างองค์กร ความกดดันด้านการแข่งขัน ด้านสังคม ด้านการเงิน ด้านเทคโนโลยี การวางแผนระยะสั้นต้องทำควบคู่กับการวางแผนอนาคตและคาดการณ์ถึงการเปลี่ยนแปลงล่วงหน้าก่อนที่สิ่งต่างๆเหล่านั้น จะเข้ามามีผลกระทบต่อองค์กร องค์กรสุขภาพที่ประสบความสำเร็จในปัจจุบัน โดยต้องจ่ายค่าความเสียหายในอนาคตนั้นจะไม่ใช่ที่ยอมรับในชุมชน

11. สนองตอบด้วยความรวดเร็ว องค์กรที่สามารถจะปรับเปลี่ยนให้บริการที่รวดเร็ว โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีจะให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้มาใช้บริการได้ และเป็นองค์กรหนึ่งที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ

อาจกล่าวได้ว่าคุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะเป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสมปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน เป็นที่พึงพอใจ คุณภาพประกอบด้วยมิติหลายด้าน มีความเป็นพลวัตสูงมาก ในภาพกว้างอาจครอบคลุมไปถึงการเข้าถึงบริการ และการจัดสรรบริการนั้นไปสู่ประชาชนโดยรวม สำหรับโรงพยาบาลคุณภาพไม่เพียงจะเกี่ยวข้องกับการบริการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ยังเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการบริการสนับสนุน ตลอดจนระบบบริหารจัดการ การพัฒนาองค์กร ประสิทธิภาพและต้นทุน

4.2 การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA)

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ กลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ

การรับรองคุณภาพจะกระทำโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง เพื่อเป็นหลักประกันว่าผลการรับรองนั้นเป็นที่น่าเชื่อถือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นโดยข้อบังคับตาม พ.ร.บ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลโดยอาศัยการประเมินตนเองร่วมกับการประเมินจากภายนอกเป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ 2 ประการ คือ การพัฒนาคุณภาพและการรับรองคุณภาพ

ในส่วนของโครงการพัฒนาคุณภาพ จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคล 3 ฝ่าย ได้แก่ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และโรงพยาบาล ซึ่งหากความต้องการของทั้ง 3 ฝ่ายสอดคล้องกันมากเท่าไร จะยิ่งทำให้การพัฒนาคุณภาพมีความยั่งยืนมากขึ้นเท่านั้น

ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการประสบความสูญเสียหรือภาวะแทรกซ้อนลดลง คุณภาพการดูแลรักษาดีขึ้น ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นคนมากขึ้น

ประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากการทำงานลดลง ความเสี่ยงต่อการเข้าใจผิดระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ลดลง สิ่งแวดล้อมในการทำงานและการประสานงานดีขึ้น เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเอง

ประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล ได้แก่ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลง และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ ทำให้องค์กรอยู่รอดและยั่งยืน

สำหรับการรับรองคุณภาพ มีเป้าหมาย ดังนี้

1. เป็นการกระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
2. เป็นการสร้างความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Accountability) ซึ่งโรงพยาบาลทั้งของรัฐบาลและเอกชนจะต้องแสดงออกเพื่อให้สังคมมีความมั่นใจต่อระบบของโรงพยาบาล ด้วยการยินยอมให้องค์กรภายนอกซึ่งมีความรู้ความเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วยเข้าไปประเมินตามกรอบที่ตกลงร่วมกัน
3. เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค
4. เป็นการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน โดยการที่ผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพของโรงพยาบาลต่างๆ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ประเมินในลักษณะของอาสาสมัคร

4.3 การให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Accreditation)

Hospital Accreditation (HA) มีความหมายตามคำแปลว่า เป็นการรับรอง

โรงพยาบาลว่า เป็นโรงพยาบาลที่มีความน่าไว้วางใจ ความน่าไว้วางใจนี้เกิดจากการที่โรงพยาบาลมีระบบการทำงานที่ดี ดูแลผู้ป่วยด้วยความระมัดระวังและความเอื้ออาทร หรือเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการที่มีคุณภาพ HA จะเป็นการกระตุ้นให้โรงพยาบาลทำในสิ่งที่แตกต่างไปจากเดิม ผลลัพธ์สุดท้ายที่ต้องการ คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ดูแลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลต้องมีจิตวิญญาณของคุณภาพ ซึ่งได้แก่ การทำงานด้วยใจ การทำงานเป็นทีม และการยึดประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ มีการทำงานที่เป็นระบบ ระบบที่สำคัญที่สุดคือการทบทวนประเมินตนเอง ว่าผลลัพธ์เป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ วิธีการทำงานเป็นไปอย่างเหมาะสมหรือไม่ จากการทบทวนนี้จะนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการทำงาน การฝึกอบรมความรู้และทักษะให้เจ้าหน้าที่ การจัดหาและดูแลเครื่องมือที่จำเป็น การปรับปรุงสถานที่หรือโครงสร้างที่เหมาะสม โดยโรงพยาบาลต้องทำการเปรียบเทียบกับความคาดหวังของผู้รับบริการ ว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจหรือไม่ มีอะไรที่ต้องการให้ปรับปรุง เปรียบเทียบกับความรู้ทางวิชาชีพ ว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นสอดคล้องกับความรู้ซึ่งเป็นที่น่าเชื่อถือหรือไม่ เปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่ควรจะเป็น ระดับที่ควรจะเป็นก็คือระดับที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่สามารถทำได้ เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่ควรเกินร้อยละ 5 และเปรียบเทียบกับข้อกำหนดในมาตรฐาน HA ซึ่งเป็นข้อกำหนดในระบบใหญ่ๆ เช่น การพัฒนาคน การดูแลสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบการดูแลผู้ป่วย การดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ เพื่อให้มีการปรับปรุงอยู่ตลอดเวลาทำให้ดีขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาดีขึ้น ถือว่าเป็นการเดินทางที่ไม่มีวันสิ้นสุด

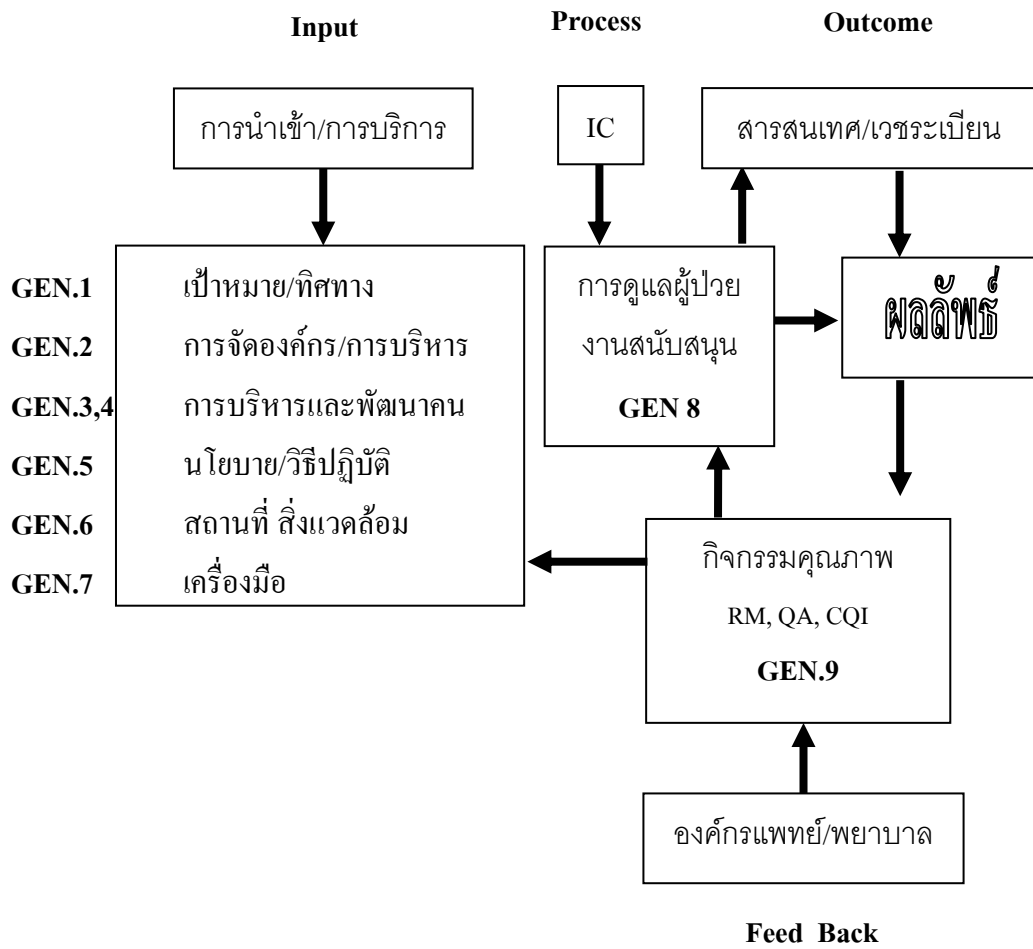
เมื่อโรงพยาบาลวางระบบงานไว้เป็นที่มั่นใจว่าจะมีความเสี่ยงน้อยที่สุด นำข้อกำหนดกว้างๆ ของ HA ไปปฏิบัติเป็นรูปธรรม ผู้คนเข้าใจเป้าหมายงานของตนเอง มีการทบทวนตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลก็จะแจ้งให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ (พรพ.) เข้าไปเยี่ยมชมสำรวจ และนำผลการเยี่ยมชมมาพิจารณาว่าสมควรให้การรับรองหรือไม่ เพื่อ พรพ.จะได้รับทราบความพยายามในการพัฒนาของโรงพยาบาล และไปกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา โดยจะมีผู้เยี่ยมชมสำรวจที่เข้าไปดูโรงพยาบาลจะประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA แต่ละข้อว่าทำได้ในระดับใด หากอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ก็จะนำเสนอต่อคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พร้อมทั้งข้อสังเกตหรือข้อเสนอแนะและคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะพิจารณาจากรายงานที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจนำเสนอ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมแล้วให้คำตัดสินว่าจะรับรองโรงพยาบาลหรือไม่ ผลการตัดสินของคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จะต้องนำเสนอให้คณะกรรมการบริหารสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพให้ความเห็นชอบอีกครั้งหนึ่ง จึงจะมีผลสมบูรณ์ ซึ่งการรับรองนี้ในรอบแรกจะรับรองเพียง 2 ปี ส่วนใน

รอบต่อๆ ไปจะรับรอง 3 ปี ในระหว่างการรับรองนี้จะมีการไปเยี่ยมชมสำรวจเป็นระยะ เพื่อให้แน่ใจว่าโรงพยาบาลยังคงรักษาระบบคุณภาพไว้ได้ ซึ่งจะทำให้เกิดผลประโยชน์ต่อประชาชน คือจะทำให้บริการของโรงพยาบาลเป็นไปเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการมากขึ้น ความเสี่ยงและความผิดพลาดต่างๆ จะลดลง ความต้องการของผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองมากขึ้น ค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลจะลดลง

4.4 กรอบมาตรฐานสำหรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

กรอบมาตรฐานที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกะ ซึ่งมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นมาตรฐานที่กล่าวถึงระบบงานที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของโรงพยาบาลในภาพรวม การประเมินตามมาตรฐานนี้จึงมุ่งเน้นที่การประเมินระบบงาน ไม่ได้มุ่งเน้นที่การทำงานระดับบุคคลหรือวิธีการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ระบบงานที่กำหนดไว้จะส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานวิชาชีพมาปฏิบัติมากขึ้น การพบปัญหาในระดับบุคคลจะนำมาสู่การตั้งคำถามต่อระบบงานที่เกี่ยวข้อง

จึงพอสรุปได้ว่า HA เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการประเมินและพัฒนาตนเองตามกรอบมาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ โดยใช้การประเมินจากภายนอกและการรับรองเป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมในการทำงาน ด้วยการนำหลักการและค่านิยมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม เช่น การมุ่งเน้นผู้ป่วย การทำงานเป็นทีม การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ การเรียนรู้ การใช้ข้อมูลวิชาการ การใช้มุมมองเชิงระบบ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สัมผัสได้ทั้งในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ มีการประสานงานที่ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่ดีขึ้น มีความเสี่ยงในด้านต่างๆ ลดลง มีความพึงพอใจต่อบริการมากขึ้น ฯลฯ



- | | |
|--|--|
| GEN.1 หมายถึง พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ | IC หมายถึง Internal Control |
| GEN.2 หมายถึง การจัดองค์กรและการบริหาร | RM หมายถึง Risk Management |
| GEN.3 หมายถึง การจัดการทรัพยากรบุคคล | QA หมายถึง Quality Assurance |
| GEN.4 หมายถึง การพัฒนาทรัพยากรบุคคล | CQI หมายถึง Continuous Quality Improvement |
| GEN.5 หมายถึง นโยบายและวิธีปฏิบัติ | |
| GEN.6 หมายถึง สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ | |
| GEN.7 หมายถึง เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก | |
| GEN.8 หมายถึง ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ | |
| GEN.9 หมายถึง กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ | |

ภาพที่ 2.2 แสดงมาตรฐานโรงพยาบาล

ที่มา: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2547) แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล

5. งานผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มีภารกิจ ในการให้บริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่ทหาร ครอบครัว ตลอดจนประชาชนทั่วไป ทั้งนี้ เพื่อช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กองทัพและเป็นกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ รวมทั้งเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกำลังพล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โดยแต่ละโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นเพื่อการบริการอย่างมีคุณภาพ ประทับใจ และถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพและปฏิบัติการกิจตามที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยเหนืออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อมุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA เมื่อ 18 ตุลาคม 2545 และ 10 มีนาคม 2546 ตามลำดับ ในการให้บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการ ตรวจ ดูแล รักษาพยาบาล ซึ่งเมื่อได้รับการแล้วสามารถกลับไปรับประทานยาหรือปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำที่บ้าน บริการนี้จึงมีหน้าที่ให้การตรวจรักษาโรคทั่วไปทุกชนิด ยกเว้นผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยทั่วไปในการให้บริการมักจะแยกผู้ป่วยส่งตรวจในห้องตรวจของแผนกเทคนิคบริการต่างๆ มีการจัดคลินิกเฉพาะโรคเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและแพทย์มีความสะดวกในการติดตามดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาที่ดีที่สุด

(วิศิษฐ์ พิชัยสนิท 2536: 113)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (2539) ได้สร้างมาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก (Out Patient Department :OPD) ขึ้นมา โดยกล่าวว่า บริการผู้ป่วยนอกเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาล ซึ่งต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก มาตรฐานนี้จะมุ่งเน้นที่การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก โดยกำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม มีระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

5.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต และเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยนอก เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการผู้ป่วยนอก สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

5.1.1 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

5.1.2 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญาเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยนอกไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.1.3 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการผู้ป่วยนอก และทราบบทบาทของตนเอง

5.2. การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

5.2.1 โครงสร้างองค์กรของบริการผู้ป่วยนอก ชัดเจนและเหมาะสม

5.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานได้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้

1) หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์ เป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี

2) หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอกด้านการพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการจัดการบริหารจัดการ หรือหลักสูตรลูกค้ำสัมพันธ์และการบริการและมีประสบการณ์ด้านปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี

5.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

5.2.4 มีกลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

5.2.5 มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานต่างๆ มีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจและกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

5.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อบริการผู้ป่วยนอก ได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

5.3.1 การจัดกำลังคน

1) มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

(1) มีแพทย์เพียงพอที่จะตรวจผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพในช่วงเวลาที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีเวลาให้กับผู้ป่วยไม่น้อยกว่า รายละ 5 นาที

(2) มีการจัดบริการผู้ป่วยนอกที่มีความซับซ้อนอยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

(3) มีพยาบาลวิชาชีพกำกับดูแลการให้บริการในจุดที่มีความสำคัญ ได้แก่ การคัดกรอง การนัดยา การทำแผล การให้คำปรึกษา

2) มีกลไกเพื่อติดตามประเมินผลความพอใจของเจ้าหน้าที่ เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

5.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการปฏิบัติงานเชิงบวก เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกงานจะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

5.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อมการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

5.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหา ในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

5.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ

5.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

5.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

5.4.5 มีการประเมินผลพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการผู้ป่วย

5.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการผู้ป่วยนอก/กึ่งระยะียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

5.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่และทบทวน

5.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของ

โรงพยาบาลและให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

- 1) ด้านการบริหารจัดการ
- 2) ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ
 - (1) การคัดกรองผู้ป่วย
 - (2) การนัดและติดตามผู้ป่วยที่มารับรักษาต่อเนื่อง
 - (3) การรับ จำหน่าย เคลื่อนย้ายหรือส่งต่อ
 - (4) การปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
 - (5) การให้ออกซิเจน
 - (6) การดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจและอารมณ์
 - (7) การดูแลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์
 - (8) การดูแลผู้ติดยาและสารเสพติด
- 3) ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม
 - (1) การปฏิบัติต่อผู้ป่วยคดี/ยาเสพติด
 - (2) การปฏิบัติต่อผู้ป่วยถูกข่มขืน หรือสงสัยว่าถูกข่มขืน
 - (3) การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิคุ้มครองต่างๆ
- 4) ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร
- 5) ด้านความปลอดภัย
- 6) ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

5.5.3 เจ้าหน้าที่รับทราบเข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

5.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความสมบูรณ์

ครบถ้วนและสอดคล้องกับสถานะการทำงาน

5.6 สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ มีสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพประสิทธิภาพ

5.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยงานบริการผู้ป่วยนอกมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการและสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- 1) อยู่ด้านหน้าโรงพยาบาล
- 2) สามารถส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน หรือหน่วยบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้โดยสะดวก เช่น ห้องฉีดยา/ทำแผล ห้องยา ห้องปฏิบัติการ หน่วยรังสีวิทยา หน่วยให้คำปรึกษา

- 3) มีเปลและรถเข็นพร้อมให้บริการรับส่งผู้ป่วย
- 4) มีป้ายหรือเครื่องหมาย หรือสัญลักษณ์อำนวยความสะดวกในการให้บริการ เช่น ชื่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอก ประเภทบริการ ชื่อห้องตรวจ ชื่อแพทย์ผู้ตรวจ ทิศทางไปยังหน่วยบริการต่างๆ ทิศทางหนีไฟหรือทางออกฉุกเฉิน

5.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการการปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ มีการจัดแบ่งพื้นที่สำหรับ

- 1) ประชาสัมพันธ์/ต้อนรับและห้องบัตร
- 2) ห้องตรวจโรคต่างๆซึ่งมีจำนวนเพียงพอสำหรับช่วงเวลาที่มียุป่วยมากที่สุด
- 3) ที่พักรอตรวจ
- 4) บริเวณคัดกรองผู้ป่วย
- 5) บริเวณปฐมพยาบาล
- 6) หน่วยให้คำปรึกษา/แนะนำด้านสุขภาพ
- 7) ห้องฉีดยา/ทำแผล
- 8) ห้องสุขาสำหรับผู้ใช้บริการทั่วไปและผู้พิการ

5.7 เครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอกได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

5.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ

5.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับปฏิบัติงาน ได้แก่
1) ชุดหัดการที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อที่จำเป็นสำหรับห้องปฐมพยาบาล ห้องทำแผล เช่น ชุดทำแผล ชุดเย็บแผล

- 2) อุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิต เช่น รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน
- 3) เปล/รถเข็นนั่ง
- 4) เครื่องมือเพื่อตรวจวินิจฉัยในคลินิกเฉพาะทาง

5.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี

5.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา

5.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

5.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้

ตลอดเวลา

5.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

5.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

5.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา

5.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมผู้

ให้บริการ

5.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนดูแลเป็นระยะๆ เพื่อ

ตอบสนองด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

5.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม

5.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

1) ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน

(1) วันเวลาที่ลงทะเบียนผู้ป่วย

(2) วิธีการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย

(3) การจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย

(4) เวลาที่แพทย์หรือพยาบาลทำการประเมินผู้ป่วยครั้งแรกและผลการ

ประเมิน

(5) บันทึกการประเมินทางคลินิกประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วย

การใช้ยา การแพ้ยา การตรวจร่างกาย

5.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

5.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพ ของบริการผู้ป่วยนอก โดยการทำงานเป็นทีมและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยนอก โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน

5.9.2 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

- 1) การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้า (Customer) หรือบุคคล/หน่วยงานที่มาใช้บริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 2) การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ ได้แก่
 - (1) ระยะเวลาการรอคอยการบริการในแต่ละจุด และระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการทั้งหมด
 - (2) การมาตรวจตามกำหนดนัด
 - (3) การส่งต่อ
 - (4) การตรวจวินิจฉัย (Investigation) ที่ผู้ป่วยได้รับ
 - (5) ความพึงพอใจของผู้ป่วย
 - (6) อัตราการร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติ
- 3) การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง
- 4) การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (Root Causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ
- 5) การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ
- 6) การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

5.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (Evidence – Based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

- 1) มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline) ของโรงพยาบาล
- 2) มีกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศ

เต็มดวง เจริญสุข (2532) ได้ศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลตามความคาดหวังกับความเป็นจริงของผู้คลอดและพยาบาล โคนศึกษาในกลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกและพักฟื้นหลังคลอด และในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ประจำในห้องคลอด ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลมีความคาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้คลอดสูงกว่าที่ได้ปฏิบัติจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และผู้คลอดมีความคาดหวังที่จะได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจากพยาบาลสูงกว่าที่ได้รับการปฏิบัติจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ลาวัณย์ สมบูรณ์และคนอื่นๆ (2536) ได้ศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความคาดหวัง และกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความเป็นจริงจึงมารดาหลังคลอด ในโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ โดยศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดทั้งในรายคลอดปกติและคลอดผิดปกติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความคาดหวังกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความเป็นจริง โคนส่วนรวมและเป็นรายหมวดไม่แตกต่างกัน

สุกัญญา โลจนาภิวัฒน์และคนอื่นๆ (2536: 1-17) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิผู้ป่วยและการได้รับปฏิบัติ ที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยศึกษาสิทธิผู้ป่วยใน 4 ด้าน คือ สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน สิทธิที่จะเลือกวิธีรักษาที่เหมาะสมกับสภาพตน สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อสิทธิของตนทั้งโดยรวมและด้านต่างๆ สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สุภา เบญจพรและคนอื่นๆ (2537: 22-29) ได้ศึกษาความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลรามาชิตี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมีความคาดหวังในกิจกรรมพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง แต่จากความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติจริงจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดแล้ว พบว่า ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้เท่าที่ควร และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นในกิจกรรมพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นในกิจกรรมพยาบาลที่คาดหวังสูงกว่าความเป็นจริงในกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

พวงเพชร ชุมศรี (2537: 97-100) ได้ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลต่อความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤติที่หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลแพร่ ผลการวิจัย พบว่า ความต้องการสูงสุดที่ญาติต้องการ ได้แก่ ความรู้สึกเป็นเจ้าของที่โรงพยาบาลสนใจดูแลผู้ป่วย ได้รับความมั่นใจว่า

ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ความต้องการต่ำสุด คือ การมีพระมาเยี่ยม การได้รับคำบอกเล่าว่าจะทำพิธีกรรมทางศาสนาอะไรได้บ้างขณะอยู่โรงพยาบาล และได้รับการกระตุ้นให้ระบายนความต้องการของญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อนง ศุภรินันท์ (2537: 293-298) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจกับความคาดหวังของผู้ป่วยในแผนกโรกระบบประสาท โรงพยาบาลประสาทสงขลา พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมและสถานที่ ด้านคุณภาพบริการ ด้านมนุษยสัมพันธ์ ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจแตกต่างจากความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พนิดา คำขุ (2538) ได้ศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากการพยาบาลและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลสูงกว่าคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคนอื่นๆ (2539) ได้ศึกษาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาสายตาผู้ป่วยโดยประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 9 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาสามารถนำมาจัดลำดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลโดยเรียงลำดับได้ดังนี้ 1.) โรงพยาบาลมูลนิธิ 2.) โรงพยาบาลเอกชน และ 3.) โรงพยาบาลรัฐ ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลและคำแนะนำจากแพทย์มาก และการที่ผู้ป่วยรู้จักแพทย์สะท้อนให้เห็นว่าแพทย์และผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐรู้จักแพทย์น้อยกว่าในโรงพยาบาลเอกชน

สกวาศิ ดวงเด่น (2539) ได้ศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความคาดหวังของผู้ป่วยมากกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวังทุกหมวด ยกเว้น ด้านความเป็นรูปธรรมการบริการ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยน้อยกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวัง

วาริ วณิชปัญจพล (2539) ได้ศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลและการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลต่อความคาดหวังของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า บริการพยาบาลที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคาดหวังและที่

ผู้บริหารกลุ่มงานรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน อยู่ในระดับเดียวกัน คือ ระดับมาก ผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมากกว่าที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคาดหวัง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังต่อบริการกับการรับรู้บริการ ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับบริการแล้ว พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยคะแนนความคาดหวังต่อบริการสูงกว่าการรับรู้บริการ

วรรณฤติ ภูทอง (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการด้านคุณภาพบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ประกันตนกับคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ประกันตนรับรู้ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า คุณภาพบริการที่ผู้ประกันตนรับรู้อยู่ในระดับไม่พึงพอใจและตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ประกันตนรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การมุ่งเน้นการวิจัยทางการตลาด ด้านการกำหนดมาตรฐานบริการ การจัดคนให้เหมาะสมกับงาน ยกเว้นการไม่ชัดเจนในบทบาท และตัวแปรที่พยากรณ์คุณภาพการพยาบาล ได้แก่ การจัดคนให้เหมาะสมกับงาน ความไม่ชัดเจนในบทบาท การมุ่งเน้นการวิจัยทางการตลาดและด้านการกำหนดมาตรฐานบริการ

สุพัตรา เหลี่ยมวรารกุล (2540) ได้ศึกษาคุณภาพบริการงานกายอุปกรณ์ ศูนย์สิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการโดยรวมอยู่ในระดับดี และพบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ ชนิดของกายอุปกรณ์และจำนวนครั้งที่มารับบริการ ที่แตกต่างกันมีผลทำให้การรับรู้คุณภาพบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้น เพศ ที่อยู่ปัจจุบัน และแหล่งข้อมูลข่าวสาร

ทรงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2540) ได้ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ เกี่ยวกับคุณภาพบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากและปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 5.88 และ 4.80 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งโดยรวมและจำแนกรายด้าน และพบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาและจำนวนครั้งที่มารับบริการแตกต่างกันมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พรทิพย์ เนตรแสงศรี (2545) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาแก้ว จังหวัดเลย พบว่า คุณภาพบริการตาม ความคาดหวังของผู้รับบริการงานผู้ป่วยใน อยู่ในระดับมากที่สุดทั้งโดยรวมและรายด้าน

ส่วนคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยใน อยู่ในระดับมากทั้งโดยรวมและรายด้านและเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับระหว่างความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาลของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้ทั้งโดยรวมและรายด้าน

6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

โอเบิร์ต (Oberst, 1984: 2367-2375) ได้ศึกษาวิธีการวัดคุณภาพการบริการและความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า สิ่งอำนวยความสะดวกสบายในการบริการต้องประกอบด้วยเวลาที่รอคอย การบอกกล่าวผู้ป่วยและช่วยอำนวยความสะดวกต่างๆ การให้การดูแลรักษาที่เพียงพอ สถานที่พักผ่อนที่มีความเหมาะสม และพฤติกรรมในการติดต่อสื่อสารของพยาบาล

เอริกเซน (Eriksen, 1987: 31-35) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพเชิงกระบวนการ กับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บราวน์และสวอร์ต (Brown & Swartz, 1989: 92-98) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ช่องว่างที่พบในคุณภาพบริการของวิชาชีพทางการแพทย์ โดยศึกษาจากผู้ป่วยและแพทย์พบว่า ช่องว่างที่ 1 เป็นความแตกต่างระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยกับประสบการณ์เดิมที่มีต่อบริการทางการแพทย์ ช่องว่างที่ 2 เป็นความแตกต่างระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยกับการรับรู้ของแพทย์ต่อความคาดหวังของผู้ป่วย และช่องว่างที่ 3 เป็นความแตกต่างระหว่างประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยกับการรับรู้ของแพทย์ต่อความหวังของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ในช่องว่างที่ 1 มีค่าไปในทางลบ และช่องว่างที่ 2 และ 3 มีค่าไปในทางบวก

บาบากัสและคนอื่นๆ (Babagus, et al., 1991: 12-18) ได้ศึกษาปัจจัยกำหนดคุณภาพบริการจากแหล่งข้อมูลที่ผู้รับบริการคัดสรรกรรมทรวงอกให้ความเชื่อถือมากที่สุด พบว่า แหล่งข้อมูลที่ผู้รับบริการใช้บ่อยมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด คือ แพทย์ รองลงมา คือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ ส่วนแหล่งข้อมูลที่ผู้รับบริการใช้น้อยแต่มีความน่าเชื่อถือ คือ พยาบาล จากผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ ในการจัดโฆษณาประชาสัมพันธ์ได้ตามความเชื่อถือของผู้รับบริการทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจตามความเชื่อข้อมูล

ลีมิง (Leming, 1991: 6-12) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลแนวใหม่ โดยนำความคิดการตลาดเข้ามาประยุกต์ใช้ เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าให้เกิดความพึงพอใจ

สูงสุด ซึ่งลูกค้าในที่นี้มี 2 ลักษณะ คือ

1. ลูกค้าภายใน หมายถึง ตัวผู้ป่วย ญาติ แพทย์ พยาบาล ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง
2. ลูกค้าภายนอก หมายถึง บุคคลที่อยู่รอบข้างคอยให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยทางอ้อม เช่น ผู้บริหาร

ผลการศึกษา พบว่า การจัดบริการให้มีคุณภาพต้องตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าทั้งภายในและภายนอกโดยให้เกิดความพอใจสูงสุด ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถจัดบริการได้ตามบทบาทของตน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเชื่อถือนำบริการของลูกค้า

สการ์ดินา (Scardina, 1994: 38-46) ได้ทดลองนำเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ (SERVQUAL) ตามแนวคิดเชิงการตลาดของเซทามล์ พาราสุรามานและเบอร์รี่ มาประยุกต์ใช้วัดคุณภาพบริการพยาบาลกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ โดยนำเครื่องมือที่ประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ คือ 1) ความเป็นรูปธรรมบริการ (Tangible) 2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที (Responsiveness) 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) 5) การเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy) ไปทดสอบกับผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า เครื่องมือนี้ดังกล่าวสามารถใช้วัดคุณภาพบริการได้โดยมีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.74-0.98

แอนเดอร์สัน (Anderson, 1995: 32-37) ได้ศึกษาการวัดคุณภาพบริการทางคลินิกด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัย โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพ (SERVQUAL) ซึ่งมีเกณฑ์ 5 ประการ ดังนี้คือ 1) ความเป็นรูปธรรมบริการ 2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 5) การเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ พบว่าคุณภาพบริการนั้นแปรตามความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ยูสเซฟและคนอื่นๆ (Youssef, et al., 1966: 15-28) ได้ศึกษาคุณภาพในการดูแลทางด้านสุขภาพอนามัยในโรงพยาบาลที่มีบริการทางด้านสุขภาพอนามัยแห่งชาติ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพ (SERVQUAL) ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเปรียบเทียบกับระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับการรับรู้ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งมีเกณฑ์ 5 ประการ ในการประเมินคือ 1) ความเป็นรูปธรรมบริการ 2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 5) การเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ พบว่ามีความแตกต่างกันทางลบอย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการ ในแนวคิดทางการตลาด พบว่า งานบริการทุกประเภทซึ่งรวมทั้งบริการทางการแพทย์ด้วย ควรให้ความสำคัญและยึดถือความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นบรรทัดฐานในการวางแผนและดำเนินการจัดบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เมื่อคุณภาพบริการถูกประเมินโดยผู้รับบริการ ดังนั้น ถ้าบริการหนึ่งๆ สามารถตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการได้ก็จะกล่าวว่าบริการนั้นมีคุณภาพ

คุณภาพบริการนั้นขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบของผู้รับบริการ ระหว่างบริการที่คาดหวังไว้ล่วงหน้า (Expected Services) กับบริการที่ได้รับในความคิดของผู้รับบริการ (Perceived Services) เป็นสำคัญ ซึ่งได้มีการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพบริการในธุรกิจบริการต่างๆมาโดยตลอด จนพบว่าเกณฑ์ที่กำหนดคุณภาพบริการจากผู้รับบริการนั้น ประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ ดังนั้น จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ตามแนวความคิดของเซทามล์และคนอื่นๆ (Zeithaml, et al., 1990) และนำเครื่องมือวัดคุณภาพ SERVQUAL มาดัดแปลง เพื่อศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA โดยตัวแปรอิสระ ได้แก่ คุณลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของผู้รับบริการ และตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพบริการทั้ง 5 ด้านดังที่กล่าวมาแล้ว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โดยมีระเบียบวิธีการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยจะนำเสนอเป็นหัวข้อ รายละเอียด ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ใช้วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional Survey) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

2. ประชากรและตัวอย่าง

2.1 ประชากร (N) คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ในปี 2544-2546 ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ กองบัญชาการสนับสนุนทหารอากาศ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก

2.2 ตัวอย่าง (n) คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาในงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตามสัดส่วนของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจากทั้งสองโรงพยาบาล โดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับการสุ่มตัวอย่าง (Sample One Group Mean)

$$n = Z^2 \sigma^2 / d^2$$

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ระดับความเชื่อมั่น (Confidence level) กำหนดให้มีค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95%

SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Acceptable error) กำหนดให้เป็น 3% ของค่าเฉลี่ยความคาดหวังหรือการรับรู้ของผู้ป่วยนอก

ซึ่งจากการศึกษานำร่อง (Pilot study) พบว่า ค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้ป่วยนอก = 3.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.78 และค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ป่วยนอก = 3.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.71

ขนาดตัวอย่าง(ความคาดหวัง) = $(1.96)^2 (0.78)^2 / [(0.03)(3.69)]^2 = 195$ คน

ขนาดตัวอย่าง(การรับรู้) = $(1.96)^2 (0.71)^2 / [(0.03)(3.38)]^2 = 196$ คน

จึงเลือกใช้ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ = 196 คน

แล้วนำมาคำนวณหาขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของสองโรงพยาบาล ได้ขนาดตัวอย่างของสองโรงพยาบาล ดังนี้

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า = 134 คน

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช = 62 คน

ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 20 วัน แล้วนำมาคำนวณหาจำนวนตัวอย่างที่ต้องเก็บต่อ 1 วัน จากนั้นนำไปสุ่มตัวอย่างจากผู้รับบริการที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดเฉลี่ยในแต่ละวันของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง โดยสุ่มหมายเลขจากห้องเลขทะเบียน กำหนดหาช่วงการสุ่ม $(I) = N/n$ แล้วสุ่มตัวเลขที่มีค่าตั้งแต่ 1- (I) มาเลขหนึ่งเพื่อใช้เป็นตัวอย่างตั้งต้น จากนั้นหาเลขที่ตกเป็นตัวอย่างถัดไปโดยบวกด้วยค่าช่วงการสุ่ม (I) ไปเรื่อยๆจนครบตามจำนวน หากหมายเลขที่ได้ไม่อยู่ในข้อกำหนดการวิจัยก็ให้เลือกหมายเลขถัดไป

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบแสดงความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุจูงใจในการมารับบริการ และสิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 การรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับการได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล HA ของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 4 คุณภาพบริการที่ผู้รับบริการคาดหวังไว้ก่อนที่จะมารับบริการที่
โรงพยาบาลและการบริการที่ผู้รับบริการได้รับรู้ภายหลังที่ได้รับบริการแล้ว สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด
ของ เซทามล์ พาราสุรามาน และเบอร์รี่ และนำเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL มา
ดัดแปลง เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ผสมผสานกับมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยนอกและเกณฑ์
การวัดคุณภาพบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ ได้แก่ ข้อ 1-7
2. ความเชื่อถือไว้วางใจได้ ได้แก่ ข้อ 8-17
3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ได้แก่ ข้อ 18-23
4. การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ได้แก่ ข้อ 24-31
5. ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ ได้แก่ ข้อ 32-37

3.2 เกณฑ์ในการเลือกตอบและให้คะแนนตามความคิดเห็น

ในแบบสอบถามส่วนที่ 3 เป็นคะแนนของความคาดหวัง มีเกณฑ์ในการเลือกตอบ
และให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ตัวเลือก (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์กำหนดการให้
คะแนนของ Likert Scale ดังนี้

- 1 คะแนน = คาดหวังน้อยที่สุด หมายถึง ผู้รับบริการคาดหวังน้อยที่สุดว่าโรงพยาบาลควรมี
คุณลักษณะตามที่กล่าวถึง หรือเห็นด้วยร้อยละ 0-20
- 2 คะแนน = คาดหวังน้อย หมายถึง ผู้รับบริการคาดหวังน้อยกว่าโรงพยาบาลควรมี
คุณลักษณะตามที่กล่าวถึง หรือเห็นด้วยร้อยละ 21-40
- 3 คะแนน = คาดหวังปานกลาง หมายถึง ผู้รับบริการคาดหวังปานกลางว่าโรงพยาบาลควรมี
คุณลักษณะตามที่กล่าวถึง หรือเห็นด้วยร้อยละ 41-60
- 4 คะแนน = คาดหวังมาก หมายถึง ผู้รับบริการคาดหวังมากกว่าโรงพยาบาลควรมี
คุณลักษณะตามที่กล่าวถึง หรือเห็นด้วยร้อยละ 61-80
- 5 คะแนน = คาดหวังมากที่สุด หมายถึง ผู้รับบริการคาดหวังมากที่สุดว่าโรงพยาบาลควรมี
คุณลักษณะตามที่กล่าวถึง หรือเห็นด้วยร้อยละ 81-100

สำหรับในแบบสอบถามส่วนที่เป็นคะแนนของการรับรู้ มีเกณฑ์ในการเลือกตอบ
และให้คะแนนตามความคิดเห็น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ตัวเลือก (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์
กำหนดการให้คะแนนของ Likert Scale ดังนี้

1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ผู้รับบริการรับรู้ว่าจะได้รับบริการนั้นน้อยที่สุด หรือเห็นด้วยร้อยละ 0-20
2 คะแนน = ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ผู้รับบริการรับรู้ว่าจะได้รับบริการนั้นน้อยที่สุด หรือเห็นด้วยร้อยละ 21-40
3 คะแนน = ความเห็นเป็นกลาง	หมายถึง ผู้รับบริการรับรู้ว่าจะได้รับบริการนั้นน้อยที่สุด หรือเห็นด้วยร้อยละ 41-60
4 คะแนน = เห็นด้วย	หมายถึง ผู้รับบริการรับรู้ว่าจะได้รับบริการนั้นน้อยที่สุด หรือเห็นด้วยร้อยละ 61-80
5 คะแนน = เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ผู้รับบริการรับรู้ว่าจะได้รับบริการนั้นน้อยที่สุด หรือเห็นด้วยร้อยละ 81-100

3.3 เกณฑ์การแปลผลคะแนนตามความคิดเห็น

คะแนนความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล HA เมื่อนำมาคำนวณช่วงการวัด ดังนี้ (Best, 1977:174)

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงการวัด} &= \text{คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด} / \text{จำนวนอันดับ} \\
 &= (5-1) / 3 \\
 &= 1.33
 \end{aligned}$$

ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม คือ

คะแนนเฉลี่ย	1.00-2.33	หมายถึง	อยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.34-3.66	หมายถึง	อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.67-5.00	หมายถึง	อยู่ในระดับมาก

4. การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามซึ่งได้รับการพิจารณาตรวจแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุม และความสอดคล้องของเนื้อหาในแบบสอบถาม แล้วผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

4.2 การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา โดยทดลองใช้กับผู้มารับบริการในงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach Method) ได้ค่าความเที่ยงของความคาดหวังและการรับรู้ = 0.78 และ 0.96 ตามลำดับ

5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

5.1 ผู้วิจัยนำหนังสือราชการจากสำนักบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.2 ชี้แจงเหตุผลการเก็บข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

5.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลในตัวอย่างที่กำหนด ระหว่างวันที่ 1-30 ตุลาคม 2547 โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทั้งสองแห่งที่ได้รับฟังการชี้แจงจนครบตามจำนวน

5.4 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วนถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW โดยวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

6.1 สถิติเชิงพรรณนา

6.1.1 **ข้อมูลส่วนบุคคล** นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตาราง

6.1.2 **การได้รับข้อมูลการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของผู้รับบริการ** นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตาราง

6.1.3 **ข้อมูลความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ** วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งโดยรวม รายด้านและรายข้อ

6.2 สถิติวิเคราะห์

6.2.1 วัดระดับความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการของผู้รับบริการ โดยรวมและรายด้าน โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

6.2.2 วัดระดับความแตกต่างค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพ 5 ด้าน กับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุจูงใจ สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล โดยใช้สถิติ One-Way ANOVA และทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ที่แตกต่างกัน (Multiple Comparison) โดยใช้ แอล เอส ดี (LSD) ยกเว้นการวิเคราะห์ความแตกต่างของ 2 กลุ่มระหว่างเพศชายและหญิงจะใช้ สถิติ t-test

6.2.3 วัดระดับความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ 5 ด้าน กับลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุจูงใจ สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล โดยใช้สถิติ One-Way ANOVA และทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ที่แตกต่างกัน (Multiple Comparison) โดยใช้ แอล เอส ดี (LSD) ยกเว้นการวิเคราะห์ความแตกต่างของ 2 กลุ่มระหว่างเพศชายและหญิงจะใช้ สถิติ t-test

6.2.4 วัดระดับความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ 5 ด้านกับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ใช้สถิติ t-test

6.2.5 วัดระดับความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ 5 ด้านกับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ใช้ สถิติ t-test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมแบบสอบถามของผู้ที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร

ที่ผ่านการรับรองกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ยินดีตอบแบบสอบถามและเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ระหว่างวันที่ 1-30 ตุลาคม 2547 จำนวน 196 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุสนใจในการมารับบริการ สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ระดับของความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามคุณลักษณะของผู้รับบริการ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามคุณลักษณะของผู้รับบริการ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 **คุณลักษณะของผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการในรอบ 1 ปี เหตุจูงใจ สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลและ การรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล**

ตารางที่ 4.1 **จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามคุณลักษณะของผู้รับบริการ**

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	73	37.4
	หญิง	123	32.6
2. อายุ	16-30 ปี	31	15.9
	31-40 ปี	49	25.1
	41-50 ปี	35	18.1
	51-60 ปี	34	17.2
	> 60 ปี	47	23.8
	$\bar{X} = 42.22$ $SD. = 15.39$ $Min = 16$ $Max = 79$		
3. สถานภาพสมรส	โสด	49	25.1
	คู่	118	60.4
	หม้าย หย่า แยก	29	14.5
4. การศึกษา	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	29	15.0
	มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	64	32.6
	อนุปริญญา หรือ ปวส.	29	15.0
	ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	74	37.4

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
5. รายได้ต่อเดือน (บาท)		
< 10,000	49	25.1
10,000 – 20,000	55	27.8
> 20,000	92	47.1
6. จำนวนครั้งที่มารับบริการในรอบปี		
ครั้งแรก	42	21.6
2-3 ครั้ง	47	23.8
4-5 ครั้ง	26	13.2
มากกว่า 5 ครั้ง	81	41.4
7. เหตุจูงใจในการมารับบริการ		
คำบอกเล่าของผู้อื่น	25	12.8
ตามความต้องการของตนเอง	53	27.0
มีความสะดวกในการมารับบริการ	31	15.8
สามารถใช้สิทธิสวัสดิการหรือ 30 บาท	56	28.6
แพทย์นัดหรือโรงพยาบาลอื่นส่งตัวมา	28	14.3
โรงพยาบาลได้รับ HA	3	1.5
8. สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล		
จ่ายเงินเอง	30	15.3
ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	122	62.2
ประกันสังคม	15	7.7
ใช้สิทธิ 30 บาท	27	13.8
ประกันภัย	2	1.0

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.9 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 36.1 อายุส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 31-40 ปี คิดเป็น ร้อยละ 24.8 รองลงมา อยู่ในช่วงมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.6 และช่วงอายุ 41-50 ปี และ 51-60 ปี ร้อยละ 18.8 และ 18.0 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 42.22 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.39 ปี ค่าต่ำสุด 16 ปี ค่าสูงสุด 79 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 60.4 รองลงไปคือ สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 25.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 37.4 รองลงมา มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือ ปวช. ร้อย ละ 32.3 ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 47.1 รองลงมา มีรายได้ในช่วง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 27.8 จำนวนครั้งของการใช้บริการของโรงพยาบาลในรอบปี ที่ผ่านมามากที่สุดคือ มากกว่า 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 41.4 รองลงมา คือ 2-3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.1 เหตุจูงใจในการมารับบริการที่โรงพยาบาลมากที่สุด คือ การมาใช้สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือ สิทธิ 30 บาท คิดเป็นร้อยละ 28.6 และรองลงมา คือ ตามความต้องการของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 27.0 มีเพียงร้อยละ 1.5 ที่มารับบริการเนื่องจากโรงพยาบาลผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (ได้รับ HA) ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในรักษาพยาบาลหรือสิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลมากที่สุด คือ การใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล ร้อยละ 62.2 รองลงมา คือ จ่ายเงินเอง ร้อยละ 15.3

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการ จำแนกตามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการ รับรองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการรับรองฯ	จำนวน	ร้อยละ
1. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้การพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล เช่น HA, ISO		
ทราบว่ามี การให้ การรับรองฯ	83	36.6
ไม่ทราบหรือไม่เคยได้ยินว่ามี การให้ การรับรองฯ	144	63.4
2. การได้รับข้อมูลว่าโรงพยาบาลที่มารับบริการ ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (HA)		
ทราบว่าโรงพยาบาลได้รับ HA	53	23.3
ไม่ทราบ หรือทราบว่าโรงพยาบาลไม่ได้ HA	174	76.7

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ ไม่ทราบหรือไม่เคยได้ยินว่ามีกรให้การ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เช่น HA, ISO และไม่ทราบว่าโรงพยาบาลที่มารับบริการเป็น โรงพยาบาลที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ได้รับ HA) มีเพียง ร้อยละ 36.6 ที่ทราบว่ามีการ ให้การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA และร้อยละ 23.3 ทราบว่าโรงพยาบาล ที่มารับบริการผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (ได้รับ HA)

ส่วนที่ 2 ระดับของความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ และการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

ตารางที่ 4.3 ระดับของความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพการบริการของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนา และรับรองคุณภาพ จำแนกตามคุณภาพบริการเป็นรายด้านและโดยรวม

ด้านที่	คุณภาพบริการ	ความคาดหวัง ของผู้รับบริการ		ระดับของ ความคาดหวัง
		\bar{X}	SD	
1	ความเป็นรูปธรรมของบริการ	3.99	0.88	มาก
2	ความเชื่อถือไว้วางใจได้	4.01	0.90	มาก
3	การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	4.01	0.82	มาก
4	การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	4.05	0.86	มาก
5	ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ	3.99	0.93	มาก
	คุณภาพบริการ โดยรวม	4.02	0.85	มาก

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ระดับความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการของผู้รับบริการในงาน ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนา และรับรองคุณภาพ โดยรวมและรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4.4 ระดับของการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการบริการของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ จำแนกตามคุณภาพบริการเป็นรายด้าน

ด้านที่	คุณภาพบริการ	การรับรู้ ของผู้รับบริการ		ระดับของ การรับรู้
		\bar{X}	SD.	
1.	ความเป็นรูปธรรมของบริการ	3.57	0.86	ปานกลาง
2.	ความเชื่อถือไว้วางใจได้	3.62	0.96	ปานกลาง
3.	การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	3.50	0.90	ปานกลาง
4.	การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	3.62	0.83	ปานกลาง
5.	ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ	3.49	0.92	ปานกลาง
คุณภาพบริการโดยรวม		3.56	0.81	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ระดับของการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการบริการของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ โดยรวมและรายด้านทุกด้านในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการเป็นรายด้านและโดยรวม

ด้านที่	คุณภาพบริการ	ความคาดหวัง		การรับรู้		t	p-value
		\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.		
1.	ความเป็นรูปธรรมของบริการ	3.99	0.88	3.57	0.86	0.61	<0.001***
2.	ความเชื่อถือไว้วางใจได้	4.05	0.99	3.62	0.97	0.45	<0.001***
3.	การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	4.01	0.90	3.50	0.90	0.55	<0.001***
4.	การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	4.05	0.86	3.62	0.83	0.63	<0.001***
5.	ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ	3.99	0.93	3.49	0.92	0.61	<0.001***
	คุณภาพบริการ โดยรวม	4.02	0.85	3.56	0.81	0.62	<0.001***

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากตารางที่ 4.5 พบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ พบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยรวม และรายด้านทุกด้าน สูงกว่าการรับรู้ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังนั้น ผู้รับบริการมีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ โดยรวมและรายด้านแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.6 ช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการเป็นรายด้านและโดยรวม

ด้านที่	คุณภาพบริการ	ช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ (ผลต่างของค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้)
1.	ความเป็นรูปธรรมของบริการ	0.42
2.	ความเชื่อถือไว้วางใจได้	0.43
3.	การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	0.51
4.	การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	0.43
5.	ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ	0.50
	รวม	0.46

จากตารางที่ 4.6 พบว่า มีช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการทุกด้าน โดยช่องว่างที่กว้างที่สุด คือ ช่องว่างด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ และแคบที่สุด คือ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามคุณลักษณะของผู้รับบริการ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล

3.1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับ
คุณภาพบริการ จำแนกตามคุณลักษณะของผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ
การศึกษา รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุจูงใจ สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามเพศของ
ผู้รับบริการ

เพศ	ความคาดหวัง		t	p-value
	\bar{X}	SD.		
ชาย	4.03	0.69	0.14	0.89
หญิง	4.01	0.93		

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ผู้รับบริการเพศชาย มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพ
บริการสูงกว่า เพศหญิง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามอายุของผู้รับบริการ

อายุ(ปี)	ความคาดหวัง		F ratio	p-value
	\bar{X}	SD.		
16-30	3.90	0.62	0.35	0.85
31-40	4.07	0.69		
41-50	4.12	1.00		
51-60	3.96	0.85		
>60	4.00	1.02		

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงที่สุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 16-30 ปี เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งห้ากลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามสถานภาพสมรสของผู้รับบริการ

สถานภาพสมรส	ความคาดหวัง		F ratio	p-value
	\bar{X}	SD.		
โสด	3.96	0.68	0.62	0.54
คู่	4.02	0.90		
หม้าย หย่า แยก	4.17	0.89		

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่สถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงที่สุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสโสด เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสามกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามระดับการศึกษาของผู้รับบริการ

ระดับการศึกษา	ความคาดหวัง		F ratio	p-value
	\bar{X}	SD.		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	3.96	1.29	0.51	0.60
มัธยมศึกษาหรือ ปวช.	3.97	0.71		
อนุปริญญาหรือ ปวส.	4.24	0.76		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4.04	0.76		

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่มีระดับการศึกษา อนุปริญญา หรือ ปวส. มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงสุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มที่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสี่กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามรายได้ต่อเดือนของผู้รับบริการ

รายได้ต่อเดือน (บาท)	ความคาดหวัง		F ratio	p-value
	\bar{X}	SD.		
<10,000	4.13 ^{ab}	0.75	6.15	0.008***
10,000 - 20,000	3.71 ^a	1.09		
>20,000	4.15 ^b	0.68		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

a = คู่ที่ต่างกันคู่ที่ 1 b = คู่ที่ต่างกันคู่ที่ 2

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท ต่อเดือนมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงที่สุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มที่มีรายได้ 10,000 – 20,000 บาทต่อเดือน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสามกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือน <10,000 บาท มีความแตกต่างกับอีกสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามจำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้รับบริการในรอบ 1 ปี

จำนวนครั้งที่มารับบริการในรอบ 1 ปี	ความคาดหวัง		F ratio	p-value
	\bar{X}	SD.		
ครั้งแรก	4.07	0.84	0.25	0.86
2-3 ครั้ง	3.91	0.85		
4-5 ครั้ง	4.03	0.64		
> 5 ครั้ง	4.05	0.92		

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่มารับบริการครั้งแรก มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงที่สุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มที่มารับบริการ 2-3 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสี่กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามสิทธิ
สวัสดิการการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ

สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาล	ความคาดหวัง		F ratio	p-value
	\bar{X}	SD.		
จ่ายเงินเอง	3.55 ^{a,b,c}	0.87	15.86	<0.001***
สิทธิสวัสดิการข้าราชการฯ	4.08 ^a	0.83		
ประกันสังคมหรือประกันภัย 30 บาท	4.28 ^b	0.93		
	4.11 ^c	0.71		

*** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

a = คู่ที่ต่างกันคู่ที่ 1

b = คู่ที่ต่างกันคู่ที่ 2

c = คู่ที่ต่างกันคู่ที่ 3

จากตารางที่ 4.13 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่ใช้สิทธิประกันสังคมหรือประกันภัยมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงที่สุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มจ่ายเงินเอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสี่กลุ่ม พบว่า กลุ่มจ่ายเงินเองมีความแตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 4.14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามเหตุจูงใจของผู้รับบริการ

เหตุจูงใจ	ความคาดหวัง		F ratio	p-value
	\bar{X}	SD.		
คำบอกเล่าจากผู้อื่น	3.99	0.88	0.66	0.66
ความต้องการของตนเอง	4.05	0.99		
มีความสะดวกในการมารับบริการ	4.01	0.90		
สามารถใช้สิทธิสวัสดิการต่างๆได้	4.05	0.86		
แพทย์นัดหรือโรงพยาบาลอื่นส่งตัวมา	3.99	0.93		

จากตารางที่ 4.14 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มเหตุจูงใจจากสามารถใช้สิทธิสวัสดิการต่างๆได้และความต้องการของตนเอง มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงที่สุด และต่ำที่สุดคือ กลุ่มคำบอกเล่าจากผู้อื่นและแพทย์นัดหรือโรงพยาบาลอื่นส่งตัวมา เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสี่กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับ
 คุณภาพบริการ จำแนกตามการได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
 โรงพยาบาล

ตารางที่ 4.15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามการได้รับ
 ข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เช่น
 HA, ISO

การได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เช่น HA, ISO	ความคาดหวัง		t	p-value
	\bar{X}	SD.		
ทราบหรือเคยได้ยิน	4.10	0.83	1.05	0.30
ไม่ทราบหรือไม่เคยได้ยิน	3.97	0.86		

จากตารางที่ 4.15 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่ทราบหรือเคยได้ยินเกี่ยวกับการพัฒนาและ
 รับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงกว่า กลุ่มที่ไม่ทราบ
 หรือไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ
 ทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามการได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับโรงพยาบาลที่มารับบริการเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ(ได้รับ HA)

การได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับโรงพยาบาลที่มารับบริการเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (ได้รับ HA)	ความคาดหวัง		t	p-value
	\bar{X}	SD.		
ทราบว่าโรงพยาบาลได้รับ HA	4.07	0.77	0.50	0.62
ไม่ทราบหรือทราบว่าโรงพยาบาลไม่ได้รับ HA	4.01	0.87		

จากตารางที่ 4.16 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่ทราบว่าโรงพยาบาลที่มารับบริการได้รับ HA มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงกว่า กลุ่มที่ไม่ทราบหรือทราบว่าโรงพยาบาลที่มารับบริการไม่ได้รับ HA เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการจำแนกตามคุณลักษณะของผู้รับบริการ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

4.1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามคุณลักษณะของผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุฉุกเฉิน สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 4.17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามเพศของผู้รับบริการ

เพศ	การรับรู้		t	p-value
	\bar{X}	SD.		
ชาย	3.62	0.76	1.08	0.28
หญิง	3.52	0.84		

จากตารางที่ 4.17 พบว่า ผู้รับบริการเพศชาย มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงกว่าเพศหญิง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามอายุของผู้รับบริการ

อายุ(ปี)	การรับรู้		F ratio	p-value
	\bar{X}	SD.		
16-30	3.44 ^a	0.69	2.45	0.05*
31-40	3.51 ^b	0.63		
41-50	3.43 ^c	0.80		
51-60	3.41 ^d	0.71		
>60	3.88 ^{a,b,c,d}	1.03		

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

a = คู่ที่ต่างกันคู่ที่ 1 b = คู่ที่ต่างกันคู่ที่ 2 c = คู่ที่ต่างกันคู่ที่ 3 d = คู่ที่ต่างกันคู่ที่ 4

จากตารางที่ 4.18 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่มีอายุ >60 ปี มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงที่สุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 16-30 ปี เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งห้ากลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามสถานภาพสมรสของผู้รับบริการ

สถานภาพสมรส	การรับรู้		F ratio	p-value
	\bar{X}	SD.		
โสด	3.43	0.71	2.86	0.06
คู่	3.56	0.84		
หม้าย หย่า แยก	3.87	0.78		

จากตารางที่ 4.19 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่สถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงที่สุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสโสด เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสามกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามระดับการศึกษาของผู้รับบริการ

ระดับการศึกษา	การรับรู้		F ratio	p-value
	\bar{X}	SD.		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	3.52	1.14	1.36	0.26
มัธยมศึกษาหรือ ปวช.	3.63	0.86		
อนุปริญญาหรือ ปวส.	3.82	0.59		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3.47	0.64		

จากตารางที่ 4.20 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่มีระดับการศึกษา อนุปริญญา หรือ ปวส. มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงที่สุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามรายได้ต่อเดือนของผู้รับบริการ

รายได้ต่อเดือน (บาท)	การรับรู้		F ratio	p-value
	\bar{X}	SD.		
< 10,000	3.63	0.74	1.22	0.28
10,000 - 20,000	3.42	0.98		
>20,000	3.59	0.70		

จากตารางที่ 4.21 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่มีรายได้ <10,000 บาท ต่อเดือนมีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงที่สุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มที่มีรายได้ 10,000 – 20,000 บาท ต่อเดือน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสามกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.22 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามจำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้รับบริการในรอบ 1 ปี

จำนวนครั้งที่มารับบริการในรอบ 1 ปี	การรับรู้		F ratio	p-value
	\bar{X}	SD.		
ครั้งแรก	3.50	0.82	0.16	0.92
2-3 ครั้ง	3.53	0.66		
4-5 ครั้ง	3.61	0.58		
> 5 ครั้ง	3.59	0.94		

จากตารางที่ 4.22 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่มารับบริการ 4-5 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงที่สุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มที่มารับบริการครั้งแรก เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.23 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามสิทธิสวัสดิการ
การรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ

สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาล	การรับรู้		F ratio	p-value
	\bar{X}	SD.		
จ่ายเงินเอง	3.27	0.84	8.38	0.08
สิทธิสวัสดิการข้าราชการฯ	3.57	0.83		
ประกันสังคมหรือประกันภัย	3.98	0.72		
30 บาท	3.60	0.66		

จากตารางที่ 4.23 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่ใช้สิทธิประกันสังคมหรือประกันภัย มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงที่สุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มจ่ายเงินเอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสี่กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างจากกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.24 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามเหตุจูงใจของผู้รับบริการ

เหตุจูงใจ	การรับรู้		F ratio	p-value
	\bar{X}	SD.		
คำบอกเล่าจากผู้อื่น	3.57	0.86	1.08	0.37
ความต้องการของตนเอง	3.16	0.97		
มีความสะดวกในการมารับบริการ	3.50	0.90		
สามารถใช้สิทธิสวัสดิการต่างๆได้	3.62	0.83		
แพทย์นัดหรือโรงพยาบาลอื่นส่งตัวมา	3.49	0.92		

จากตารางที่ 4.24 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่มารับบริการตามความต้องการของตนเอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงที่สุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มแพทย์นัดหรือโรงพยาบาลอื่นส่งตัวมา เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสี่กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับ
คุณภาพบริการ จำแนกตามการได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล

ตารางที่ 4.25 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามการได้รับข้อมูลของ
ผู้รับบริการเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เช่น HA, ISO

การได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เช่น HA, ISO	การรับรู้		t	p-value
	\bar{X}	SD.		
ทราบหรือเคยได้ยินเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล เช่น HA, ISO	3.49	0.77	-0.84	0.38
ไม่ทราบหรือไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับการพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล เช่น HA, ISO	3.60	0.85		

จากตารางที่ 4.25 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่ทราบหรือเคยได้ยินเกี่ยวกับการพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล เช่น HA, ISO มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงกว่า
กลุ่มที่ไม่ทราบหรือไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เช่น HA, ISO
เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.26 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ จำแนกตามการได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับโรงพยาบาลที่มารับบริการ เป็น โรงพยาบาลที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ได้รับ HA)

การได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการโรงพยาบาล ที่มารับบริการว่าเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านกระบวนการพัฒนา และรับรองคุณภาพ (ได้รับ HA)	การรับรู้		t	p-value
	\bar{X}	SD.		
ทราบว่าคุณภาพได้รับ HA	3.41	0.65	-1.45	0.15
ไม่ทราบหรือทราบว่าโรงพยาบาลไม่ได้รับ HA	3.61	0.85		

จากตารางที่ 4.26 พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่ทราบว่าโรงพยาบาลที่มารับบริการได้รับ HA มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงกว่า กลุ่มที่ไม่ทราบหรือทราบว่าโรงพยาบาลที่มารับบริการไม่ได้รับ HA เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ใช้วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey) ที่ศึกษา คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ สรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 **วัตถุประสงค์การวิจัย** เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกและการได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล วัตถุประสงค์ของความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ ตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับบริการและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

1.2 **ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ จำนวน 196 คน

1.3 **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิจัย** เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โดยดัดแปลงจาก เครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพบริการ ที่เรียกว่า SERVQUAL จำนวน 37 ข้อ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) และนำเครื่องมือไปทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยนำเครื่องมือไปทดสอบกับผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยวิธีของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของความคาดหวัง = 0.78 และการรับรู้ = 0.96

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ที่แผนกเวชระเบียน ใช้เวลาเก็บข้อมูล 20 วัน ระหว่างวันที่ 1- 30 ตุลาคม 2547 โดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่แต่ละ

โรงพยาบาลช่วยแจกแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยคอยให้คำแนะนำในการตอบแบบสอบถามและรวบรวมกลับคืนจำนวนทั้งสิ้น 196 ชุด

1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา t-test, Paired t-test, ANOVA และทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ด้วย LSD

1.6 สรุปผลการวิจัย

1.6.1 ลักษณะของประชากร ผู้รับบริการที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย 42.22 ปี สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มารับบริการในรอบปีมากกว่า 5 ครั้ง โดยมีเหตุจูงใจ คือ การที่สามารถใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลต่างๆ เช่น 30 บาท ประกันสังคม สิทธิสวัสดิการข้าราชการ ฯลฯ โดยใช้สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลประเภท สิทธิสวัสดิการข้าราชการมากที่สุด

1.6.2 ส่วนของความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ ผลการวิจัยพบว่ามีความคาดหวังทั้งโดยรวมและรายด้านในระดับปานกลางและการรับรู้ทั้งโดยรวมและรายด้านระดับมาก โดยช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ที่กว้างที่สุด คือ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ(0.51) รองลงมา คือ ด้านความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (0.50) ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้และการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการมีค่าเท่ากัน (0.43) และน้อยที่สุด คือ ความเป็นรูปธรรมของบริการ(0.42)

1.6.3 คุณลักษณะที่แตกต่างกันของผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่มาใช้บริการ รายได้ต่อเดือน เหตุจูงใจ และสิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันนั้น ผลการวิจัยพบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่มาใช้บริการ เหตุจูงใจที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ยกเว้น อายุ ที่ทำให้มีการรับรู้ที่แตกต่างกันตามกลุ่มอายุอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้รับบริการที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความแตกต่างของระดับการรับรู้แตกต่างกับกลุ่มอายุอื่นๆ ส่วนความคาดหวังไม่มีความแตกต่างกัน

รายได้ต่อเดือน เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานะทางเศรษฐกิจที่สำคัญของผู้รับบริการ และมีผลต่อการเข้าถึงบริการ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้รับบริการพบว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีการรับรู้ที่ไม่แตกต่างกัน

สิทธิคุ้มครองด้านการรักษา ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการที่มีสิทธิคุ้มครองด้านการรักษาต่างกัน มีความคาดหวังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเองจะมีความคาดหวังแตกต่างจากกลุ่มอื่น แต่มีการรับรู้ที่ไม่ต่างกัน

1.6.4 การได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่ทราบหรือไม่เคยได้ยินว่ามีกรให้การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและไม่ทราบว่า โรงพยาบาลที่มารับบริการเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (ได้รับ HA) และผู้รับบริการที่มารับบริการด้วยเหตุจูงใจ เนื่องจากโรงพยาบาลที่มารับบริการเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (ได้รับ HA) มีเพียงร้อยละ 1.5

1.6.5 ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่ามีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่ต่างกัน

2. อภิปรายผล

2.1 ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ มีระดับที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัย พบว่า ความคาดหวังของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก และการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยการรับรู้มีค่าน้อยกว่าความคาดหวัง อธิบายได้ว่าการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเต็มความคาดหวัง (Zeithamal, et al.,

1990: 18-20) โดยทั่วไปแล้วบุคคลจะมีความคาดหวังสูงกว่าความเป็นจริงที่ได้รับ หากบุคคลได้รับผลลัพธ์หรือความสำเร็จตามความคาดหวัง ระดับความคาดหวังในครั้งต่อไปก็จะสูงขึ้นเรื่อยๆ (สถิติ วงศ์สุวรรณ 2539: 514-516) และความคาดหวังของบุคคลนั้นเป็นผลจากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา การได้รับคำบอกเล่าต่อกันมา ตามความต้องการของตนเองและการได้รับข้อมูลข่าวสาร (Zeithamal, et al., 1990:37) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยูสเซฟและคนอื่นๆ (Youssef, et al., 1996: 15-38) และแอนเดอร์สัน (Anderson, 1995: 32-37) ที่พบว่า คุณภาพบริการนั้นแปรตามความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการซึ่งอาจนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดังนั้น การที่จะให้ผู้รับบริการได้รับรู้บริการในระดับมาก จะต้องมีการจัดบริการที่ทำให้โดยคำนึงถึงความคาดหวังของผู้รับบริการด้วย บริการนั้นจะต้องสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพจากเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ เป็นบริการที่มีความเสมอภาคกัน มีมนุษยสัมพันธ์ มีความเอื้อเฟื้อ แสดงออกถึงความมีเมตตาและเคารพในสิทธิผู้ป่วย

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการเป็นรายด้าน พบว่า มีช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ใกล้เคียงกัน โดยด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการมีช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้มากที่สุด (0.51) รองลงไปคือ ด้านความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (0.50) ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้และการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการมีค่าเท่ากัน (0.43) และน้อยที่สุดคือ ความเป็นรูปธรรมของบริการ(0.42)

ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.01 และมีการรับรู้ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.50 ซึ่งทำให้มีช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้มากที่สุด = 0.51 อาจเนื่องจากผู้รับบริการรับรู้ว่าเป็นเจ้าหน้าที่ให้บริการล่าช้า ไม่ทั่วถึง ไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการได้เท่าที่ต้องการ เนื่องจาก ผู้มาใช้บริการมีจำนวนมาก ในขณะที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีจำนวนน้อย ทำให้ต้องใช้เวลาในการรอรับบริการนานกว่าที่ผู้รับบริการคาดหวังไว้ เกิดความไม่สะดวก ความแออัด การให้บริการไม่ทั่วถึง ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ที่พบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการในด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการในระดับมาก และมีการรับรู้ระดับปานกลาง เซทามัลและคนอื่นๆ กล่าวว่า ผู้ให้บริการควรมีการเตรียมพร้อมและเต็มใจให้บริการอย่างทันทีทันใด สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ (Zeithamal, et al.,1990:21)

ด้านความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.99 และมีการรับรู้ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.49 ช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ = 0.50 อธิบายว่า ผู้รับบริการรับรู้ว่าเจ้าหน้าที่แสดงออกถึงความเอาใจใส่เห็นอกเห็นใจต่อความเจ็บป่วยน้อยกว่าที่คาดหวัง เนื่องจาก เจ้าหน้าที่เกิดความเคยชินต่อสภาพความเจ็บป่วยต่างๆ และความเร่งรีบในการปฏิบัติงานเพื่อให้ทันกับเวลาและจำนวนผู้ป่วยที่มีมากในแต่ละวัน ทำให้เกิดความเครียด การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจจึงน้อยกว่าที่ผู้รับบริการต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ อรรถชัย ภูมาพันธ์ ที่กล่าวว่า หากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการแสดงความสนใจ ใจใส่ต่อภาวะการเจ็บป่วยและกระตือรือร้นให้การดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ถูกต้อง พฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยลดความเครียดทางอารมณ์อันเกิดจากการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ และญาติได้ ซึ่งความรู้สึกเหล่านั้น ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และความรู้สึกไม่สบาย สิ่งเหล่านี้จะบั่นทอนจิตใจทำให้ความอดทนต่อสิ่งต่างๆ น้อยลง (อรรถชัย ภูมาพันธ์ 2538: 68-71)

ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ ผลการวิจัย พบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวัง ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.05 และมีการรับรู้ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.62 ช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ = 0.43 อธิบายว่า ความจำกัดด้านเวลาและบุคลากรที่มีจำนวนน้อย ทำให้การอธิบาย สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่พอเพียง เป็นผลให้ผู้รับบริการไม่ทราบว่าการที่ได้รับความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้เพียงใด เทนเนอร์และดีโทโร กล่าวว่า ความเชื่อถือไว้วางใจได้ของผู้รับบริการเกิดเนื่องจากความสามารถในการให้บริการที่ตรงตามสัญญาที่ให้ไว้ ผู้รับบริการมีความรู้สึกว่าบริการนั้นถูกต้องเหมาะสม (Tenner&Detoro,1992: 65) และในการบริการทางสุขภาพนั้น ผู้รับบริการไม่มีความรู้ว่าการให้บริการนั้น มีความถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ เนื่องจากไม่มีความรู้ในด้านสุขภาพเท่ากับผู้ให้บริการ การอธิบาย สื่อสาร ให้ผู้รับบริการเข้าใจจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ผลการวิจัย พบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.05 และมีการรับรู้ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.62 ช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ = 0.43 อธิบายว่า ผู้รับบริการยังมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการให้บริการไม่เท่ากับที่คาดหวัง เนื่องจาก จำนวนผู้รับบริการที่มากในแต่ละวัน ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจำเป็นต้องทำงานด้วยความเร่งรีบ อาจเกิดความผิดพลาดได้ และเนื่องจากเป็นสถาบันผู้ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ เช่น นักเรียนแพทย์ นักเรียนพยาบาล ซึ่งมีการเรียนรู้กับ ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยจริง จึงมีผลต่อความมั่นใจของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับ สอดคล้องกับงานวิจัยของบ็อบ (Bopp 1990: 6-16) และเทนเนอร์และดีโทโร (Tenner&Detoro 1992: 65) ที่กล่าวว่า การบริการด้านการรักษาพยาบาลนั้น ผู้ให้บริการควรเป็นผู้ที่มีทักษะ ความรู้ความสามารถเป็น

อย่างดี สามารถทำให้ผู้รับบริการสามารถไว้วางใจในบริการที่ให้ไว้ได้ และ ความมั่นใจของผู้รับบริการเกิดจาก ท่าทาง ทักทาย ความรู้ความสามารถในการให้บริการ และ ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพ มีกิริยาท่าทางและมารยาทที่ดีในการบริการ สามารถที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่ดีที่สุด

ความเป็นรูปธรรมของบริการ ผลการวิจัย พบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวัง ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.99 และการรับรู้ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.57 ช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ = 0.42 อธิบายว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวัง สูงกว่าการรับรู้ เนื่องจาก จำนวนผู้รับบริการที่มีมากทำให้เกิดความไม่สะดวกสบาย ความแออัด คับคั่ง เกิดความไม่พอเพียงของสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น ที่นั่งพักรอ ห้องสุขา และเนื่องจากโรงพยาบาลได้เปิดให้บริการมานาน อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ จึงอยู่ในสภาพเก่า แต่ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้บริการมีช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ในด้านนี้น้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยูสเซฟและคนอื่นๆ ที่พบว่า ผู้ให้บริการให้ความสำคัญแก่ด้านนี้น้อยกว่าด้านอื่นๆ (Youssef, et al., 1996: 15-28)

2.2 ผู้รับบริการที่มีคุณลักษณะต่างกันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่มารับบริการ รายได้ต่อเดือน เหตุจูงใจ และสิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล มีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ รายละเอียด ดังนี้

2.2.1 เพศ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังโดยรวมของผู้รับบริการ พบว่า เพศชายมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังสูงกว่าเพศหญิง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้รับบริการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการรับรู้โดยรวมของผู้รับบริการ เพศชายมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โดยรวมสูงกว่าเพศหญิง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ของทั้งสองเพศ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ที่พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่ต่างกัน ความคาดหวังของผู้รับบริการนั้น เกิดจากการได้รับบริการในคราวก่อน คำบอกเล่าปากต่อปาก หรือการโฆษณาประชาสัมพันธ์จากผู้ให้บริการ (นันทวัน เหลี่ยมปรีชา 2538: 24-30) และการจัดบริการผู้ป่วยนอกนั้นไม่ได้แบ่งแยกตามเพศของผู้รับบริการ ยกเว้นแผนกสูติ นรีเวชกรรม

ดังนั้น ความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการจึงไม่แตกต่างตามเพศของผู้รับบริการ

2.2.2 อายุ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังโดยรวมของผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มอายุ 41-50 ปี มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มอายุ น้อยกว่าเท่ากับ 30 ปี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคาดหวังโดยรวมของผู้รับบริการ

พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ที่พบว่า อายุที่ต่างกันมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่ต่างกัน และความคาดหวังเกิดจากสื่อสารจากผู้ให้บริการผ่านช่องทางต่างๆ ดังนั้นผู้รับบริการส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร จึงมีโอกาสในการได้รับการสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่ใกล้เคียงกัน เป็นผลให้ความคาดหวังไม่แตกต่างกัน

ในส่วนของการรับรู้ พบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการรับรู้โดยรวมของผู้รับบริการ ผู้รับบริการกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และต่ำที่สุด คือ กลุ่มอายุ 51-60 ปี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้โดยรวมของผู้รับบริการทั้ง 5 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้รับบริการที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีการรับรู้ที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้รับบริการที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การใช้บริการของโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มอื่น จึงเกิดความเคยชินกับขั้นตอนการให้บริการบริการมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา เหลี่ยมวรานุกร (2540) ที่พบว่า ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกันมีผลทำให้การรับรู้คุณภาพบริการต่างกัน และการรับรู้เป็นผลจากกระบวนการแปลความหมายจากสิ่งทีบุคคลรับสัมผัสจากสิ่งเร้าภายนอก โดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเป็นเครื่องช่วยแปลความหมาย สิ่งนั้นออกมาเป็นความรู้ ความเข้าใจตามความรู้สึกลึกของตนเอง

ดังนั้น ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกันความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่ต่างกันแต่มีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการต่างกัน

2.2.3 สถานภาพสมรส ผลการวิจัยพบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังโดยรวมของผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการที่มีสถานภาพ หม้าย หย่า แยก มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังโดยรวมสูงสุด และต่ำสุด คือ กลุ่มสถานภาพโสด เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้รับบริการทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ที่พบว่า ผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความคาดหวังไม่ต่างกัน

ในส่วนของการรับรู้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการโดยรวมสูงสุด กลุ่มสถานภาพโสด มีค่าเฉลี่ยการรับรู้โดยรวม ต่ำสุด เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ของผู้รับบริการทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายว่า การบริการผู้ป่วยนอกนั้นมีการจัดบริการโดยแบ่งประเภทและโรคตามความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล มิได้แบ่งตามสถานภาพสมรสของผู้รับบริการ ผู้รับบริการจึงมีการรับรู้โดยรวมไม่ต่างกัน (กันยา สุวรรณแสง 2536: 35)

ดังนั้น ผู้รับบริการที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน

2.2.4 ระดับการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้รับบริการ ผู้รับบริการกลุ่มที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือ ปวส. มีค่าสูงที่สุด ต่ำที่สุด คือกลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของทั้ง 4 กลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายว่า ผู้รับบริการกลุ่มประถมศึกษาหรือต่ำกว่า เป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำที่สุด มีผลทำให้มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่าทุกกลุ่ม และผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ต่ำ มีความจำกัดในการเข้าถึงแหล่งบริการหรือไม่สามารถเลือกแหล่งรักษาพยาบาลได้ตามความต้องการ จึงทำให้มีประสบการณ์การใช้แหล่งบริการทางการแพทย์น้อยกว่ากลุ่มอื่น จึงทำให้มีความคาดหวังที่ต่ำกว่าทุกกลุ่ม

ในส่วนของ การรับรู้ พบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการรับรู้โดยรวมของผู้รับบริการ ผู้รับบริการกลุ่มที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือ ปวส. มีค่าเฉลี่ยการรับรู้โดยรวมสูงสุด ต่ำสุด คือ กลุ่มการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ ของทั้ง 4 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายว่า ผู้รับบริการกลุ่มระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่มีความหลากหลายกว่า จึงทำให้มีประสบการณ์การรับบริการจากแหล่งบริการอื่นๆ เช่น คลินิก โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีการบริการที่ต่างจากโรงพยาบาลรัฐบาลที่มารับบริการ ทำให้การรับรู้ต่อคุณภาพบริการต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ และกลุ่มที่มีการรับรู้สูงที่สุด คือ กลุ่มอนุปริญญาหรือ ปวส. อธิบายว่า การรับรู้คุณภาพบริการนั้น เกิดจากการติดต่อสื่อสารจากผู้ให้บริการสู่ผู้รับบริการ (ช่องว่างที่ 4) ซึ่งผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าน่าจะมีผลต่อการได้รับทราบและทำความเข้าใจต่อข้อมูลที่ได้รับ (รัชชชดา น้ำสมบุญ 2541: 26) ซึ่งกลุ่มอนุปริญญาหรือ ปวส. เป็นกลุ่มที่ได้รับการศึกษาในระดับที่น่าจะทำให้มีความเข้าใจและเกิดการรับรู้ในบริการที่ได้รับ แต่นอกจากการสื่อสารและทำความเข้าใจแล้ว การรับรู้ยังเป็นการศึกษาความหมายโดยใช้ประสบการณ์เดิมด้วย จึงทำให้กลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสในการเข้าถึงแหล่งบริการอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกมากกว่ากลุ่มอื่นและเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การใช้บริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมาก มีการรับรู้ที่ต่ำกว่าทุกกลุ่ม

ดังนั้น ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่ต่างกัน

2.2.5 รายได้ต่อเดือน ผลการวิจัยพบว่าเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังโดยรวมของผู้รับบริการ ผู้รับบริการกลุ่มรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มีค่าเฉลี่ย สูงสุด และต่ำสุด คือกลุ่มที่มีรายได้ 10,000-20,000 บาท ต่อเดือน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ

ค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้รับบริการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีความคาดหวังที่แตกต่างจากทุกกลุ่ม อธิบายได้ว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้มากกว่า 20,000 ต่อเดือน น่าจะเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การ ได้รับการรักษาพยาบาลจากแหล่งบริการที่มีความหลากหลายกว่ากลุ่มอื่นๆ มีโอกาสได้รับทราบ ข่าวสารการประชาสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มอื่น ทำให้เกิดความคาดหวังสูงกว่า ส่วนกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน เป็นกลุ่มที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ทำให้มีข้อจำกัด ในการเข้าถึงแหล่งบริการเอกชน โรงพยาบาลของรัฐบาลจึงเป็นแหล่งบริการที่ผู้รับบริการกลุ่มนี้ จำเป็นต้องใช้บริการ จึงทำให้เกิดความคาดหวังสูงกว่าทุกกลุ่ม และมีความแตกต่างจากทุกกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในส่วนของการรับรู้ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการรับรู้ โดยรวมและรายด้านของผู้รับบริการ ผู้รับบริการกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มี ค่าเฉลี่ยการรับรู้โดยรวมและรายด้านสูงสุด และต่ำสุด คือ กลุ่มรายได้ 10,000-20,000บาทต่อเดือน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ที่พบว่า ผู้รับบริการที่มี รายได้ต่อเดือนต่างกัน มีความคาดหวังต่างกันแต่มีการรับรู้ที่ไม่ต่างกัน

ดังนั้น ผู้รับบริการที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีความคาดหวังเกี่ยวกับ คุณภาพบริการต่างกัน แต่มีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการที่ไม่ต่างกัน

2.2.6 จำนวนครั้งที่มารับบริการ ผลการวิจัย พบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความ คาดหวังโดยรวมของผู้รับบริการ ผู้รับบริการกลุ่มที่มารับบริการในครั้งแรกมีค่าเฉลี่ยความ คาดหวังโดยรวมสูงที่สุด ต่ำที่สุด คือ กลุ่มที่มารับบริการ 2-3 ครั้งในรอบปี เมื่อเปรียบเทียบความ แตกต่างของค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้รับบริการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติอธิบายว่า จำนวนครั้งของการมารับบริการ เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่ได้รับบริการที่ ผ่านมา ซึ่งมีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ตามแนวคิดของจอห์นสันและลิธ (Johnson & Lyth cited in Brown, et al., Eds., 1991: 181-182) และ โฟล์คส์ (Folkes, cited in Rust & Oliver, Eds., 1994:108-110) ที่กล่าวว่า ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับเกิดจาก ประสบการณ์ที่ได้รับบริการที่ผ่านมา หากผู้รับบริการพึงพอใจก็จะกลับมาใช้บริการอีก แต่ ผลการวิจัยที่พบว่า ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งในการมารับบริการที่แตกต่างกัน ความคาดหวังไม่ ต่างกัน น่าจะเนื่องจากผู้รับบริการอาจได้รับข้อมูลข่าวสาร คำบอกเล่า หรืออาจมีประสบการณ์การ ใช้บริการจากสถานพยาบาลที่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลแห่งนี้

ในส่วนของการรับรู้ พบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้รับบริการ กลุ่มที่มารับบริการ 4-5 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ต่ำสุด คือ กลุ่มที่มารับบริการครั้งแรก เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้รับบริการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอธิบายว่า ผู้ที่มารับบริการ 4-5 ครั้ง ต่อปี น่าจะเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้รับบริการกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีความเชื่อถือและไว้วางใจในบริการที่ได้รับสูงกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้สุขภาพดีขึ้นและทางโรงพยาบาลมีการอำนวยความสะดวกสำหรับผู้รับบริการที่แพทย์นัดให้มารับการรักษาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เช่น ไม่ต้องขึ้นบันได อีกทั้งผู้รับบริการมีความเคยชินกับสถานที่เจ้าหน้าที่ และมีประสบการณ์การใช้บริการของส่วนต่างๆ เช่น ห้องจ่ายยา ห้องตรวจพิเศษต่างๆ ทำให้ผู้รับบริการกลุ่มนี้มีการรับรู้สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ สำหรับผู้รับบริการที่มารับบริการมากกว่า 5 ครั้งในรอบปี น่าจะเป็นผู้รับบริการที่มีสภาวะสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่มารับบริการ 4-5 ครั้ง จึงมีความเครียดและเบื่อหน่าย ทำให้การรับรู้ต่ำกว่า แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของทั้ง 4 กลุ่มพบว่า ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งที่มารับบริการในรอบปีที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ที่พบว่า ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการรับบริการที่ต่างกันมีการรับรู้ที่ไม่ต่างกัน ดังนั้น ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการมารับบริการที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการที่ไม่แตกต่างกัน

2.2.7 สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้รับบริการ ผู้รับบริการกลุ่มประกันสังคมหรือประกันภัย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และต่ำสุด คือ กลุ่มจ่ายเงินเอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้รับบริการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อธิบายว่า ผู้รับบริการกลุ่มประกันสังคมหรือประกันภัย เป็นกลุ่มที่ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญในด้านการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีสิทธิในการเลือกลงทะเบียนหรือเลือกรับบริการกับโรงพยาบาลใดก็ได้ตามความต้องการ จึงทำให้ผู้รับบริการกลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคนอื่นๆ (2539: 167) และ แมกนุสเซนและคนอื่นๆ (Magnussen et al. 1998: 94-102) ที่พบว่า ค่ารักษาพยาบาลเป็นเงื่อนไขสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจและเลือกกลับมาใช้บริการอีก ดังนั้น สิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล จึงมีผลโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการ (Accessibility) และความพึงพอใจในบริการ

ในส่วนของการรับรู้ พบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้รับบริการ ผู้รับบริการ กลุ่มประกันสังคมหรือประกันภัย มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สูงสุด และต่ำที่สุด คือ

กลุ่มจ่ายเงินเอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้รับบริการ พบว่า ไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายว่า เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้รับบริการที่มีสิทธิสวัสดิการประเภทใด จึงทำให้ผู้รับบริการมีการรับรู้เกี่ยวกับ คุณภาพบริการที่ไม่ต่างกัน

ดังนั้น ผู้รับบริการที่มีสิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลต่างกัน จึงมีความ คาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการต่างกันแต่มีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ ไม่ต่างกัน

2.2.8 เหตุของใจ ผลการวิจัย พบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังของ ผู้รับบริการ ผู้รับบริการที่มารับบริการเพราะสามารถใช้สิทธิสวัสดิการต่างๆ ได้ มีค่าเฉลี่ยความ คาดหวังสูงสุด ต่ำสุด คือ กลุ่มที่มารับบริการจากคำบอกเล่าของผู้อื่น และเมื่อเปรียบเทียบความ แตกต่างของค่าเฉลี่ยความคาดหวังของทั้ง 5 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ อธิบายว่า ความคาดหวังเกิดจาก คำบอกเล่าปากต่อปาก ความต้องการส่วนบุคคล ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาของผู้รับบริการ และการสื่อสารประชาสัมพันธ์จากผู้ให้บริการสู่ ผู้รับบริการให้รับทราบ และ โฟล์ค (Folk, cited in Rust & Oliver, Eds., 1994: 108-110) ได้กล่าวว่า ความคาดหวังของคุณภาพบริการนั้น ได้ผ่านการคิดอย่างมีวิจารณญาณแล้ว โดยพิจารณาจาก ประสบการณ์รับรู้ของตนเองในบริการที่ได้รับในครั้งก่อนและการได้รับข่าวสาร จึงทำให้ ผู้รับบริการกลุ่มที่มารับบริการตามคำบอกเล่าของผู้อื่น อาจได้รับทราบข้อมูลจากผู้อื่นจึงทำให้มี ความคาดหวังที่ต่ำกว่ากลุ่มอื่น ในขณะที่กลุ่มที่มารับบริการเพราะสามารถใช้สิทธิสวัสดิการต่างๆ ได้ เป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการด้านการรักษาพยาบาลมากกว่ากลุ่มอื่น และ น่าจะเป็นแหล่งบริการที่มีลักษณะการให้บริการที่คล้ายกับแหล่งบริการในครั้งนี จึงทำให้มี ประสบการณ์การใช้บริการที่มากกว่ากลุ่มอื่นทำให้มีความคาดหวังสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

ในส่วนของ การรับรู้ พบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้รับบริการ ผู้รับบริการกลุ่มที่มารับบริการจากความต้องการของตนเองมีค่าสูงสุด ต่ำสุด คือ กลุ่มที่มารับ บริการเนื่องจากคำบอกเล่าของผู้อื่น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ พบว่า ไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายว่า การรับรู้เกิดจากความสนใจ ทศนคติของ ผู้รับบริการ ผู้รับบริการกลุ่มที่มารับบริการตามความต้องการของตนเองเป็นกลุ่มมารับบริการ โดย มีทัศนคติหรือความเชื่อว่าจะได้รับบริการที่ดี ทำให้มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ที่สูงกว่ากลุ่มอื่น สำหรับกลุ่ม ที่มารับบริการตามคำบอกเล่าของผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อธิบายว่า กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลการ บริการก่อนมารับบริการจริง จึงทำให้เกิดการกำหนดเป้าหมายคุณภาพไว้ล่วงหน้า และในการรับ บริการผู้ให้บริการอาจไม่ได้สื่อสารให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจถึงการบริการที่มีคุณภาพ ทำให้

ผู้รับบริการกลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ที่ต่ำกว่าทุกกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ สุวรรณโคตร (2536: 465) ที่กล่าวว่า การรับรู้เป็นผลมาจากปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความเชื่อ ความจำ สภาพอารมณ์ สติปัญญา วุฒิภาวะ คำบอกกล่าว คำแนะนำ คำสอนที่ได้รับกันต่อๆมาและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

ดังนั้น ผู้รับบริการที่มารับบริการด้วยเหตุจูงใจที่ต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่ต่างกัน

2.3. ผู้รับบริการที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต่างกัน มีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการบริการไม่ต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ตามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีการให้การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เช่น HA, ISO และไม่ทราบว่าโรงพยาบาลที่มารับบริการผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (ได้รับ HA) อธิบายได้ว่า การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบ และเข้าใจถึงความสำคัญของการให้การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลยังมีน้อย อาจเนื่องจากผู้บริหารยังไม่เห็นถึงความสำคัญในการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้รับบริการทราบถึงการเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (ได้รับ HA) เนื่องจากโรงพยาบาลทั้งสองแห่งเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลขนาดใหญ่ที่ก่อตั้งมานานจนเป็นที่รู้จักดี ผู้ใช้บริการมีความเชื่อถือและให้การยอมรับ ซึ่งเห็นได้จากผู้มารับบริการที่มีจำนวนมาก แม้ว่าจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพน้อย แต่การเลือกใช้บริการของผู้รับบริการนั้น ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสำคัญที่ผู้รับบริการต้องนำมาพิจารณาก่อนหลังตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการฯ มีเหตุจูงใจในการมาใช้บริการที่มากที่สุด คือ การสามารถใช้สิทธิสวัสดิการต่างๆ ได้ แสดงว่า ผู้รับบริการเลือกใช้บริการด้วยปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และพบว่ามีเพียงร้อยละ 1.5 เท่านั้น ที่เลือกมารับบริการเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

ดังนั้น ผู้รับบริการที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ต่างกัน จึงมีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่ต่างกัน

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ จากผลการวิจัยที่พบว่า ความคาดหวังของผู้รับบริการอยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า ในการให้บริการยังมีช่องว่างที่ 5 ซึ่งเป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ จึงทำให้คุณภาพบริการในมุมมองของผู้รับบริการยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกพึงพอใจ และรับรู้ว่าได้รับบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งช่องว่างที่ 5 นั้น เกิดจากช่องว่างที่ 1 (ช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการและการรับรู้ถึงความคาดหวังนั้นของผู้บริหาร), ช่องว่างที่ 2 (ช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้บริหาร เรื่องความคาดหวังของผู้รับบริการ และกำหนดลักษณะของคุณภาพบริการ, ช่องว่างที่ 3 (ช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพของบริการที่กำหนดไว้และบริการที่ให้) และช่องว่างที่ 4 (ช่องว่างระหว่างบริการที่ให้จริงและการสื่อสารให้ผู้รับบริการทราบ) จึงต้องลดช่องว่างอื่นๆ ลงด้วย โดยการ

3.1.1 พัฒนาคุณภาพบริการตามความต้องการของผู้รับบริการ โดยการประเมินคุณภาพบริการในมุมมองของผู้รับบริการ เป็นระยะโดยสม่ำเสมอเพื่อทราบข้อมูลความต้องการความคิดเห็น ทศนคติของผู้รับบริการในด้านต่างๆ เพื่อเป็นการลดช่องว่างที่ 1 ซึ่งเป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการ และการรับรู้ถึงความคาดหวังนั้นของผู้บริหาร พร้อมกับลดช่องว่างที่ 2 ซึ่งเป็นช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้บริหาร เรื่องความคาดหวังของผู้รับบริการ และการกำหนดลักษณะคุณภาพบริการ โดยนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อผลิตงานบริการให้ตรงตามความต้องการ อันจะนำมาซึ่งการบริการที่มีคุณภาพในมุมมองของผู้รับบริการต่อไป

3.1.2 มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการรับทราบถึงความสำคัญของการได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล เช่น HA, ISO ฯลฯ จากผลการวิจัยที่พบว่า มีเพียงร้อยละ 1.5 เท่านั้น ที่เลือกมารับบริการเนื่องจาก โรงพยาบาลผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (ได้รับ HA) และร้อยละ 64 ไม่ทราบหรือไม่รู้ว่ามีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังนั้น โรงพยาบาลจึงควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบถึง ความสำคัญ และประโยชน์ที่ได้รับในการเลือกใช้บริการที่มีคุณภาพให้มากกว่านี้ เพื่อเป็นการลดช่องว่างที่ 4 คือ ช่องว่างระหว่างบริการที่ให้จริง กับการสื่อสารให้ผู้รับบริการทราบ จึงพบว่า แม้โรงพยาบาลได้ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (ได้รับ HA) ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพบริการในมุมมองของผู้ให้บริการหรือนักวิชาการว่า เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพแล้วก็ตาม หากผู้รับบริการไม่ทราบหรือไม่เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว การให้บริการอย่างมีคุณภาพของโรงพยาบาลที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพจะยังคงไม่เกิดขึ้น

3.1.3 การประเมินคุณภาพบริการของเจ้าหน้าที่เป็นระยะ เพื่อเป็นการลดช่องว่างที่ 3 ซึ่งเป็นช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพบริการที่กำหนดไว้ และบริการที่ให้จริง ซึ่งในการให้บริการจริงอาจพบปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น งบประมาณที่จำกัด หรือบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่องาน หรือความพร้อม ความร่วมมือขององค์กร

3.1.4 จัดบริการที่มีความหลากหลายและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการที่มีคุณลักษณะต่างกัน

จากผลการวิจัยที่พบว่า รายได้ต่อเดือนของผู้รับบริการมีผลทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้รับบริการกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ให้ความสำคัญกับความเป็นรูปธรรมมากที่สุด และเนื่องจากผู้รับบริการกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายมากที่สุด โรงพยาบาลจึงควรจัดบริการที่สนองต่อความต้องการ เช่น ห้องพิเศษ สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังในด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ และด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการมากที่สุด โดยผู้รับบริการให้ความสำคัญกับการตอบสนองต่อผู้รับบริการ เป็นลำดับรอง และความเป็นรูปธรรมของบริการและความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการเป็นลำดับสุดท้าย ดังนั้น โรงพยาบาลจึงควรพัฒนาและปรับปรุงการบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยให้บริการอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีความสม่ำเสมอในทุกครั้งของการบริการจากผู้ที่มี ทักษะ ความรู้ ความสามารถด้วยความสุภาพ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและไว้วางใจ

จากผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้ คุณภาพบริการในด้านความเข้าใจเห็นอกเห็นใจมีค่าต่ำที่สุด รองลงไป คือ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ดังนั้น โรงพยาบาลจึงควรปรับปรุงการบริการให้แสดงออกถึงความสนใจ เอาใจใส่ เอื้ออาทร พร้อมกับให้บริการที่ รวดเร็ว แสดงให้เห็นถึงความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ในโรงพยาบาลอื่น เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

3.2.2 ควรศึกษาวิจัยในงานผู้ป่วยใน เพื่อจะได้ทราบถึงแนวความคิด ทักษะคติ ความคาดหวังและการรับรู้ ที่อาจมีความแตกต่างกัน เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลต่างๆ ตามความต้องการของผู้รับบริการที่อาจมีความแตกต่างกัน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (2541) *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2541* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์การศาสนา
- กรณีการ์ สุวรรณโคตร (2536) “บทบาทด้านการปรับตัวต่อสภาวะเครียด” ใน *เอกสารการสอน ชุดวิชามนโอมติและกระบวนการพยาบาล* หน่วยที่ 1-7 กรุงเทพมหานคร นำงการพิมพ์
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2538) *การพยาบาลกับการนำไปใช้* กรุงเทพมหานคร เรือนแก้ว การพิมพ์
- กันยา สุวรรณแสง (2536) *จิตวิทยาทั่วไป* กรุงเทพมหานคร อักษรพิทยา
- งามจิตต์ จันทร์สาธิต (2538) “เส้นทางสู่คุณภาพ” *วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข* 4, 3 : 146-147
- จิรัตน์ ศรีรัตนบัลล์ (2537) “คุณภาพของการบริการทางการแพทย์กับแนวคิดทางการตลาด” *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 38, 4 : 169-178
- ชัชฌุกร พรภาณุวิชญ์ (2540) “ความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อบทบาทการจัดการ ทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่นของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล” *วิทยานิพนธ์ ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*
- ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้สภาวะ สุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*
- เต็มดวง เจริญสุข (2532) “การศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลตามความคาดหวังกับ ความเป็นจริงของผู้คลอดและพยาบาล” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*
- ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) “คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการงาน ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*
- ทองหล่อ เดชไทย (2540) *หลักการบริหารงานสาธารณสุข* นครปฐม สถาบันพัฒนาสาธารณสุข อาเซียน

- นันทวัน เหลี่ยมปรีชา (2538) “คุณภาพของการบริการ” *วารสารกรมบัญชีกลาง* 36, 3 : 24-29
- ประเทือง สูงสุวรรณ (2534) “การศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของครูต่อสภาพแวดล้อม
โรงเรียนของโรงเรียนเอกชนในกรุงเทพมหานคร” *วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*
- ประวิทย์ จงวิศาล และ วิจิตรา จงวิศาล (2537) *คู่มือการทำกิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพ*
กรุงเทพมหานคร เจริญผล
- พวงเพชร ชุมศรี (2537) “การรับรู้ของบทบาทต่อความต้องการของญาติ(ป่วยในภาวะวิกฤติที่หอ
ผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแพร)” *พุทธชินราชเวชสาร* 11 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 97-100
- พนิดา คำยู (2538) “การศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย
ต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริการการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- พรทิพย์ เนตรแสงศรี (2545) “คุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับ
บริการงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาแก้ว จังหวัดเลย” *รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น*
- พิชชดา วิรัชพินทุ (2534) “ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของ
พยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยที่หน่วยแพทย์เวร-ฉุกเฉิน แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ไพรพนา ศรีเสน (2544) “ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล”
*ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(พัฒนาสังคม) คณะพัฒนาสังคม สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์*
- มัทรี นครน้อย (2536) “การรับรู้ของประชาชนในเขตเมืองเกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ในอำเภอพระพุทธบาท
จังหวัดสระบุรี” *วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต*
สาขาการวิจัยบริการสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

- ลาวัญย์ สมบูรณ์และคนอื่นๆ (2536) “การศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการรักษาพยาบาลตาม
ความคาดหวัง และกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความเป็นจริงของมารดาหลังคลอด
ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่” *พยาบาลสาร* 21 (เมษายน-มิถุนายน) :1-9
- วรรณฤดี ภูทอง (2539) “ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการด้านคุณภาพบริการพยาบาลที่ให้แก่
ผู้ประกันตนกับคุณภาพบริการที่ผู้ประกันตนรับรู้ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วาริ วณิชปัญญาผล (2539) “ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลและการรับรู้ของผู้บริหาร
การพยาบาลต่อความคาดหวังของผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัด
กระทรวงสาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหาร
การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคนอื่นๆ (2539) “คุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย” *วารสาร
การวิจัยระบบสาธารณสุข* 4, 3 : 158-168
- วิศิษฐ์ พิชัยสนธิ (2536) “เอกสารประกอบคำบรรยายเรื่องหลักการบริหารโรงพยาบาล” ภาควิชา
บริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- วีรพงษ์ เฉลิมจิรรัตน์ (2538) *คุณภาพในงานบริการ* กรุงเทพมหานคร ประชาชน
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ ปริญญา ลักขิตานนท์ และ ศุภร เสรีรัตน์ (2539) *การบริหารการตลาดยุคใหม่*
กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์พัฒนศึกษา
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2542) *เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล(Hospital
Quality Indicator)* กรุงเทพมหานคร ดีไอซี
- สกาวดี ดวงเด่น (2539) “การศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย
รับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุกัญญา โลจนาภิวัดน์ วัลยา คุโรปรกรณ์พงศ์ และ สุชาติ ชิตีวรรณะ (2533) “เปรียบเทียบความ
คาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วยและการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วย ใน
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์” *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 13 (มกราคม-มีนาคม) :
1-17

- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535) “แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน ด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ” วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุพล เสือว่อง (2535) “ความคาดหวังในคุณภาพชีวิตของนักเรียนนอกระบบโรงเรียนในเขต กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชาชนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุพัตรา เหลี่ยมวรารังกูล (2540) “คุณภาพบริการงานกายอุปกรณ์ ศูนย์สรีรวิทยาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกายแห่งชาติ ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ” วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุภาวดี กุหาทอง (2533) “บทบาทที่คาดหวังและการปฏิบัติงานของผู้ชำนาญการพิเศษด้านการ สาธารณสุขตามการรับรู้ของตนเอง ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ในสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหาร สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- เสาวมาศ เกื่อนนาดี (2542) “การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล:แนวคิด วิวัฒนาการและแนวโน้มในอนาคต” *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* อ่างถึงโน พรทิพย์ เนตรแสงศรี 2545 : 16
- อนวัธน์ สุขชุตติกุล และคณะ (2541) *ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- อรรถชัย ภูมาพันธ์ รัชนิกร ผงผ่าน และ กิตติพงษ์ บุญลพ (2538) “การจัดระบบบริการ ผู้ป่วยนอกแนวใหม่ : แนวคิดและการปฏิบัติ” *วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข* 3, 2 : 68-71
- Anderson, E.A. (1995) “Measuring Service Quality at a University Health Clinic” *Journal of Health Care Quality Assurance*.8, 2 : 32-37.
- Babagus, E., et al. (1991) “Issue in The Practice of Cosmetic Surgery : Consumer’ use Information and Perceptions of Service Quality” *Journal of Health Care Marketing*. 11(September) : 12-18.
- Berry, L.L & Parasuraman, A. (1991) *Marketing Service : Competing through time*. New York. The Free Press.

- Brown, S.W., (1991) *Service Quality : Multidisciplinary and Multinational Perspective*.
Massachusetts : Lexington Books.
- Brown, S.W. & Swartz, T.A. (1989) "A gap analysis of professional service quality" *Journal of Marketing* .53 (April) : 92-98.
- Clay, R. (1988) *Chambers English Dictionary* London : Bunny Soffolk.
- Desarbo, W.S., Huft, L, Rolandelli, M.M & Choi, J (1991) On the measurement of perceived service quality : A conjoint analysis approach. In R.T. Rust & R.L. Oliver (Eds.) *Service Quality : New direction in theory and practice*. pp 201-222 Thousand Oaks, C.A.: Sage.
- Ericksen, L.R. (1987) "Patient satisfaction : An indication of Nursing care quality" *Nursing Management..* 18(July) : 31-35.
- Feigenbam, A.V. (1991) TQC 3 th ed. New York : Mc Graw hill.
- Folks, V.S. (1994) How consumers predict service quality cited in Rust & R.L. Oliver, *Service Quality: New directions in theory and practice* pp 108-110 Thousand Oaks.
- Leming, T.S. (1991) "Quality customers service: Nursing's new challenge" *Nursing Administration Quarterly*. 15 (Summer) :6-12.
- Obest, M.T. (1984) "Patient perception of care: Measurement of quality and satisfaction" *Cancer*. 15(May) : 2347-2375.
- Oliver, R.L. (1980) "A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decision" *Journal of Marketing Research*. 17 : 460-469.
- Oxford University (1989) *The Oxford Dictionary* 2 nd ed. Vol. 5 Oxford , England: Oxford University Press.
- Scardina, S.a. (1994) "SERVQUAL: A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care" *Journal of Nursing Care Quality* 8 (January) : 38-46.
- Stamatis, D.H. (1996) *Total Quality Service: Principle, Practices and Implementation*. F.L.: St. Lucie Press.
- Taes, R.T. (1993) "Expectation, Performance evaluation, and consumers' perception of quality" *Journal of Marketing*. 57(October) : 18-34.
- Tenner, A.R. & DeToro, L.J. (1992) *Total Quality Management: Three step to continuous improvement* Reading, M.A.: Addison-Wesley.

- Webster, N. (1988) *New Webster's Dictionary*. 3 rd ed. New York: Simon & Schuster.
- Youssef, F.N., Nel, D.& Boraird, T. (1996) "Health care quality in NHS hospitals" *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 9, 1 : 15-28.
- Zeithaml, V.A., Berry, L.L.& Parasuraman, A. (1988) "Communication and control process in the delivery of service quality" *Journal of Marketing*. 52 (April) : 35-48.
- Zeithaml, V.A., (1990) *Delivering Quality Service: Balancing customer perceptions and Expectation*. New York: The Free Press.