

คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ
ต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

นางวิศรา เป้าชู

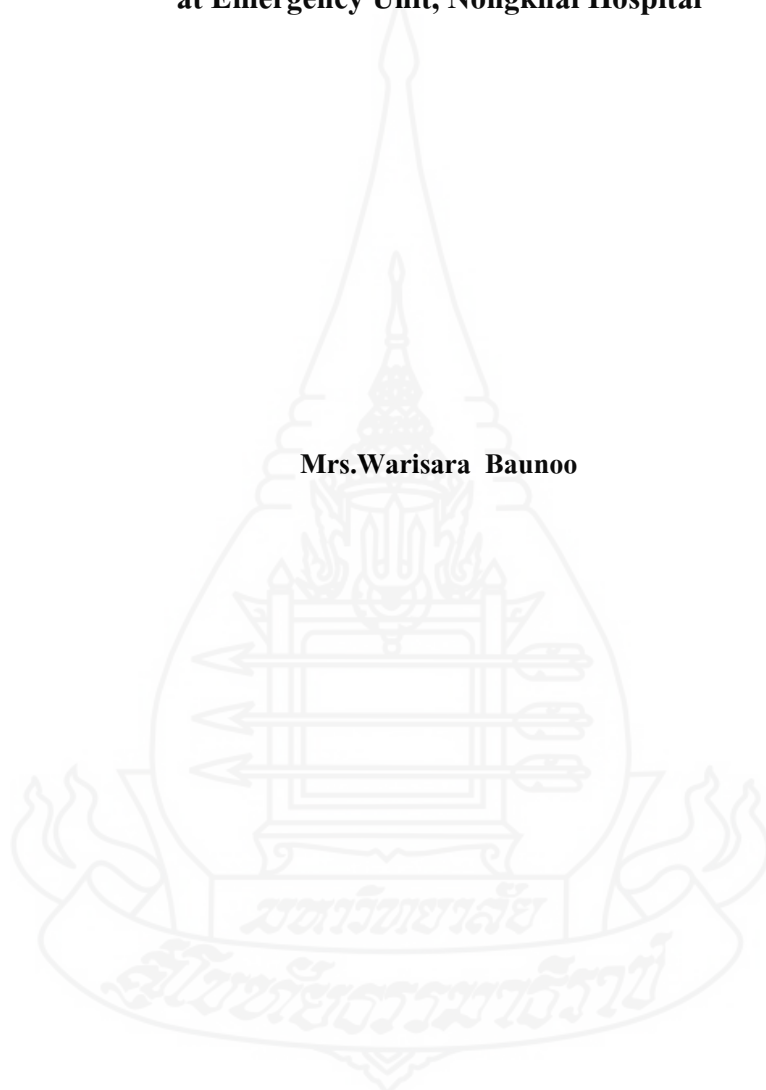


การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหาร โรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2560

**Patients' Expected and Perceived Service Qualities
at Emergency Unit, Nongkhai Hospital**

Mrs. Warisara Baunoo



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Hospital Administration

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2017

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ
 ต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย
ชื่อและนามสกุล นางวริศรา เบ้าน
วิชาเอก บริหารโรงพยาบาล
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.พาศณี สีตกะลิน

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2561

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พาศณี สีตกะลิน)

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

(รองศาสตราจารย์ สรวุช สุธรรมมาธา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องาน
อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

ผู้ศึกษา นางวิศรา เป้าบุญ รหัสนักศึกษ 2585000215 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.พณีย์ สีตะกลิน **ปีการศึกษา** 2560

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย (2) ศึกษาระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวัง (3) ระดับคุณภาพบริการตามการรับรู้ และ (4) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 4,620 คน กลุ่มอย่างสุ่มอย่างเป็นระบบ จำนวน 268 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ มีค่าความเที่ยง 0.989, 0.968 และ 0.878 ตามลำดับ มีค่าความตรง 0.89 สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.8 ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับมากที่สุด ร้อยละ 75.7 ส่วนใหญ่มาใช้บริการนอกเวลาราชการและได้กลับบ้าน ร้อยละ 66.8 และ 72.0 (2) ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการทุกมิติในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด (3) การรับรู้คุณภาพบริการ 4 มิติอยู่ในระดับมาก ยกเว้นมิติด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง และ (4) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการพบว่า ในภาพรวมทุกมิติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้ โดยเฉพาะมิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการมีความแตกต่างกันสูงกว่ามิติอื่น และมิติด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการมีความแตกต่างต่ำกว่ามิติอื่น

คำสำคัญ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน คุณภาพบริการ ความคาดหวัง การรับรู้

Independent Study title: Patients' Expected and Perceived Service Qualities at Emergency Unit, Nongkhai Hospital

Author: Mrs. Warisara Baunoo; **ID:** 2585000215;

Degree: Master of Public Health; **Independent Study advisor:** Dr. Panee Sitakalin, Associate Professor; **Academic year:** 2017

Abstract

This descriptive research aimed to: (1) identify patients' personal factors; (2) determine the levels of patients' expected service quality; (3) determine the levels of patients' perceived service quality; and (4) compare the differences in patients' expected and perceived service qualities, all at the emergency unit of Nongkhai Hospital.

The study was conducted in a sample of 268 patients selected using the systematic sampling from 4,620 patients in the hospital's emergency unit. Data were collected using a questionnaire covering questions on personal factors, expected service quality and perceived service quality, whose reliability values were 0.989, 0.968, and 0.878 respectively, and validity value was 0.89. Statistics used were percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that: (1) of all participants, most of them or 63.8% were female, 75.7% presented with moderate to severe illnesses, 66.8% visited the unit after office hours, and 72.0% could go home after emergency treatment; (2) the levels of expected service quality – overall and for each dimension – were high; (3) the levels of perceived service quality in four dimensions were high, except that the responsiveness level was moderate; and (4) by comparison, the levels of expected and received service qualities in all dimensions were significantly different ($p < .05$). The expectation levels were higher than those for perception. In particular, the difference in the tangible dimension was greater than others, and that for responsiveness was lowest.

Keywords: Emergency unit, Service quality, Expectation, Perception

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดี จากรองศาสตราจารย์ ดร.พานิ สัตตะกลิน อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง ดร.บุญรอด ดอนประเพ็ง และอาจารย์ณฤดีทิพย์สุทธิ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามและคณะกรรมการศึกษาค้นคว้าอิสระทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะต่างๆ อันเป็นประโยชน์ ต่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ คณะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ของโรงพยาบาลหนองคาย ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาค้นคว้าและอำนวยความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า

ขอขอบพระคุณ ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้การศึกษาค้นคว้าฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบเป็นอันสูงส่งแก่ผู้ปวยทุกท่านเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาและบริการทางการแพทย์ และเป็นเครื่องบูชาคุณแต่บิดา มารดา ครูบาอาจารย์ ผู้ให้ความรัก ความเมตตาและสนับสนุนการศึกษา ตลอดจนครอบครัวของผู้ศึกษาที่ให้กำลังใจ ให้การสนับสนุน ตลอดมา

วิศรา เบ้าน

มิถุนายน 2561

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | จ |
| กิตติกรรมประกาศ | ฉ |
| สารบัญตาราง | ฅ |
| สารบัญภาพ | ฉ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย | 7 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย | 7 |
| สมมติฐานการวิจัย | 8 |
| ขอบเขตของการวิจัย | 8 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ | 8 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | 11 |
| บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง | 12 |
| คุณภาพมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน | 12 |
| แนวคิดระบบการผลิตแบบทันเวลาพอดี (Just-in-Time Production Systems:JIT)..... | 28 |
| แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ (Service quality) | 31 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 63 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 81 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 81 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 83 |
| การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ | 86 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 87 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 88 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|---|------|
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 89 |
| ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย | 89 |
| ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย | 92 |
| เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ ของผู้รับบริการที่กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย จำแนกตามมิติ และภาพรวมคุณภาพบริการ | 104 |
| ภาพรวมระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย | 105 |
| ข้อเสนอแนะการปรับปรุงการบริการ | 106 |
| บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 107 |
| สรุปการศึกษา | 107 |
| อภิปรายผล | 113 |
| ข้อเสนอแนะ | 119 |
| บรรณานุกรม | 122 |
| ภาคผนวก | 131 |
| ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษา | 132 |
| ข หนังสือขออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิและเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ | 134 |
| ค หนังสือขอตกลงเครื่องมือและขอเก็บข้อมูล | 141 |
| ง เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย | 144 |
| จ แบบสอบถาม | 146 |
| ประวัติผู้ศึกษา | 159 |

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|--|------|
| ตารางที่ 2.1 แสดงตัวชี้วัดเฉพาะโรค | 60 |
| ตารางที่ 2.2 แสดงกลุ่มโรคที่สำคัญ / เร่งด่วน High Risk | 61 |
| ตารางที่ 2.3 แสดงสถิติผู้รับบริการ | 61 |
| ตารางที่ 2.4 แสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (Performance indicator) | 61 |
| ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการ ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย (n = 268) | 89 |
| ตารางที่ 4.2 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่องาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย จำแนกตามรายมิติและภาพรวม คุณภาพการบริการ (n = 268) | 89 |
| ตารางที่ 4.3 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่องาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ จำแนกตามมิติและรายชื่อ (n = 268) | 94 |
| ตารางที่ 4.4 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่องาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ จำแนกตามมิติและรายชื่อ (n = 268) | 95 |
| ตารางที่ 4.5 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่องาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ด้านการตอบสนอง ต่อผู้รับบริการ จำแนกตามมิติและรายชื่อ (n = 268) | 97 |
| ตารางที่ 4.6 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่องาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ จำแนกตามมิติและรายชื่อ (n = 268) | 99 |
| ตารางที่ 4.7 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่องาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ในผู้รับบริการ จำแนกตามมิติและรายชื่อ (n = 268) | 101 |
| ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย จำแนกตามรายมิติ และภาพรวมคุณภาพการบริการ (n = 268) | 104 |

สารบัญตาราง (ต่อ)

| | หน้า |
|---|------|
| ตารางที่ 4.9 ภาพรวมระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย (n = 268)..... | 105 |
| ตารางที่ 4.10 ข้อเสนอแนะการปรับปรุงการบริการ (n = 268) | 106 |



สารบัญภาพ

| | หน้า |
|--|------|
| ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย | 7 |
| ภาพที่ 1.2 องค์ประกอบการประเมินคุณภาพบริการผูกพันกับแนวคิดโดนาบีเดียน (Donabedian's theory)..... | 15 |
| ภาพที่ 2.3 กรอบแนวคิดโดนาบีเดียน (Donabedian's theory) | 35 |
| ภาพที่ 2.4 QM Model of UMMC..... | 39 |
| ภาพที่ 2.5 แบบจำลองคุณภาพการบริการ (Service Quality Model) (Parasuraman et al. 1988) | 54 |
| ภาพที่ 2.6 แนวความคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความคาดหวัง (Expectation) และการรับรู้ (Perception) | 55 |
| ภาพที่ 2.7 ข้อมูลของดีกอบัต์เหตุนุกเงิน โรงพยาบาลหนองคาย | 59 |
| ภาพที่ 5.1 แผนภูมิภาพแสดงระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ที่งานอุบัติเหตุนุกเงิน โรงพยาบาลหนองคาย | 109 |
| ภาพที่ 5.2 แผนภูมิภาพแสดงระดับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ที่งานอุบัติเหตุนุกเงิน โรงพยาบาลหนองคาย | 110 |
| ภาพที่ 5.3 แผนภูมิภาพแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการ ตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุนุกเงิน โรงพยาบาลหนองคาย | 111 |
| ภาพที่ 5.4 แผนภูมิภาพแสดงภาพรวมระดับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ที่งานอุบัติเหตุนุกเงิน โรงพยาบาลหนองคาย | 112 |
| ภาพที่ 5.5 แผนภูมิภาพแสดงข้อเสนอแนะการปรับปรุงการบริการของผู้รับบริการ ที่งานอุบัติเหตุนุกเงิน โรงพยาบาลหนองคาย | 113 |

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตหากไม่ได้รับการช่วยเหลือรักษาอย่างทัน
ท่วงที อาจจะทำให้เกิดการสูญเสียต่อชีวิต เกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ เกิดความ
ทุกข์ทรมาน การเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร การจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการ
ฉุกเฉินที่ได้คุณภาพตามมาตรฐาน จนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันท่วงที
จึงเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้นคุณภาพมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินจึงหมายถึงผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงระบบ
การแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพ (Quality) และทันต่อเหตุการณ์ (Just in time) ตั้งแต่
การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนกระทั่งผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
ต้องเป็นไปตามมาตรฐานเพื่อให้เกิดคุณภาพบริการ(Quality service) ที่สำคัญๆดังนี้

ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System: ECS) (แนวทางพัฒนาเพื่อ
สู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ: Guide to Standardization in
Hospital Base Emergency Care 2559, pp. 8-10) ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
กระทรวงสาธารณสุข มุ่งการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินให้ได้คุณภาพ วัตถุประสงค์เพื่อ
รองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายให้โรงพยาบาล
ชุมชนขนาดกลาง ขึ้นไปในแต่ละจังหวัด มีการพัฒนาคุณภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน จนผ่าน
เกณฑ์การประเมินระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ร้อยละ 60 โดยทำการประเมินตนเอง 3 มิติ คือ
มิติที่ 1) การประเมินการนำองค์กร มิติ 2) การประเมินคณะทำงานหรือบุคลากรในโรงพยาบาล มิติ
3) การประเมินผลลัพธ์การเข้ารับบริการรักษาพยาบาล โดยประกอบด้วย 12 องค์ประกอบ คือ
1) อาคารสถานที่ (Area) 2) บุคลากร (Personal) บุคลากรแผนกฉุกเฉิน (Emergency Department Team)
3) การรักษาพยาบาล (Patient Care) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 4) ความสามารถในการ
รองรับภัยพิบัติทั้งในและนอกโรงพยาบาล (Disaster Management) 5) ระบบการรับ ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน
(Referral system) 6) การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Access to other Specialist Consultation)
7) ระบบสนับสนุน (Access to Support Service) 8) ความร่วมมือกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึง
โรงพยาบาล (Prehospital EMS Intervention) 9) ระบบบริหารจัดการ (Administration) 10) ระบบข้อมูล

ข่าวสาร (Information System) 11) การพัฒนาคุณภาพ (Quality Management) 12) การศึกษาและวิจัย (Study and Research) ซึ่งการประเมินผลทั้ง 12 องค์ประกอบ เป็นการวิเคราะห์คุณภาพตามทฤษฎีของโดนาเบดัยน (Donabedian's theory) ที่ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) 2) กระบวนการ (Process) 3) ผลลัพธ์ (Output)

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 2558, น. 139 - 163) ระบุ ในตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย ว่า 1) ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry) ที่จำเป็นได้ง่าย กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหา สุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ 2) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพ (Patient Assessment) อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเหมาะสม 3) ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) ที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา หรือความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4) ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันทั่วถึง ปลอดภัย เหมาะสมและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งการดูแลทั่วไป (General Care Delivery) และการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services) 5) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients / Families) และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้ เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล 6) ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงาน (Continuity of Care) เพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ได้

มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล (In hospital) (สรุปภาพรวมการจัดทำมาตรฐาน หลักเกณฑ์ เกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน Overview of Emergency Medical Operational Standard, Principle, Criteria and Protocols 2557, น. 3) ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 28 เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน กำหนดให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักการ ดังต่อไปนี้ 1) ตรวจสอบคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่า

การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น 3) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตาม ความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้นำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลหรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใดๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันที

มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล 2550, น. 127-128) เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและควบคุมกำกับให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน สร้างความประทับใจแก่ผู้ใช้บริการ มาตรฐานประกอบด้วย 8 มาตรฐานดังนี้ 1) การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Nursing Therapeutic in Emergency Medical Service) 2) การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Nursing Therapeutic in Emergency Department) 3) การดูแลต่อเนื่อง 4) การสร้างเสริมสุขภาพ 5) การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง 6) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ 7) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 8) การบันทึกทางการพยาบาล ตามพันธะสัญญาและมาตรฐานต่างๆ ดังกล่าวนั้น แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาและประเมินคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน คำว่า “คุณภาพ” เป็นตัวกำหนดมาตรฐานของการบริการที่ดี ในปัจจุบันคุณภาพการบริการถูกกำหนดและประเมินโดยผู้รับบริการ ดังนั้นการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้รับบริการ เป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการและความสามารถในการทำกำไรของโรงพยาบาล มีหลักฐานบ่งชี้ว่าการรับรู้คุณภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดเพียงอย่างเดียวที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้บริโภคและส่งผลต่อความตั้งใจในการซื้อผลิตภัณฑ์หรือบริการ ดังนั้นองค์กรด้านบริการสุขภาพต้องถือว่าการปรับปรุงคุณภาพบริการเป็นความรับผิดชอบขององค์กร องค์กรต้องหาวิธีการตรวจสอบ ประเมินผลคุณภาพบริการจากผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาสู่การพัฒนาคุณภาพบริการ (Basava Malleswara Rao V & N.Satyanarayana 2014, pp. 29-33) สอดคล้องกับที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 2558, น. 29) ได้กำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ตอนที่ I-3 ภาพรวมของการบริหารองค์กร ว่า สถานบริการต้องมีการประเมินตนเองในด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน (PCF) องค์กรต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย หรือผู้รับผลงาน (Patient / Customer Knowledge) โดยการเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วยหรือผู้รับผลงานเพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับ “บริการที่ต้องการหรือบริการที่คาดหวัง (Expected Service)” ของผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน ซึ่งถ้าประเมินได้ว่า “บริการที่จัดให้

หรือรับรู้ (Perceived Service)” นั้น ตรงกับความคาดหวังของผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน ซึ่งจะถือได้ว่าเป็นบริการที่มีคุณภาพ (Service Quality)

คุณภาพบริการ เป็นมโนทัศน์และปฏิบัติการในการประเมินเปรียบเทียบระหว่างการบริการที่คาดหวัง (expectation service) กับการบริการที่รับรู้จริง (perception service) จากมุมมองของผู้รับบริการ ซึ่งหากผู้ให้บริการสามารถให้บริการที่สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ หรือสร้างการบริการที่มีระดับสูงกว่าที่ผู้รับบริการได้คาดหวัง จะส่งผลให้การบริการดังกล่าวเกิดคุณภาพการให้บริการที่แท้จริง ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับเป็นอย่างมาก (Parasuraman, A. Zeithaml and Berry 1988, pp. 15-17) ซึ่งตามแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian's theory) มองว่าการประเมินคุณภาพเพียงผลลัพธ์อย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ จึงมีแนวคิดวัดคุณภาพให้ครอบคลุมตั้งแต่คุณภาพของปัจจัยนำเข้า (Input) และกระบวนการทำงาน (Process) โดยมีความเชื่อว่าเมื่อมีปัจจัยนำเข้าและกระบวนการทำงานที่ดีย่อมให้ผลลัพธ์ (Output) ที่ดี ที่ผ่านมาตรฐานบริการมักจะประเมินคุณภาพในมุมมองของตนเอง การประเมินตนเองในระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินก็เช่นกัน ซึ่งอาจไม่ใช่คุณภาพบริการที่แท้จริงตามความคาดหวังของผู้รับบริการ การประยุกต์ใช้ SERVQUAL สำหรับวัดประเมินคุณภาพการให้บริการจากพื้นฐานการรับรู้ของผู้รับบริการหรือลูกค้า (Zeithaml, Parasuraman, and Berry 1985, pp. 1990) เป็นเทคนิควิธีการวัดคุณภาพการให้บริการขององค์กรที่ดีวิธีหนึ่ง ทำให้องค์กรเข้าใจความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพของกลุ่มผู้รับบริการที่แตกต่างกันไป นำมาซึ่งการพัฒนาการให้บริการประสบผลสำเร็จ (สมวงศ์ พงศ์สถาพร 2550, น. 75) แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถศึกษาและนำผลของการศึกษา โดยการใช้เครื่องมือ SERVQUAL มาประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการหรือพัฒนาคุณภาพบริการได้ เช่น นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลปรับปรุงคุณภาพด้านการดูแลพยาบาลให้ได้ผลทางบวกมากขึ้น (Mohammed Mahmoud Al-Momani 2015, pp. 81) ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพบริการ เช่น ราคา สถานที่ในการให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก (Abdullah Sarwar 2014, pp. 103-112) ระยะเวลาในการรอคอย ระบบจ่ายค่ารักษาตามสภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ (Maryam Gholami, Zahra Kavosi, Marziye khojastefar 2016, pp.123) เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพอาชีพและจำนวนครั้งที่ใช้บริการ (พิกุล รัตตาทิมพ์ และคณะ 2557, น. 7-8) ประสบการณ์การเข้ารับบริการ (ภัทรพร ยุบลพันธ์ 2558, น. 94) ประเภทคลินิก (ตรีสุข จำปาทอง 2553, น. 80-82) เพศและจำนวนครั้งที่มารับบริการ (วนาพรรณ ชื่นอิม และคณะ 2556) ซึ่งผลการศึกษามีความสำคัญ อาจนำมาสู่การพัฒนาคุณภาพบริการที่ตรงกับความคาดหวังตามปัจจัยที่แตกต่างกันของผู้รับบริการได้

งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคายถือเป็นหน่วยงานที่สำคัญ หน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลหนองคาย เปรียบเสมือนด่านแรกของโรงพยาบาล ให้บริการผู้รับบริการที่มีอาการ

เฉียบพลัน อยู่ในภาวะวิกฤตทั้งจากอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน ตลอดจนการให้บริการผู้ป่วยนอก ในช่วงนอกเวลาราชการ การให้บริการรักษาพยาบาลและนำส่ง ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลผู้ป่วยสังเกตอาการ ตลอด 24 ชั่วโมง มีพันธะสัญญาตามมาตรฐานว่าผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลาและปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ไม่เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นั่นคือต้องมีทั้งคุณภาพ (Quality) และทันต่อเหตุการณ์ (Just in time) ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพระบบการรักษายาบาลฉุกเฉิน มาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน มาตรฐานการพยาบาลฉุกเฉิน ฯลฯ ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการตรวจคัดแยกระดับความรุนแรงภายใน 4 นาที ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามเวลาและความเร่งด่วนทางการแพทย์ แต่ด้วยบริบทของโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลศิษย์แพทย์ ต้องรับผู้ป่วยจากประเทศเพื่อนบ้าน เป็นเมืองท่องเที่ยว เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่ต้องรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัด ผู้รับบริการมานอกเวลาราชการเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีปริมาณผู้มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมากกว่าที่อัตรากำลังเจ้าหน้าที่จะให้บริการ โดยที่อัตรากำลังพยาบาลในแต่ละเวรไม่เพียงพอ เวรเช้า 7 คน เวรบ่าย 6 คน เวรดึก 4 คน แพทย์เวรจำนวน 2 คน ในเวรช่วงเวลา 08.00 – 24.00 น. และ 1 คน ในช่วงเวลา 00.00 – 08.00 น. เป็นแพทย์ใช้ทุน ปี 1 มีความหลากหลาย แตกต่างทางด้านสมรรถนะทำให้ใช้เวลาในการตรวจวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยแตกต่างกัน การเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการส่งผลต่อการให้บริการและการบริหารจัดการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ระยะเวลาในการคัดกรองการรอคอยแพทย์ตรวจนานเกินเกณฑ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนฉุกเฉินและต้องการการรักษาทันที ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการสูญเสียชีวิต ในจำนวนผู้ใช้บริการที่เพิ่มขึ้น มีทั้งที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินปะปนกัน ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินได้รับการล่าช้า จากข้อมูลมีผู้มารับบริการเฉลี่ยประมาณ 160 คนต่อวัน เป็นผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุเฉลี่ย 26 คนต่อวัน จำนวนผู้รับบริการจะอัดแอในช่วง เวลา 08.00 – 24.00 น. วันหยุดสุดสัปดาห์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ มีปัญหาภาระงานพยาบาล (Productivity) เกินเกณฑ์ 140 -150 (เกณฑ์ไม่เกิน 110) มีความล่าช้าในการให้บริการ ร้อยละการคัดกรองผู้ป่วยภายใน 4 นาทีเท่ากับ 89 (เกณฑ์ > ร้อยละ 90) ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินและกลุ่มฉุกเฉินมากได้รับการตรวจรักษาตามเกณฑ์เวลาร้อยละ 97 (เกณฑ์ร้อยละ 100) กลุ่มฉุกเฉิน กลุ่มกึ่งฉุกเฉินและกลุ่มไม่ฉุกเฉิน ร้อยละ 76 และ 69 (เกณฑ์ร้อยละ 80) ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง STEMI ได้รับการนอนโรงพยาบาล ภายใน 20 นาทีร้อยละ 83.0 (เกณฑ์ ร้อยละ 100) มีอุบัติการณ์ Missed diagnosis STEMI จำนวน 1 ราย อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงและเสียชีวิตในห้องสังเกตอาการ 1 ราย ร้อยละผู้ป่วยบาดเจ็บที่รับเข้ารับรักษาภายในโรงพยาบาล ทุกรายที่มีค่า PS Score > 0.75 ที่เสียชีวิตเท่ากับ 1.44 1,1.28 และ 1.62 (เกณฑ์ < ร้อยละ 1) (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ 2557-2559) ผลการประเมินตนเองในระบบการรักษายาบาลฉุกเฉิน ผ่านการประเมินภาพรวมร้อยละ 57.6 (เกณฑ์

ร้อยละ 60) ใน 12 องค์ประกอบ มี 5 องค์ประกอบที่ต้องรับการพัฒนาคือองค์ประกอบที่ 1) อาคารสถานที่ 2) บุคลากร 5) ระบบส่งต่อ 9) ระบบบริหารจัดการ 12) การศึกษาและวิจัย ปัญหาและอุปสรรคคือไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ขาดแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาเช่นแพทย์ศัลยกรรมเด็ก โรคหัวใจ นิตเวชเป็นต้น บางสาขาไม่เพียงพอ เช่น แพทย์ศัลยกรรมประสาท แพทย์ศัลยกรรมกระดูก แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป พยาบาลเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินมีไม่เพียงพอ การจัดตั้ง Trauma & Emergency Administration Unit ไม่ได้มีรูปแบบขาด Director และ Nurse Coordinator

พื้นที่ให้บริการเป็นพื้นที่จำกัด มีความแออัด ผู้รับบริการสามารถเดินเข้าออกตลอด ไม่สะดวกต่อการปฏิบัติงาน ผู้รับบริการมีหลากหลายประเภท การให้บริการสุขภาพมีความแตกต่างกันตามประเภท ความรุนแรงหรือสถานการณ์ปัจจุบันในแต่ละช่วงเวลา มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินคุกคาม ความเร่งรีบ ความวุ่นวาย ความวิตกกังวล ความเครียด ความคาดหวังสูง มีการสูญเสียกะทันหันและประกอบลักษณะการให้บริการที่เร่งรีบ สื่อสารรวดเร็ว กระชั้นเวลา สร้างสัมพันธภาพน้อย ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ มีอุบัติการณ์เช่น ผู้ป่วยไม่รอดตรวจ มีการโต้เถียงกันทางวาจาอย่างรุนแรง มีการร้องเรียนทางวาจาและหนังสือ จำนวน 110,78 และ 90 ครั้ง มีประเด็นเจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจในขณะที่ปฏิบัติงาน 1 ครั้ง ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 79.80, 77.73 และ 78.80 ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (เกณฑ์ > ร้อยละ 80) (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ 2557- 2559) และทางหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย ยังไม่เคยมีการศึกษาความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพของผู้รับบริการเพื่อเป็นการประเมินคุณภาพบริการในมุมมองของผู้รับบริการมาก่อน

ด้วยเหตุผลทางด้านปัญหาคุณภาพบริการของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคายและความต้องการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้มาตรฐานคุณภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาค้นคว้า คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ภายใต้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์คุณภาพตามทฤษฎีของโดนาบีดัยน (Donabedian's theory) โดยประยุกต์ใช้ SERVQUAL model เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพ เพื่อที่จะนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการของกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานและสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

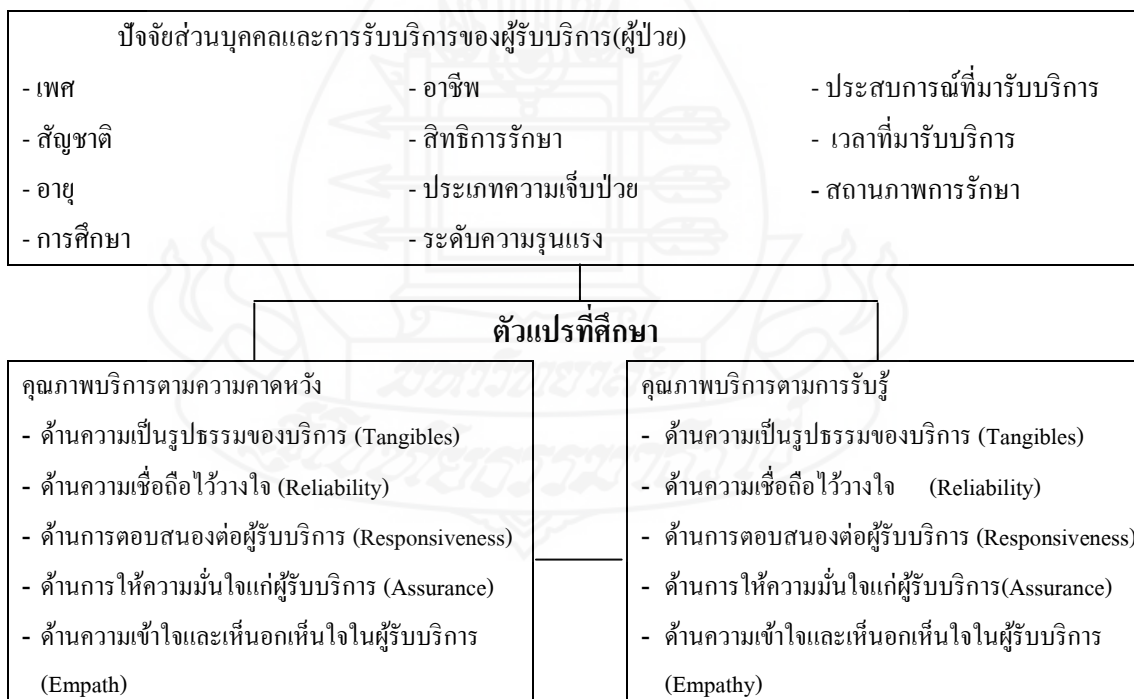
2.2 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

2.3 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

2.4 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

ระดับของคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคายมีความแตกต่างกัน

5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ในระหว่างวันที่ 1- 28 กุมภาพันธ์ 2561 จำนวน 4,620 คน พื้นที่การศึกษาคือ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

5.2 ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ภายใต้แนวคิด SERVQUAL model ทั้ง 5 มิติ คือ

5.2.1 ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)

5.2.2 ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability)

5.2.3 ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness)

5.2.4 ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance)

5.2.6 ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy)

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการ หมายถึง เพศ สัญชาติ อายุ การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ประเภทการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรง ประสบการณ์ที่มารับบริการ เวลาที่มารับบริการ สถานภาพของผู้มารับบริการ

6.2 ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ตึกอุบัติเหตุ โรงพยาบาลหนองคาย ที่สามารถอ่านหนังสือหรือสื่อสารตอบแบบสอบถามได้

6.3 สัญชาติ หมายถึง สัญชาติไทย สัญชาติลาว อื่นๆ

6.4 อายุ หมายถึง อายุของผู้รับบริการ นับเป็นปี แบ่งเป็นกลุ่มอายุ

6.5 ระดับการศึกษา หมายถึงระดับการศึกษาสูงสุดของผู้รับบริการ ประกอบด้วยต่ำกว่า ประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา/อาชีวศึกษา ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า สูงกว่า ปริญญาตรี

6.6 อาชีพ หมายถึง ประเภทหรือชนิดของงานที่ทำอยู่ในปัจจุบันประกอบด้วยไม่ได้ ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ค้าขาย เกษตรกรรม ธุรกิจส่วนตัวพนักงานบริษัทเอกชน รัฐวิสาหกิจ รับราชการ/ ส่วนท้องถิ่นและอื่นๆ

6.7 สิทธิการรักษา หมายถึง ประเภทของสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ประกอบด้วย ชำระเงินเอง ประกันสุขภาพ ประกันสังคม พรบ. สิทธิข้าราชการ / หน่วยงานอื่นๆและอื่นๆ

6.8 ประเภทความเจ็บป่วย หมายถึง เจ็บป่วยด้วยโรค อุบัติเหตุอื่นๆ อุบัติเหตุจราจร ทำแผลเก่า นิดยาเก่า

6.9 ระดับความรุนแรง หมายถึง ระดับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ มีความรุนแรงอยู่ในระดับใด โดยใช้การประยุกต์ใช้ภาพ Pain scroe ประกอบบ่งบอกระดับความรู้สึก



6.10 ประสบการณ์ที่มารับบริการ หมายถึง จำนวนครั้งที่มารับบริการที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2-4 ครั้งที่ 5-7 ครั้งที่ 8-10 มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป

6.11 เวลาที่มารับบริการ หมายถึง ช่วงเวลาที่มารับบริการประกอบด้วย ในเวลาราชการ นอกเวลาราชการ

6.12 สถานภาพ หมายถึง สถานะหลังได้รับการตรวจรักษา ประกอบด้วย กลับบ้าน นอนโรงพยาบาล ส่งต่อไปรักษาที่อื่น

6.13 คุณภาพบริการ หมายถึง คุณลักษณะบริการของตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินตามความคิดเห็นของผู้รับบริการที่เปรียบเทียบระหว่างความต้องการ ความคาดหวัง หรือคิดว่าควรจะได้รับเมื่อมาใช้บริการและการรับรู้หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงหลังจากได้รับบริการแล้ว ตามเกณฑ์แบบวัด SERVQUAL 5 ด้าน คือ

6.13.1 ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (TANGIBLES) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้สัมผัสได้ทางตา หู จมูก ความรู้สึก ต่อสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ต่างๆ และบุคลากร

ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการที่มีต่อลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็น จับต้องได้ วัสดุได้จากป้าย สัญลักษณ์ต่างๆ มองเห็นชัดเจน สถานที่จุดบริการเข้าถึงง่าย สะดวก สะอาด ไม่แออัด มีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นรบกวน มีสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานเช่นรถเข็น ที่นั่งรถตรวจ โทรทัศน์ หนังสือ ตู้น้ำดื่ม ห้องน้ำเพียงพอ ทั้งในส่วนที่รถตรวจและห้องสังเกตอาการ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ทันสมัย มีประสิทธิภาพ เพียงพอต่อความต้องการ บุคลากรแต่งกายสวมเครื่องแบบสะอาดเรียบร้อย ติดป้ายชื่อชัดเจน

6.13.2 ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ (RELIABILITY) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินการให้บริการที่ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้และถูกต้อง เชื่อถือได้

ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อความสามารถในการให้บริการของหน่วยงาน แพทย์ พยาบาล วัสดุได้จากแพทย์ พยาบาล มีความรู้ ความชำนาญ มีความพร้อมในการรักษาพยาบาล มีการแจ้งขั้นตอนและข้อมูลการรักษาพยาบาลอย่างละเอียด ครบถ้วน ชัดเจน เข้าใจ ใ้สบาย ให้การรักษาพยาบาล รวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย มีมาตรฐานเหมือนเดิมทุกครั้งที่ใช้บริการ

6.13.3 ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (RESPONSIVENESS) หมายถึง ความเต็มใจที่จะช่วยเหลือลูกค้าและให้บริการที่รวดเร็ว

ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ วัสดุได้จากขั้นตอนสะดวก ไม่ยุ่งยาก รวดเร็ว ได้รับการดูแลการรักษาภายในระยะเวลาที่ประกาศไว้ เจ้าหน้าที่ ยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นมิตร ท่าทีกระตือรือร้นและเต็มใจให้บริการ ไม่เลือกปฏิบัติ ให้บริการเท่าเทียมกัน แพทย์ พยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

6.13.4 ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (ASSURANCE) หมายถึง ความรู้และมารยาทของพนักงานและความสามารถในการสร้างความเชื่อถือและความมั่นใจ

ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อทักษะความรู้ ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการของเจ้าหน้าที่ วัสดุได้จากผู้รับบริการรู้สึกมั่นใจว่าแพทย์ พยาบาล มีความรู้ มีทักษะ มีความเชี่ยวชาญ มีความมั่นใจ คล่องแคล่ว น่าเชื่อถือ การรักษาที่ได้รับถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เจ้าหน้าที่ให้เกียรติและเคารพสิทธิ์ส่วนตัวของผู้รับบริการ

6.13.5 ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (EMPATHY) หมายถึง การดูแลเอาใจใส่ ตอบสนองต่อผู้ใช้บริการแต่ละคน

ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อการตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการ ของเจ้าหน้าที่ต่อผู้รับบริการรายบุคคล วัดได้จากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวรเปล ให้บริการด้วยความเอื้ออาทร มีน้ำใจ แสดงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ มีท่าทีสุภาพ สนใจ ใส่ใจ รับผิดชอบ ให้ความสำคัญ อย่างเหมาะสม ตอบสนองต่อปัญหาความ เจ็บป่วย ความต้องการ อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม ให้ความสนใจผู้ป่วยตลอดเวลา

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพบริการตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ให้ตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการและมีคุณภาพตามมาตรฐาน



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่รวบรวมได้ มาสรุปสาระสำคัญในประเด็นที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษานี้ โดยมีลำดับการนำเสนอ ดังนี้

1. คุณภาพมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
 - 1.1 ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System: ECS)
 - 1.2 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
 - 1.3 มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล (In hospital)
 - 1.4 มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. แนวคิดระบบการผลิตแบบทันเวลา Just In Time (JIT)
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ (Service quality)
4. แนวความคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความคาดหวัง (Expectation) และการรับรู้ (Perception)
5. ข้อมูลของตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. คุณภาพมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

1.1 ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System: ECS) (กรมการแพทย์ 2559, น. 8-10)

1.1.1 ความหมายของระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System: ECS) หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลใดๆ เช่น ด้านการจัดอาคารสถานที่ ด้านการจัดระบบดูแลโรงพยาบาล ด้านวิชาการ ด้านการประสานงาน ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งการพัฒนาบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินให้ได้คุณภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เป็นภารกิจของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

โดยเฉพาะบุคลากรในด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการดำเนินงานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ลดการตายและภาวะแทรกซ้อน สำหรับแนวความคิดการของพัฒนาการดำเนินงานให้มีคุณภาพ คือการประเมินตนเองของหน่วยงาน โดยผู้ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลเป็นผู้ประเมิน เนื่องจากเป็นผู้ทราบถึงจุดแข็ง จุดอ่อนหรือข้อจำกัดของการปฏิบัติงาน การประเมินตนเองของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์และมีคุณภาพสูงสุด จะต้องประเมินทุกส่วน ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 3 มิติ คือ

มิติ 1 การประเมินการนำองค์กรผู้อำนวยการโรงพยาบาล การประเมินผู้อำนวยการมีความสำคัญที่สุด เพราะผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานของการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่มีวิสัยทัศน์ มีความรู้ ความเข้าใจ มีความเอาใจใส่ การทำงานของทีมงาน จะช่วยให้การดำเนินงานรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นและต้องประเมินจากบุคคลภายนอกใน 3 ด้าน ได้แก่ วิสัยทัศน์ ภาวะผู้นำ องค์ความรู้ในการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัตถุประสงค์การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

มิติ 2 การประเมินกระบวนการทำงานหรือบุคลากรในโรงพยาบาล สามารถดำเนินงานได้ 2 วิธี คือ 1) ประเมิน โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล ทั้ง 12 องค์ประกอบที่กำหนดไว้ รวบรวมสรุปคะแนน บันทึกในตารางสรุปการประเมิน 2) ประเมินโดยหน่วยงานภายนอก เป็นการประเมินหรือรับรองในมุมมองขององค์กรภายนอก เช่นคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินหรือหน่วยงานรับรองคุณภาพต่างๆ โดยใช้แนวทางเดียวกับการประเมิน โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องแต่จะใช้ข้อมูลเฉพาะส่วนของตารางสรุปผลการประเมินเท่านั้น

มิติ 3 การประเมินผลลัพธ์การเข้ารับบริการรักษาพยาบาล เป็นการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อนำไปประกอบการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและพัฒนาด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

1.1.2 วัตถุประสงค์ของการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลตามลำดับความรุนแรงตามสภาพผู้ป่วย
- 2) เพื่อจัดการดูแลรักษา เน้นการช่วยชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นหลัก ช่วยให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินพ้นจากภาวะวิกฤติตามศักยภาพของโรงพยาบาล ก่อนที่จะรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลหรือส่งต่อ
- 3) เพื่อให้มีระบบการส่งต่อผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับการเจ็บป่วยนั้น

4) เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทูเลติขึ้นจากอาการที่นำมาโรงพยาบาลและมีความปลอดภัยก่อนที่จะจำหน่ายกลับบ้าน

5) เพื่อให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นไปอย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ละราย

6) เพื่อให้เกิดความพร้อมในด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ โดยความร่วมมือกันทั้งในและนอกโรงพยาบาล

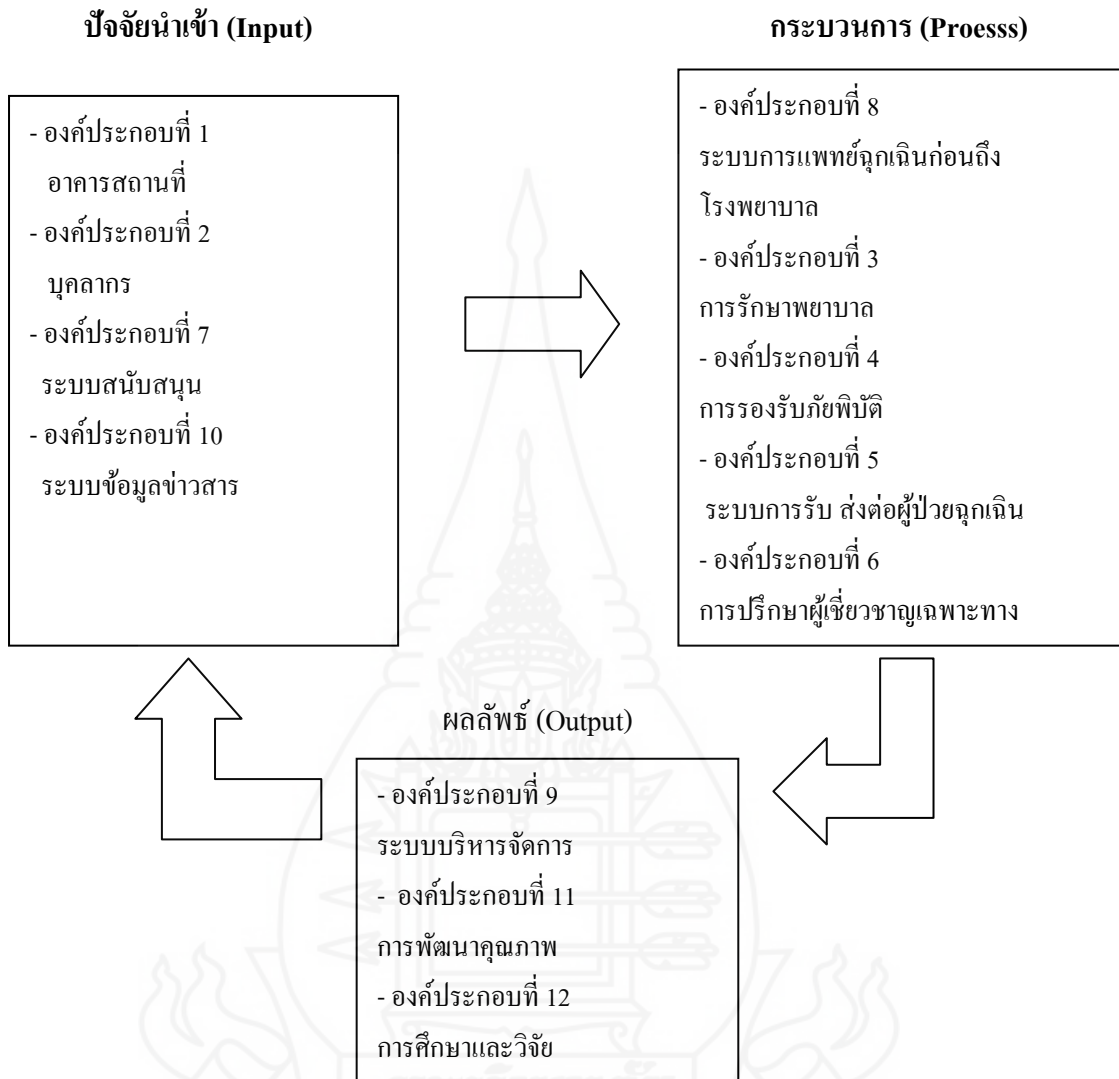
7) เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ การบริหารจัดการ การบริการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน

1.1.3 องค์ประกอบการประเมินด้านการพยาบาลฉุกเฉิน

องค์ประกอบที่ใช้ในการประเมินมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยฉุกเฉินโดยตรงและส่วนระบบสนับสนุน รวมทั้งหมดมี 12 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) อาคารสถานที่ (Area)
- 2) บุคลากร (Personal) บุคลากรแผนกฉุกเฉิน (Emergency Department Team)
- 3) การรักษาพยาบาล (Patient Care) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
- 4) ความสามารถในการรองรับภัยพิบัติทั้งในและนอกโรงพยาบาล (Disaster Management)
- 5) ระบบการรับ ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน (Referral system)
- 6) การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Access to other Specialist Consultation)
- 7) ระบบสนับสนุน (Access to Support Service)
- 8) ความร่วมมือกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Prehospital EMS Intervention)
- 9) ระบบบริหารจัดการ (Administration)
- 10) ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information System)
- 11) การพัฒนาคุณภาพ (Quality Management)
- 12) การศึกษาและวิจัย (Study and Research)

การประเมิน 12 องค์ประกอบที่บ่งชี้เกี่ยวกับแนวคิดของ Donabedian ได้ดังนี้



ภาพที่ 2.1 องค์ประกอบการประเมินคุณภาพบริการฉุกเฉินกับแนวคิดโดนาเบเดียน (Donabedian's theory)

ตัวชี้วัด ER คุณภาพโดยทั่วไปจะประเมินทั้ง 3 ส่วน คือ มิติที่ 1 มิติการบริการ และนโยบาย หมายถึง การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหารเกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุน การพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้นในประเด็นความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการ คือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล เช่นการรักษาพยาบาล (Emergency care)

ซึ่งหมายถึง ความสามารถของห้องฉุกเฉินที่ให้บริการต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ใน กระบวนการต่างๆ ได้แก่ 1) Triage 2) Resuscitation 3) Stabilization 4) Special Track และ 5) Definitive Care ใน โรงพยาบาล การวิเคราะห์งาน จากการเข้ารับบริการด่วนพิเศษ (Special Track) ของช่องทางด่วน (fast track) ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในห้องฉุกเฉินเป็นแนวทางหนึ่งของการวัดผลลัพธ์ (out come) ER คุณภาพ ตัวชี้วัด ER คุณภาพที่สำคัญ ได้แก่ การผ่านเกณฑ์ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ร้อยละ 60 ในโรงพยาบาลระดับชุมชนขนาดกลางขึ้นไป และ ร้อยละ 25 ของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับชุมชนขนาดกลาง (รวม 12 องค์ประกอบ)

1.1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการประเมิน

- 1) ทราบถึงความเหมาะสมของปริมาณและคุณภาพของทรัพยากร ในโรงพยาบาลที่ใช้ในแผนกฉุกเฉิน
- 2) ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทราบถึงการนำทรัพยากรที่มีอยู่ไปใช้ประโยชน์ ต่อแผนกฉุกเฉิน
- 3) ทราบถึงความพึงพอใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติในแผนกฉุกเฉิน
- 4) ทราบถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกฉุกเฉิน

1.1.5 การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ มี 4 ด้านคือ

- 1) อาคารสถานที่ในการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน
- 2) บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ
- 3) ผลหรือความเชื่อถือต่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน
- 4) ความสะดวกสบาย

1.2 มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 2558, น. 25-31)

1.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1) องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วยหรือผู้รับผลงานเพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว

1.1.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

1) องค์กรระบุการจำแนกส่วนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงานและตลาดบริการสุขภาพ องค์กร กำหนดว่าจะมุ่งเน้นบริการสุขภาพสำหรับส่วนใดของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงานและตลาดสุขภาพ

2) องค์กรรับฟังและเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานรวมทั้งระดับความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน วิธีการรับฟังเหมาะสมกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม มีการนำความรู้นี้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน

3) องค์กรใช้ความเห็นและเสียงสะท้อนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมากขึ้น ตอบสนองความต้องการและทำให้ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานพึงพอใจมากขึ้นและเพื่อค้นหาโอกาสสร้างนวัตกรรม

4) องค์กรปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ถูกต้องตามความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ

1.1.2 การรับฟังและเรียนรู้ (listening and learning) อาจรวมถึงการสำรวจการใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา การสนทนากลุ่ม การใช้ข้อมูลจากเว็บไซต์และการใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพ ความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ที่มีผลต่อความเชื่อมั่นศรัทธา ความไว้วางใจ ความพึงพอใจและการตัดสินใจเลือกใช้บริการ เช่น ความแตกต่างจากองค์กรอื่นที่ให้บริการในลักษณะเดียวกัน ช่วงเวลาของการให้บริการ การให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว ค่าใช้จ่าย ความเป็นส่วนตัวการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรี

1.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2) องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ศรัทธา ความพึงพอใจและความร่วมมือ มีการประเมินและสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน นำผลมาใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน

1.2.1 การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

1) องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อตอบสนองความต้องการ เพื่อสร้างความศรัทธา และเพื่อความร่วมมือ

2) มีช่องทางสำหรับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ค้นหาข้อมูลข่าวสาร การบริการและเสนอแนะข้อร้องเรียน มีการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อ สาธารณะในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่มีคุณภาพบริการและผลการให้บริการ

3) องค์กรจัดการกับคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันที่ รวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนมาสู่การปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร

4) องค์กรปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์และช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ

1.2.1 การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

1) มีการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานและใช้ข้อมูลนี้เพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน วิธีการวัดผลเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่มและได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง

2) มีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการจากผู้ป่วย / ผู้รับผลงานทันทีเพื่อให้ได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง

3) องค์กรปรับปรุงวิธีการประเมินความพึงพอใจให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ

การประเมินความพึงพอใจอาจจะใช้การสำรวจ การรับเสียงสะท้อนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การรับข้อร้องเรียน การเก็บข้อมูล อาจจะใช้ internet การติดต่อกับบุคคลโดยตรง การใช้หน่วยงานที่สาม หรือโดยไปรษณีย์ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง (actionable feedback) เช่น ลักษณะของบริการความสัมพันธ์ ปฏิสัมพันธ์ ที่จะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการในครั้งต่อไปหรือการแนะนำผู้อื่นมาใช้บริการ

ตอนที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วย (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 2558, น. 139 - 163)

2.1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย กระบวนการรับผู้ป่วย เหมาะกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล เช่น ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการของตน ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการประเมินและดูแลรักษาเป็นอันดับแรก มีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดและส่งต่ออย่างเหมาะสม มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การดูแลที่จะได้รับ มีกระบวนการขอความยินยอมจากผู้ป่วย / ครอบครัวก่อนที่จะให้บริการหรือกระทำหัตถการสำคัญและมีการบันทึกที่เหมาะสม

2.2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเหมาะสม เช่น มีการประเมินผู้ป่วยรอบด้านและประสานงานกันเพื่อลดความซ้ำซ้อน วิธีการประเมินเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ ภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียน ผู้ป่วย ได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย มีการส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคในเวลาที่เหมาะสม มีการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการตรวจประกอบการวินิจฉัยโรค โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับสถานะของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลเพียงพอเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรค มีการลงบันทึกการวินิจฉัยแยกโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้และบันทึกการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม มีการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพ ในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ

2.3 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและการวางแผนจำหน่าย (Planning of Care & Discharge Planning)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดี และมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับ ปัญหา / ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนกและหน่วยบริการต่างๆ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย มีการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วย / ครอบครัวมีโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากได้รับข้อมูลเพียงพอและร่วมในการวางแผน การดูแล มีการสื่อสาร / ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม โดยสมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจ บทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ในการวางแผนจำหน่าย ต้องมีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ สำหรับการวางแผนจำหน่าย แพทย์ พยาบาลและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูล สะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.4 การดูแลผู้ป่วย (General Care Delivery & Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน มีสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการการดูแลที่คุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะดวก สบายและความสะอาด การป้องกันอันตราย / ความเครียด / เสี่ยง / สิ่งรบกวน ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติหรือภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสมและปลอดภัย มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีมเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล ในการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์ผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง ร่วมกันจัดลำดับ แนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงดังกล่าว มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ เมื่อมีผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเข้ามาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันทั่วทั้งที่ในการประเมินผู้ป่วย การช่วยรักษาสุขภาพผู้ป่วย การสื่อสาร การให้ความรู้และการย้ายผู้ป่วย

2.5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients / Families)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และทำกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล

2.6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสมองค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อให้เกิด ความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแล ผู้ป่วยมีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองและนำผล การติดตามมาใช้ปรับปรุงวางแผนบริการในอนาคต

1.3 มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล (In hospital)

มาตรฐานและหลักเกณฑ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (กมลทิพย์ แซ่เล่า และคณะ 2557, น. 2-23)

มาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่บุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม มีคุณภาพทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย

มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม ได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ ตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะฉุกเฉินเจ็บป่วยฉุกเฉิน จนกระทั่งผู้ป่วยฉุกเฉินพ้นภาวะวิกฤติ

เหตุผลความจำเป็นในการจัดทำมาตรฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

1.3.1 พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

มาตรา 11(1) กำหนดให้ กพฉ.มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐาน และหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

มาตรา 15(2) กำหนดให้ สพฉ. มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อ กพฉ. รวมทั้งกำหนดเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด

มาตรา 28 เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักการ ดังต่อไปนี้

(1) ตรวจสอบระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

(2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือ การรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

(3) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้นำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใดๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉิน อย่างทันทีที่ หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาล ต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักการตามวรรคหนึ่ง

มาตรฐาน หลักเกณฑ์ เกณฑ์และวิธีปฏิบัติการฉุกเฉิน (Emergency Operational Standard, Principle, Criteria and Protocol) มี 5 ด้านดังนี้

1. Prevention and Safety มาตรฐานปฏิบัติการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น
ฉุกเฉินและการป้องกัน การเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้

2. Pre hospital มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนสถานพยาบาล

3. In hospital มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล

4. facility Patients Transfer มาตรฐานปฏิบัติการระหว่างสถานพยาบาล

5. Disaster management มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉินในสถานการณ์สาธารณภัย

มาตรฐาน หลักเกณฑ์ เกณฑ์และวิธีปฏิบัติการปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถาน
พยาบาล (In-Hospital Emergency Operational Standard, Principle, Criteria and Protocol) คือการมี
ระบบบริหารจัดการบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเสียชีวิต
และพิการ หลักเกณฑ์ เกณฑ์และวิธีปฏิบัติการปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาลประกอบด้วย

1. สถานพยาบาล

1.1 ผ่านเกณฑ์การประเมินสถานพยาบาล

1.2 มีโครงสร้างห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

2. ผู้ปฏิบัติการ

2.1 มีคุณสมบัติและจำนวนตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 มีการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์การคัดแยกและจัดลำดับการ

บริหาร ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด (Emergency related group)

3. มีการประเมิน การบริหารผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านเกณฑ์กำหนดตามแนวทาง
พัฒนาของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

4. สถานพยาบาลทุกระดับมีระบบ Fast track สำหรับ Stroke STEMI Multiple
injuries Head injuries NB Sepsis High risk pregnancy

5. มีผลการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ

เกณฑ์แนวทางประเมินเป็นไปตาม

1. พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และหลักเกณฑ์ ที่ กพฉ. กำหนด

2. มาตรฐานศูนย์รับบาดเจ็บสำหรับประเทศไทยของราชวิทยาลัย
ศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

3. ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน(Emergency Care System: ECS) ซึ่งเป็น
แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย
ฉุกเฉิน และจัดลำดับการบริหาร ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด

1. วัตถุประสงค์ เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลให้ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน จึงให้สถานพยาบาลหน่วยปฏิบัติการ และผู้ปฏิบัติการ จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่สถานบริการและดำเนินการตรวจคัดแยกตามมาตรฐานนั้น

2. ขอบเขต การคัดแยกระดับความฉุกเฉินในสถานพยาบาลให้ปฏิบัติตาม

2.1 หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554

2.2 เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริหาร ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด

3. คำนิยาม

3.1 ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อ การดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษา อย่างทันทั่วทั้งที่เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น

3.2 สถานพยาบาล หมายความว่า สถานพยาบาลของรัฐ รวมถึงสถานพยาบาลในกำกับของรัฐ สถานพยาบาลของสภาวิชาชีพ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและสถานพยาบาลอื่นตามที่ รัฐมนตรีประกาศกำหนด

3.3 ปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายความว่า การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุมดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือส่งตัวผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย และการบำบัด รักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล

3.4 หน่วยปฏิบัติการ หมายความว่า หน่วยงานหรือองค์กรที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน

3.5 ผู้ปฏิบัติการ หมายความว่า บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

3.6 ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น แพทย์ พยาบาล หรืออื่นๆ

3.7 ระดับความฉุกเฉินของผู้มารับบริการ หมายความว่า

ระดับ 1 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต หากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไข

ระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทหรือผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง”

ระดับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บป่วยรุนแรงอาจจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางการแพทย์อย่างเร่งด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือพิการในระยะต่อมาได้ ใช้สัญลักษณ์ “สีชมพู”

ระดับ 3 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง”

ระดับ 4 หมายถึง ผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับหรือเลือกสรรบริการสาธารณสุขในเวลาทำการปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตามมา ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว”

ระดับ 5 หมายถึง ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น ได้แก่ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการอื่น โดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร ใช้สัญลักษณ์ “สีขาว”

4. ผู้รับผิดชอบ

- 4.1 สถานพยาบาล ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551
- 4.2 หน่วยปฏิบัติการ
- 4.3 ผู้ปฏิบัติการที่ผ่านการฝึกอบรมการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

5. เอกสารอ้างอิง

- 5.1 พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551
- 5.2 หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐาน

การปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554

1.4 มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (สำนักพยาบาล กรมการแพทย์ 2550, น. 127-128) การบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและหรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตทั้งระบบร่างกายและจิตใจ โดยการประเมินสถานะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์

และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที โดยให้การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ และที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ตลอดจนรับไว้สังเกตอาการเฉพาะหน้า ณ ห้องฉุกเฉิน หรือห้องสังเกตอาการ พยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้อง ปฏิบัติโดยใช้ความรู้ ความสามารถและตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ แต่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระบบสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีผลให้ขอบเขตของการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องยืดหยุ่นเพียงพอ ที่จะสามารถตอบสนองประเด็นการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และควบคุมกำกับให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน สร้างความประทับใจแก่ผู้ใช้บริการ มาตรฐานประกอบด้วย 8 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
(Nursing Therapeutic in Emergency Medical Service)

มาตรฐานที่ 2 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
(Nursing Therapeutic in Emergency Department)

มาตรฐานที่ 3 การดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ

มาตรฐานที่ 5 การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง

มาตรฐานที่ 6 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

มาตรฐานที่ 7 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 8 การบันทึกทางการพยาบาล

มาตรฐานที่ 1 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.1 การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) พยาบาลวิชาชีพ รวบรวมข้อมูล การเจ็บป่วยและการประเมินอาการสำคัญ เพื่อ จัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล ณ สถานที่เกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว

1.2 การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย / บาดเจ็บของผู้ป่วยอย่างทันที่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตได้รับการแก้ไขอาการอย่างทันท่วงที ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

1.3 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและส่งต่อการรักษาพยาบาลวิชาชีพ ประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาระหว่างการนำส่งผู้ป่วยยังโรงพยาบาลที่รับการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือบาดเจ็บเพิ่มจากการเคลื่อนย้าย การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่สำคัญกับหน่วยงานที่รับส่งต่อผู้ป่วยมีความครบถ้วนถูกต้อง

มาตรฐานที่ 2 มาตรฐานการตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.1 การคัดกรองผู้ป่วย (Comprehensive Triage) พยาบาลวิชาชีพ คัดกรองการเจ็บป่วยสำคัญของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกรายและจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล (Priorities of Care) ตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามลำดับความรุนแรง/เร่งด่วนของการเจ็บป่วย ได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต (Life Threatening) อย่าง ทันทีทันใด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

2.2 การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (Secondary Survey and Ongoing Assessment) พยาบาลวิชาชีพ ประเมินปัญหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Secondary Survey) และประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) ตามความเหมาะสมกับ สถานะการเจ็บป่วยตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงาน ดังนี้ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 10 - 15 นาที 2) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 30 นาที 3) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 2 – 4 ชั่วโมงและบ่อยครั้งถ้าอาการเลวลงตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลเฉพาะ โรค/กลุ่มอาการ 4) ผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบประสาทหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ต้องประเมิน Glasgow Coma Score ทุกราย 5) บันทึกผลการประเมินอาการและอาการแสดงที่สำคัญที่ตรวจพบลงในแบบบันทึกหรือบัตรตรวจโรคและรายงานอาการผิดปกติแก่แพทย์เพื่อการรักษาต่อเนื่อง

2.3 การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย บรรเทาอาการรบกวนต่างๆ และส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตอย่างทันทีทันใด ได้รับการรักษาพยาบาลครบถ้วนตามแผนการรักษา ได้รับการบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ และส่งเสริมความสุขสบายระหว่างอยู่ในหน่วยงาน

2.4 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล
พยาบาลวิชาชีพ ประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล
ที่ให้

มาตรฐานที่ 3 มาตรฐานการดูแลต่อเนื่อง

พยาบาลวิชาชีพ วางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการ
ส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมและให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
จากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตระหว่างการเคลื่อนย้ายและส่งต่อ และ
ได้รับการดูแลต่อเนื่องทันทีที่ถึงหน่วยงาน/โรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริม
สุขภาพของบุคคลแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น (Potential Health Problem) เพื่อให้
ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับความเครียดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและการสูญเสียได้อย่าง
เหมาะสม ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุความไม่รู้วิธีการ
เฝ้าสังเกตอาการผิดปกติหรือการดูแลสุขภาพตนเอง ลดอัตราการกลับเป็นโรคซ้ำหรือความรุนแรง/
ก้าวหน้าของการเจ็บป่วยที่สามารถควบคุมได้ ประชาชนสามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
ได้อย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 5 การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง

พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการคุ้มครอง
ภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน
ที่ป้องกันได้หรือการบาดเจ็บเพิ่มระหว่างการรักษาพยาบาลในหน่วยงาน

มาตรฐานที่ 6 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพ ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ เพื่อให้ผู้ป่วย
ได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามความเหมาะสมรวมถึง
แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องก่อนกลับบ้านหรือส่งต่อการรักษา เพื่อผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติการณ์การ
กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุความไม่รู้วิธีการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติ/การดูแลสุขภาพ
ตนเอง

มาตรฐานที่ 7 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพ ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรีและเคารพคุณค่า
ความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขต บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ เพื่อให้ผู้ป่วย

ได้รับการพิทักษ์สิทธิอย่างเหมาะสม ได้รับบริการจากบุคลากรพยาบาล โดยไม่มีการละเมิดสิทธิ

มาตรฐานที่ 8 การบันทึกทางการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพ บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ เพื่อสื่อสารกับ ทีมงานและทีมสหสาขาวิชาชีพและใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เพื่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนและต่อเนื่อง เป็นเครื่องมือสื่อสารให้ทีมสหสาขาวิชาชีพใช้ประโยชน์ในการดูแล และสามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

2. แนวคิดระบบการผลิตแบบทันเวลาพอดี (Just-in-Time Production Systems:JIT)

(บัณฑิต ประดิษฐานวงษ์ 2544, น. 10-24)

2.1 ความหมาย

การผลิตแบบ JIT คือ การผลิตหรือการส่งมอบ “สิ่งของที่ต้องการ ในเวลาที่ต้องการ ด้วยจำนวนที่ต้องการ” ใช้ความต้องการของลูกค้าเป็นเครื่องกำหนดปริมาณการผลิตและการใช้วัตถุดิบ ซึ่งลูกค้าในที่นี้ไม่ได้หมายถึงเฉพาะลูกค้าผู้ซื้อสินค้าเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงบุคลากรในส่วนงานอื่นที่ต้องการงานระหว่างทำหรือวัตถุดิบเพื่อทำการผลิตต่อเนื่องด้วย เป้าหมายของ JIT คือ มุ่งพัฒนาระบบการผลิตสู่ความเป็นเลิศ โดยเน้นการจัดความสูญเสียในกระบวนการผลิตให้หมดไป มีปรัชญาแนวคิดและวิธีปฏิบัติงานมากมายที่ถูกนำมาใช้เพื่อให้บรรลุสู่เป้าหมายของ JIT ซึ่งสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

2.2 วัตถุประสงค์ของการผลิตแบบทันเวลาพอดี

2.2.1 *ควบคุมวัสดุคงคลังให้อยู่ในระดับที่น้อยที่สุดหรือเท่ากับศูนย์ (Zero inventory)*

2.2.2 *ลดเวลานำหรือเวลารอคอยในกระบวนการผลิต (Zero lead time)*

2.2.3 *ขจัดปัญหาของเสียที่เกิดขึ้นจากการผลิต (Zero failures)*

2.2.4 *ขจัดความสูญเปล่าในการผลิต (Eliminate 7 Types of Waste) ดังต่อไปนี้*

1) *การผลิตมากเกินไป (Overproduction)* ชิ้นส่วนและผลิตภัณฑ์ถูกผลิตมากเกินไปเกินความต้องการ

2) *การรอคอย (Waiting)* วัสดุหรือข้อมูลสารสนเทศ หยุดหนึ่งไม่เคลื่อนไหวหรือติดขัดเคลื่อนไหวไม่สะดวก

3) การขนส่ง (Transportation) มีการเคลื่อนไหวหรือมีการขนย้ายวัสดุในระยะทางที่มากเกินไป

4) กระบวนการผลิตที่ขาดประสิทธิภาพ (Processing itself) มีการปฏิบัติงานที่ไม่จำเป็น

5) การมีวัสดุหรือสินค้าคงคลัง (Stocks) วัตถุดิบและผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปมีเก็บไว้มากเกินไปจนความจำเป็น

6) การเคลื่อนไหว (Motion) มีการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นของผู้ปฏิบัติงาน

7) การผลิตของเสีย (Making defect) วัสดุและข้อมูลสารสนเทศไม่ได้มาตรฐานผลิตภัณฑ์ไม่มีคุณภาพ

2.3 ประโยชน์ที่เกิดจากการผลิตแบบทันเวลาพอดี

2.3.1 ยกระดับคุณภาพสินค้าให้สูงขึ้นและลดของเสียจากการผลิตให้น้อยลง

2.3.2 ตอบสนองความต้องการของตลาดได้เร็ว

2.3.3 คนงานจะมีความรับผิดชอบต่องานของตนเองและงานของส่วนรวมสูง

2.4 ระบบการผลิตแบบลีน (Lean Enterprise) ตามวิถีแห่ง Toyota

การผลิตแบบลีน (Lean Production) หรือระบบการผลิตแบบโตโยต้า (Toyota Production System หรือ TPS) เป็นระบบการผลิตอันล้ำหน้าซับซ้อน ซึ่งทุกๆ ส่วนประกอบของระบบเกี่ยวพันกันเพื่อให้ได้ระบบที่สมบูรณ์ รากฐานของระบบนั้นมุ่งเน้นเกี่ยวกับการสนับสนุนและกระตุ้นให้บุคลากรปรับปรุงกระบวนการที่พวกเขาปฏิบัติงานอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยระบบ TPS มีแนวคิดที่สำคัญคือ ให้ความสำคัญกับความพึงพอใจของลูกค้าทั้งหมด การค้นหาแนวทางที่ดีกว่าอย่างไม่สิ้นสุด คุณภาพผนวกเข้าในกระบวนการ สานต่อการปฏิบัติงานที่เป็นระบบระเบียบ มีการพัฒนาอย่างไม่หยุดนิ่ง

2.5 ภาพรวมของแนวคิดแบบลีน

มุ่งเน้นการสร้างคุณค่าจากการจำแนกและการกำจัดความสูญเปล่า โดยการออกแบบตามคุณค่าที่ลูกค้าต้องการและจัดการอย่างถูกต้องให้เหมาะสม แนวคิดแบบลีนคำว่า “การปรับปรุง” นั้น มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงกระบวนการให้ดีขึ้นกว่าเดิม ในการดำเนินการปรับปรุงนั้น เป็นสิ่งที่ชัดเจนและมีความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยขาเข้า (Input) และปัจจัยขาออก (Output) ของกระบวนการเพื่อที่จะนำเสนอกิจกรรมในการดำเนินงานสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ดีกว่า โดยปกติทั่วไปในธุรกิจเราไม่ทราบถึงที่ลูกค้าต้องการหรือการเปลี่ยนแปลง ด้วยเหตุนี้องค์กรจึงต้องมีแนวคิดในการเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าหรือปรับปรุงตลอดเวลา เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง กุญแจสู่ความสำเร็จของแนวคิดแบบลีนในการจัดการเปลี่ยนแปลงคือ 1) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง 2) การสร้างคุณค่าเพิ่ม 3) การมุ่งเน้นที่ลูกค้า

2.5.1 การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องไคเซ็น (Kaizen) เป็นปรัชญาทางธุรกิจ ที่ทำให้เศรษฐกิจญี่ปุ่นที่ก้าวหน้ามากกว่า 20 ปี เพราะได้ใช้ไคเซ็นสำหรับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและอย่างสม่ำเสมอ ทำให้บริหารธุรกิจให้ตรงเป้าหมาย การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอสามารถทำให้ธุรกิจปรับตัวและมีการพัฒนามากขึ้นเรื่อยๆ เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเช่น การประยุกต์ใช้วัฏจักรเต็มมิ่ง (PDCA) เครื่องมือการนิยามและตรวจสอบปัญหาและการแก้ปัญหาด้วย 7 Tools

2.5.2 การสร้างคุณค่าเพิ่ม คือ การทำความเข้าใจว่าอะไรคือคุณค่าและความสูญเปล่า คุณค่าเป็นสิ่งที่จำเป็นและต้องถูกสร้างในสายตาลูกค้าและตามที่ลูกค้ากำหนดและมีกระบวนการที่ดำเนินไปอย่างถูกต้อง การสร้างคุณค่าต้องใช้เวลาและความพยายามที่จะกำจัดการสูญเปล่าออกจากกระบวนการ “ยาซูอิโร” ได้ทำการศึกษาระบบการผลิตแบบโตโยต้า (Toyota Production System: TPS) และได้แบ่งลักษณะงานในการผลิตออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) **สิ่งที่ไม่มีคุณค่าเพิ่ม (Non Value Added: NVA)** คือ ความสูญเปล่าและเป็นกิจกรรมที่ไม่จำเป็นซึ่งควรกำจัด ตัวอย่าง เช่น เวลารอคอย การทำงานหรือกิจกรรมเดียวกันซ้ำๆ

2) **สิ่งที่จำเป็นแต่ไม่มีคุณค่าเพิ่ม (Necessary but Non Value Added: NNVA)** คือ ความสูญเปล่า แต่อาจจำเป็นต้องยอมให้เกิดขึ้นในกระบวนการผลิต ตัวอย่างเช่น การเดินในระยะไกลเพื่อหยิบชิ้นส่วนหรือวัตถุดิบ การเคลื่อนย้ายอุปกรณ์/เครื่องมือระหว่างการผลิต การจัดการทำงานเช่นนี้อาจต้องการวางผังโรงงานในกระบวนการผลิตใหม่ซึ่งไม่สามารถทำได้ทันที

3) **สิ่งที่มีคุณค่าเพิ่ม (Value Added: VA)** คือ กิจกรรมที่มีคุณค่าในการดำเนินงาน ที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนกระบวนการผลิต ตั้งแต่ขั้นวัตถุดิบหรือชิ้นส่วนที่ใช้ในการผลิตว่า จะใช้แรงงานหรือเครื่องจักรในการผลิตเป็นข้อมูลในการตัดสินใจมาก

2.5.3 การมุ่งเน้นที่ลูกค้า เป็นการให้คำปรึกษาและค้นคว้าวิจัยตลาด ให้องค์กรมีแนวทางเดียวกันตามความต้องการของลูกค้า ทั้งด้านคุณภาพและการนำมาสู่การเชื่อมต่อระหว่างการผลิตกับลูกค้า เพื่อให้ได้การบริการที่ดีขึ้น โดยการสร้างคุณค่าแห่งวัฒนธรรมการเป็นผู้นำ จากความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการ การสร้างกลยุทธ์ลูกค้าและคน ส่งผลให้ลูกค้ามีความซื่อสัตย์ ความภักดีต่อสินค้าและกำไรเพิ่มขึ้นหัวใจที่สำคัญของการมุ่งเน้นลูกค้า ประกอบด้วย

เสียงจากลูกค้า เป็นการช่วยให้การมุ่งเน้นลูกค้าคงอยู่และกระตุ้นให้ทำตามวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยให้ความสนใจและถ่ายทอดความสัมพันธ์ระดับหน้าที่การทำงานตามโครงสร้างขององค์กร ซึ่งเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมและแสดงให้เห็นว่าทำอะไร ตลอดจนมีส่วนร่วมแก้ไขกันอุปสรรคของหน้าที่การทำงานเดิม

การจัดการความต้องการลูกค้า การมุ่งเน้นที่ลูกค้าและคุณค่าต่อลูกค้า ให้ลูกค้าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ซึ่งวิสัยทัศน์จะเป็นการกระตุ้นพนักงานและองค์กรให้บรรลุถึงเป้าหมาย เครื่องมือที่ช่วยให้องค์กรมุ่งเน้นที่ลูกค้า แบ่งมุมมองไว้ 3 ส่วน คือ

1) การจัดหาบริการลูกค้า โดยการใช้ระบบการจัดการความสัมพันธ์ลูกค้า เป็นการรับรองการตอบสนองอย่างรวดเร็ว จากการสอบถามของลูกค้าและเป็นการออกแบบในการส่งเสริมการขายและการตลาด ซึ่งจะทำให้มีประสิทธิภาพในการจัดการความสัมพันธ์ของลูกค้า

2) การจัดการกระบวนการด้านคุณภาพ โดยการใช้ Six Sigma ลดความแปรปรวนสำหรับการปรับปรุงกระบวนการ

3) การพัฒนาผลิตภัณฑ์ตามความต้องการของลูกค้า โดยใช้ Quality Function Deployment (QFD) ที่มี การวางแผน การติดต่อสื่อสารและเทคนิคการจัดการเอกสารที่รวบรวมปัญหาของกิจกรรมการดำเนินงานในระบบการผลิตและบริการ โดยมีโครงสร้างการวิเคราะห์สำหรับให้คุณค่าต่อลูกค้า ด้านคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์และการบริการลูกค้า พร้อมกับรองรับการออกแบบกระบวนการผลิต

สรุปในการพัฒนาองค์กรให้อยู่ในแนวหน้าของอุตสาหกรรมการผลิตและบริการนั้นๆ จำเป็นอย่างที่จะต้องใช้กลยุทธ์หรือกุญแจสู่ความสำเร็จของแนวความคิด JIT ที่ประกอบด้วย การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง แนวความคิดการสร้างคุณค่าเพิ่มด้วยการกำจัดความสูญเปล่าและการมุ่งเน้นลูกค้า เพื่อให้ลดต้นทุนในการผลิต ลูกค้าพึงพอใจ และมีข้อได้เปรียบในการแข่งขันในระยะยาว ซึ่งจะต้องทำทั้ง 3 แบบ ในการทำแต่ละแบบจะต้องมีเครื่องมือช่วยในการดำเนินงาน นอกจากนี้ควรจะต้องมีวิสัยทัศน์และพันธกิจของผู้นำและองค์กร เพื่อสร้างความสัมพันธ์ของกุญแจสู่ความสำเร็จ

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ (Service quality)

3.1 ความหมายคุณภาพบริการ

โดนาบีเดียน (Donabedian 1980) ให้ความหมายของการดูแลที่มีคุณภาพสูงว่า เป็นการดูแลที่คาดหวังว่ามีมาตรการที่จะทำให้อำนวยความสะดวกและความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการ โดยได้ประเมินอย่างละเอียดถึงผลได้และผลเสีย

กรอนรูส (Gronroos 1982; 1990, pp. 17) อ้างถึงในซัชวาล ทัดสิวัช ได้ให้ความหมายของคุณภาพการให้บริการว่าจำแนกได้ 2 ลักษณะคือ คุณภาพเชิงเทคนิค (technical quality) อันเกี่ยวกับผลลัพธ์ หรือสิ่งที่ผู้รับบริการได้รับจากบริการนั้น โดยสามารถที่จะวัดได้เมื่อมีการประเมินได้

คุณภาพของผลิตภัณฑ์ (product quality) ส่วนคุณภาพเชิงหน้าที่ (functional quality) เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของการประเมินนั่นเอง

ลิวอิสและบลูม (Lewis and Bloom 1983) อ้างถึงในชัชวาล ทัดศิวิซ์ ได้ให้คำนิยามของคุณภาพการให้บริการว่าเป็นสิ่งที่ชี้วัดถึงระดับของการบริการที่ส่งมอบโดยผู้ให้บริการต่อลูกค้าหรือผู้รับบริการว่าสอดคล้องกับความต้องการของเขาได้ดีเพียงใด การส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ (delivering service quality) จึงหมายถึง การตอบสนองต่อผู้รับบริการบนพื้นฐานความคาดหวังของผู้รับบริการ

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's Dictionary 1988, pp. 1099) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึงระดับความเป็นเลิศหรือสิ่งที่ดีกว่าที่อื่น ๆ

คროสบี (Crosby 1988, pp. 15) อ้างถึงในชัชวาล ทัดศิวิซ์ กล่าวว่า ว่าคุณภาพการให้บริการหรือ “service quality” นั้น เป็นแนวคิดที่ถือหลักการการดำเนินงานบริการที่ปราศจากข้อบกพร่องและตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้บริการ และสามารถที่จะทราบของต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการได้ด้วย

พาราสุรามาน ไชแซมอลและแบร์รี (Parasuraman, Zeithamal & Berry 1990, pp. 12-40) ได้ให้คำนิยาม Service quality ว่าเป็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังหรือปรารถนาไว้กับสิ่งที่ผู้รับบริการได้รับจริงเมื่อรับบริการ โดยผู้ให้บริการจะต้องสามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการในระดับที่เท่ากับความคาดหวังหรือเหนือกว่าที่คาดหวัง โดยผู้ที่ประเมินคือ ผู้รับบริการที่จะเป็นคนตัดสินว่า บริการนั้นมีคุณภาพหรือไม่ การบริการถึงแม้จะจัดเตรียมไว้อย่างดีแต่ถ้าไม่ตรงกับความคาดหวังของผู้รับบริการ บริการนั้นอาจถูกประเมินว่าเป็นบริการที่ไม่มีคุณภาพได้

บราวน์ (Brown 1991, pp. 9) ได้กล่าวว่าคุณภาพบริการ เป็นนามธรรมที่มีการจัดบริการให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับ ให้คำคำว่าคุณภาพนั้นมีความแตกต่างกัน

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ (2542, น. 137) ได้กล่าวถึงคุณภาพบริการว่าหมายถึง การตอบสนองความต้องการและคาดหวังของผู้รับผลงาน ส่วนคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยคือ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยมองผู้ป่วยแบบองค์รวมอยู่บนพื้นฐานวิชาชีพ ตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ (2550, น. 10) กล่าวว่า คุณภาพบริการหมายถึงการทำตามที่ผู้ใช้บริการต้องการ โดยหน่วยงานจะต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ใช้บริการเสมอ

สมวงศ์ พงศ์สถาพร (2550, น. 66) เสนอความเห็นไว้ว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นทัศนคติที่ผู้รับบริการสะสมข้อมูลความคาดหวังไว้ว่าจะได้รับจากบริการ ซึ่งหากอยู่ในระดับที่

ยอมรับได้ (tolerance zone) ผู้รับบริการก็จะมีความพึงพอใจในการให้บริการ ซึ่งจะมีระดับแตกต่างกันออกไปตามความคาดหวังของแต่ละบุคคล และความพึงพอใจนี้เอง เป็นผลมาจากการประเมินผลที่ได้รับจากบริการนั้น ณ ขณะเวลาหนึ่ง

อินทรา จันทรฐ (2552, น. 23) คุณภาพการให้บริการ เป็นการประเมินความรู้สึกของกลุ่มเป้าหมายต่อการบริการนั้นๆ ทั้งนี้การรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มเป้าหมายจะขึ้นอยู่กับผลลัพธ์จากการ เปรียบเทียบความ คาดหวังที่ได้คาดว่าจะได้รับจากการรับบริการนั้นๆ กับกับบริการนั้นๆ ตามการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ความสำเร็จของการบริการจึงขึ้นอยู่กับบริการนั้นๆ วางแผนการบริการสอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการ

กันต์กวินท์ ภูมิสวัสดิ์ (2555, น. 12) ให้ความหมายไว้ว่าคุณลักษณะของบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตและตอบสนองความต้องการเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ

พิศุค รัตนธำพิมพ์ (2557, น. 11) ให้ความหมายไว้ว่าการให้บริการที่ดีเลิศ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการได้ตามที่ผู้ใช้บริการคาดหวัง ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ ประทับใจและคุ้มค่าแก่การตัดสินใจในการเลือกใช้บริการนั้นๆ

สรุปนิยามของคุณภาพบริการทางการดูแลรักษาได้ว่าเป็นคุณสมบัติและคุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐาน เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เป็นที่ยอมรับในหมู่ผู้เกี่ยวข้องและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการแบบองค์รวม สร้างความแตกต่างของธุรกิจให้เหนือกว่าคู่แข่งอื่น ก่อให้เกิดความพึงพอใจและจงรักภักดีผู้ให้บริการ

3.2 ผู้เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการ

คุณภาพมีลักษณะเป็นนามธรรม ขึ้นอยู่กับการรับรู้ มุมมอง ความคิด ประสบการณ์ และการตัดสินใจของผู้เกี่ยวข้อง จึงเป็นสิ่งที่วัดได้ค่อนข้างยากและเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ที่เกิดขึ้นเสมอในการผลิตหรือบริการทุกประเภทก็คือ ผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการกับผู้รับผลผลิตหรือผู้รับบริการ แต่ในงานส่วนใหญ่ยังมีฝ่ายอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยและมีความต้องการที่ต้องนำมาพิจารณาในการจัดการคุณภาพด้วยเช่นกัน ในที่นี้จะนำเสนอผู้เกี่ยวข้องในงานบริการ เพื่อจะได้นำไปใช้ในส่วนของการบริหารสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ผู้เกี่ยวข้องกับคุณภาพ อาจจำแนกออกเป็น 4 ฝ่าย คือ

3.2.1 ผู้รับบริการหรือผู้รับผลผลิต (Customer)

3.2.2 ผู้ให้บริการหรือผู้ผลิต (Provider)

3.3.3 ผู้จ่ายเงินแทนผู้รับบริการ (Third party payer)

3.3.4 สังคม (Society)

3.2.1 ผู้รับบริการ ไม่ได้หมายถึงเฉพาะผู้ป่วย (Patient) การบริการสุขภาพ ยังรวมไปถึงญาติ พี่น้อง มิตรสหายและผู้ที่นำผู้รับบริการมารับบริการสุขภาพด้วย เพราะผู้ที่เกี่ยวข้องเหล่านี้มักมีผลได้เสียจากผลการรับบริการของผู้รับบริการ ความต้องการของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่ไม่คงที่มีความหลากหลายและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การจะตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการจึงต้องมีการติดตามประเมินด้วยวิธีการต่างๆ นับตั้งแต่การทบทวนความต้องการของผู้รับบริการ ทุกครั้งที่มีการให้บริการ รับฟังเรื่องราวเรียน และข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ การสำรวจความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ การสัมภาษณ์หรือสัมภาษณ์กลุ่มผู้รับบริการเฉพาะ และการสำรวจความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจะได้ข้อมูลนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการที่ดีขึ้น

3.2.2 ผู้ให้บริการ หมายถึง ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในมุมมองของฝ่ายผู้ให้บริการนั้น คุณภาพคือ การให้บริการอย่างถูกต้องตามความรู้ที่ได้เรียนมาไม่ว่าผู้รับบริการจะรับรู้ได้หรือไม่ก็ตาม การควบคุมคุณภาพขึ้นกับสภาวิชาชีพและรัฐยังออกกฎหมายมาควบคุมมาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพ และสถานพยาบาลให้เป็นไปอย่างถูกต้องด้วยเช่นพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมและพระราชบัญญัติสถานพยาบาลในแต่ละวิชาชีพนั้น การจัดการคุณภาพในมุมมองของผู้ให้บริการถือเป็นความรับผิดชอบของผู้บริหาร โรงพยาบาล ซึ่งนอกจากจะมีการควบคุมกำกับโดยตรงแล้วมักมีการจัดตั้งองค์กรวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อดูแลมาตรฐานวิชาชีพกันเอง เช่น องค์กรแพทย์ และองค์กรพยาบาล เป็นต้น

3.2.3 ผู้จ่ายเงินแทนผู้รับบริการ ผู้จ่ายเงินแทนผู้รับบริการ หรือ (Third party payer) ผู้จ่ายเงินแทนผู้รับบริการเหล่านี้จะมีการเรียนรู้ เรื่องของบริการเป็นหลักและในขณะเดียวกันก็มักจะดูแลให้มีการใช้จ่ายให้น้อยที่สุด ทำให้เกิดการตกลงทำสัญญาซื้อบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการ โดยมีข้อกำหนดการจัดบริการและมีการติดตามประเมินคุณภาพของผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่องและอาจมีการยกเลิกหรือไม่ต่อสัญญาหากจะมีการบริการที่ด้อยคุณภาพ ดังนั้นมุมมองของผู้จ่ายเงินแทนผู้รับบริการจึงเป็นมุมมองหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

3.2.4 สังคม ด้วยความก้าวหน้าทางวิชาการ การสื่อสารและวิวัฒนาการของสังคม ทำให้มีความสนใจกับคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่เกิดขึ้นกับสมาชิกของสังคมมากขึ้น ความคาดหวังของสังคมจะถูกแสดงออกผ่านทางชุมชนในรูปของวัฒนธรรม ประเพณี กฎระเบียบและข้อตกลงต่างๆ ซึ่งจะมีการจัดตั้งกลุ่มทางสังคมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ องค์กรการมีองค์การจัดตั้งขึ้นเพื่อดูแลกฎระเบียบทางสังคมทั้งในระดับท้องถิ่น เมือง ประเทศและระดับโลก การมีสื่อมวลชนต่างๆ เข้ามาร่วมสื่อสารข่มขู่ผลให้ผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการจำเป็นต้องปฏิบัติตามแนวทางหรือความคาดหวังของสังคม จึงจะได้รับการยอมรับว่าทำงานอย่างมีคุณภาพ

3.3 องค์ประกอบของคุณภาพบริการ

เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพบริการสิ่งแรกที่ทุกคนมักจะให้ความสำคัญ คือผลลัพธ์ (Result) ที่เกิดจากกระบวนการทำงาน อย่างไรก็ตามเมื่อศึกษาเรื่องของคุณภาพมากขึ้นพบว่า การวัดเพียงผลลัพธ์เพียงประการเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะบ่งบอกคุณภาพที่แท้จริง จึงมีการวัดคุณภาพกว้างขวางขึ้น โดยดูที่คุณภาพของปัจจัยนำเข้า (Input) และกระบวนการทำงาน (Process) ด้วยความเชื่อที่ว่า “เมื่อปัจจัยนำเข้าดีและกระบวนการทำงานดี ย่อมได้ผลลัพธ์ที่ดี”



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดโดนาบีเดียน (Donabedian's theory)

3.4 การวิเคราะห์คุณภาพ

3.4.1 การวิเคราะห์คุณภาพตามทฤษฎีของโดนาบีเดียน (Donabedian's theory)

โดนาบีเดียน (Donabedian 1989) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพไว้ โดยยึดถือทั้ง 3 องค์ประกอบข้างต้น แต่ได้ขยายมุมมองในส่วนของปัจจัยนำเข้าให้ครอบคลุมไปถึง การจัดการความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้าเพื่อเข้าสู่กระบวนการทำงานอย่างเหมาะสม การวิเคราะห์คุณภาพตามทฤษฎีของโดนาบีเดียน จึงประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) ปัจจัยนำเข้า (Input) หรือ โครงสร้าง (Structure) ที่ครอบคลุมปัจจัยนำเข้า และการจัดการความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้าให้มีคุณภาพ พร้อมเข้าสู่กระบวนการทำงานได้ ซึ่งอาจจะแบ่งเป็น 4 ประเภท (4M)

(1) ทรัพยากรบุคคล (Man) ถือเป็นปัจจัยนำเข้าที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะคนมีชีวิตจิตใจ มีจิตวิญญาณ มีความคิด มีความแตกต่างและความแปรปรวนสูง ทั้งในระหว่างแต่ละคนและแม้แต่ในคนคนเดียวกัน คนยังเป็นผู้จัดหาดูแลและจัดการทรัพยากรอื่นๆ รวมไปถึงเป็นผู้กำหนดและดำเนินการทำงานตามกระบวนการจนได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ดังนั้น คุณภาพของคนในองค์กรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

(2) การเงินการคลัง (Money) การดูแลทางการเงินการคลังที่มีคุณภาพ ต้องครอบคลุมตั้งแต่การวางแผนงบประมาณ การจัดหาเงินที่เหมาะสม การใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดทำบัญชีที่ถูกต้องตรวจสอบได้ การบริหารหนี้อย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารวัสดุคงคลัง และ กระบวนการเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรทั้งหมด หากองค์กรมีปัญหาการจัดการการเงินการคลัง ย่อม คาดการณ์ได้ว่าจะเกิดผลกระทบต่อคุณภาพของงานอย่างแน่นอน

(3) วัตถุดิบ (Material) ที่เข้าสู่กระบวนการบริการหรือการผลิต ต้องมีการดูแลคุณภาพในทุกส่วนนับตั้งแต่อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม วัสดุ เครื่องมืออุปกรณ์ ทั้งนี้ในระบบ บริการสุขภาพต้องนับรวมไปถึงผู้รับบริการ ซึ่งจะเข้าสู่กระบวนการในฐานะที่เป็นปัจจัยนำเข้าซึ่งจะ เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นผลลัพธ์ของบริการด้วย การควบคุมคุณภาพของ วัตถุดิบเหล่านี้ สามารถ ดำเนินการได้ตั้งแต่การจัดหา การคัดเลือก การเก็บรักษา การเคลื่อนย้าย การตรวจสอบคุณภาพก่อน และระหว่างกระบวนการทำงาน

(4) รูปแบบวิธีการทำงาน (Method) แม้ว่ารูปแบบของกระบวนการทำงาน จะเป็นเรื่องที่หนักมาทางวิชาการและความรู้ความสามารถเฉพาะวิชาชีพ ซึ่งผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ มักจะเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดและเป็นผู้เลือกวิธีการ โดยคุณดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและถูกต้องตาม คุณธรรมจริยธรรม โดยยึดถือผลประโยชน์ของผู้รับบริการหรือลูกค้าเป็นหลัก แต่ปัจจุบันกลุ่ม ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ มีความรู้ความเข้าใจและความคาดหวังในกระบวนการทำงานมากขึ้น มีความไว้วางใจ ผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการน้อยลง จึงมีส่วนในการเลือกและการตรวจสอบกระบวนการและวิธีการทำงาน มากขึ้น ตัวอย่างเช่น มาตรฐาน ISO จะมีข้อกำหนดที่เน้นหนักขึ้นตอนและกระบวนการทำงานและ ในมาตรฐาน HA จะเน้นที่ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้ป่วยและรูปแบบของแนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วยเฉพาะ โรคตาม Clinical practice guideline เป็นต้น

2) กระบวนการทำงาน (Process) เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าแม้จะมีปัจจัย นำเข้าและโครงสร้างที่มีคุณภาพ แต่หากกระบวนการทำงานไม่ดีก็จะส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ที่ไม่มีคุณภาพ ดังนั้นการควบคุมกระบวนการทำงานให้มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง แม้จะเลือกได้กระบวนการ ทำงานที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้องแล้ว แต่การนำลงสู่การปฏิบัติก็จำเป็นต้องมีการ จัดการกระบวนการและการควบคุมการทำงานให้มีคุณภาพ ผู้รับผิดชอบกระบวนการทำงานแต่ละงาน จะต้องทำการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน จัดลำดับขั้นตอนการทำงานและควบคุมคุณภาพแต่ละ ขั้นตอนให้เป็นไปอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง

วิธีการที่นำมาใช้ในการจัดการคุณภาพของกระบวนการทำงาน มีเทคนิค หลายอย่าง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2543) เช่น Flow Chart (ผังงาน) Gantt Chart (ตารางเวลาการทำงาน)

Matrix Diagram (ตารางกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ) Program Evaluation and Review Technique (PERT) Critical Path Method (CPM)

การจัดการให้มีการทำงานตามกระบวนการที่มีคุณภาพนี้ หน่วยงานส่วนใหญ่ มักจะจัดทำไว้เป็นระเบียบปฏิบัติในการทำงานที่เป็นลายลักษณ์อักษรในหลายรูปแบบหลายชื่อ เช่น Quality Procedure (QP) System Procedure (SP) Work Procedure (WP) Documented Procedure (DP) Work Instruction (WI) เป็นต้น

เอกสารเหล่านี้จะช่วยเป็นสื่อกลางให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ร่วมกันพิจารณาให้การยอมรับว่ามีกระบวนการทำงานที่มีคุณภาพ เป็นหลักฐานอ้างอิงในการสื่อสาร เพื่อการดำเนินงานที่สอดคล้องกัน และเป็นคู่มือสำหรับการตรวจสอบความถูกต้องตามข้อกำหนดที่ตกลงกันได้

3) ผลลัพธ์ (Result) ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงานอาจอยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์ (Product) หรือบริการ (Service) ซึ่งสามารถวัดได้ทั้งปริมาณและคุณภาพ การวัดปริมาณนั้นไม่ใช่เรื่องยากและเป็นรูปธรรม สามารถวัดได้เป็นตัวเลขและทำความเข้าใจได้ง่าย แต่การวัดคุณภาพเป็นสิ่งที่เป็นามธรรม มุมมองของผู้เกี่ยวข้องในการวัดอาจมีความแตกต่างกันตามแต่ความต้องการและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเรียกรวมให้กว้างที่สุดว่า ผลลัพธ์ (Result) สามารถแบ่งแยกได้ตามลำดับของผลกระทบ ดังนี้

(1) ผลผลิต (Output) คือ ผลิตภัณฑ์หรือบริการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงาน เมื่อสิ้นสุดการทำงานนั้นๆ

(2) ผลลัพธ์ (Outcome) คือ ผลที่เกิดขึ้นเมื่อมีการผลิตผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นไปใช้กับผู้รับผลงาน เป็นสิ่งที่เป็ผลกระทบโดยตรงจาก Output ที่เกิดขึ้น เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรค เป็น Output ความสามารถในการป้องกันการเกิดโรคเป็น Outcome

(3) ผลกระทบ (Impact) คือ ผลที่เกิดขึ้นจาก Output และ Outcome ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมอื่นๆ ที่อยู่นอกกระบวนการทำงานนั้น เช่น บริการสุขภาพที่ดีทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตดี สามารถทำงานและก่อให้เกิดผลผลิตทางเศรษฐกิจได้มากขึ้น เป็นต้น

การวัดคุณภาพของ Input, Process และ Result อาจทำได้ในสองมุมมองคือ วัดสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสิ่งที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งต้องมีการกำหนดวิธีการวัด ได้แก่

1. เครื่องชี้วัด (Indicators) คือ การกำหนดคุณสมบัติที่ต้องการและวัดด้วยสิ่งที่ตกลงกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องว่าสามารถบ่งชี้คุณภาพของสิ่งที่จะวัดได้ เช่น อัตราตายของการรักษาโรคและอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น

2. อุบัติการณ์ความเสี่ยง (Risk incidents) เป็นการวัดสิ่งที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน ซึ่งมีที่มาได้หลายรูปแบบ ได้แก่ สิ่งที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติในงานนั้น

เช่น การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจอุดตัน การเป็นอัมพาตในผู้ป่วยที่กระดูกสันหลังหัก หรือ สิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงาน เช่น การติดเชื้อจากการสวนปัสสาวะ การเสียชีวิตจากการผ่าตัดหัวใจ การแพ้ยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นต้น

ทั้งเครื่องชี้วัดและอุบัติการณ์ความเสี่ยง เมื่อวัดออกมาได้แล้วจะบ่งบอกถึงคุณภาพของงานได้ก็ต่อเมื่อมีการเปรียบเทียบกับค่าที่คาดหวัง (Expectation) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของค่ามาตรฐาน (Standard) ค่าเฉลี่ยของหลายหน่วยงาน (Average) หรือค่าของหน่วยงานที่ได้รับการยกย่อง (Benchmark)

3.4.2 การวิเคราะห์สายโซ่แห่งคุณค่า (Value chain analysis)

คุณภาพงานขององค์กรหรือหน่วยงานจะดีได้ต้องมีคุณภาพ ทั้งกิจกรรมหลัก และกิจกรรมสนับสนุน ตัวอย่างเช่น คุณภาพงานบริการของโรงพยาบาล

กิจกรรมหลัก คือ การดูแลรักษาผู้ป่วย

กิจกรรมสนับสนุน คือ

1) *โครงสร้างพื้นฐาน (Firm infrastructure)* ได้แก่ อาคารสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ ตลอดจนโครงสร้างองค์กร

2) *การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management)* ต้องมีกระบวนการที่ดี ทั้งการจัดหาคน การจัดคนเข้าทำงาน การควบคุมและประเมินผลงาน รวมไปถึงการพัฒนาทรัพยากรบุคคลอย่างต่อเนื่อง

3) *การพัฒนาเทคโนโลยี (Technology development)* ได้แก่ การติดตามความก้าวหน้าในแนวทางและวิธีการรักษาโรคต่างๆ มาช่วยในการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วย และการนำเอาคอมพิวเตอร์มาใช้ในโรงพยาบาล เป็นต้น

4) *การจัดหาวัตถุดิบ (Procurement)* ได้แก่ การจัดหาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และวัสดุอื่นๆ มาใช้ในกระบวนการทำงานอย่างเหมาะสม ได้ทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพ

3.4.3 การวิเคราะห์คุณภาพด้วย Balance Score Card (Kaplan 1996)

เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบขององค์กรผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการว่าอยู่ในสมดุล ทำให้องค์กรมีความมั่นคง สามารถทำงานได้อย่างมีคุณภาพ โดยวิเคราะห์การจัดการใน 4 ด้าน คือ

1) *ด้านลูกค้า (Customer aspect)* มีการทำงานที่ตอบสนองความต้องการของลูกค้า และยึดถือผลประโยชน์ของผู้รับบริการหรือผู้รับผลงาน

2) *ด้านการเงิน (Financial aspect)* มีการจัดการด้านการเงินการคลังที่ดี มีความถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ไม่มีทรัพยากรที่พอเพียง และมีคุณภาพดีเพียงพอในการทำงาน ที่มีคุณภาพ

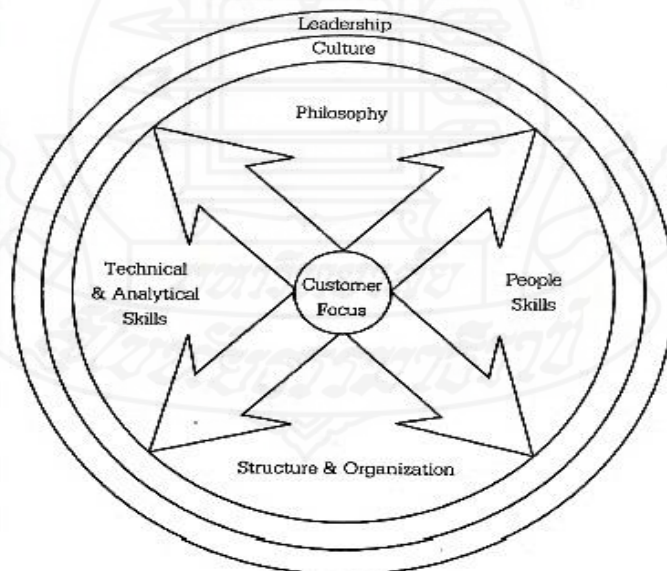
3) *ด้านกระบวนการภายใน (Internal process aspect)* มีการควบคุมภายใน องค์กรที่ดี ทั้งการควบคุมดูแลเจ้าหน้าที่ การจัดวางระบบงานที่เหมาะสม การสร้างบรรยากาศแห่งความร่วมมือในการทำงาน การติดตามประเมิน และพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง

4) *ด้านการเรียนรู้และเจริญเติบโต (Learning and growth aspect)* มีการพัฒนาองค์กรให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วยความเชื่อที่ว่า หากหยุดพัฒนาองค์กรก็จะถดถอยและจะด้อยคุณภาพลงในเวลาไม่นาน

3.4.4 วิเคราะห์ด้วย TQM Model ของ UMMC

เอลเลน เจ. เกาเชอร์ (Ellen J. Gaucher) และ ริชาร์ด เจ. คอฟเฟย์ (Richard J. Coffey) แห่ง University of Michigan Medical Center ได้นำเสนอ Integrated TQM Model ที่แสดงถึงองค์ประกอบของคุณภาพในองค์กร โดยเฉพาะในองค์กรบริการสุขภาพ ดังภาพที่ 2.3

Total Quality Management Model



ภาพที่ 2.3 TQM Model of UMMC

ที่มา: Gaucher and Coffey (1993)

องค์ประกอบคุณภาพเหล่านี้จำเป็นต้องผสมผสานเชื่อมโยงถึงกันและกัน พร้อมทั้งจัดการให้มีความสมดุลกันในทุกส่วน จึงจะได้องค์กรที่มีคุณภาพ

1) การมุ่งลูกค้าเป็นจุดศูนย์กลาง (*Customer Focused and Continuous Improvement Philosophy*) ต้องมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพเพื่อผลประโยชน์ของลูกค้าหรือผู้รับบริการให้เกิดขึ้นในเจ้าหน้าที่ทั่วทั้งองค์กร ผู้นำต้องมีหน้าที่สร้างความมุ่งมั่น แก้ไขปัญหา อุปสรรค และสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สามารถทำงานพัฒนาคุณภาพได้อย่างดีที่สุด

2) ทักษะทางวิชาชีพ (*Technical and Analytical Skills*) องค์กรที่มีคุณภาพ จำเป็นต้องมีความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ เช่น โรงพยาบาลต้องมีความสามารถในการให้บริการ สุขภาพที่ทันสมัยและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ขณะเดียวกันก็ต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารที่ดีเพื่อให้เกิดการตัดสินใจและการพัฒนาคุณภาพงานบนพื้นฐานของข้อมูล และเป็นไปตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ รวมไปถึงมีการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ เช่น Brain Storming, Cause and Effect Diagram, Control Chart, Criteria Rating, Delphi Technique, Pareto Diagram, Tree Diagram เป็นต้น (Chang 1993; อนุวัฒน์ ศุภชติกุล 2543)

3) การสื่อสาร (*People Skills*) องค์กรที่มีคุณภาพ นอกจากจะต้องมีเจ้าหน้าที่แต่ละคนที่มีคุณภาพแล้ว จำเป็นจะต้องมีการร่วมมือกันทำงาน ประสานช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในลักษณะทีมงานที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาให้เจ้าหน้าที่มีความสามารถในการสื่อสาร การทำงานร่วมกับผู้อื่น การมีส่วนร่วมในทีม การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีการจัดทีมงานที่เหมาะสม และสร้างบรรยากาศแห่งความร่วมมือให้เกิดขึ้นอย่างมั่นคงในองค์กร

4) การจัดโครงสร้างองค์กร (*Structure and Organization*) การจัดโครงสร้างองค์กรที่ดี จะเอื้ออำนวยต่อการทำงานเป็นทีม มีการประสานซึ่งกันและกัน และมีการสื่อสารที่ดี แนวโน้มของการพัฒนาในเรื่องโครงสร้างองค์กรจะเป็นการเปลี่ยนแปลงจากองค์กรที่มีการบังคับบัญชาตามลำดับชั้นในแนวดิ่ง (Hierarchy) ไปสู่องค์กรในแนวราบ (Flat organization) เพื่อลดขั้นตอนการตัดสินใจ

5) ปรัชญาองค์กร (*Philosophy*) การจัดการในเรื่องปรัชญาขององค์กร คือ แนวคิด จุดมุ่งหมาย ค่านิยม และความคาดหวังของเจ้าหน้าที่ในองค์กร ถือเป็นอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญ และจะต้องทำให้ทุกคนมีปรัชญาที่มุ่งมั่นในการทำงานที่มีคุณภาพเพื่อผลประโยชน์ของผู้รับบริการ

6) วัฒนธรรมองค์กร (*Culture*) องค์กรที่จะทำงานได้อย่างมีคุณภาพนั้น จะต้องทำให้เกิดวัฒนธรรมของการทำงาน เพื่อผู้รับบริการและการติดตามพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ทุกคนยึดถือคุณธรรม จริยธรรม เป็นแนวปฏิบัติ โดยไม่จำเป็นจะต้องควบคุมกำกับ หรือถูกบังคับให้ทำ

7) *ภาวะผู้นำ (Leadership)* ภาวะผู้นำเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งสำหรับองค์กร เพราะผู้นำองค์กรจะเป็นผู้กำหนด จัดการ วางแผน สนับสนุน ผลักดันองค์ประกอบคุณภาพอื่นๆ ผู้นำที่มีคุณภาพและการใช้ภาวะผู้นำที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้

3.5 มิติของคุณภาพในบริการสุขภาพ

คุณภาพของบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับ การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์มุมมองของผู้เกี่ยวข้องต่อบริการสุขภาพทุกด้านรวมเข้าด้วยกัน จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) แบ่งมิติคุณภาพ (Dimension of quality) เป็น 9 มุมมอง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) ดังนี้

3.5.1 การยอมรับของผู้รับบริการ (Acceptability)

การยอมรับของผู้รับบริการ เป็นมิติที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากด้วยกระแสโลกาภิวัตน์และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จากการที่ประชาชนผู้รับบริการ ครอบครัว และสังคมเคยให้ความเชื่อถือและยอมรับการให้บริการจากโรงพยาบาล สถานพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพบริการสุขภาพโดยปราศจากข้อสงสัย เป็นแนวคิดที่ว่าผู้รับบริการจำเป็นต้องพิจารณา สอบถาม รับทราบ ข้อมูลจากฝ่ายผู้ให้บริการ สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการบริการสุขภาพ ตลอดจนมีสิทธิที่จะเลือกใช้บริการจากสถานบริการที่พึงพอใจได้หรือเลือกรับบริการจากผู้ให้บริการที่พึงพอใจในสถานบริการแต่ละแห่งได้อีกด้วย การพัฒนาคุณภาพในมิตินี้จำเป็นอย่างยิ่งที่ฝ่ายผู้ให้บริการต้องติดตาม รับทราบและทบทวนความต้องการของผู้รับบริการอยู่เสมอทั้งในสถานพยาบาล ในชุมชน และจากมุมมองของสังคม เปิดช่องทางรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง นำเสนอคุณภาพที่ผู้เกี่ยวข้องคาดหวัง เพื่อให้เกิดการยอมรับอันจะนำไปสู่ความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และลดปัญหาขัดแย้งระหว่างการรับบริการ ตลอดจนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้รับบริการไม่ตีจากโรงพยาบาลไปใช้บริการที่สถานพยาบาลอื่น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การอยู่รอดของโรงพยาบาลได้

การพัฒนาคุณภาพเพื่อการยอมรับของผู้รับบริการ จึงต้องมุ่งในส่วนที่ผู้รับบริการรับรู้และให้ความสำคัญ นับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้าที่มีคุณภาพ กระบวนการให้บริการที่รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย พฤติกรรมบริการที่ประทับใจ วิธีการที่ทันสมัยและผลลัพธ์ของบริการที่ดี ซึ่งผู้ให้บริการสมควรจะเรียนรู้และนำเอาเทคนิคทางการตลาดมาใช้เพื่อเพิ่มการยอมรับของผู้รับบริการให้มากขึ้น

3.5.2 การเข้าถึงบริการ (Accessibility)

จากคุณลักษณะที่สำคัญของบริการสุขภาพอย่างหนึ่ง คือ เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ดังนั้นการได้รับบริการที่รวดเร็ว ผู้ที่ต้องการได้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ปราศจาก

อุปสรรคขัดขวาง จึงเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการต้องจัดการให้เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะแบ่งกระบวนการเข้าถึงบริการ ออกไปเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) การเข้าถึงสถานที่ให้บริการ โดยการจัดตั้งหน่วยบริการให้อยู่ใกล้กับ ผู้รับบริการ ไม่ต้องเสียเวลาเดินทางนานเกินไป อยู่ในที่ซึ่งการคมนาคมสะดวก เข้าถึงง่าย การจัด เครื่องมือบริการเพื่อการส่งต่อ ตามลำดับขั้นที่สะดวก รวดเร็ว ตามข้อมูลสภาพภูมิศาสตร์ การจัดสถานที่ ให้บริการให้สามารถเข้าใช้บริการได้ง่าย เป็นต้น

2) การให้บริการในเวลาที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้ารับ บริการได้ทันเวลา ตามความจำเป็นจากความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจึงต้องจัดบริการที่ตอบสนองเพื่อผลลัพธ์ที่ดีทั้งทางคลินิกและความพอใจของผู้รับบริการ เช่นการลดระยะเวลาการรอคอยในขั้นตอนต่างๆ ของการบริการ การจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และมีการจัดการที่รวดเร็วตามลำดับความรุนแรง การมีหน่วย บริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การจัดคลินิกนอกเวลา การจัดระบบเวรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การเตรียมการพิเศษในช่วงเทศกาล และการมีแผนรับมืออุบัติเหตุหมู่ เป็นต้น

3) การเข้าถึงบริการโดยปราศจากอุปสรรคทางการเงิน การเงินเป็นปัญหา สำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก และได้มีความพยายามแก้ไข ปัญหานี้มาเป็นเวลานานในหลายรูปแบบ ได้แก่ การมีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและข้อบังคับของแพทยสภา เรื่อง การต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเร่งด่วนอย่างรวดเร็ว การมีหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ แก้ไขปัญหาให้ผู้รับบริการที่ไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ การจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพ เช่น กองทุน สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกัน สังคม กองทุนเงินทดแทน พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ สวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับ ข้าราชการและครอบครัว เป็นต้น

3.5.3 ความเหมาะสมของการให้บริการ (Appropriateness)

เป็นมุมมองที่เน้นทางด้านวิชาการ โดยครอบคลุมตั้งแต่การใช้นุคลากร ที่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐาน ความเหมาะสม ของการสอบสวนโรค (Investigations) และการรักษา ตัวอย่างกระบวนการจัดการคุณภาพในมิตินี้ ได้แก่ การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย การติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น Utilization Review, Trauma Audit, Clinical Audit, Medical Record Audit และการทบทวน การดูแลผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ

มุมมองนี้แต่เดิมจะมีการรับรู้และจัดการอยู่ในส่วนของผู้ให้บริการเท่านั้น เพราะเป็นเรื่องของความรู้และวิชาการ แต่ปัจจุบันผู้รับบริการมีความรู้และความสนใจในมิตินี้มากขึ้น

ประกอบกับการมีกองทุนประกันสุขภาพเป็นผู้จ่ายเงินแทนผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ทางวิชาการมาก จึงเกิดการพิจารณาและตรวจสอบความเหมาะสมโดยฝ่ายผู้ซื้อแทน (Purchaser) มากขึ้น ดังนั้นทางฝ่ายผู้ให้บริการจึงต้องปรับตัวรองรับการเปลี่ยนแปลง เช่น การให้คำอธิบายถึงแนวทางการรักษา และให้ผู้รับบริการหรือผู้แทนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การลงนามยินยอมหรือไม่ยินยอมการรักษา การเปิดเผยแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย การให้คำอธิบายเกี่ยวกับโรค ผลของสืบค้นโรค (Investigations) และความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล เป็นต้น

3.5.4 ความสามารถในการให้บริการ (Competency)

เป็นมุมมองที่อาจพิจารณาได้ทั้งระดับสถานบริการและระดับองค์ประกอบย่อย คือ อาคารสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์และทรัพยากรบุคคล ในระดับสถานพยาบาลนั้นความสามารถต้องเหมาะสมกับภารกิจและขอบเขตของการให้บริการต้องสอดคล้องกับพันธกิจที่ผู้เกี่ยวข้องคาดหวังสำหรับโรงพยาบาลรัฐ ภารกิจจะถูกกำหนดโดยรัฐบาล เช่น กำหนดไว้ในการพัฒนากระบวนการจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ การจัดแบ่งโรงพยาบาลออกเป็นระดับต่างๆ และการกำหนดเครือข่ายระบบส่งต่อ เป็นต้น หากสถานพยาบาลใดยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามที่คาดหวังก็จำเป็นต้องวางแผนพัฒนาให้สามารถดำเนินการตามแผนได้ ทั้งนี้เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพทั้งระบบสามารถให้บริการด้วยความราบรื่นตามที่กำหนดไว้และดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธที่ดีของระบบ

3.5.5 ความต่อเนื่องของการบริการ (Continuity)

ผู้ให้บริการต้องจัดให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายที่ดี มีความต่อเนื่องครอบคลุมทุกองค์ประกอบ การจัดการในส่วนนี้ ได้แก่ การจัดการกิจกรรมสุขภาพ การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาและเรื่องอื่นๆ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การแจกคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน การจัดทำใบสรุปการรักษามอบให้ผู้ป่วยกลับบ้าน การนัดหมายติดตามรักษา การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เป็นต้น

3.5.6 ประสิทธิภาพของการบริการ (Effectiveness)

เป็นมิติที่มุ่งประเมินผลลัพธ์ของบริการเพื่อการสะท้อนกลับไปถึงปัจจัยนำเข้าและกระบวนการบริการ ซึ่งมีตัวแปรที่สำคัญที่ต้องพิจารณา 2 ประการ คือ

1) รูปแบบของการให้บริการ (Method) การให้บริการอาจมีหลายทางเลือก การเลือกใช้วิธีการที่ถูกต้องจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ตัวอย่างเช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) หากเลือกการรักษาโดยดูแลในหอผู้ป่วยหนัก จะมีผลลัพธ์ดีกว่าการรับไว้ดูแลในห้องผู้ป่วยทั่วไป การทำผ่าตัดคลอด(Cesarean Section) ในเด็กทำกันท้องแรก

(Breech primigravida) จะได้ผลลัพธ์ดีกว่าการคลอดทางช่องคลอด การรักษาต่อมลูกหมากโตด้วยการผ่าตัดทางกล้องส่องทางท่อปัสสาวะ จะได้ผลดีกว่าการผ่าตัดทางด้านหน้าท้อง เป็นต้น

2) *ความสามารถของผู้ให้การรักษา ประสบการณ์ และการปฏิบัติตามแนวทาง และขั้นตอนที่เหมาะสม* ตัวอย่างเช่น การมอบหมายให้แพทย์จบใหม่ดูแลรักษาผู้ป่วยจะได้ผลลัพธ์ที่ต่ำกว่าการดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ การช่วยฟื้นคืนชีวิตผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นที่รวดเร็วโดยผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า การผ่าตัดสมองโดยประสาทศัลยแพทย์จะได้ผลดีกว่าการผ่าตัดสมองโดยศัลยแพทย์ทั่วไป เป็นต้น

ดังนั้นผู้ให้บริการจึงจำเป็นต้องมีกระบวนการติดตามประเมินผลลัพธ์ของบริการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน หรือ Benchmark กับสถานพยาบาลอื่น หากพบว่ายังไม่ได้ผลลัพธ์ที่ดีพอก็จะต้องนำมาปรับปรุงพัฒนาโดยการปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาใหม่ หรือควบคุมกระบวนการทำงานให้เป็นไปตามแนวทางที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ

3.5.7 ประสิทธิภาพของบริการ (Efficiency)

เป็นการพิจารณาคุณภาพด้วยมุมมองเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ซึ่งทวีความสำคัญมากยิ่งขึ้น เนื่องจากพบว่า บริการสุขภาพได้ใช้ทรัพยากรจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนไม่สามารถสนับสนุนทรัพยากรได้เพียงพอ จึงต้องมีการวิเคราะห์และหาแนวทางการบริการสุขภาพที่สามารถลดค่าใช้จ่ายลงแต่ได้ผลตอบแทนที่ดี เพื่อให้มีทรัพยากรเพียงพอในการจัดบริการให้ทั่วถึงและเสมอภาค เช่นการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ จัดให้มีบริการสุขภาพระดับต้นหรือบริการปฐมภูมิ ซึ่งเชื่อว่ามีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการปล่อยให้ประชาชนเข้าไปรับบริการกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลโดยตรง

3.5.8 ความปลอดภัยของบริการ (Safety)

เป็นมิติที่มีความสำคัญมากยิ่งขึ้น สถานพยาบาลทั้งหลายต้องจัดการในเรื่องความปลอดภัยด้วยการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงที่ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง การเฝ้าระวังความเสี่ยง การควบคุมความเสี่ยง และการแก้ไขปัญหาจากอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ต้องกระทำในหลายรูปแบบ ทั้งการกำหนดแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติ การปรึกษาแพทย์อื่นเพื่อเป็นความคิดเห็นที่สอง (Second Opinion) การร่วมดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Grand Round) การประชุมศึกษารายกรณี (Care Conference) การมีระบบเตือนที่รวดเร็วเมื่อมีการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด เป็นต้น

3.5.9 สิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย (Patient right and dignity)

ด้วยแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยเป็นมนุษย์ที่มีร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ มีสิทธิและศักดิ์ศรี การให้บริการสุขภาพจะต้องกระทำโดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีเสมอ สภาวิชาชีพของไทย

ได้ร่วมกันจัดทำคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยขึ้น 10 ข้อ การให้บริการสุขภาพโดยยึดมั่นในการพิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยจะช่วยให้ทุกฝ่ายมีความเชื่อมั่นในคุณภาพ มีความพึงพอใจและประทับใจ ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลจะดีขึ้น การทำงานจะมีความราบรื่น ลดความขัดแย้ง และจะส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีขึ้นด้วย

3.6 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการ

จากการศึกษาวิจัยและผลงานเขียนของนักวิชาการจำนวนมาก เห็นพ้องกันว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการประกอบไปด้วย

3.6.1 ความคาดหวังกับคุณภาพการให้บริการ

ความคาดหวังของผู้รับบริการ กล่าวอย่างรวบรัดได้ว่าเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการที่เขาจะได้รับเมื่อเขาไปใช้บริการ ความคาดหวังในเรื่องคุณภาพในการให้บริการนี้ มีระดับที่แตกต่างกันออกไปโดยยึดเอาเกณฑ์การพิจารณาความพึงพอใจที่ได้รับจากการบริการ ได้กล่าวคือ ในระดับต้น หากผู้รับบริการไม่พึงพอใจ จะแสดงให้เห็นว่าคุณภาพในการให้บริการมีน้อย ในระดับที่สอง หากผู้รับบริการมีความพึงพอใจ แสดงว่า มีคุณภาพในการให้บริการและในระดับที่สาม หากผู้รับบริการมีความประทับใจ ย่อมแสดงว่า การให้บริการนั้นมีคุณภาพสูงหรือมีคุณภาพในการให้บริการสูง

ความคาดหวังเป็นแนวคิดสำคัญที่ได้รับการนำมาใช้สำหรับการศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภคและคุณภาพการให้บริการ ซีแอมล์ พาราซูรามาน และเบอร์รี่ (Ziethaml, Parasuraman and Berry 1988) ซึ่งได้เสนอตัวแบบ SERVQUAL เพื่อศึกษาคุณภาพการให้บริการ จากความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อบริการที่เขาได้รับ โดยเสนอความเห็นไว้ว่า ความคาดหวังหมายถึง ความปรารถนาหรือความต้องการของผู้บริโภค โดยความคาดหวังของบริการนี้ไม่ได้นำเสนอถึงการคาดการณ์ว่าผู้ให้บริการอาจจะให้บริการอย่างไร แต่เป็นเรื่องที่พิจารณาว่า ผู้ให้บริการควรให้บริการอะไรมากกว่า กล่าวโดยสรุปแล้วความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นการแสดงออกถึงความต้องการของผู้รับบริการที่อื่นที่จะได้รับบริการจากหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่ในการให้บริการ โดยความคาดหวังของผู้รับบริการนี้ ย่อมมีระดับที่แตกต่างกันไป มากบ้างน้อยบ้าง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความต้องการส่วนบุคคล การได้รับคำบอกเล่า ประสบการณ์ที่ผ่านมา เป็นต้น และความคาดหวังของผู้รับบริการนี้ หากได้รับการตอบสนองหรือได้รับบริการที่ตรงตามคาดหวังแล้ว ก็ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพในการให้บริการของผู้ให้บริการ ในงานวิจัยหลายชิ้น นอกจากจะศึกษาการรับรู้ในคุณภาพในการให้บริการแล้ว ยังมีการศึกษาความคาดหวังในการให้บริการเพื่อสะท้อนถึงคุณภาพในการให้บริการกันอย่างกว้างขวางเช่นเดียวกัน

ซีแธมล์ พาราซูรามาน และเบอร์รี่ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry) ได้เสนอมุมมองของการพิจารณาคุณภาพในการให้บริการจากความคาดหวัง (expectation) ของผู้รับบริการว่า โดยทั่วไปนั้นความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อบริการหนึ่งบริการใด ย่อมเกิดขึ้นจากปัจจัยหลายประการประกอบกันหรือเป็นตัวกำหนดและปัจจัยเช่นนั้นก็กำหนดความคาดหวังของผู้รับบริการ นอกเหนือไปจากการรับรู้ ซึ่งจะเห็นได้จากที่ผู้วิจัยได้นำเสนอว่า คุณภาพในการให้บริการ เป็นความแตกต่างของบริการที่ได้รับจริงกับบริการที่คาดหวังนั่นเอง ในประการนี้ ซีแธมล์ พาราซูรามาน และเบอร์รี่ ได้กำหนดปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด (determiner) ความคาดหวังของผู้รับบริการไว้ 4 ประการด้วยกัน ดังนี้ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry 1990, pp. 19)

ประการแรก การบอกแบบปากต่อปาก (word-of-mouth communication) ความคาดหวังที่เกิดจากการบอกเล่าปากต่อปาก หมายถึง ความคาดหวังที่เกิดจากคำบอกเล่าที่รับทราบจากคำแนะนำของเพื่อนหรือญาติสนิทที่เคยไปรับบริการในสถานที่แห่งนั้นมาก่อนและพบว่า มีการให้บริการเป็นอย่างดี อันทำให้ผู้ฟังเกิดความคาดหวังที่จะได้รับบริการเช่นนั้น

ประการที่สอง ความต้องการส่วนบุคคล (customer's personal needs) ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่ทำให้ระดับความคาดหวังของบุคคลอยู่ในระดับที่ลดลงจากเดิมก็ได้

ประการที่สาม ประสบการณ์ในอดีต (past experience) ความคาดหวังอันเกิดจากประสบการณ์ในอดีต มีส่วนเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ด้านการบริการที่เคยได้รับ และมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในปัจจุบันของผู้รับบริการ ทั้งนี้ ประสบการณ์นั้นอาจจะเป็นประสบการณ์ที่สร้างความประทับใจหรือความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจก็ได้

ประการที่สี่ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ (external communication) เป็นความคาดหวังที่เกิดจากการติดต่อสื่อสารเพื่อโน้มน้าวผู้รับบริการ ซึ่งเป็นทั้งการสื่อสารทางตรงและการสื่อสารทางอ้อม เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ เช่น การให้บริการด้วยความจริงใจ ตรงต่อเวลา เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นเรื่องของการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการให้บริการของผู้ให้บริการ ซึ่งนอกจากจะมีมิติหรือครอบคลุมถึงเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความพร้อมในการให้บริการ การสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ความเป็นธรรมและอื่นๆ ซึ่งรวมถึงการรักษาความลับสัญญาขององค์กรหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการด้วย และโดยทั่วไปนั้น การรับรู้ในคุณภาพการให้บริการหรือคุณภาพของการบริการ จะผูกพันหรือยึดโยงกับความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อสองสิ่งคือ การรับรู้และความคาดหวังที่มีต่อคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือบริการ (technical quality of outcomes) ซึ่งเป็นเรื่องของผลงานหรือบริการที่ผู้รับบริการได้รับ และคุณภาพ

ของกระบวนการบริการ (functional quality of process) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในแต่ละสถานการณ์และพฤติกรรมกรรมการบริหารที่ผู้ให้บริการแสดงออกมา

3.6.2 การรับรู้กับคุณภาพการให้บริการ

ในเชิงทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม การรับรู้ สามารถอธิบายได้อย่างสั้นๆ คือวิธีการที่บุคคลมองโลกที่อยู่รอบๆตัวของคนๆหนึ่ง บุคคล 2 คนอาจมีความคิดต่อตัวกระตุ้นอย่างเดียวกันภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน ด้วยวิธีการยอมรับถึงตัวกระตุ้น (recognize) การเลือกสรร (select) การประมวล (organize) และการตีความ (interpret) เกี่ยวกับตัวกระตุ้นดังกล่าวไม่เหมือนกัน อย่างไรก็ตาม ยังขึ้นกับพื้นฐานของกระบวนการของบุคคลแต่ละคนเกี่ยวกับความต้องการ ค่านิยม การคาดหวัง และปัจจัยอื่นๆ ทั้งนี้มิติของการรับรู้คุณภาพในการให้บริการ (the definition and dimensions of perceived service quality) นักวิชาการเห็นพ้องกันว่าประกอบไปด้วย (1) เวลา หมายถึงเวลาของการตัดสินใจว่าจะใช้บริการเมื่อใดหรือในช่วงใด (2) เหตุผล ในการตัดสินใจใช้บริการนั้น เป็นการตัดสินใจที่ผู้ให้บริการเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับต้นทุนที่ลดลงไป (3) การบริการ เนื่องจากคุณภาพการให้บริการเป็นเรื่องของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จึงต้องมีการประเมินหรือการวัดคุณภาพการให้บริการจากผู้รับบริการหรือลูกค้า (4) เนื้อหา โดยคุณภาพการให้บริการครอบคลุมถึงความรู้ (cognitive) ความรู้สึก (affective) และแนวโน้มของพฤติกรรม (behavioral) ของผู้รับบริการ (5) บริบท (context) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากบริการหรือปัจจัยสถานการณ์ และ (6) การรวม (aggregation) โดยที่พฤติกรรมการใช้บริการนั้น จะได้รับการพิจารณาว่าเป็นเรื่องของการทำธุรกิจหรือความต้องการสร้างความสัมพันธ์ทางการค้าระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

3.6.3 ประสบการณ์การรับบริการกับคุณภาพการให้บริการ

ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการในทางทฤษฎีแล้วถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลหรือส่งผลหรือเป็นตัวกำหนดความคาดหวังต่อคุณภาพในการให้บริการของผู้รับบริการ เช่นที่ได้กล่าวโดยอาศัยทัศนะของซีแอมล์ พาราซุรามาน และเบอร์รี่ (Ziethaml, Parasuraman and Berry) อันมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในปัจจุบันของผู้รับบริการ ในทางการตลาด ประสบการณ์ของการเคยรับบริการ นับเป็นส่วนผสมทางการตลาด (marketing mix) ของธุรกิจบริการหนึ่งใน 7 องค์ประกอบ (7 P's) ที่นักการตลาดคำนึงถึงในการจัดการทางด้านการตลาดของสินค้าหรือบริการ

3.7 เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพการให้บริการ

เนื่องจากคุณภาพเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนและมีองค์ประกอบหรือปัจจัยหลายอย่าง ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง อันส่งผลให้การมองคุณภาพจำเป็นต้องทำการมองจากหลายด้าน ดังที่สมวงศ์ พงศ์สถาพร (2550, น. 50) อธิบายให้เห็นว่า คุณภาพการให้บริการ โดยพื้นฐานแล้วนับเป็นเรื่องที่ยาก

เนื่องจากธรรมชาติความไม่แน่นอนของงานบริการที่จับต้องไม่ได้และคาดหมายลำบาก จึงได้มีความพยายามจากนักวิชาการมาโดยต่อเนื่องในการพยายามค้นหาแนวทางการประเมินหรือวัดคุณภาพการให้บริการที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงมิติของการปฏิบัติและสามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างเด่นชัดที่สุด

กรอนรูส (Gronroos 1984 อ้างถึงในชัชวาล ทัดศิวิฐ 2552, น. 105-146) ได้เสนอแนวคิดไว้ว่า คุณภาพเชิงเทคนิค (technical quality) และคุณภาพเชิงหน้าที่ (functional quality) เป็นภาพแห่งมิติของคุณภาพที่ส่งผลกระทบต่อทั้งความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการ และคุณภาพการให้บริการจะมีมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับระดับของ คุณภาพเชิงเทคนิค และคุณภาพเชิงหน้าที่นั่นเอง ทั้งนี้กรอนรูส ได้กล่าวถึงเกณฑ์การพิจารณาคุณภาพการบริการว่าสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ตามหลัก 6 ประการ กล่าวคือ

1. การเป็นมืออาชีพและการมีทักษะของผู้ให้บริการ (professionalism and skill) เป็นการพิจารณาว่า ผู้รับบริการสามารถรับรู้ได้จากการเข้ารับบริการจากผู้ให้บริการที่มีความรู้และทักษะในงานบริการ ซึ่งสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีระบบและแบบแผน
2. ทศนคติและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (attitude and behavior) ผู้รับบริการจะเกิดความรู้สึกได้จากการที่ผู้ให้บริการสนใจที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน
3. การเข้าพบได้อย่างง่ายและมีความยืดหยุ่นในการให้บริการ (accessibility and flexibility) ผู้รับบริการจะพิจารณาจากสถานที่ตั้งไว้ให้บริการ และเวลาที่ได้รับการจากผู้ให้บริการ รวมถึงระบบการบริการที่จัดเตรียมไว้ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการ
4. ความไว้วางใจและความเชื่อถือได้ (reliability and trustworthiness) ผู้รับบริการจะทำการพิจารณาหลังจากที่ได้รับบริการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งการให้บริการของผู้ให้บริการจะต้องปฏิบัติตามที่ได้รับการตกลงกัน
5. การแก้ไขสถานการณ์ให้กับสู่ภาวะปกติ (recovery) พิจารณาจากการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าเกิดขึ้นหรือเกิดเหตุการณ์ที่ผิดปกติ และผู้ให้บริการสามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นๆ ได้ทันทั่วทั้งด้วยวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งทำให้สถานการณ์กลับสู่ภาวะปกติ
6. ชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือ (reputation and credibility) ผู้รับบริการจะเชื่อถือในชื่อเสียงของผู้ให้บริการจากการที่ผู้ให้บริการดำเนินกิจการด้วยดีมาตลอด

คำอธิบายและผลงานของการศึกษาเรื่องคุณภาพการให้บริการของกรอนรูส (Gronroos 1982; 1983; 1984) ตามที่ได้กล่าวมานั้น นับได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาคุณภาพที่เน้นหนักในเชิงคุณภาพการให้บริการอย่างแท้จริง ผลงานที่สำคัญอันเป็นแนวคิดของกรอนรูสคือข้อเสนอในเชิง

แนวคิดที่สำคัญเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการที่เขาเรียกว่า “คุณภาพการให้บริการที่ลูกค้ารับรู้ (Perceived Service Quality-PSQ)” และ “คุณภาพการให้บริการที่ลูกค้ารับรู้ทั้งหมด (Total Perceived Quality-TPQ)” ซึ่งเป็นแนวคิดที่เกิดจากการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้บริโภคและผลกระทบที่เกิดจากความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพของการให้บริการที่มีต่อการประเมินคุณภาพของบริการภายหลังจากที่ได้รับบริการแล้ว (ซีรกีติ นวรัตน์ ณ อยุธยา 2547, น. 182)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1990 กรอนรูส (Gronroos 1990, pp. 40-42 อ้างถึงในชัชวาล ทัดศิวิชัย 2552, น. 105-146) ได้อธิบายแนวคิดในเรื่องคุณภาพที่ลูกค้ารับรู้ทั้งหมดว่าเป็นคุณภาพการให้บริการที่ลูกค้าหรือผู้รับบริการรับรู้ โดยเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของสิ่งต่างๆ ที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. คุณภาพที่ลูกค้าหรือผู้รับบริการคาดหวัง (expected quality) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การสื่อสารทางการตลาด (marketing communication) ภาพลักษณ์ขององค์กร (corporate image) การสื่อสารแบบปากต่อปาก (word-of-mouth communication) และความต้องการของลูกค้า (customer needs)

2. คุณภาพที่เกิดจากประสบการณ์ในการใช้บริการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ (experiences quality) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วย ภาพลักษณ์ขององค์กร (corporate image) คุณภาพเชิงเทคนิค (technical quality) และคุณภาพเชิงหน้าที่ (functional quality)

ทัศนะเรื่องคุณภาพการให้บริการของกรอนรูสดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ลูกค้าที่รับบริการมักจะทำการประเมินคุณภาพของการให้บริการโดยการเปรียบเทียบคุณภาพที่คาดหวังกับคุณภาพที่เกิดจากประสบการณ์ของการใช้บริการว่า คุณภาพทั้งสองด้านนั้น สอดคล้องกันหรือไม่ หรือมีความแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งเมื่อนำมาพิจารณาร่วมกันแล้ว จะกลายเป็นคุณภาพที่ลูกค้ารับรู้ทั้งหมด (Total Perceived Quality-TPQ) และทำการสรุปผลขั้นสุดท้ายเป็นคุณภาพที่รับรู้ได้ (Perceived Service Quality-PSQ) นั่นเอง ซึ่งหากผลจากการเปรียบเทียบพบว่า คุณภาพที่เกิดจากประสบการณ์ไม่เป็นไปหรือไม่สอดคล้องกับคุณภาพที่คาดหวังจะทำให้มีการรับรู้ของลูกค้าที่ดีหรือไม่คืออย่างไร

ส่วนนักวิชาการอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้ให้ความสนใจทำการศึกษาค้นคว้าเพื่อใช้ชี้วัดคุณภาพการให้บริการ และได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายก็คือ พาราซูรามานและคณะในผลงานการวิจัยเชิงสำรวจและบทความตีพิมพ์เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ ได้แก่ผลงานเมื่อปี ค.ศ. 1985, 1988 และ 1990 ซึ่งได้ต่อยอดจากผลงานความคิดของกรอนรูส (Gronroos 1982; 1984) และได้รับการพัฒนามาเป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานเรื่องการศึกษาคุณภาพการให้บริการ

บัซเซลและเกลล์ (Buzzele and Gale 1985 อ้างถึงในอนุวัฒน์ สุภชุตินุกูล และคณะ 2542, น. 2-3) ได้กล่าวถึงเกณฑ์การพิจารณาคำถามคุณภาพการให้บริการไว้ดังนี้

1. คุณภาพการให้บริการ จะถูกกำหนดโดยลูกค้าหรือผู้รับบริการ ลูกค้าหรือผู้รับบริการจะเป็นผู้พิจารณาว่าอะไรที่เรียกว่าคุณภาพ โดยไม่ได้ใส่ใจว่ากระบวนการทำให้การบริการเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร อย่างไรก็ตาม ลูกค้าหรือผู้รับบริการแต่ละคนย่อมมีมุมมองในเรื่องคุณภาพที่อาจแตกต่างกันไปบ้าง

2. คุณภาพการให้บริการ เป็นสิ่งที่องค์กรจะต้องค้นหาอยู่ตลอดเวลาไม่มีจุดสิ้นสุด โดยที่เราไม่สามารถกำหนดคุณภาพการให้บริการให้เป็นไปโดยเฉพาะเจาะจง หรือเป็นสูตรสำเร็จตายตัวได้ การให้บริการที่ดีมีคุณภาพจึงต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งในช่วงเวลาที่กิจการดำเนินไปได้ด้วยดีหรือไม่ดีก็ตาม

3. คุณภาพการให้บริการ จะเกิดขึ้นได้ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นผู้ปฏิบัติงานในส่วนตัว การควบคุมคุณภาพของการปฏิบัติงานของแต่ละคนเป็นเรื่องที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการให้บริการที่มีคุณภาพได้ สิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องได้รับคือ การปลูกฝังจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อการให้บริการ และการนำเสนอบริการที่มีคุณภาพอยู่เสมอ ทั้งต่อเพื่อนร่วมงานและลูกค้าหรือผู้รับบริการ

4. คุณภาพการให้บริการ การบริหารการบริการ และการติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งที่ไม่อาจแยกออกจากกันได้ ในการนำเสนอการให้บริการที่มีคุณภาพนั้น ผู้ปฏิบัติงานให้บริการจะต้องมีความรู้และเข้าใจคำติชมผลงาน ซึ่งให้การนี้ ผู้บริการจะต้องเอาใจใส่ต่อการบริหารจัดการ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานบริการด้วยความจริงใจและสร้างสรรค์ ภายใต้ความมุ่งหวังที่จะให้บริการที่ออกมามีคุณภาพดี

5. คุณภาพการให้บริการ จะต้องอยู่บนพื้นฐานความเป็นธรรม

6. คุณภาพการให้บริการจะดีเพียงนั้นขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของการบริการภายในองค์กรที่เน้นความเป็นธรรมและคุณค่าของคน โดยองค์กรที่ให้บริการที่สามารถปฏิบัติต่อลูกค้าและบุคลากรขององค์กรได้อย่างเท่าเทียมกัน ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการให้บริการอย่างแท้จริง

7. คุณภาพการให้บริการ ขึ้นอยู่กับความพร้อมในการให้บริการ แม้ว่าคุณภาพการให้บริการจะไม่สามารถหรือยากที่จะกำหนดตายตัวลงไป แต่การวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมของการบริการไว้ล่วงหน้า รวมทั้งการเรียนรู้ในสิ่งที่เป็นความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการ ย่อมก่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพที่ดี

8. คุณภาพการให้บริการ หมายถึงการรักษาความมั่นใจสัญญาว่าองค์กรจะให้บริการลูกค้าหรือผู้รับบริการ ได้อย่างที่เป็นไปตามความคาดหวัง และเป็นไปตามเงื่อนไขที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการ

นอกเหนือจากที่กล่าวไปแล้ว สตีฟ และคูก (Steve and Cook 1995, น. 53 อ้างถึงใน ชัชวาล ทัดศิวัช 2552, น. 105-146) ยังชี้ให้เห็นด้วยว่า การเลือกใช้บริการของผู้รับบริการโดยส่วนใหญ่ นอกจากจะคำนึงถึงภาพลักษณ์ขององค์กรและความต้องการส่วนบุคคลแล้ว คุณภาพการให้บริการของหน่วยงานหรือองค์กรที่ให้บริการยังสามารถพิจารณาได้จากเกณฑ์ 9 ประการ ดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงบริการได้ทันทีตามความต้องการของผู้ให้บริการ
2. ความสะดวกของทำเลที่ตั้งในการเข้ารับบริการ
3. ความน่าเชื่อถือไว้วางใจของการให้บริการ
4. การให้ความสำคัญต่อผู้รับบริการแต่ละคน
5. ราคาค่าบริการที่เหมาะสมกับลักษณะของงานบริการ
6. คุณภาพการให้บริการทั้งในระหว่างเข้ารับบริการและภายหลังการเข้ารับบริการ
7. ชื่อเสียงของบริการที่ได้รับรวมถึงการยกย่องชมเชยในบริการ
8. ความปลอดภัยในการให้บริการจากผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ
9. ความรวดเร็วในการให้บริการ

นักวิชาการที่ได้กล่าวถึง หลักการพิจารณาคุณภาพการให้บริการยัง ได้แก่ เคอร์ซ และโคลว (Krutz and Clow 1998 อ้างถึงในชัชวาล ทัดศิวัช 2552, น. 105-146) ซึ่งได้เสนอหลักพิจารณา 3 ประการ ประกอบด้วย (1) คุณภาพการให้บริการ เป็นสิ่งที่ลูกค้าประเมินได้ยากกว่าคุณภาพของสินค้า (2) คุณภาพการให้บริการนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของลูกค้าเกี่ยวกับผลผลิตของการให้บริการ และจะประเมินจากกระบวนการที่บริการนั้นเกิดขึ้น และ (3) คุณภาพการให้บริการเกิดจากการเปรียบเทียบสิ่งที่ลูกค้าได้คาดหวังไว้ กับระดับของการบริการที่ได้รับจริง

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพการให้บริการนั้น เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและหลากหลายในแง่มุมของการพิจารณา แต่กระนั้น เป็นที่ประจักษ์ชัดว่าคุณภาพการให้บริการเป็นเรื่องที่สำคัญซึ่งผู้บริหารขององค์กรพึงให้ความสำคัญและทุ่มเทความสนใจ องค์กรที่ต้องการความสำเร็จของการประกอบการไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน จึงต้องให้ความสนใจต่อประเด็นเรื่องคุณภาพการให้บริการที่พิจารณาหรือทำความเข้าใจจากความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการให้ได้อย่างเด่นชัด

3.8 การประเมินคุณภาพบริการ

การศึกษาคุณภาพบริการมีหลายโมเดล เช่น

1. Technical and Functional quality model
2. Gap model
3. Attribute service quality model

4. Synthesised model of service quality

5. Performance only model ฯลฯ

สำหรับแบบจำลองที่เป็นที่นิยมในการประเมินคุณภาพการบริการ ได้แก่ แบบจำลอง

Technical and Functional quality model และ Gap model

ในส่วน Technical and functional quality model โดย Gronroos จะแบ่งประเภทของคุณภาพเป็นคุณภาพในเชิงเทคนิค (Technical quality) และคุณภาพในเชิงปฏิบัติ (Functional quality) ซึ่งทั้งสองส่วนจะครอบคลุมความหมายที่แตกต่างกัน โดยคุณภาพในเชิงเทคนิคจะเกี่ยวข้องกับพื้นฐานของความแม่นยำ ในเทคนิคและขั้นตอนในการดำเนินงาน เช่น ความแม่นยำในการวินิจฉัยทางการแพทย์และขั้นตอนหรือวิธีการที่เป็นมาตรฐาน นอกจากนี้ยังรวมไปถึงความสามารถของบุคลากรที่ทำงานประจำอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับทักษะ ความเชี่ยวชาญ ในการดำเนินงานของแพทย์ เภสัชกร พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง เช่น ความเชี่ยวชาญในการผ่าตัดของแพทย์ ความเชี่ยวชาญในการจัดยาของเภสัชกร ความเชี่ยวชาญในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ส่วนคุณภาพในเชิงปฏิบัติจะเกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริการที่นำเสนอให้กับลูกค้า ซึ่งโดยปกติ เมื่อมีการประเมินคุณภาพในการให้บริการของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะพิจารณาจากรูปแบบการบริการทางการแพทย์กับความคาดหวังในการปฏิบัติงานที่จะได้รับ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวก ความสะอาด คุณภาพของอาหารในโรงพยาบาล หรือทัศนคติของบุคลากรในโรงพยาบาล มากกว่าคุณภาพในเชิงเทคนิค เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับ การประเมินคุณภาพของการวินิจฉัยโรคและประสิทธิภาพ ของกระบวนการรักษาและไม่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างศักยภาพในการดูแลซึ่งเป็นส่วนการปฏิบัติการและศักยภาพในการรักษาซึ่งเป็นส่วนเทคนิคของโรงพยาบาลได้ ทำให้คุณภาพในเชิงเทคนิคไม่สามารถใช้อธิบายคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ได้ในมุมมองของผู้มาใช้บริการ แม้ว่าคุณภาพในเชิงเทคนิคจะมี ความสำคัญต่อผู้ป่วยมากกว่าก็ตาม แต่ความพึงพอใจ โดยรวมของลูกค้ากับการบริการขององค์กรก็ยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของลูกค้ากับองค์กรด้วย

ส่วน Gap Model หรือ SERVQUAL โดย Parasuraman et al จะขึ้นกับสองส่วนที่แตกต่างกันคือ ความคาดหวังของลูกค้า (Customer expectation) และการรับรู้ที่ลูกค้าได้รับ (Customer perception) โดยความคาดหวังของลูกค้าคือความต้องการของลูกค้าที่รู้สึกว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ ส่วนการที่ลูกค้าได้รับรู้หมายถึง การประเมินหรือตัดสินผู้ให้บริการจากการรับรู้ของผู้รับบริการ ดังนั้น หากองค์กรทราบถึงความคาดหวังของลูกค้าว่าคืออะไร ก็จะสามารถออกแบบการบริการให้ตรงกับความต้องการหรือมากกว่าความคาดหวังของลูกค้าได้ คุณภาพการบริการนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ต่อบริการที่จัดให้ว่าสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งคุณภาพ

ในการบริการจะมีค่าสูงขึ้นหรือต่ำลงขึ้นกับว่าผู้รับบริการประเมิน การรับรู้บริการที่ได้รับจริงว่า ตรงกับที่คาดหวังไว้หรือไม่ ปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ สำหรับการวัดคุณภาพของระบบบริการสุขภาพนั้น แต่เดิมจะวัดคุณภาพจากใบอนุญาตประกอบกิจการและการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรอง ต่อมาได้มีการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพการบริการที่เรียกว่า SERVQUAL ขึ้น เพื่อประเมินความคาดหวังในบริการของผู้รับบริการและการรับรู้ของผู้รับบริการ ต่อบริการที่ได้รับจริง ถ้าคะแนนการรับรู้มากกว่าหรือเท่ากับคะแนนความคาดหวังในคุณภาพบริการ หมายถึง ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ แต่ถ้าคะแนนการรับรู้ต่ำกว่าคะแนนความคาดหวังใน คุณภาพบริการจะหมายถึงผู้รับบริการไม่พึงพอใจในบริการ ที่ได้รับ ดังที่กล่าวข้างต้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถประเมินคุณภาพในเชิงเทคนิคได้ จึงไม่เหมาะสมที่จะใช้ แบบจำลอง Technical and functional quality ในการประเมินคุณภาพการบริการ นอกจากนี้โรงพยาบาลยังเป็นหน่วยงานที่ผู้ให้บริการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการมาก จึงมีความเหมาะสมที่จะใช้แบบจำลอง SERVQUAL สำหรับ แบบจำลอง SERVQUAL ผู้รับบริการ จะประเมินคุณภาพบริการตามเกณฑ์วัดคุณภาพบริการที่เรียกว่า “RATER” ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

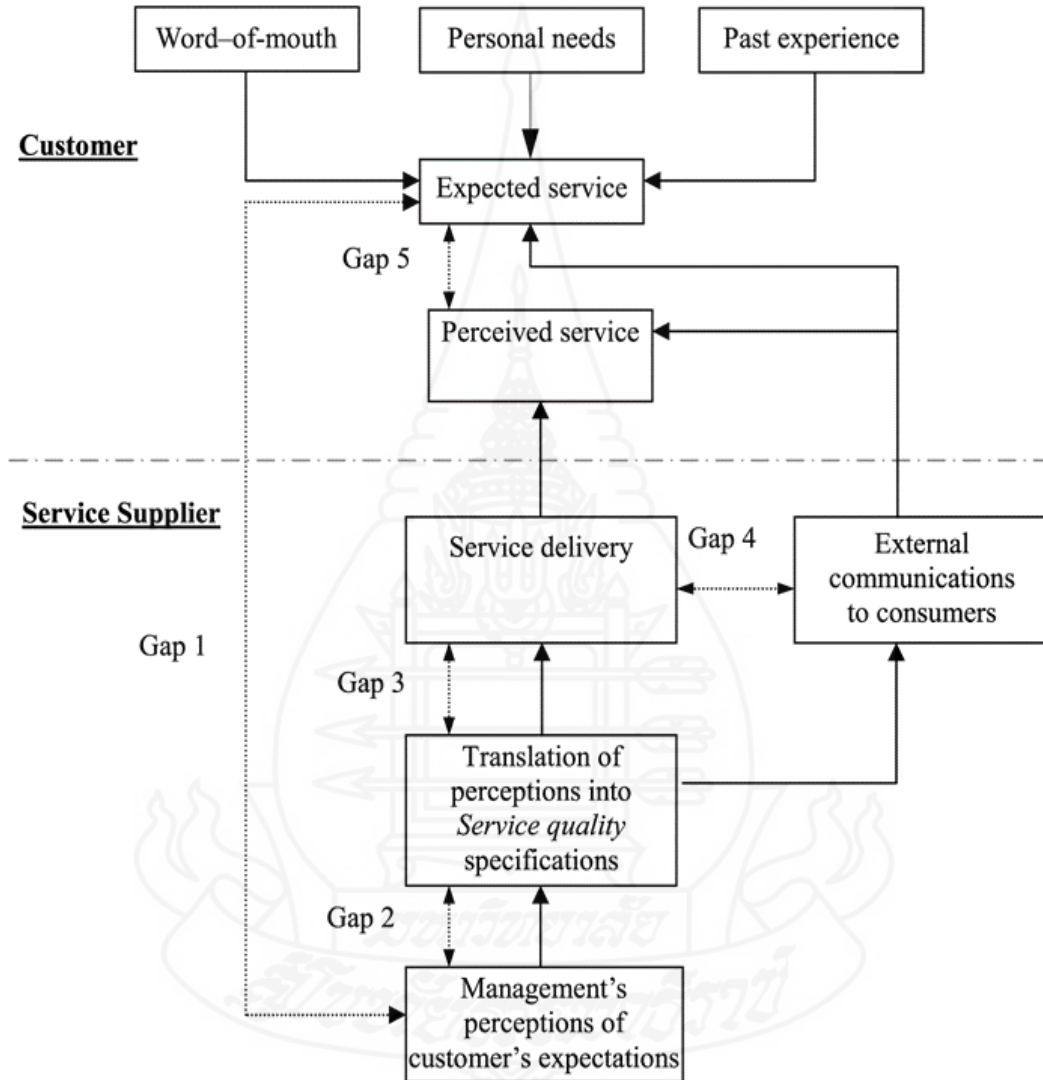
1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็น ถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ซึ่งได้แก่ เครื่องมืออุปกรณ์ บุคลากร และการใช้สัญลักษณ์หรือเอกสารที่ใช้ในการ ติดต่อสื่อสารให้ผู้รับบริการได้สัมผัสและการบริการนั้นมีความเป็นรูปธรรมสามารถรับรู้ได้

2. ความเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการนั้น ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับ ผู้รับบริการ การบริการที่ให้ทุกครั้งมีความถูกต้องเหมาะสม และมีความสม่ำเสมอทุกครั้งของการบริการที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือสามารถให้ความไว้วางใจได้

3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการ ได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน

4. การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึง ผู้ให้บริการมีทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วย ความสุภาพ มีกิริยาท่าทางและมารยาทที่ดีในการให้บริการ สามารถที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและเกิดความมั่นใจว่าจะได้บริการที่ดีที่สุด

5. ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลความเอื้ออาทรเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการในแต่ละคน



Source: Parasuraman et al. (1985)

ภาพที่ 2.4 แบบจำลองคุณภาพการบริการ (Service Quality Model) (Parasuraman et al. 1988)
ที่มา: <https://www.google.co.th/search?>

แบบจำลองคุณภาพการบริการ (Service Quality Model) อธิบายถึงการเกิดช่องว่าง (Gap) หรือ ความแตกต่างระหว่างการรับรู้และความคาดหวังของการให้บริการของลูกค้า โดยช่องว่างเหล่านี้ประกอบด้วย 5 ช่องว่าง ดังนี้

ช่องว่างที่ 1 เป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้มารับบริการ (Customers' expectation) และการรับรู้ถึงความคาดหวังนั้นของผู้ให้บริการ (Management's perception)

ช่องว่างที่ 2 เป็นช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้ให้บริการ เรื่องความคาดหวังของผู้รับบริการ (Managements' perception of customers' expectation) และการกำหนดลักษณะของคุณภาพบริการ (Service quality specification)

ช่องว่างที่ 3 เป็นช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพของบริการที่ได้กำหนดไว้ (Service quality specification) และบริการที่ให้ (Service delivery)

ช่องว่างที่ 4 เป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ให้จริง (Service delivery) และการสื่อสารให้ผู้มารับบริการรับทราบ (External communication)

ช่องว่างที่ 5 เป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ผู้มารับบริการรับรู้ (Perceived service) และบริการที่ผู้มารับบริการคาดหวังไว้ (Expected service)

การเกิดช่องว่างทั้ง 4 ส่วนแรกนั้น จะนำไปสู่ช่องว่างที่ 5 ซึ่งเป็นความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้การบริการของลูกค้า โดยช่องว่างในส่วนที่ 5 นี้ มักจะใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ซึ่งปัญหาของช่องว่างนี้เกิดจากการที่ผู้รับ บริการมีเกณฑ์ในการวัดคุณภาพบริการต่างจากผู้ให้บริการ ซึ่งเกณฑ์นั้นประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือได้ไว้วางใจ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ แต่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะเป็นผู้กำหนดและตัดสินคุณภาพของบริการ แต่ไม่ได้มองถึงความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย

4. แนวความคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความคาดหวัง (Expectation) และการรับรู้ (Perception)

4.1 แนวความคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความคาดหวัง (Expectation)

ไพโรพนา ศรีเสน (2544, น. 14) ได้ให้ความหมาย ความคาดหวัง ว่าเป็นความคิด ความรู้สึก อย่างมีวิจารณ์ญาณของบุคคลที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่า ควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะเป็นขึ้นในอนาคต ตามความจำเป็นและความเหมาะสมของสถานการณ์ ซึ่งการคาดการณ์นี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล

องค์ประกอบที่ผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับ (Zeithamal, et al. 1990, pp. 20) มี 4 องค์ประกอบ คือ

1. คำบอกเล่าปากต่อปาก (Word of Mouth Communication)
2. ความต้องการส่วนบุคคล (Personal Need)
3. ประสบการณ์ในอดีต (Past Experience)
4. การสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ไปสู่ผู้รับบริการ (External Communications to Customer)

โดยมีปัจจัยที่กำหนดความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังนี้

1. ลักษณะบริการที่ผู้รับบริการต้องการ
2. ระดับของการปฏิบัติงานที่ผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจ
3. ความสัมพันธ์ของลักษณะงานบริการที่สำคัญ
4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อผลการปฏิบัติงานในปัจจุบัน

ความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อ ผลลัพธ์สินค้าหรือบริการมี 3 ระดับ คือ

1. ความคาดหวังขั้นพื้นฐานระดับต่ำสุด ที่แสดงถึงลักษณะของบริการที่ได้รับ อยู่เสมอและถ้าไม่ได้รับก็จะเกิดความไม่พอใจ
2. ความคาดหวังที่เหนือขึ้นมา ซึ่งแสดงถึงลักษณะเฉพาะและความต้องการของผู้รับบริการที่จะเลือกรับบริการใด
3. ความคาดหวังที่อยู่ในระดับสูงสุด ซึ่งมีค่ามากกว่าลักษณะเฉพาะและเป็นจุดเด่นของบริการที่ผู้รับบริการไม่ได้คาดหวัง ผู้รับบริการจะเกิดความประทับใจ

รัสท์และโอลิเวอร์ (Rust & Oliver 1994, pp. 108-110 อ้างในธนัทร หาระบุตร 2555, น. 65) ได้กล่าวว่า ผู้รับบริการประเมินคุณภาพบริการจากความพึงพอใจที่มีต่อการบริการ โดยประเมินจากความคาดหวังที่คาดการณ์ไว้กับบริการที่ได้รับ ถ้ามีความแตกต่างกันก็จะไม่พึงพอใจ และประเมินว่าบริการนั้นดีอยู่คุณภาพ ความคาดหวังของผู้รับบริการนั้นได้ผ่านการคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณแล้ว โดยการพิจารณาจาก ประสบการณ์การรับรู้ของตนเองในบริการที่ได้รับครั้งก่อน และการได้รับข่าวสาร เช่น จาก หนังสือพิมพ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ถึงแม้ว่าบริการนั้นจะดีเพียงใด เมื่อได้รับ ข่าวสารที่ไม่ตรงกันบ่อยครั้งผู้รับบริการจะเกิดอคติต่อบริการนั้นได้ สตามาติส (Stamatis 1996, pp. 159-160 อ้างในธนัทร หาระบุตร 2555, น. 66) ได้กล่าวว่า บริการที่จะทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ต้องตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการต้องทราบถึงระดับ ความคาดหวังที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจด้วย และระดับความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพมี 3 ระดับ ดังนี้ 1) ความคาดหวังระดับปกติธรรมดาที่เป็นไปตาม

ข้อกำหนด หรือตามที่สันนิษฐานไว้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องได้รับเลือดต้องได้รับเลือดที่ถูกต้อง 2) ความคาดหวังที่มากกว่าระดับที่ 1 คือ บริการนั้นมากกว่าความต้องการ และลักษณะเฉพาะของบริการ มีผลทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ เช่น ผู้ป่วยคิดว่าหลังผ่าตัดต้องปวดแผล แต่ไม่ปวดและยังได้รับใบแจ้งคำรักษาที่ถูกต้อง 3) เป็นความคาดหวังที่มากกว่า 1 และ 2 ถ้าบริการนั้นทำให้เกิดความพึงพอใจมากหรือประทับใจ แสดงว่าบริการนั้นดีและดึงดูดใจให้กลับไปใช้บริการนั้นอีก เช่น ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างดีจากทุกคนที่เกี่ยวข้องจนกลับบ้านและต้องประหลาดใจที่ในวันต่อมาบุคคลเหล่านั้นไปเยี่ยมเขาถึงบ้าน นอกจากนี้แล้วประชาชนยังคาดหวังเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

1. บริการด้านสุขภาพอนามัยที่จัดเตรียมไว้ พร้อมทั้งจะให้บริการประชาชนอย่าง สม่ำเสมอ และตลอดเวลา
2. เป็นลักษณะบริการเฉพาะบุคคล ตามสถานภาพความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นๆ มากกว่าจะเป็นบริการในลักษณะงานประจำ
3. เป็นบริการที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ตามค่านิยม และความเชื่อของสังคมนั้นๆ
4. เข้ารับบริการได้โดยง่ายไม่ว่าเป็นสถานที่ การกำหนดตารางเวลาทั้งในยามปกติ และ ยามฉุกเฉิน
5. มีการประสานงานที่ดี ทาง การส่งข่าวสารข้อมูล ทาง การรักษาพยาบาล ไม่ควรมีการขาดตกบกพร่อง แยกแยกหรือซ้ำซ้อน
6. เป็นบริการที่มีความสมบูรณ์แบบ ผู้รับบริการได้รับครบถ้วนทั้งด้านการดูแลรักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ คงไว้ซึ่งการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในการประเมินคุณภาพการบริการสุขภาพจากมุมมอง ผู้รับบริการนั้นผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพบริการ โดยการเปรียบเทียบความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับ หากบริการที่ได้รับสามารถตอบสนองต่อความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการได้จะถือว่าบริการนั้นเป็นบริการที่มีคุณภาพ

4.2 แนวความคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ (Perception)

การรับรู้ ถือว่าเป็นกระบวนการจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคล เพราะถ้าปราศจากซึ่งการรับรู้ แล้วบุคคลจะไม่สามารถมี “ความจำ” “ความคิด” หรือ “การเรียนรู้” การรับรู้ คือ กระบวนการที่ผู้บริโภคลึกเลือก จัดการ และแปรความบังจัญนำเข้าในการสร้างภาพที่มีความหมายของโลกสัมผัสสิ่งใดๆ ผ่านประสาทสัมผัสต่างๆ คือ ตา หู จมูก ลิ้น และ กายสัมผัส และความรู้สึกทางจิตใจทำ การสรุปและตีความหมายของสิ่งที่สัมผัสนั้นๆ เพื่อที่จะสร้างภาพในสมองให้เป็นภาพที่มีความหมายหรือมีความสอดคล้องกับภาพความทรงจำเดิม และ ส่งผลให้เกิดการกระทำที่ตอบสนองต่อการรับรู้ที่เกิดขึ้นเหล่านั้น

นิตยาพร เสมอใจ (550, น. 66-72) การรับรู้จะขึ้นอยู่กับพื้นฐานความคิด ความรู้สึก และสภาพแวดล้อมของผู้บริโภค ผู้บริโภคจะไม่สามารถเปิดรับข้อมูลทั้งหมด แต่จะเลือกรับรู้หรือเปิดรับข้อมูลเท่าที่ศักยภาพในการรับรู้ของแต่ละคนจะทำได้เท่านั้น เราจะสังเกตได้จากการรับรู้สิ่งที่มีพื้นฐานอยู่แล้ว จะทำให้เราสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น แต่ในสิ่งใหม่ที่เราไม่เคยมีพื้นฐานเลย เราจะไม่สนใจหรือรับรู้ได้ยากกว่าและส่งผลให้เกิดการปฏิบัติต่อการรับรู้ต่างกันไปด้วย การรับรู้ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการแสดงพฤติกรรมใดๆ ของบุคคล การรับรู้ของบุคคล เป็นการเปิดรับข้อมูล ซึ่งจะส่งผลต่อการนึกคิด การตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมในที่สุด สามารถแบ่งกระบวนการในการรับรู้ของผู้บริโภคออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การถ่ายทอดความรู้สึก (Conveyance) คือ การเปิดรับข้อมูล (Selective Exposure) จากสิ่งเร้าต่างๆ ที่มากระทบต่อประสาทสัมผัสทั้งห้า และตั้งใจรับข้อมูลที่ตนเองเลือกสรร (Selective Attention) เข้ามาสู่ความรู้สึกนึกคิดที่ได้รับจากตัวกระตุ้นโดยผ่านประสาทสัมผัสไปยังสมองและจิตใจ

2. การจำแนกรายละเอียดของความรู้สึก (Elaborated) คือ การจำแนกรายละเอียดของความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกในจิตใจ ความรู้ และประสบการณ์ของผู้บริโภค

3. ความเข้าใจที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่รับรู้ (Comprehension) คือ ความเข้าใจในข้อมูล (Comprehension) ไม่ได้หมายความว่าเข้าใจถูกต้องเสมอไป การตีความขึ้นอยู่กับความเชื่อ ทักษะคิด และประสบการณ์ การประมวลความรู้สึกความเข้าใจที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่รับรู้

4. รักษาข้อมูล (Retention) จัดจำข้อมูลที่รับรู้และนำไปสู่กระบวนการในการตัดสินใจขั้นต่อไป

การรับรู้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้ทั้งโดยไม่รู้ตัวหรือโดยตั้งใจ และการรับรู้จะมีมากขึ้นตามประสบการณ์ที่ได้รับการสั่งสมทางสังคม มนุษย์ไม่สามารถให้ความสนใจกับสิ่งต่างๆ รอบตัวได้หมด แต่จะเลือกรับรู้เพียงบางส่วนเท่านั้น แต่ละคนมีความสนใจและรับรู้สิ่งต่างๆ รอบตัวต่างกัน ฉะนั้นเมื่อได้รับสาร (Message) เดียวกัน ผู้รับสารสองคนอาจให้ความสนใจและรับรู้สารเดียวกันได้แตกต่างกัน โดยทั่วไปการรับรู้ที่แตกต่างกันเกิดจากอิทธิพลหรือตัวกรอง (Filter) บางอย่าง (ก่อเกียรติ วิริยะกิจพัฒนา และวินัส อัสวสิทธิถาวร 2550, น.77) อิทธิพลหรือตัวกรองของการรับรู้ประกอบด้วยอิทธิพล ดังต่อไปนี้

1. แรงผลักดันหรือแรงจูงใจ (Motives) มนุษย์มักเห็นในสิ่งที่ต้องการเห็นและได้ยินใน สิ่งที่ต้องการได้ยิน เพื่อสนองความต้องการของตนเอง

2. ประสบการณ์เดิม (Past Experience) คนเราเติบโตขึ้นในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน ถูกเลี้ยงดูด้วยวิธีการต่างกันและคบหาสมาคมกับคนต่างกัน

3. กรอบอ้างอิง (Frame of Reference) เกิดจากการสังสม การอบรมทางครอบครัว และสังคม ฉะนั้นคนที่มาจากต่างครอบครัว สถานภาพทางสังคมต่างกัน นับถือศาสนาต่างกัน จึงมีการรับรู้ในเรื่องต่างๆ ที่แตกต่างกัน

4. สภาพแวดล้อม (Environment) คนที่อยู่ในสภาพแวดล้อมต่างกัน จะเปิดรับข่าวสาร และตีความข่าวสารที่ได้รับต่างกัน

5. สภาวะจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความโกรธ ความกลัว ฯลฯ กล่าวโดยสรุปการรับรู้ของบุคคลเป็นผลมาจากสภาพร่างกาย หรือความสามารถทาง กายภาพของบุคคล (Individual Biology or Physical Ability) การเรียนรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม (Cultural Training) และลักษณะทางจิตวิทยาของบุคคล (Personal Psychology) (ก่อเกียรติ วิริยะกิจพัฒนา และวินัส อัสวสิทธิถาวร 2550, น.78)

จากแนวคิดที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นกระบวนการที่เริ่มจากสิ่งเร้าประสาทสัมผัส โดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ ตา หู จมูก ลิ้น และกายสัมผัส ทำการสรุปและแปลความหมายจากสิ่งที่สัมผัส ตามความสามารถและประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล ที่จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ทักษะคิด เกิดการเรียนรู้เพิ่มเติม และส่งผลให้เกิดการกระทำที่ตอบสนองต่อการรับรู้ที่เกิดขึ้นเหล่านั้น ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ในสารเดียวกันได้แตกต่างกัน เกิดจาก อิทธิพล หรือตัวกรองของการรับรู้ คือ แรงผลักดันหรือแรงจูงใจ ประสบการณ์เดิม กรอบอ้างอิง สภาพแวดล้อม สภาวะจิตใจ และอารมณ์ของบุคคลนั้น

5. ข้อมูลของตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยทั่วไปนอกเวลาราชการ ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ด้วยความรวดเร็วปลอดภัย มีคุณภาพมาตรฐานตามวิชาชีพ ผู้รับบริการพึงพอใจ อีกทั้งให้บริการดูแลผู้ป่วยสังเกตการณ์ตลอด 24 ชั่วโมง ดูแลงานคดี ในปี 2557, 2558 และ 2559 มีผู้มารับบริการทั้งหมด 56,069, 57,740 และ 60,092 ราย โดยร้อยละ 82.44 เป็นผู้ป่วย Non trauma และร้อยละ 17.55 เป็นผู้ป่วย trauma เฉลี่ยใน 1 วัน มีผู้ป่วยมารับบริการ 156,158 และ 165 ราย ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 7 ราย/วัน ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก 11 ราย/วัน ผู้ป่วยฉุกเฉิน 70 ราย/วัน ผู้ป่วยกึ่งฉุกเฉิน 27 ราย/วัน ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน 50 ราย/วัน เป็นผู้ป่วยมาตรวจนอกเวลาราชการประมาณร้อยละ 70 ลำดับโรคที่มีความเสี่ยงสูง Non – trauma ได้แก่ Acute Respiratory failure, STEMI,UGIB with shock ตามลำดับและผู้ป่วย Trauma ได้แก่ Head Injury, Multiple injury shock, Fracture pelvis ผู้รับผลงาน

มีทั้งลูกค้าภายในและภายนอก ซึ่งความต้องการที่สำคัญของผู้รับผลงาน คือ ต้องการความรวดเร็ว ปลอดภัย และพึงพอใจในบริการ

ข้อจำกัดในการรับผู้ป่วย เนื่องจากแพทย์เฉพาะทางไม่ครบทุกสาขาและมีไม่เพียงพอ จำเป็นต้องส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ด้านศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นแพทย์ใช้ทุนขึ้นปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ด้านบุคลากรทางการแพทย์มีพยาบาลเฉพาะทาง 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 15 คน เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน 4 คน ซึ่งไม่เพียงพอ ยังไม่มีนักปฏิบัติฉุกเฉินทางการแพทย์ที่จบหลักสูตร 4 ปี และไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

อัตรากำลังแพทย์ เวรเช้ามีแพทย์ 1 คน แพทย์เสริม 1 คน ช่วงเวลา 10.00-14.00น. เวรบ่ายมีแพทย์ 2 คน เวรคืนมีแพทย์ 1 คน

อัตรากำลังพยาบาลและเจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน เวรเช้า – บ่าย เวิร์ดละ 6 คน เวรคืน 4 คน

ตารางที่ 2.1 แสดงตัวชี้วัดเฉพาะโรค

| ลำดับที่ | ตัวชี้วัด | เกณฑ์ร้อยละ | ปีงบประมาณ | | |
|----------|---|-------------|------------|---------|---------|
| | | | ปี 2557 | ปี 2558 | ปี 2559 |
| 1 | Door to EKG ภายใน 10 นาที | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2 | ผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อ Admit จาก ER < 20 นาที | 100% | 78.80 | 80.20 | 83.0 |
| 3 | อุบัติการณ์ Missed diagnosis STEMI | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 4 | ให้ยา SK ที่ ER ภายใน 20 นาที | 100% | 92.85% | 100% | 100% |
| 5 | ผู้ป่วยได้รับการส่ง CT brain ภายใน 20 นาที หลัง Activate fast track | 100% | 80.40% | 72% | 100 |
| 6 | ผู้ป่วย Severe sepsis shock ได้รับยา ATB ที่ ER ภายใน 1 ชม. | > 80 | 84.41 | 92.30 | 96.55 |

ตารางที่ 2.2 แสดงกลุ่มโรคที่สำคัญ / เร่งด่วน High Risk

| ลำดับ | High Risk | Dead at ER | | |
|------------|-----------------------------|------------|-----------|----------|
| | | 2557 | 2558 | 2559 |
| 1 | Trauma | 4 | 6 | 5 |
| 2 | Chest pain /sudden dead/AMI | 2 | 8 | 3 |
| 3 | Respiratory failure/COPD | 4 | 4 | 1 |
| 4 | CHF | 1 | - | |
| 5 | sepsis | - | 1 | |
| รวม | | 11 | 19 | 9 |

ตารางที่ 2.3 แสดงสถิติผู้รับบริการ

| ลำดับ | จำนวนผู้ป่วย | ปี 2557 | ปี 2558 | ปี 2559 |
|-------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|
| 1 | Resuscitate | 2,060/5.64 | 2,154/5.9 | 2,497 /6.84 |
| 2 | Emergency | 4,421/12.11 | 3,902/10.69 | 3,946/10.81 |
| 3 | Urgency | 22,824/62.5 | 24,303/66.58 | 25,368/69.5 |
| 4 | Semi Urgency | 8,237/22.56 | 9,017/24.70 | 9,819 /26.9 |
| 5 | Non – Urgency | 18,527/50.7 | 18,364/50.31 | 18,462/50.58 |
| 6 | รวม | 56,069 | 57,740 | 60,092 |
| 7 | เฉลี่ย คน/วัน | 154 | 158 | 165 |
| 8 | อุบัติเหตุเฉลี่ย คน/วัน | 27 | 28 | 24 |
| 9 | สังเกตอาการเฉลี่ย คน/วัน | 13 | 14 | 15 |

ตารางที่ 2.4 แสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (Performance indicator)

| ลำดับที่ | ตัวชี้วัด | เกณฑ์ ร้อยละ | ปีงบประมาณ | | |
|----------|---|-----------------|------------|--------|---------|
| | | | ปี2557 | ปี2558 | ปี 2559 |
| 1 | คัดกรองภายใน 4 นาที | > 90 | 84 | 87 | 89 |
| 2 | การคัดกรองผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน นुकเงินมาก และนุกเงินถูกต้อง | > 95 | 95.60 | 96.70 | 98 |

ตารางที่ 2.4 (ต่อ)

| ลำดับที่ | ตัวชี้วัด | เกณฑ์ ร้อยละ | ปีงบประมาณ | | |
|----------|--|-----------------|------------|--------|---------|
| | | | ปี2557 | ปี2558 | ปี 2559 |
| 3 | การคัดกรองผู้ป่วยกึ่งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ถูกต้อง | >70 | 86.66 | 91.93 | 92.38 |
| 4 | ระยะเวลารอคอยตรวจตามเกณฑ์ ผู้ป่วยวิกฤต ฉุกเฉิน ฉุกเฉินมาก | 100 | 95.6 | 96.7 | 97 |
| 5 | ระยะเวลารอคอยตรวจตามเกณฑ์ผู้ป่วยฉุกเฉิน | > 80 | 70 | 73 | 76 |
| 6 | ระยะเวลารอคอยตรวจตามเกณฑ์ผู้ป่วยกึ่งฉุกเฉิน, ไม่ฉุกเฉิน | > 80 | 67 | 70 | 69 |
| 7 | อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นที่ ER | >50 | 39.18 | 37.14 | 63.15 |
| 8 | อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตที่ ER | | 0.80 | 1.60 | 0.30 |
| 9 | ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 48 ชม. | <5 | 0.05 | 0.06 | 0.05 |
| 10 | อุบัติการณ์ผู้ป่วยหนีกลับ / ไม่รอดตรวจ / ไม่พึงพอใจ / รอดตรวจนาน / การร้องเรียน | < 10 ครั้ง | 110 | 78 | 90 |
| 11 | ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ | >80 | 79.80 | 77.73 | 78.80 |
| 12 | ภาระงานพยาบาล (Productivity) | 90-110 | 147 | 150 | 152 |

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1. การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินมาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ได้รวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิตลงได้
2. คัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้อง ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินมากได้รับการตรวจ วินิจฉัย และแก้ไข ภาวะวิกฤตได้รวดเร็ว ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ
3. อัตรารอดชีวิตของผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นที่ ER
4. ผู้ป่วย วิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินมากที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉินได้รับการส่งผ่าตัดได้รวดเร็ว ตามเวลาที่กำหนด
5. ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินมาก ได้รับไว้เป็นผู้ป่วยใน/ส่งต่อ ได้รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

6. การรักษาผู้ป่วยทั่วไป ได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษาถูกต้องรวดเร็ว ผู้รับบริการพึงพอใจ การกลับมารักษาซ้ำ ของผู้ป่วยภายใน 48 ชั่วโมงลดลง

ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

1. ความสามารถในการทำให้ผู้ป่วยวิกฤต และกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทั่วถึง ทันเวลา

2. ผู้ป่วยได้รับการทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว

3. อัตราการเสียชีวิตลดลง

4. ระบบ Fast Track

4.1 STEMI Fast Track ให้ SK ได้ภายใน 20 นาที

4.2 STROKE Fast Track ส่ง CT ได้ภายใน 10 นาที

4.3 Trauma Fast Track to OR ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 30 นาทีหลังจากแพทย์

มีคำสั่ง

4.4 Sepsis Fast Track ให้ Antibiotic ได้ภายใน 60 นาที

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภัทรพร ยุกตพันธ์ (2558) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของผู้รับบริการต่อโรงพยาบาลเอกชน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพบริการ สุขภาพของผู้รับบริการต่อโรงพยาบาลเอกชนและศึกษาเปรียบเทียบคุณลักษณะประชากร ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรับบริการสุขภาพกับการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้รับบริการในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 200 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้รับบริการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายมิติคุณภาพอยู่ในระดับมาก ผู้รับบริการที่เคยและไม่เคยเข้ารับบริการสุขภาพ ผู้รับบริการที่มีอาการโรคของการเจ็บป่วยในปัจจุบันแตกต่างกัน รับรู้คุณภาพบริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยกลุ่มที่ไม่เคยเข้าโรงพยาบาลใดเคยรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่เคยเข้าโรงพยาบาล ผู้รับบริการที่มาด้วย กลุ่มโรคเฉียบพลันรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มผู้รับบริการที่มาด้วยกลุ่มอุบัติเหตุและบาดเจ็บ

วนาพรรณ ชื่นอ้อม และคณะ (2558) ได้ศึกษาเรื่อง ความคาดหวังและการรับรู้ของบุคลากรต่อคุณภาพการบริการของหน่วยบริการสุขภาพบุคลากร วัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการของหน่วยบริการสุขภาพบุคลากรและความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 330 ราย เก็บข้อมูลเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2556

เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพการบริการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามเกณฑ์คุณภาพบริการ 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อถือได้ของบริการ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจของบริการ และการให้บริการด้วยความใส่ใจ คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยพบว่า ความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการโดยรวมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและประเภทการจ้าง มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการและจำนวนครั้งที่มารับบริการมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการบริการ

เรื่องฤทธิ์ ศรีนครินทร์ (2558) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยนิเวศกรรม โรงพยาบาลสกลนคร วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยนิเวศกรรมที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยนิเวศกรรมและเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยนิเวศกรรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในตึกนิเวศกรรม โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 187 คน ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพบริการพยาบาลโดยรวมตามการรับรู้ของผู้ป่วยนิเวศกรรม โรงพยาบาลสกลนครอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยที่มีอายุ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการรับรู้ คุณภาพบริการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

อภิรักษ์ สำเนียง (2558) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาคุณภาพการบริการ โดยพิจารณาถึงความคาดหวังและการรับรู้ต่อการบริการของโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำในจังหวัดพิษณุโลก ภายใต้ SERVQUAL Model วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำในจังหวัดพิษณุโลก ตามความคาดหวังและการรับรู้ต่อการบริการของผู้เคยมารับบริการ ภายใต้ SERVQUAL Model และเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำในจังหวัดพิษณุโลก ตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เคยมารับบริการโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 422 คน ผลการศึกษาพบว่าความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำในจังหวัดพิษณุโลกภาพรวมทั้ง 5 ด้าน มีระดับคุณภาพ อยู่ในระดับมาก ระดับคุณภาพการรับรู้มากกว่าระดับคุณภาพความคาดหวัง แสดงให้เห็นว่าการบริการมีคุณภาพสูง หรือผู้รับบริการประทับใจในการให้บริการ

วรวรรณ สโมสรสุข และคณะ (2558) ได้ศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการศูนย์หัวใจธรรมศาสตร์ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการศูนย์หัวใจ

ธรรมชาติของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความ
 คาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการศูนย์หัวใจธรรมศาสตร์ของโรงพยาบาล
 ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการศูนย์หัวใจ จำนวน 400 คน
 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มาใช้บริการศูนย์หัวใจธรรมศาสตร์มีความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการ
 ให้บริการทั้งด้านการรักษา ด้านคุณภาพการให้บริการและด้านความสะดวกในการรับบริการ อยู่ใน
 ระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคาดหวังและความพึงพอใจของทั้ง 3 ด้าน พบว่า ด้าน
 คุณภาพการให้บริการและด้านความสะดวกในการรับบริการนั้นมีความคาดหวังมาก แต่ความพึงพอใจ
 น้อย ร้อยละ 5.14 สำหรับเหตุผลที่ผู้มารับบริการไม่พึงพอใจในการให้บริการมากที่สุด คือ ระยะเวลา
 ในการรอตรวจ รongลงมา ได้แก่ ระยะเวลาการรอนานขึ้น ตอนรอขึ้นบันไดรอนาน นอกจากนั้นผู้มา
 รับบริการบางส่วนไม่พึงพอใจในเรื่องของการไม่มีเจ้าหน้าที่ ให้คำแนะนำเรื่องปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค
 ที่เป็นอยู่ เจ้าหน้าที่แสดงกิริยาไม่เต็มใจในการให้บริการ ห้องน้ำไม่เพียงพอ และเจ้าหน้าที่พูดจา
 ไม่สุภาพ บทสรุป ผู้ที่มาใช้บริการศูนย์หัวใจธรรมศาสตร์มีความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการ
 ให้บริการทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการรักษา ด้านคุณภาพการให้บริการและด้านความสะดวกในการรับ
 บริการอยู่ในระดับมากและถ้าเปรียบเทียบความคาดหวังและความพึงพอใจต่อด้านการรักษานั้น
 ผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีความคาดหวังในระดับน้อยแต่มีความพึงพอใจมาก ซึ่งต่างจากความคาดหวัง
 และความพึงพอใจต่อด้านคุณภาพ การให้บริการและด้านความสะดวกในการรับบริการที่มีความ
 คาดหวังมากแต่ความพึงพอใจน้อย สำหรับด้านคุณภาพการให้บริการ ผู้ป่วยมีความคาดหวังมากกว่า
 ความพึงพอใจเนื่องจากผู้ป่วยก่อนที่จะมา ใช้บริการมีความคาดหวังมาก แต่เมื่อมาใช้บริการแล้วไม่เป็น
 ไปตามที่คาดหวังไว้จึงทำให้ความพึงพอใจต่อด้านคุณภาพการให้บริการน้อยกว่าความคาดหวัง
 จากศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการศูนย์
 หัวใจธรรมศาสตร์ พบว่าผู้ใช้บริการมีความคาดหวังในด้านการรักษา ด้านคุณภาพการให้บริการและ
 ด้านความสะดวกในการรับบริการมีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจทั้ง 3 ด้าน และมีความสัมพันธ์กัน
 อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

อัจฉรา ขันใจ และวีระศักดิ์ สมยานะ (2558) ได้ศึกษาเรื่อง ความคาดหวังและการรับรู้
 คุณภาพการบริการของผู้ประกันตนโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน เพื่อศึกษาความคาดหวังและการ
 รับรู้คุณภาพการบริการของผู้ประกันตนโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ความแตกต่างระหว่างความ
 คาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้ประกันตน โรงพยาบาลลำพูน จังหวัด ลำพูน ประชากร
 ที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ประกันตนโรงพยาบาลลำพูน จำนวน 37,625 คน พบว่า ความคาดหวัง คุณภาพ
 การบริการด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.70) รองลงมาคือ ความ
 น่าเชื่อถือไว้วางใจในการบริการ (ค่าเฉลี่ย = 4.64) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (ค่าเฉลี่ย = 4.42)

ความเห็นอกเห็นใจ (ค่าเฉลี่ย = 4.35) และความเป็นรูปธรรมในการบริการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.12) ตามลำดับ การรับรู้คุณภาพการบริการของผู้ประกันตนโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน พบว่า การรับรู้คุณภาพการ บริการด้านความเห็นอกเห็นใจอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.79) รองลงมาคือ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (ค่าเฉลี่ย = 3.73) ความเป็นรูปธรรมในการบริการอยู่ในระดับ ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.31) ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในบริการ (ค่าเฉลี่ย=3.30) และการตอบสนองต่อ ผู้รับบริการ (ค่าเฉลี่ย = 3.14) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความคาดหวังคุณภาพการบริการสูงกว่าการรับรู้ คุณภาพการบริการทุกด้านซึ่งมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งด้านที่มีความ แตกต่างมากที่สุด คือ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ รองลงมาคือ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ในการบริการ ความเป็นรูปธรรมในการบริการ การให้ความมั่นใจแก่ ผู้รับบริการ และการเห็นอก เห็นใจ ตามลำดับ

รุ่งโรจน์ สงสระบุญ (2557) ได้ศึกษา เรื่องการรับรู้คุณภาพการให้บริการและปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการสื่อสารแบบปากต่อปากของโรงพยาบาลเอกชน วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพ การให้บริการและการสื่อสารแบบปากต่อปากตามทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อโรงพยาบาลเอกชน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสารแบบปากต่อปากของผู้รับบริการที่มีต่อ โรงพยาบาลเอกชน โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้คุณภาพการให้บริการทางการแพทย์และการต้อนรับของ โรงพยาบาล เอกชนอยู่ในระดับมากทุกด้าน สำหรับสมการปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสารแบบปากต่อปากของ โรงพยาบาลเอกชน คือ การสื่อสารแบบปากต่อปาก พนักงานต้อนรับ การบริการชำระเงิน การดูแล ห้องพัก การบริการของแพทย์ เข้าพักในโรงพยาบาลเอกชน การบริการด้านอาหาร

พิกุล รัตถาพิมพ์ (2557) ได้ศึกษา เรื่องคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการ รับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก และเปรียบเทียบ ความคาดหวังกับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 273 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้ บริการมีความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการมากที่สุด คือด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้ให้บริการ รองลงมาคือ ด้านความเอาใจใส่ต่อผู้ให้บริการและด้านที่มีความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการน้อย ที่สุด คือด้านความเป็นรูปธรรมในการให้บริการ ผู้ใช้บริการมีการรับรู้คุณภาพบริการ โดยภาพรวมอยู่ ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีความคาดหวังคุณภาพการบริการสูงสุดคือ

ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ รองลงมาคือด้านความไว้วางใจได้ของการให้บริการและด้านที่มีการรับรู้คุณภาพบริการต่ำที่สุด คือด้านความเป็นรูปธรรมในการให้บริการ ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรชัย ดีไพศาลสกุล (2557) ได้ศึกษาเรื่องความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการ ต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาล วัดอุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการ ในคุณภาพบริการ โรงพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ โรงพยาบาลมาจากประสบการณ์ ความคิด ความเชื่อและทัศนคติของผู้รับบริการ โดยตรง เป้าหมายของงานวิจัยนี้ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดทฤษฎีฐานข้อมูล ตามแนวทางทฤษฎีของเกลเซอร์และสเตร้าส์ (Glaser and Strauss 1967) โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการจำนวน 7 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสำคัญของคุณภาพบริการ โรงพยาบาล คือ แพทย์ที่มีความรู้ ความสามารถ มีจรรยาบรรณ ดูแลเอาใจใส่ ให้ความรู้ความเข้าใจ ในแผนการรักษา กำหนดแนวทางปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วน ควบคู่กับการดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือ ด้วยความจริงใจจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เช่น พยาบาล เทคนิคการแพทย์ เภสัชกรและเจ้าหน้าที่อื่น ความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการ คือ ต้องการความเลิศจุและสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างสมบูรณ์ ชื่อเสียงของโรงพยาบาลและมาตรฐานการรับรอง เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้รับบริการ ต้องการได้รับตามความเหมาะสมกับระดับชั้นทางสังคมและฐานะทางการเงิน

ภัทริญา นามเจริญ (2557) ได้ศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย วัดอุประสงค์ เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มารับการบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 385 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการมีความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้ที่มีต่อคุณภาพการบริการทั้งภาพรวมและจำแนกเป็นรายด้าน โดยผู้มารับบริการมีความคาดหวังในด้านความมั่นใจในระดับสูงที่สุดและมีความคาดหวังในด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการระดับต่ำที่สุด นอกจากนั้นพบว่าผู้มารับบริการมีการรับรู้ในด้านความมั่นใจได้อยู่ระดับสูงที่สุดและผู้มารับบริการมีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำที่สุดคือ ด้านการตอบสนองลูกค้าอย่างรวดเร็ว ซึ่งความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพการบริการทั้ง โดยภาพรวมและจำแนกรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

เจียมจิต มากเมือง (2557) ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้และความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว จังหวัดน่าน วัดอุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติ

งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 600 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการรับรู้โดยรวมของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับน้อยและระดับความคาดหวังโดยรวมของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก มีความคาดหวังให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง ให้การบริการด้วยอักษาศัพท์ไม่ตรีที่ดี ให้การพยาบาลรักษาถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย มีเครื่องมืออุปกรณ์พร้อม ทันสมัย มีความรู้ ความสามารถ

สรานันท์ อนุชน (2556) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงระดับความพึงพอใจและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยหรือญาติที่มาใช้บริการใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 260 คน ผลการศึกษาแสดงว่า ความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีความพึงพอใจต่อการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลจิตใจ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านความสามารถทางการ ปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านอายุ รายได้ การศึกษา อาชีพและสิทธิการรักษาที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าไม่แตกต่างกัน

วรรณพร ศรีอรินันท์ (2556) ได้ศึกษาเรื่อง ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลปทุมธานี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อคุณภาพการบริการของ โรงพยาบาลปทุมธานี ผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 400 คน ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้มารับบริการมีความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการของ โรงพยาบาลปทุมธานี ทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ผู้มารับบริการการรับรู้คุณภาพการบริการด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการอยู่ในระดับที่สูงกว่าความคาดหวัง ส่วนด้านความเป็นรูปธรรม ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการอยู่ในระดับต่ำกว่าความคาดหวังและด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจอยู่ในระดับเท่ากับความคาดหวัง คุณภาพการบริการด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการมีความสัมพันธ์กับอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ความถี่ของการใช้บริการและแผนกที่มาใช้บริการ คุณภาพการบริการด้านความเชื่อมั่น ไว้วางใจได้ มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา อาชีพ ความถี่ของการใช้บริการและแผนกที่มาใช้บริการ คุณภาพการบริการด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน และแผนกที่มาใช้บริการ คุณภาพการบริการ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือนและแผนกที่มาใช้บริการ คุณภาพการบริการด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน ความถี่ของการใช้บริการ และแผนกที่มาใช้บริการ

ปฎิมา ดีประเสริฐวงศ์ (2556) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพการให้บริการของกลุ่มงานผ่าตัด ตามการรับรู้ของผู้รับบริการคณะแพทยศาสตร์วชิระพยาบาล วัดอุปประสงค์เพื่อ ศึกษาเปรียบเทียบ ระดับคุณภาพบริการของกลุ่มงานผ่าตัดหัวใจตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ คณะ แพทยศาสตร์วชิระพยาบาล จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มารับบริการผ่าตัดหัวใจ โดยเลือกอย่างเจาะจงจำนวน 30 ราย ใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ตามแนวคิดของ Parasuraman ที่เรียกว่า “SERQUAL” ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการให้บริการของกลุ่มงานผ่าตัดตามการรับรู้ของ ผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับประทับใจ เปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ ของผู้รับบริการคณะแพทยศาสตร์วชิระพยาบาล โดยรวมไม่แตกต่างกันแต่เมื่อพิจารณารายด้าน เปรียบเทียบกันพบว่ามีความแตกต่างของความคาดหวังและการรับรู้อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ในด้านการให้บริการรวดเร็ว ระยะในการรอไม่นาน ขั้นตอนบริการมีความสะดวก ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอาชีพและความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน จะมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t < .05$

หทัยา แก้วกิม และคณะ (2555) ได้ศึกษาเรื่องความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชน ต่อคุณภาพบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อ (1) ศึกษาคุณลักษณะ ส่วนบุคคลของประชาชนที่มารับบริการ (2) วัดระดับความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนต่อ คุณภาพบริการ (3) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ความคาดหวังกับการรับรู้ของประชาชนต่อ คุณภาพบริการ (4) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ จำแนกตามคุณลักษณะ ส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัด นครศรีธรรมราช จำนวน 354 คน ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพ บริการอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังมากกว่าการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ โดยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการ และเหตุจูงใจที่มารับบริการที่ต่างกัน มีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน มีข้อเสนอแนะคือ ควรจัดเตรียมรถ บริการฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง เพิ่มสถานที่จอดรถและขยายพื้นที่ให้บริการ เพิ่มอุปกรณ์ทางการแพทย์และ บุคลากรด้านสุขภาพให้เพียงพอ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น พัดลม น้ำดื่ม

กนต์กวิรินทร์ ภูมิสวัสดิ์ (2555) ได้ศึกษาเรื่องเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ต่อ คุณภาพบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตบางนา กรุงเทพมหานคร วัดอุปสงค์ เพื่อ (1) ศึกษาระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการของผู้ป่วยใน (2) เปรียบเทียบ ความคาดหวังกับการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการทั้งโดยรวมและรายแผนก (3) เปรียบเทียบความคาดหวัง

กับการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการของผู้ป่วยในตามปัจจัยด้าน คุณลักษณะของผู้ป่วยและปัจจัยด้านการรักษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตบางนา กรุงเทพมหานคร จำนวน 350 คน เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงจากแนวคิดการประเมินคุณภาพบริการ SERVQUAL ผลการศึกษาพบว่า (1) ระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการของผู้ป่วยในโดยรวม รายมิติและรายข้ออยู่ในระดับสูงมาก ยกเว้นเรื่องความเพียงพอของที่จอดรถ การจัดอาหาร ได้อย่างเหมาะสมกับอาการหรือโรคและความมั่นใจในการรักษาที่มีระดับการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการอยู่ในระดับสูง (2) ระดับความคาดหวังกับการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการ (3) ปัจจัยด้านประสบการณ์ในการใช้บริการและแผนกที่มาใช้บริการมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (4) ปัญหาและข้อเสนอแนะที่พบส่วนใหญ่คือ ด้านระยะเวลาารอคอยในการให้บริการ ด้านความสะดวกสบาย อาคาร สถานที่ให้บริการและสิ่งแวดล้อม ด้านการบริการของพยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาลและด้านการบริการของแพทย์

ณัฐชนก เอื้อสุรวิศิษฐ์ และ นันทวัน เหลี่ยมปรีชา (2555) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้บริโภคที่มารับบริการของโรงพยาบาลเอกชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จาก 4 แห่ง จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริโภคมีความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพในการให้บริการโรงพยาบาลเอกชนอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังมากกว่าการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีความแตกต่างกับการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

รุ่งดาว ดีดอกไม้ และไกรจิต สุตะเมือง (2555) ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจที่มีต่อคุณภาพการให้บริการ โรงพยาบาลเอกชนในกรณีฉุกเฉินในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจที่มีต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนในกรณีฉุกเฉินในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการกับความพึงพอใจที่มีต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนในกรณีฉุกเฉินในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆ กับความพึงพอใจที่มีต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนในกรณีฉุกเฉินในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่าเพศ อายุ ระดับ

การศึกษา รายได้ที่แตกต่างกัน มีความพึงพอใจที่มีต่อคุณภาพการให้บริการ โรงพยาบาลเอกชน ในกรณีฉุกเฉินในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ไม่แตกต่างกัน อาชีพ สถานภาพ ที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจที่มีต่อคุณภาพการให้บริการ โรงพยาบาลเอกชนในกรณีฉุกเฉินในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ ด้านความรวดเร็ว ความพร้อม ทางด้านการแพทย์และบุคลากร มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจที่มีต่อคุณภาพการให้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านอื่นๆ ที่ประกอบไปด้วย ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ความไว้วางใจได้ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจที่มีต่อคุณภาพการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญ

กนกพร ถีลาเทพินทร์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินระดับคุณภาพการ บริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL วัตถุประสงค์เพื่อประเมิน คุณภาพบริการของผู้รับบริการ โรงพยาบาลรัฐบาลด้วยการใช้แบบจำลอง SERVQUAL และนำผล การศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการในองค์กรผ่าน กระบวนการ บริหารจัดการด้านต่างๆ กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 421 คน ผลของการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมผู้รับ บริการมีระดับค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในการบริการมากกว่าการรับรู้จากบริการที่ได้รับ ความคาดหวัง แสดงว่าผู้รับบริการ ไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้รับหรือการให้บริการของ โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งนี้ ไม่มีคุณภาพที่ดี หากพิจารณาในแต่ละมิติพบว่า ในปัจจัยด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการพบว่า ระดับค่าเฉลี่ยของการรับรู้ในการบริการมากกว่าระดับความคาดหวัง แสดงว่าผู้รับบริการเห็นว่า มีคุณภาพในการบริการในด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ โดยมีระดับคุณภาพการบริการอยู่ใน ระดับปานกลางแต่ในอีก 4 ด้านคือด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการตอบสนองในการให้บริการ ด้านการสร้าง ความมั่นใจในบริการและด้านความเห็นอกเห็นใจ มีค่าเฉลี่ยในการรับรู้ต่ำกว่าความ คาดหวัง แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการเห็นว่าไม่มีคุณภาพในการบริการที่ดีในด้านดังกล่าว ภาพรวม แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลกรณีศึกษาแห่งนี้ ไม่สามารถทำให้ผู้รับบริการรับรู้การบริการครอบคลุม ทั้ง 5 ด้านได้

ศักดิ์ดา สิริภัทรโสภณ และปารย์ทิพย์ ธนาภิกุลปตานนท์ (2554) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการที่ได้รับกับความพึงพอใจและความภักดีของคนไข้: กรณีศึกษา โรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร วัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับ คุณภาพการให้บริการที่ผู้บริโภครับกับความพึงพอใจและความภักดีของคนไข้ที่มีต่อสถานบริการ ทางการแพทย์เอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครที่มีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับด้านมาตรฐาน คุณภาพการบริการในระดับสากลจากสถาบันระหว่างประเทศ (JCI) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับ บริการจำนวน 303 คน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า คนไข้ที่เข้ารับบริการมีความเห็นต่อคุณภาพการ บริการที่ได้รับในด้านต่างๆ ในระดับดี มีความพึงพอใจและความภักดีต่อสถานบริการทางการแพทย์

ในระดับสูงและจากการทดสอบสมมุติฐานทางสถิติแสดงให้เห็นถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการด้านต่างๆ มีผลต่อระดับความพึงพอใจและความภักดีของผู้เข้ารับบริการ โดยเฉพาะคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองที่รวดเร็วจะส่งผลกระทบต่อระดับความพึงพอใจ ในขณะที่คุณภาพการบริการด้านภาพลักษณ์ของสถานที่ ด้านการสร้างเชื่อมั่นและด้านการเอาใจใส่ดูแลของสถานบริการทางแพทย์จะส่งผลกระทบต่อระดับความภักดีของคนไข้ที่เข้ารับบริการ

บุญเรือง โจรนศิริ และดารณี พิมพิช่วงทอง (2554) ได้ศึกษาเรื่อง ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ประกันตนต่อการให้บริการของโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม จังหวัดปทุมธานี วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ประกันตนต่อการให้บริการของโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการ จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประกันตนมีความคาดหวังคุณภาพบริการโดยรวมในระดับมาก การรับรู้คุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการมีความแตกต่างกัน ความคาดหวังมีระดับคะแนนมากกว่าการรับรู้ในทุกด้าน อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ปฏิบัติและโรงพยาบาลเลือกสิทธิ์ประกันสังคมที่แตกต่างกัน มีระดับความคาดหวังคุณภาพแตกต่างกัน ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ระยะเวลาที่ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน การเลือกโรงพยาบาลตามสิทธิ์ที่แตกต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการแตกต่างกัน การรับรู้สิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ

สุพรรณวดี ภิญโญ และคณะ (2554) ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการของผู้ป่วยและญาติต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉินและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยและญาติจำนวน 800 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความคาดหวังของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับสูงมาก กลุ่มญาติมีระดับความคาดหวังและการรับรู้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการระดับน้อย กลุ่มญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการระดับดี เพศ การศึกษา อายุ แตกต่างก็มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน

ตรีสุข จำปาทอง (2553) ได้ศึกษาเรื่องความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการก่อนและหลังใช้บริการของผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลศิริราช กรณีศึกษา โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอกคลินิกนอกพิเศษเวลาราชการ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีการรับรู้คุณภาพบริการก่อนและหลังการใช้บริการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูงยกเว้นระดับความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับสูงมาก ระดับการศึกษาและรายได้ที่แตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการก่อนให้บริการแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุและและประเภทของคลินิกที่แตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการหลังให้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้คุณภาพบริการก่อนและหลังการใช้บริการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการหลังใช้บริการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จรรยา พรหมมาลี และคณะ (2551) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพการบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ คุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการในกลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครอง บิดา มารดาเด็กจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังแตกต่างกับการรับรู้ความเชื่อถือว่าไว้ใจได้และด้านให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ใช้บริการที่มีอายุ อาชีพ การใช้สิทธิ์การรักษาที่ต่างกันมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศ การศึกษา จำนวนครั้งที่มารับบริการ ต่างกันมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ไม่แตกต่างกันการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่มารับบริการการใช้สิทธิ์การรักษาที่ต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการที่แตกต่างกัน เพศ อายุที่ต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน

นงนุช โกมลหิรัญย์ (2550) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส มีระดับการรับรู้คุณภาพต่ำกว่าสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง ประสบการณ์ที่มีจำนวนครั้งของการมาใช้บริการมากกว่ามีระดับการรับรู้คุณภาพบริการต่ำกว่าผู้ที่มาใช้บริการจำนวนครั้งน้อยกว่า

จิตติมา ชีรพันธุ์เสถียร (2549) ศึกษาเรื่อง การศึกษาคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สาขาพร้อมมิตร วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกทั้งส่วนความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการ กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 400 คน กลุ่มผู้ให้บริการผู้ป่วยนอก จำนวน 72 คนและกลุ่มผู้บริหาร โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สาขาพร้อมมิตร จำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอกในมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีระดับความคาดหวังสูงกว่าระดับการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการบริการ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านอสังหาริมทรัพย์ของผู้ให้บริการด้านความเป็นรูปธรรม ด้านการให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาและด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการ

โสภิตา ชันแก้ว (2546) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือตอนบน วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับคุณภาพ

บริการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลชุมชน ภาคเหนือตอนบนและคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยในด้านการมารับบริการ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือตอนบน ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค จำนวน 400 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลชุมชน ภาคเหนือตอนบน ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือตอนบนอยู่ในระดับสูง ผู้ใช้บริการที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาและถิ่นที่อยู่อาศัย แตกต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือตอนบน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้บริการที่มีอายุมากกว่ามีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกสูงกว่าผู้บริการที่มีอายุน้อย ผู้บริการที่มีระดับการศึกษาดำเนินการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกสูงกว่าผู้บริการที่มีระดับการศึกษาสูงและผู้บริการที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล มีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกสูงกว่าผู้บริการที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาล/สุขาภิบาล ส่วนผู้บริการที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพและรายได้ รวมทั้งปัจจัยในด้านการมารับบริการ ได้แก่ ระยะทางในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการและจำนวนครั้งในการมารับบริการ แตกต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกไม่แตกต่างกัน

พรรณี วรานุกุลศักดิ์ (2546) ได้ศึกษาเรื่องความคาดหวังการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประกันสังคมต่อคุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการ มีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ โดยรวมอยู่ในระดับมากและผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่า คุณภาพบริการที่คาดหวังสูงกว่าคุณภาพบริการที่ได้รับ โดยความคาดหวังและบริการที่ได้รับมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้รับบริการที่ระดับการศึกษาต่างกัน มีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้รับบริการที่มีอายุ รายได้ ระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผู้รับบริการที่มีระดับความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้สิทธิประกันสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ต่างกัน มีการรับรู้ต่อคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมและด้านการเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ธริณี เมธานูเคราะห์ (2542) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพการบริการตามความคาดหวังของผู้ป่วย คลินิกนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการบริการตามความคาดหวังของผู้ป่วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ด้านความเชื่อถือได้

ด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ด้านความมั่นใจ และด้านการเข้าถึงจิตใจของผู้ป่วย ในคลินิกนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการบริการตามความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีลักษณะส่วนบุคคลและประเภทคลินิกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 349 คน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการบริการตามความคาดหวังของผู้ป่วยคลินิกนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยรวมและรายด้าน 5 ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรมในการบริการ ด้านความเชื่อถือได้ ด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ด้านความมั่นใจ และด้านการเข้าถึงจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงและผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพการบริการตามความคาดหวังด้านความเชื่อถือได้และด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็วแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .01 และ .05 ส่วนผู้ป่วยที่มีลักษณะส่วนบุคคลอื่นอีก 4 ด้านต่างกัน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในประเภทคลินิกที่ต่างกันมีคุณภาพการบริการตามความคาดหวังไม่แตกต่างกัน

อรพินท์ ไชยพยอม (2542) ได้ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช วัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชและหาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการกับความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 330 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจน้อยร้อยละ 41.2 ด้านที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือการให้เกียรติ (ร้อยละ 68.8) ค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (ร้อยละ 53.3) ด้านที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจน้อยคือ คุณภาพบริการ (ร้อยละ 72.2) ข้อมูลที่ได้รับ (ร้อยละ 67.6) การประสานบริการ (ร้อยละ 59.7) ส่วนความสะดวกผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจปานกลาง (ร้อยละ 59.7) ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 37.9 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการกับความพึงพอใจ พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.000$ และตัวแปรที่สามารถอธิบายความพึงพอใจได้ตามลำดับคือ ทักษะการให้บริการ การให้คำอธิบาย ความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการ ศิลปะการให้บริการและความสามารถในการจ่ายค่าบริการ โดยสามารถอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจได้ถึงร้อยละ 50.7

Avichai Shuv-Ami, Tamar Shalom (2017) ศึกษาเรื่อง: Demographic differences of perceived service quality in emergency rooms of hospital organizations วัตถุประสงค์เพื่อทดสอบการรับรู้คุณภาพการให้บริการในห้องฉุกเฉินหลายแห่งของโรงพยาบาลในอิสราเอล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในอิสราเอล จำนวน 1,002 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสตรีรับรู้

คุณภาพบริการต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษาอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และผลการรักษาล้ำยคลึงกับกลุ่มผู้ใหญ่อื่นๆ ได้รับรู้คุณภาพบริการมากที่สุด บุคคลผู้นับถือศาสนารับรู้คุณภาพบริการในห้องฉุกเฉินในระดับที่สูงกว่าผู้ป่วยนอกศาสนา

Maryam Gholami, Zahra Kavosi, Marziye khojastefar (2015) ศึกษาเรื่อง Services quality in emergency department of Nemazee Hospital: Using SERVQUAL model วัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพบริการด้านการดูแลสุขภาพและเพื่อหาความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า มีช่องว่างคุณภาพในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ช่องว่างด้านที่ใหญ่ที่สุดคือด้านการตอบสนอง (-1.08) และช่องว่างที่เล็กที่สุดคือด้านความมั่นใจ (-0.8) จำนวนครั้งของการส่งต่อมีความสัมพันธ์กับด้านความเป็นรูปธรรมของบริการและความมั่นใจ ภาพรวมความคาดหวังของผู้ป่วยสูงกว่าการรับรู้คุณภาพ สรุปไว้ว่าในการปรับปรุงบริการฉุกเฉินควรมีสั่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม ลดเวลาในการรอคอย เพิ่มความสนใจในระบบชำระค่ารักษาพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยและปรับปรุงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ในวาระการบริหารของโรงพยาบาล

Al-Momani MM (2015) ศึกษาเรื่อง Gap Analysis between Perceptions and Expectations of Medical-Surgical Patients in a Public Hospital in Saudi Arabia วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้วยการวัดความแตกต่างระหว่างความคาดหวังในการดูแลของผู้ป่วยกับการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลที่เกิดขึ้นจริงและบ่งชี้สิ่งที่ต้องปรับปรุง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมที่ King Saud Medical City, Riyadh ประเทศซาอุดีอาระเบีย จำนวน 432 คน ผลการศึกษาพบว่ามีช่องว่าง (gap) ของคะแนนบริการพยาบาลทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การตอบสนอง (-1.71) ความน่าเชื่อถือ (-1.48) ความเป็นรูปธรรม (-1.36) ความเชื่อมั่น (-1.26) และการเอาใจใส่ (-0.96) คุณภาพการบริการในมิติของการตอบสนองและความน่าเชื่อถือมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลในทุกมิติ สรุปการศึกษาให้เห็นช่องว่างเชิงลบสำหรับการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล 5 ด้านนี้ อาจเป็นข้อมูลเกี่ยวกับด้านการพัฒนาการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่เป็นบวกมากขึ้น

Min Li1, Douglas Bruce Lowrie, Cheng-Yu Huang, Xiang-Chan Lu, Ying-Chu Zhu, Xing-Hua Wu, Mayila Shayiti, Qiong-Zhen Tan, Hua-Ling Yang, Si-Yuan Chen, Pan Zhao, Sheng-Hua He (2015) ได้ศึกษาเรื่อง Evaluating patients' perception of service quality at hospitals in nine Chinese cities by use of the ServQual scale วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลใน 9 เมืองของจีนและเสนอมาตรการในการปรับปรุง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน Shanghai, Chongqing, Chengdu, Nanning, Guilin and Laibin of Guangxi, Honghezhou

of Yunnan, Wulumuqi of Xinjiang and Zhongshan of Guangdong จำนวน 304 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยนอกมีการรับรู้คุณภาพในเชิงบวกมากกว่าผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีความเชื่อมั่นเชิงบวกมากกว่าคนที่มียุระหว่าง 40 ถึง 49 ปี ($F = 3.311, P = 0.010$), ความมั่นใจ ($F = 2.751, P < 0.05$) และการเอาใจใส่ ($F = 4.009, P = 0.003$) สำหรับ 5 มิติของผู้ป่วยใน Laibin กวางสีรายงานว่ามีคุณภาพการรับบริการที่ดีที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยในเชิงไฮ้ ในทางกลับกันผู้ป่วยในจงซิงและหนานหนิงและก๊วยหลินของมณฑลกว่างซีรายงานการรับรู้คุณภาพการให้บริการที่ค่อนข้างต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานมีค่าบวกเชิงบวก ($P < 0.001$) สำหรับมิติข้อมูล ServQual ทั้งหมด ความเอาใจใส่ ($\beta = 0.267$) และความเชื่อถือได้ ($\beta = 0.239$) การรับรู้คุณภาพการบริการที่คาดการณ์ได้มากที่สุดสรุปผลการวิจัยผู้ป่วยชาวจีนเห็นว่า คุณภาพของบริการเป็นที่น่าพอใจ โรงพยาบาลในภูมิภาคต่างๆของประเทศจีนควรเพิ่มความตระหนักและความสามารถในการให้บริการผู้ป่วย

Basava Malleswara Rao & N.Satyanarayana (2014) ศึกษาเรื่อง A Study on Patient Perceived Service Quality in a Tertiary Care Teaching Hospital วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยในการให้บริการของโรงพยาบาลและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ N.I.M.S. จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความคาดหวังอยู่ในระดับสูงคือมีความมั่นใจในบริการและมิติการตอบสนองในการให้บริการ เท่ากับ 4.62 และ 4.53 มิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการมีคะแนนความคาดหวังต่ำสุดคือ 4.47 มีความแตกต่างกันระหว่างคะแนนความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ ด้านที่แตกต่างกันน้อยที่สุดคือมิติด้านความเห็นอกเห็นใจเท่ากับ 0.621 ด้านที่แตกต่างกันมากที่สุดคือ มิติความมั่นใจในบริการ เท่ากับ 0.551

Abdullah Sarwar (2014) ศึกษาเรื่อง Healthcare Services Quality in Malaysian Private Hospitals: A Qualitative Study วัตถุประสงค์เพื่อ ให้เข้าใจถึงคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยในบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนของมาเลเซีย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างเป็นระบบในผู้ป่วย 14 ราย ที่สุ่มเลือกจากโรงพยาบาลเอกชนรายใหญ่ 3 แห่งในมาเลเซียรวมทั้งกัวลาลัมเปอร์ คือ Kuala Lumpur Pantai Hospital, Prince Court Medical Centre, and KPJ Ampang Puteri Specialist Hospital ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้คุณภาพบริการมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญ 3 ประการคือ ค่าใช้จ่าย คุณภาพการดูแลผู้ป่วยและสถานที่ที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ

Luis E. Ibarra, Vanessa Casas M, Ana L. Partida (2014) Adapting the Servqual Scale to a Private Hospital Emergency Services: An Empirical Investigation. วัตถุประสงค์เพื่อ ระบุปัจจัยที่กำหนดคุณภาพของการบริการฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนในเมือง Hermosillo, Sonora, México จำนวน 384 คน ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานภาพรวมในหน่วย

บริการดูแลกรณีฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชนเท่ากับ 6.61 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 87.87 อาจสรุปได้ว่า บริการที่ส่งมอบเป็นที่น่าพอใจอย่างมากตามการรับรู้ของผู้ป่วย สรุปได้ว่า SERVQUAL เป็นเครื่องมือ ที่ถูกต้อง เชื่อถือได้และมีความยืดหยุ่นในการตรวจสอบและวัดคุณภาพบริการในโรงพยาบาลเอกชน ใน Hermosillo, Sonora และช่วยให้ผู้บริหารระบุสิ่งที่ต้องได้รับการปรับปรุงจากมุมมองของผู้ป่วย

Aghamolaei T, Eftekhaari TE, Rafati S, Kahnouji K1, Ahangari S, Shahrzad ME, Kahnouji A, Hoseini SH. (2013) ศึกษาเรื่อง Service quality assessment of a referral hospital in southern Iran with SERVQUAL technique: patients' perspective. วัตถุประสงค์เพื่อ หาช่องว่างด้านคุณภาพ การให้บริการของโรงพยาบาลหลักใน Hormozgan province กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาล BANDAR ABBAS SHAHIDMOHAMMADI ทางตอนใต้ของอิหร่าน จำนวน 96 คน ผลการศึกษาพบว่า มีช่องว่างด้านคุณภาพบริการทุกมิติคุณภาพการบริการทั้ง 5 ด้าน ค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้คุณภาพและคะแนนความคาดหวังด้านเท่ากับ 3.44 ± 0.693 และ 4.736 ± 0.34 ตามลำดับ การรับรู้มีคะแนนสูงสุดในมิติความเชื่อมั่นและความคาดหวังมีคะแนนสูงสุดในมิติการตอบสนอง และความเชื่อมั่น การรับรู้มีคะแนนต่ำสุดในด้านการตอบสนองและความคาดหวังมีคะแนนต่ำด้าน การเห็นอกเห็นใจ สรุปผลการศึกษาว่าโรงพยาบาลแห่งนี้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นจึงต้องมีการดำเนินการเพื่อลดช่องว่างระหว่างการรับรู้และความคาดหวัง ของผู้ป่วย

Lin DJ1, Sheu IC, Pai JY, Bair A, Hung CY, Yeh YH, Chou MJ (2009) ศึกษาเรื่อง Measuring patient's expectation and the perception of quality in LASIK services วัตถุประสงค์เพื่อ ตรวจสอบสภาพจิตใจของผู้ป่วยผ่าตัดเลสิกและเพื่อตรวจสอบความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับการ ผ่าตัดเลสิก ด้วย SERVQUAL โดยร่วมกับ CHUNG SHAN MEDICAL UNIVERSITY EYE CENTER ศึกษาในผู้ป่วยทั้งหมด 463 คนที่เข้าร่วมการผ่าตัดเลสิก ผลการศึกษาพบว่า ผลจากคะแนนความ คาดหวังที่ 6.68 (0.47) และการรับรู้ที่ 6.51 (0.57) มีช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้อย่าง มีนัยสำคัญ ($T = 6.08$) นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในความคาดหวังในแต่ละปัจจัย พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีคะแนนการรับรู้ที่ต่ำกว่า ($r = -0.10$) และมี 5 ข้อจาก 22 ข้อจาก การประเมินโดยใช้ SERVQUAL ที่มีช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ สรุปว่าผลการศึกษา นี้แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือ SERVQUAL เป็นเครื่องมือวัดผลที่มีประโยชน์ในการประเมินและตรวจสอบ คุณภาพของบริการในบริการ LASIK และช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถระบุจุดที่ต้องปรับปรุงได้จาก มุมมองของผู้ป่วย มีช่องว่างของคุณภาพการบริการ ในด้านความน่าเชื่อถือ ความมั่นใจและการเห็น ออกเห็นใจ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าแพทย์ควรเพิ่มการสนทนากับผู้ป่วย ซึ่งได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นวิธี

ที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลโดยไม่คำนึงถึงขั้นตอนที่ได้รับ

Odgerel Chimed-Ochir (2009) ได้ศึกษาเรื่อง Patient satisfaction and service quality perception at district hospitals in Mongolia วัตถุประสงค์ เพื่อระบุการรับรู้คุณภาพบริการที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลในมองโกเลีย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย 157 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการรับรู้คุณภาพบริการ สอดคล้องกับการศึกษาบางเรื่องแต่การศึกษาหลายเรื่องพบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ (Williams 1991) เพศ (Cooper-Patrick 1999) การศึกษา (Zemencuk 1996; Kareem 1996) ต่อความพึงพอใจและการรับรู้คุณภาพบริการ (Mummalaeni 1995) ความแตกต่างระหว่างผลการศึกษาแต่ละเรื่องอาจอธิบายได้จากข้อเท็จจริงที่ว่าความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมและสังคม (Calnan 1988) พฤติกรรมของผู้บริโภคด้านการดูแลสุขภาพอาจแตกต่างกันจากวัฒนธรรมประเทศหนึ่งไปอีกประเทศหนึ่ง ความพึงพอใจในบริการแท้จริงต้องขึ้นอยู่กับประเด็นทางวัฒนธรรมและปัจจัยส่วนบุคคล ดังนั้นการศึกษาในบริบทต่างๆอาจมีผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลมีอิทธิพลอย่างมากต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นครั้งแรกไม่พอใจกับประสบการณ์ที่ได้รับจากโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่ได้เคยเข้านอนโรงพยาบาลมากกว่า 12 ครั้ง เหตุผลที่เป็นไปได้คือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นครั้งแรกอาจกังวลและให้ความสำคัญบริการด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาก่อนหลายครั้ง การสำรวจอื่นๆยังชี้ให้เห็นว่าคนที่คุ้นเคยกับโรงพยาบาลอาจมีความคิดเห็นแตกต่างกันเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคยกับการให้บริการของโรงพยาบาล (Carman 2000) อิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยคือ ความสะดวกสบายและสภาพแวดล้อมที่สะอาดของห้องผู้ป่วย

Asa Muntlin MSc, Lena Gunningberg PhD, Marianne Carlsson (2006) ศึกษาเรื่อง Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. วัตถุประสงค์ เพื่อระบุการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลในแผนกฉุกเฉินและพื้นที่สำหรับการปรับปรุงคุณภาพ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินแห่งหนึ่งที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของสวีเดนในปี 2002 จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยประเมินคุณภาพการดูแลในแผนกฉุกเฉินค่อนข้างดี คะแนนสิ่งที่ต้องปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในห้องฉุกเฉินค่อนข้างสูง ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยรายงานว่าพวกเขาไม่ได้รับการบรรเทาอาการปวดที่มีประสิทธิภาพและมากกว่าร้อยละ 20 บอกว่าพยาบาลไม่ได้ให้ความสนใจในสถานการณ์ชีวิตของพวกเขาและผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สรุปว่าการใช้เครื่องมือวิจัยนี้ได้ข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับการปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติการทางคลินิก การปรับปรุงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

การพยาบาลในแผนกฉุกเฉินควรเน้นให้พยาบาลและแพทย์ให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย การค้นพบนี้อาจช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการปฏิบัติงาน เพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและเพื่อปรับปรุงการรับรู้คุณภาพของผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน

David A Thompson, Paul R Yarnold, Diana R Williams, Stephen L Adams (1995) ศึกษาเรื่อง Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาผลกระทบของเวลาที่ใช้ในการรอคอย การรับรู้ระยะเวลาการรอคอย การส่งมอบข้อมูลและความพึงพอใจของผู้ป่วย ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนเมืองจำนวน 1,631 คน ที่ถูกถามเกี่ยวกับเวลารอคอยหลายครั้ง (เช่น เวลาจากการตรวจเลือดจนถึงการตรวจโดยแพทย์ฉุกเฉิน และเวลาจากการตรวจเลือดจนถึงการออกจากแผนกฉุกเฉิน การให้ข้อมูล (เช่น คำอธิบายขั้นตอนและความล่าช้า คุณภาพที่แสดงออก เช่น ความสุภาพอ่อนโยน มิตรภาพ) และความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ว่าเวลาที่รอคอยน้อยกว่าที่คาดไว้มีความสัมพันธ์กับคะแนนความพึงพอใจในเชิงบวกโดยรวมเมื่อใช้บริการแผนกฉุกเฉิน ($P < .001$) ความพึงพอใจในการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่และการมีส่วนร่วมในการรักษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจโดยรวม ($P < .001$) เวลาที่รอคอยจริงไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวม ($P = NS$) สรุปว่าการรับรู้เกี่ยวกับเวลารอคอย การให้ข้อมูลและคุณภาพในการแสดงออก สามารถคาดการณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวมได้ การให้ข้อมูล คุณภาพที่แสดงออกและการจัดการ การรับรู้และความคาดหวังในช่วงเวลาที่รอคอยอาจเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นมากกว่าการลดเวลาการรอคอยที่แท้จริง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงกล่าวโดยสรุปได้ว่าการประเมินคุณภาพจากมุมมองของผู้ใช้บริการมีความสำคัญ การประเมินคุณภาพโดยการเปรียบเทียบความคาดหวัง (บริการที่ต้องการ) กับการรับรู้คุณภาพบริการ (ความคิดเห็น ความรู้สึก การรับรู้ ต่อบริการที่ได้รับจริง) จะทำรู้อช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ ยังมีช่องว่างมากยิ่งแสดงว่าคุณภาพการบริการไม่ดีหรือด้อยคุณภาพ จากข้อสรุปดังกล่าวผู้วิจัยได้นำเกณฑ์การวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL ทั้ง 5 ด้านมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเครื่องมือสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยดัดแปลงข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ในระหว่างวันที่ 1 - 28 กุมภาพันธ์ 2561 จำนวนประมาณ 4,620 คน

1.2 การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีกำหนดกลุ่มตัวอย่าง กรณีทราบจำนวนประชากร เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม Rating scale คำนวณจากสถิติผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกันคือเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม 2559 เฉลี่ยต่อวันจำนวน 165 คน ในเดือนกุมภาพันธ์ จำนวน 4,620 คน โดยใช้สูตรกรณีที่ทราบจำนวนประชากร (วิสุทธิ กังวาลสกุล 2554)

$$n = \frac{NZ^2\alpha_2\sigma^2}{e^2(N-1) + Z^2\alpha_2\sigma^2}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร 4,620

Z α_2 = ระดับความเชื่อมั่น (confidence level) เท่ากับ 1.96

e = ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กำหนดไว้ที่ 0.05

σ = ระดับความแปรปรวน (Degree of variability) ได้จากการทบทวน

วรรณกรรมของศักดิ์ดา ศิริภัทร โสภณ และปารย์ทิพย์

ชนาธิกุลตานนท์ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการ

ที่ได้รับกับความพึงพอใจและความภักดีของคนไข้: กรณีศึกษา

โรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร (2554, น. 166)

ได้ค่าระดับความแปรปรวน = 0.43 ดังนั้น $\sigma^2 = 0.1849$

เมื่อนำมาแทนค่าสูตร

$$n = \frac{4,620 \times (1.96)^2 \times (0.43)^2}{(0.05)^2 \times (4,619) + (1.96)^2 \times (0.43)^2}$$

$$n = \frac{4,620 \times 3.8416 \times 0.1849}{(0.0025 \times 4,619) + (3.8416 \times 0.1849)}$$

$$n = \frac{3,281.6407}{12.2578} = 267.72$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมไม่ควรต่ำกว่า 268 คน

1.3 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling)

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความครอบคลุมและกระจายตามช่วงเวลาเช้า บ่าย ค่ำ ที่มีจำนวนบุคลากรแตกต่างกัน มีห้องตรวจโรคแตกต่างกัน จึงได้เลือกให้ตัวกลุ่มตัวอย่างกระจายตามสัดส่วนผู้ป่วยในแต่ละเวร ดังนี้ กลุ่มตัวอย่าง 268 คน เก็บข้อมูลครอบคลุมวันจันทร์ถึงวันอาทิตย์ เป็นเวลา 7 วัน วันละประมาณ 39 คน ผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน 165 คน เป็นสัดส่วนเวรเช้า บ่าย ค่ำ ต่อเวรประมาณ 60, 75, 30 คนตามลำดับ เก็บตัวอย่างตามสัดส่วนเวร เช้า บ่าย ค่ำ ที่ อัตรา 2.0: 2.5: 1.0 จะได้กลุ่มตัวอย่าง ต่อเวรเช้า บ่าย ค่ำ จำนวน 15: 17: 7 คน รวม 39 คนต่อวัน

เพื่อให้ทุกๆ หน่วยตัวอย่างในประชากรมีโอกาสที่จะถูกเลือกเท่าๆ กัน ได้หาช่วงห่างของกลุ่มตัวอย่าง (sampling interval) ในแต่ละเวร ดังนี้

$$I = N / n$$

$$I = \text{ช่วงห่าง}$$

$$N = \text{จำนวนประชากรในเวร}$$

$$n = \text{จำนวนตัวอย่างที่ต้องการในเวร}$$

โดยเริ่มที่ผู้ป่วยคนที่ 1 (r_1) จากนั้น $+ I$ ของกลุ่มตัวอย่างจนครบจำนวน ได้ผลดังนี้

$$\text{เวรเช้าช่วงห่าง} = 60 / 15 = 4$$

$$\text{กลุ่มตัวอย่างเวรเช้าคือผู้ป่วยหมายเลข } r_1, r_1+4, r_2+4, r_3+4, \dots$$

$$\text{เวรบ่ายช่วงห่าง} = 75 / 17 = 4.41 \text{ ปัดเป็น } 4$$

$$\text{กลุ่มตัวอย่างเวรบ่ายคือผู้ป่วยหมายเลข } r_1, r_1+4, r_2+4, r_3+4, \dots$$

$$\text{เวรคี่ช่วงห่าง} = 30 / 7 = 4.28 \text{ ปัดเป็น } 4$$

กลุ่มตัวอย่างเวรคี่คือผู้ป่วยหมายเลข $r_1, r_1+4, r_2+4, r_3+4, \dots$

ดังนั้นในแต่ละเวรจะถูกสุ่มตัวอย่างโดยเริ่มจากคนที่ 1 จากนั้นนับไปทุกคนที่ 4 ไปเรื่อยๆ จนครบในแต่ละเวร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดมีตัวเลือก จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ สัญชาติ อายุ การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ประเภทความเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ประสบการณ์ที่มารับบริการ ช่วงเวลาที่มารับบริการ สถานภาพหลังการรับการรักษา

ส่วนที่ 2 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้ใช้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ซึ่งสร้างจากแนวคิดของพาราสุรามานและคณะและมาตรฐานบริการฉุกเฉิน ประกอบด้วยคำถาม 5 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ดังนี้

| | จำนวน (ข้อ) | ข้อที่ |
|---|-------------|--------|
| 2.1 คุณภาพด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ | 9 | 1-9 |
| 2.2 คุณภาพด้านความน่าเชื่อถือ ไร้วางใจ | 6 | 10-15 |
| 2.3 คุณภาพด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ | 10 | 16-25 |
| 2.4 คุณภาพด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ | 7 | 26-32 |
| 2.5 คุณภาพด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ในผู้รับบริการ | 8 | 33-40 |

โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ซึ่งแต่ละข้อเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด มีความหมายและเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

| ค่าคะแนน | ความหมาย |
|------------|---|
| 5 ค่าคะแนน | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับมากที่สุด |
| 4 ค่าคะแนน | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับมาก |
| 3 ค่าคะแนน | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง |
| 2 ค่าคะแนน | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับน้อย |
| 1 ค่าคะแนน | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับน้อยที่สุด |

กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบบสอบถามตอนที่ 2 ดังนี้ (ชัชวาล เรืองประพันธ์ 2539)

| คะแนนเฉลี่ย | ความหมาย |
|-------------|--|
| 4.21-5.00 | ระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับมากที่สุด |
| 3.41-4.20 | ระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับมาก |
| 2.61-3.40 | ระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง |
| 1.81-2.60 | ระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับน้อย |
| 1.00-1.80 | ระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับน้อยที่สุด |

ส่วนที่ 3 ภาพรวมระดับคุณภาพบริการในแต่ละด้านตามการรับรู้ จำนวน 5 ข้อ ดังนี้ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ซึ่งแต่ละข้อเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด มีความหมายและเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

| ค่าคะแนน | ความหมาย |
|------------|--|
| 5 ค่าคะแนน | หมายถึง มีความคิดเห็นว่าคุณภาพบริการที่รับรู้หรือได้รับจริงอยู่ในระดับมากที่สุด |
| 4 ค่าคะแนน | หมายถึง มีความคิดเห็นว่าคุณภาพบริการที่รับรู้หรือได้รับจริงอยู่ในระดับมาก |
| 3 ค่าคะแนน | หมายถึง มีความคิดเห็นว่าคุณภาพบริการที่รับรู้หรือได้รับจริงอยู่ในระดับปานกลาง |
| 2 ค่าคะแนน | หมายถึง มีความคิดเห็นว่าคุณภาพบริการที่รับรู้หรือได้รับจริงอยู่ในระดับน้อย |
| 1 ค่าคะแนน | หมายถึง มีความคิดเห็นว่าคุณภาพบริการที่รับรู้หรือได้รับจริงอยู่ในระดับน้อยที่สุด |

กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบบสอบถามตอนที่ 3 ดังนี้ (ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์ 2539)

$$\text{ดังนี้ } I = R / K$$

I = ช่วงของความกว้าง
R = พิสัยคำนวณได้จาก ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด
K = จำนวนชั้น

$$\text{ดังนั้น } I = (5-1) / 5$$

$$= 0.8$$

| คะแนนเฉลี่ย | ความหมาย |
|-------------|---|
| 4.21-5.00 | ระดับคุณภาพบริการที่รับรู้หรือได้รับจริงอยู่ในระดับมากที่สุด |
| 3.41-4.20 | ระดับคุณภาพบริการที่รับรู้หรือได้รับจริงอยู่ในระดับมาก |
| 2.61-2.60 | ระดับคุณภาพบริการที่รับรู้หรือได้รับจริงอยู่ในระดับปานกลาง |
| 1.81-2.60 | ระดับคุณภาพบริการที่รับรู้หรือได้รับจริงอยู่ในระดับน้อย |
| 1.00-1.80 | ระดับคุณภาพบริการที่รับรู้หรือได้รับจริงอยู่ในระดับน้อยที่สุด |

ส่วนที่ 4 ภาพรวมคุณภาพบริการในแต่ละด้านที่ควรปรับปรุงมากที่สุด 3 อันดับแรก โดยมีตัวเลือก 10 ตัวเลือก

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

3.1.1 สร้างแบบสอบถาม โดยศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นิยามศัพท์ ตัวแปรที่ศึกษาและทำการสำรวจความคาดหวัง ความต้องการบริการ จากกลุ่มผู้ที่เคยใช้บริการและไม่เคยใช้บริการตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินรวมทั้งเจ้าหน้าที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สร้างคำถามให้สอดคล้องและครอบคลุมเนื้อหาตามคำนิยามตัวแปรทุกตัวโดยประยุกต์จากตัวแบบ SERQUAL ของพาราสุรามาน และคณะ นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข

3.1.2 ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก) ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล ด้านวิชาการงานคุณภาพและมีความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัยทางการแพทย์และงานคุณภาพ พิจารณาตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งพิจารณาเกี่ยวกับ โครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความครบถ้วน ความถูกต้องเหมาะสมทางภาษาและการตีความของข้อความ โดยกำหนดเกณฑ์การแสดงความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์หรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์

หลังจากนั้นนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องโดยใช้สูตร (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล 2550)

มีสูตรการคำนวณคือ

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดยที่ IOC เป็นค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์

$\sum R$ เป็นผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

N เป็นจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้อง^๑ ของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตรจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีรายละเอียดของเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปคัดเลือกข้อคำถามข้อนั้นไว้ใช้ได้
แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุงหรือตัดทิ้ง
ได้ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ดังนี้

ในส่วนที่ 2 พบว่าข้อคำถามทุกข้อมี ค่าดัชนี IOC อยู่ในเกณฑ์มากกว่า 0.5 โดย ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่า IOC ทั้งหมดได้ 0.89 แสดงว่าข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์ เป็นที่ยอมรับได้และได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เครื่องมือสมบูรณ์มากขึ้น

3.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ได้ผ่านการปรับปรุงแล้วตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทำการทดสอบ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลหนองคายแต่เก็บข้อมูลกับผู้ใช้บริการคนละกลุ่มที่ต้องการศึกษาจริง เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกันทางคุณลักษณะการบริการและไม่ซ้ำกับกลุ่มที่ต้องการเก็บจริงเนื่องจากจำนวนผู้มาใช้บริการมีจำนวนมาก ดังนั้นการเก็บข้อมูลจะไม่ซ้ำกันในกลุ่มทดลอง จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาความเที่ยงทั้งหมดที่ยอมรับได้จะต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล 2550)

ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความคาดหวัง การรับรู้คุณภาพบริการและภาพรวมคุณภาพบริการที่รับรู้ เท่ากับ .989, .968 และ .878 ตามลำดับ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 28 กุมภาพันธ์ 2561 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ดำเนินการขอหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลหนองคาย ก่อนดำเนินการวิจัย

4.2 ผู้วิจัยทำหนังสือราชการจากสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองคาย

4.3 ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถามพร้อมทั้งแนบหนังสือ อำนวยความสะดวกผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคายถึงหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกฉุกเฉิน แผนกสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา แผนกอายุรศาสตร์ เพื่อขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถามตามลำดับหมายเลขกลุ่ม ตัวอย่าง ที่สุ่มเลือกและเก็บแบบสอบถามส่งคืนเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

4.4 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำเอกสารขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและลงนาม ยินยอมเข้าร่วมโครงการเพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ในการแจกแบบสอบถาม แยกแจกแบบสอบถาม เป็นรายบุคคล ผู้วิจัยชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถาม การส่งคืนแบบสอบถามให้ใส่ซองปิดผนึก ไม่ระบุ ชื่อผู้ตอบแบบสอบถามหรืออ้างอิงถึงบุคคลใดๆ เพื่อให้ข้อมูลเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์จะปฏิเสธ การตอบแบบสอบถามหรือหยุดตอบเมื่อใดก็ได้ โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการของ ผู้ตอบแบบสอบถาม การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

4.5 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนก ฉุกเฉิน แผนกสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา แผนกอายุรศาสตร์ ในแต่ละวัน หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความ สมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ในการศึกษานี้ได้แบบสอบถาม กลับคืนมาทั้งสิ้นจำนวน 268 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ลงรหัสเรียบร้อยแล้วมาทำการวิเคราะห์ ประมวลผลด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติวิเคราะห์ในแต่ละส่วนดังนี้

5.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ เิงพรรณนาร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการวิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวังกับการรับรู้คุณภาพบริการ โดยสถิติการ ทดสอบค่าที (t-test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาเรื่อง คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวม จำนวน 268 ชุด มาทำการวิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย

ตอนที่ 2 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

ตอนที่ 4 ภาพรวมระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการที่กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะการปรับปรุงการบริการ

ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย (n = 268)

| ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการ | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|---|-------------|--------|
| 1 เพศ | | |
| ชาย | 97 | 36.2 |
| หญิง | 171 | 63.8 |

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการ | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|---|-------------|--------|
| 2 สัญชาติ | | |
| ไทย | 250 | 93.3 |
| ลาว | 18 | 6.7 |
| 3 อายุ (ปี) | | |
| น้อยกว่า 20 | 20 | 7.5 |
| 20 – 39 | 94 | 35.1 |
| 40 – 59 | 100 | 37.3 |
| 60 – 79 | 42 | 15.7 |
| 80 ขึ้นไป | 12 | 4.5 |
| 4 การศึกษา | | |
| ต่ำกว่าประถมศึกษา | 15 | 5.6 |
| ประถมศึกษา | 80 | 29.9 |
| มัธยมศึกษา | 68 | 25.4 |
| อนุปริญญา/อาชีวศึกษา | 41 | 15.3 |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | 53 | 19.8 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 11 | 4.1 |
| 5 อาชีพ | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 71 | 26.5 |
| รับจ้างทั่วไป | 57 | 21.3 |
| ค้าขาย | 30 | 11.2 |
| เกษตรกรรม | 28 | 10.4 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 14 | 5.2 |
| พนักงานบริษัทเอกชน | 18 | 6.7 |
| รัฐวิสาหกิจ | 5 | 1.9 |
| รับราชการ / ส่วนท้องถิ่น | 45 | 16.8 |

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการ | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|---|-------------|--------|
| 6 สิทธิการรักษา | | |
| ชำระเงินเอง | 42 | 15.7 |
| ประกันสุขภาพ | 112 | 41.8 |
| ประกันสังคม | 44 | 16.4 |
| พรบ. | 16 | 6.0 |
| สิทธิข้าราชการ / หน่วยงานอื่นๆ | 54 | 20.1 |
| 7 ประเภทความเจ็บป่วย | | |
| เจ็บป่วยด้วยโรค | 163 | 60.8 |
| อุบัติเหตุอื่นๆ | 56 | 20.9 |
| อุบัติเหตุจราจร | 36 | 13.4 |
| ทำแผล นีดยาเก่า | 13 | 4.9 |
| 8 ระดับความรุนแรง | | |
| ไม่รุนแรง | 21 | 7.8 |
| เล็กน้อย | 44 | 16.4 |
| ปานกลาง | 118 | 44.0 |
| มาก | 73 | 27.2 |
| มากที่สุด | 12 | 4.5 |
| 9 จำนวนที่มารับบริการ (ครั้ง) | | |
| 1 | 68 | 25.4 |
| 2-4 | 108 | 40.3 |
| 5-7 | 47 | 17.5 |
| 8-10 | 14 | 5.2 |
| มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป | 31 | 11.6 |
| 10 ช่วงเวลาที่มารับบริการ | | |
| ในเวลาราชการ | 89 | 33.2 |
| นอกเวลาราชการ | 179 | 66.8 |

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการ | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|---|-------------|--------|
| 11 สถานภาพหลังได้รับการตรวจรักษา | | |
| กลับบ้าน | 193 | 72.0 |
| นอนโรงพยาบาล | 75 | 28.0 |
| ส่งต่อไปรักษาที่อื่น | 0 | 0 |

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 268 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.8) มีสัญชาติไทย (ร้อยละ 93.3) มีอายุระหว่าง 40-59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.3) รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 20-39 ปี และ 60 – 79 (ร้อยละ 35.1 และ 15.7) ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 25.4, 29.9 และ 19.8) ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 26.5) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไปและรับราชการ / ส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 21.3 และ 16.8) ใช้สิทธิประกันสุขภาพ สิทธิข้าราชการ / หน่วยงานอื่นๆ และประกันสังคม (ร้อยละ 41.8, 20.1 และ 16.4) เจ็บป่วยด้วยโรคมากที่สุด (ร้อยละ 60.8) รองลงมาคือ อุบัติเหตุอื่นๆ และอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 20.9 และ 13.4) การเจ็บป่วยมีความรุนแรงในระดับปานกลางเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 44.0) ระดับมากและเล็กน้อย (ร้อยละ 27.2 และ 16.4) เคยมาใช้บริการจำนวน 2-4 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 40.3) รองลงมาเคยมาใช้บริการครั้งแรก (ร้อยละ 25.4) มาใช้บริการ 8-10 ครั้งน้อยที่สุด (ร้อยละ 5.2) มาใช้บริการนอกเวลาราชการเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.8) เป็นการรักษากลับบ้าน (ร้อยละ 72.0)

ตอนที่ 2 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่องาน อุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย

ตารางที่ 4.2 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลหนองคาย จำแนกตามรายมิติและภาพรวมคุณภาพการบริการ (n = 268)

| ด้านที่ | มิติคุณภาพการบริการ | ความคาดหวัง | | การรับรู้ | | ระดับคุณภาพบริการ | |
|---------|----------------------------------|-------------|------|-----------|------|-------------------|-----------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | ความคาดหวัง | การรับรู้ |
| 1 | ด้านความเป็นรูปธรรม ของบริการ | 4.41 | .685 | 3.85 | .712 | มากที่สุด | มาก |

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

| ด้านที่ | มิติคุณภาพการบริการ | ความคาดหวัง | | การรับรู้ | | ระดับคุณภาพบริการ | |
|--------------------|---|-------------|------|-----------|------|-------------------|-----------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | ความคาดหวัง | การรับรู้ |
| 2 | ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ | 4.54 | .689 | 3.80 | .792 | มากที่สุด | มาก |
| 3 | ด้านการตอบสนอง ต่อผู้รับบริการ | 4.46 | .731 | 3.38 | .905 | มากที่สุด | ปานกลาง |
| 4 | ด้านการให้ความมั่นใจ แก่ผู้รับบริการ | 4.53 | .684 | 3.81 | .785 | มากที่สุด | มาก |
| 5 | ด้านความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจ ในผู้รับบริการ | 4.46 | .737 | 3.50 | .883 | มากที่สุด | มาก |
| คุณภาพบริการภาพรวม | | 4.48 | .666 | 3.67 | .722 | มากที่สุด | มาก |

จากตารางที่ 4.2 พบว่าผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคายในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.48$, S.D.=.666) ทุกมิติถูกคาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติด้านความเชื่อถือไว้วางใจถูกคาดหวังระดับสูงสุด ($\bar{X} = 4.54$, S.D.=.689) มิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการถูกคาดหวังระดับน้อยที่สุด ($\bar{x} = 4.41$, S.D.=.685) ส่วนการรับรู้คุณภาพบริการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.67$, S.D.=.722) เกือบทุกมิติมีระดับการรับรู้คุณภาพบริการในระดับมาก ยกเว้นมิติด้านการตอบสนอง ต่อผู้รับบริการ มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง มิติที่มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการสูงสุดคือ มิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ($\bar{X} = 3.85$, S.D.=.712) ต่ำสุดคือ มิติด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ($\bar{X} = 3.38$, S.D.=.905)

ตารางที่ 4.3 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลหนองคาย ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ จำแนกตามมิติและรายข้อ
(n = 268)

| ด้านที่ | มิติคุณภาพการบริการ | ความคาดหวัง | | การรับรู้ | | ระดับคุณภาพบริการ | |
|---------|---|-------------|------|-----------|------|-------------------|-----------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | ความคาดหวัง | การรับรู้ |
| | ด้านความเป็นรูปธรรม ของบริการ | 4.41 | .685 | 3.85 | .712 | มากที่สุด | มาก |
| 1 | มีป้าย หรือเครื่องหมาย บอกขั้นตอนการบริการ ต่างๆ ชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวก | 4.40 | .765 | 3.88 | .927 | มากที่สุด | มาก |
| 2 | มีจุดติดต่อ ที่มีเจ้าหน้าที่ ให้ติดต่อได้ตลอดเวลา | 4.46 | .756 | 3.80 | .950 | มากที่สุด | มาก |
| 3 | สถานที่สะอาด ไม่แออัด ไม่มีกลิ่นหรือเสียงรบกวน | 4.37 | .780 | 3.75 | .888 | มากที่สุด | มาก |
| 4 | มีที่นั่งรอตรวจ เพียงพอ | 4.42 | .762 | 3.83 | .977 | มากที่สุด | มาก |
| 5 | มีรถเข็น เปลนอนผู้ป่วย เพียงพอ | 4.44 | .770 | 3.94 | .902 | มากที่สุด | มาก |
| 6 | มีห้องน้ำ ถังขยะ กระโถน เพียงพอ | 4.42 | .748 | 3.74 | .904 | มากที่สุด | มาก |
| 7 | ห้องพักสังเกตอาการ ไม่แออัด อากาศถ่ายเท สะดวก มีอุปกรณ์เช่น หมอน ผ้าห่ม แก้วน้ำ เก้าอี้ เพียงพอ | 4.34 | .808 | 3.72 | .948 | มากที่สุด | มาก |
| 8 | มีเครื่องมือ อุปกรณ์ การแพทย์ ทันสมัย เพียงพอและอยู่ในสภาพ พร้อมใช้ | 4.46 | .760 | 3.94 | .810 | มากที่สุด | มาก |

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

| ด้านที่ | มิติคุณภาพการบริการ | ความคาดหวัง | | การรับรู้ | | ระดับคุณภาพบริการ | |
|---------|---|-------------|------|-----------|------|-------------------|-----------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | ความคาดหวัง | การรับรู้ |
| 9 | แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่เปเล สวมเครื่องแบบ แต่งกาย ติดป้ายชื่อ ตำแหน่ง ชัดเจน | 4.43 | .764 | 4.00 | .859 | มากที่สุด | มาก |

จากตารางที่ 4.3 เมื่อพิจารณาด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ พบว่าผู้รับบริการมีความคาดหวังมากที่สุดในหัวข้อมีเจ้าหน้าที่ให้ติดต่อได้ตลอดเวลา ($\bar{X} = 4.46$, S.D. = .756) มีการรับรู้คุณภาพมากที่สุดในหัวข้อแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่เปเล สวมเครื่องแบบ แต่งกายติดป้ายชื่อ ตำแหน่ง ชัดเจน ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = .859) น้อยที่สุดหัวข้อห้องพักสังเกตอาการไม่แออัด อากาศถ่ายเทสะดวก มีอุปกรณ์ เช่น หมอน ผ้าห่ม แก้วน้ำ เก้าอี้ เพียงพอ ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = .948) หัวข้อที่มีระดับคุณภาพบริการดีที่สุดคือ หัวข้อแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่เปเล สวมเครื่องแบบ แต่งกายติดป้ายชื่อ ตำแหน่ง ชัดเจน (-0.43) หัวข้อที่ระดับคุณภาพต่ำที่สุดคือหัวข้อเรื่องมีห้องน้ำ ถังขยะ กระโถน เพียงพอ (-0.68)

ตารางที่ 4.4 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลหนองคาย ด้านความเชื่อใจไว้วางใจ จำแนกตามมิติและรายชื่อ (n = 268)

| ด้านที่ | มิติคุณภาพการบริการ | ความคาดหวัง | | การรับรู้ | | ระดับคุณภาพบริการ | |
|---------|--|-------------|------|-----------|------|-------------------|-----------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | ความคาดหวัง | การรับรู้ |
| | ด้านความเชื่อใจไว้วางใจ | 4.54 | .689 | 3.80 | .792 | มากที่สุด | มาก |
| 10 | หน่วยงาน มีชื่อเสียง ด้านความพร้อม มีศักยภาพ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะฉุกเฉินหรือ อุบัติเหตุ | 4.49 | .776 | 3.84 | .869 | มากที่สุด | มาก |

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

| ด้านที่ | มิติคุณภาพการบริการ | ความคาดหวัง | | การรับรู้ | | ระดับคุณภาพบริการ | |
|---------|---|-------------|------|-----------|------|-------------------|-----------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | ความคาดหวัง | การรับรู้ |
| 11 | หน่วยงานมีแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญชำนาญการ รักษา เป็นผู้ให้การรักษา | 4.54 | .766 | 3.82 | .866 | มากที่สุด | มาก |
| 12 | แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เปเล แข็งขันตอน การใช้บริการ ละเอียด ครบถ้วน ชัดเจน ปฏิบัติได้ | 4.53 | .721 | 3.75 | .933 | มากที่สุด | มาก |
| 13 | แพทย์ พยาบาล ให้ข้อมูล การรักษาพยาบาล ละเอียด ครบถ้วน ชัดเจน | 4.57 | .720 | 3.78 | .932 | มากที่สุด | มาก |
| 14 | หน่วยงานให้การ รักษาพยาบาล ถูกต้อง เหมาะสม มีความ ปลอดภัย | 4.56 | .713 | 3.82 | .928 | มากที่สุด | มาก |
| 15 | หน่วยงานให้การรักษา พยาบาล ถูกต้อง ตามมาตรฐาน ทุกครั้ง ที่ใช้บริการ | 4.56 | .704 | 3.79 | .889 | มากที่สุด | มาก |

จากตารางที่ 4.4 เมื่อพิจารณาด้านความเชื่อถือว่าไว้วางใจ พบว่าผู้รับบริการมีความคาดหวังมากที่สุดในห้องแพทย์ พยาบาล ให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล ละเอียด ครบถ้วน ชัดเจน ($\bar{X} = 4.57$, S.D. = .720) มีการรับรู้คุณภาพมากที่สุดในหัวข้อหน่วยงาน มีชื่อเสียงด้านความพร้อม มีศักยภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ ($\bar{X} = 3.84$, S.D. = .869) น้อยที่สุดหัวข้อแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เปเล แข็งขันตอนการใช้บริการ ละเอียด ครบถ้วน ชัดเจน ปฏิบัติได้ ($\bar{X} = 3.75$, S.D. = .933)

หัวข้อที่มีระดับคุณภาพบริการดีที่สุดคือ หน่วยงาน มีชื่อเสียงด้านความพร้อม มีศักยภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ (-0.65) หัวข้อที่มีระดับคุณภาพต่ำที่สุดคือ หัวข้อเรื่องแพทย์ พยาบาล ให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล ละเอียด ครบถ้วน ชัดเจน (-0.79)

ตารางที่ 4.5 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ด้านการตอบสนอง ต่อผู้รับบริการ จำแนกตามมิติและรายข้อ (n = 268)

| ด้านที่ | มิติคุณภาพการบริการ | ความคาดหวัง | | การรับรู้ | | ระดับคุณภาพบริการ | |
|---------|---|-------------|------|-----------|-------|-------------------|-----------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | ความคาดหวัง | การรับรู้ |
| | ด้านการตอบสนอง ต่อผู้รับบริการ | 4.46 | .731 | 3.38 | .905 | มากที่สุด | ปานกลาง |
| 16 | มีขั้นตอนการรักษา พยาบาล สะดวก ไม่ยุ่งยาก | 4.48 | .776 | 3.40 | .940 | มากที่สุด | ปานกลาง |
| 17 | ให้การดูแลการรักษา ตามประเภทผู้ป่วย รวดเร็ว ภายในระยะเวลาที่ประกาศ | 4.44 | .789 | 3.17 | 1.119 | มากที่สุด | ปานกลาง |
| 18 | ให้การรักษาพยาบาลได้ ภายในไม่เกิน 1 ชั่วโมง | 4.45 | .799 | 3.09 | 1.167 | มากที่สุด | ปานกลาง |
| 19 | แพทย์ ยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นมิตร มีท่าทีกระตือรือร้น และเต็มใจให้บริการ | 4.48 | .762 | 3.34 | 1.071 | มากที่สุด | ปานกลาง |
| 20 | แพทย์พูดจาสุภาพ ให้เกียรติผู้รับบริการ | 4.47 | .766 | 3.46 | 1.025 | มากที่สุด | มาก |
| 21 | พยาบาล ยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นมิตร มีท่าที กระตือรือร้น และเต็มใจ ให้บริการ | 4.46 | .790 | 3.41 | 1.033 | มากที่สุด | มาก |
| 22 | พยาบาลพูดจาสุภาพ ให้เกียรติผู้รับบริการ | 4.44 | .779 | 3.39 | 1.060 | มากที่สุด | ปานกลาง |

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

| ด้านที่ | มิติคุณภาพการบริการ | ความคาดหวัง | | การรับรู้ | | ระดับคุณภาพบริการ | |
|---------|--|-------------|------|-----------|-------|-------------------|-----------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | ความคาดหวัง | การรับรู้ |
| 23 | แพทย์ พยาบาล แจ้ง อาการ ผลการตรวจ หรือขั้นตอนการรักษาเป็นระยะๆ ขณะที่รอคอย | 4.47 | .790 | 3.38 | 1.072 | มากที่สุด | ปานกลาง |
| 24 | แพทย์ พยาบาล เปิดโอกาส ให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วม ในการรักษาพยาบาล เช่น ปฏิเสธหรือยอมรับการรักษาหลังจากได้รับข้อมูล เพียงพอ | 4.44 | .788 | 3.47 | 1.007 | มากที่สุด | มาก |
| 25 | แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เปเล ไม่เลือกปฏิบัติ ให้บริการเท่าเทียมกัน | 4.46 | .799 | 3.68 | 1.033 | มากที่สุด | มาก |

จากตารางที่ 4.5 เมื่อพิจารณาด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการมีความคาดหวังมากที่สุดในหัวข้อมีขั้นตอนการรักษา พยาบาล สะดวก ไม่ยุ่งยาก ($\bar{X} = 4.48$, S.D. = .776) มีการรับรู้คุณภาพมากที่สุดในหัวข้อแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เปเล ไม่เลือกปฏิบัติ ให้บริการเท่าเทียมกัน ($\bar{X} = 3.68$, S.D. = 1.033) น้อยที่สุดหัวข้อให้การรักษาพยาบาลได้ภายในไม่เกิน 1 ชั่วโมง ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 1.167)

หัวข้อที่มีระดับคุณภาพบริการดีที่สุดคือ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เปเล ไม่เลือกปฏิบัติ ให้บริการเท่าเทียมกัน (-0.78) หัวข้อที่ระดับคุณภาพต่ำที่สุดคือหัวข้อเรื่องให้การรักษาพยาบาลได้ภายในไม่เกิน 1 ชั่วโมง (-1.36)

ตารางที่ 4.6 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลหนองคาย ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการจำแนกตามมิติและรายข้อ
(n = 268)

| ด้านที่ | มิติคุณภาพการบริการ | ความคาดหวัง | | การรับรู้ | | ระดับคุณภาพบริการ | |
|---------|--|-------------|------|-----------|------|-------------------|-----------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | ความคาดหวัง | การรับรู้ |
| | ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ | 4.53 | .684 | 3.81 | .785 | มากที่สุด | มาก |
| 26 | ท่านรู้สึกปลอดภัย มั่นใจว่าจะได้รับการรักษา ที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน | 4.50 | .762 | 3.72 | .939 | มากที่สุด | มาก |
| 27 | แพทย์มีความชำนาญ ในการตรวจ วินิจฉัย ให้การรักษาตรงกับ การเจ็บป่วย | 4.52 | .726 | 3.83 | .857 | มากที่สุด | มาก |
| 28 | แพทย์ มีทักษะ มีความรู้ ปฏิบัติการรักษา ด้วยความ มั่นใจ คล่องแคล่ว น่าเชื่อถือ | 4.51 | .737 | 3.84 | .884 | มากที่สุด | มาก |
| 29 | แพทย์ ให้เกียรติและเคารพ สิทธิส่วนตัวของผู้รับบริการ เช่น ไม่เปิดเผยร่างกาย ปิดม่านเมื่อต้องเปิดเผย ร่างกาย ไม่เปิดเผยข้อมูล เจ็บป่วย ไม่ซักประวัติหรือ ให้ข้อมูลการรักษาให้ผู้อื่น ได้ยินด้วย | 4.50 | .757 | 3.85 | .863 | มากที่สุด | มาก |

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

| ด้านที่ | มิติคุณภาพการบริการ | ความคาดหวัง | | การรับรู้ | | ระดับคุณภาพบริการ | |
|---------|--|-------------|------|-----------|------|-------------------|-----------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | ความคาดหวัง | การรับรู้ |
| 30 | พยาบาลมีความชำนาญ ในการซักประวัติ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การบรรเทาอาการ ไม่สุขสบาย | 4.51 | .742 | 3.81 | .892 | มากที่สุด | มาก |
| 31 | พยาบาลมีทักษะ มีความรู้ ปฏิบัติการพยาบาล ด้วยความมั่นใจ คล่องแคล่ว น่าเชื่อถือ | 4.57 | .681 | 3.90 | .875 | มากที่สุด | มาก |
| 32 | พยาบาล ให้เกียรติและ เคารพสิทธิ์ส่วนตัวของ ผู้รับบริการเช่น ไม่เปิดเผย ร่างกาย ปิดม่านเมื่อต้อง เปิดเผยร่างกาย ไม่เปิดเผย ข้อมูลเจ็บป่วย ไม่ซัก ประวัติหรือให้ข้อมูล การรักษาให้ผู้อื่นได้ยินด้วย | 4.56 | .708 | 3.75 | .945 | มากที่สุด | มาก |

จากตารางที่ 4.6 เมื่อพิจารณาด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการ มีความคาดหวังมากที่สุดในหัวข้อพยาบาลมีทักษะ มีความรู้ ปฏิบัติการพยาบาล ด้วยความมั่นใจ คล่องแคล่ว น่าเชื่อถือ ($\bar{X} = 4.57$, S.D. = .681) มีการรับรู้คุณภาพมากที่สุดในหัวข้อพยาบาลมีทักษะ มีความรู้ ปฏิบัติการพยาบาล ด้วยความมั่นใจ คล่องแคล่ว น่าเชื่อถือ ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = .875) น้อยที่สุด หัวข้อทำนุรู้สิทธิปลอดภัย มั่นใจว่าจะได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = .939)

หัวข้อที่ระดับคุณภาพดีที่สุดคือแพทย์ ให้เกียรติและเคารพสิทธิ์ส่วนตัวของผู้รับบริการ เช่น ไม่เปิดเผยร่างกาย ปิดม่านเมื่อต้องเปิดเผยร่างกาย ไม่เปิดเผยข้อมูลเจ็บป่วย ไม่ซักประวัติหรือ

ให้ข้อมูลการรักษาให้ผู้อื่นได้ยินด้วย (-0.65) หัวข้อที่ระดับคุณภาพต่ำที่สุดคือหัวข้อพยาบาล ให้เกียรติ และเคารพสิทธิส่วนตัวของผู้รับบริการ เช่น ไม่เปิดเผยร่างกาย ปิดม่านเมื่อต้องเปิดเผยร่างกาย ไม่เปิดเผย ข้อมูลเจ็บป่วย ไม่ซักประวัติหรือให้ข้อมูลการรักษาให้ผู้อื่นได้ยินด้วย (-0.81)

ตารางที่ 4.7 ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ จำแนกตาม มิติและรายข้อ (n = 268)

| ด้านที่ | มิติคุณภาพการบริการ | ความคาดหวัง | | การรับรู้ | | ระดับคุณภาพบริการ | |
|---------|--|-------------|------|-----------|------|-------------------|-----------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | ความคาดหวัง | การรับรู้ |
| | ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ | 4.46 | .737 | 3.50 | .883 | มากที่สุด | มาก |
| 33 | แพทย์ให้บริการด้วยความเอื้ออาทร มีน้ำใจ แสดงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ พุดจาไพเราะ มีท่าทีสุภาพต่อผู้รับบริการ | 4.47 | .780 | 3.55 | .976 | มากที่สุด | มาก |
| 34 | แพทย์สนใจ ใส่ใจ รับฟัง ให้เวลากับการตรวจรักษา ตอบคำถาม และให้คำปรึกษากับผู้รับบริการ อย่างเหมาะสม ไม่ตัดบทหรือรวบรัด | 4.56 | .770 | 3.44 | .979 | มากที่สุด | มาก |
| 35 | แพทย์ สนใจ ตอบสนอง ต่อปัญหาความเจ็บป่วย ความต้องการ การร้องขอของผู้รับบริการ อย่างถูกต้อง เอาใจใส่ เอื้ออาทร | 4.48 | .762 | 3.53 | .977 | มากที่สุด | มาก |

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

| ด้านที่ | มิติคุณภาพการบริการ | ความคาดหวัง | | การรับรู้ | | ระดับคุณภาพบริการ | |
|---------|--|-------------|------|-----------|-------|-------------------|-----------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | ความคาดหวัง | การรับรู้ |
| 36 | พยายามให้บริการ ด้วย ความเอื้ออาทร มีน้ำใจ แสดงความห่วงใย เห็นอก เห็นใจ พุดจาไพเราะ มีท่าที สุภาพต่อผู้รับบริการ | 4.46 | .790 | 3.52 | 1.003 | มากที่สุด | มาก |
| 37 | พยายามสนใจ ใส่ใจ รับฟัง ใช้เวลากับการพยายาม ให้ข้อมูล ตอบคำถาม และให้คำปรึกษา กับผู้รับ บริการอย่างเหมาะสม เพียงพอ ไม่รบกวน | 4.48 | .762 | 3.51 | .992 | มากที่สุด | มาก |
| 38 | พยายาม สนใจ ตอบสนอง ต่อปัญหาความเจ็บป่วย ความต้องการ การร้องขอ ของผู้รับบริการ อย่าง ถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม | 4.42 | .801 | 3.45 | .964 | มากที่สุด | มาก |
| 39 | แพทย์ พยายาม ให้ความ สนใจผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่พุดคุย หยอกล้อ กันเอง ในขณะที่ปฏิบัติงาน | 4.43 | .788 | 3.43 | 1.027 | มากที่สุด | มาก |
| 40 | เจ้าหน้าที่เวรเปล ให้บริการ เจ็บเปล ยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ด้วยความนุ่มนวล | 4.47 | .756 | 3.59 | .981 | มากที่สุด | มาก |

จากตารางที่ 4.7 เมื่อพิจารณาด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังมากที่สุดในหัวข้อแพทย์สนใจ ใส่ใจ รับฟัง ใช้เวลากับการตรวจรักษา ตอบคำถาม และให้คำปรึกษากับผู้รับบริการ อย่างเหมาะสม ไม่ตัดบทหรือรบกวน ($\bar{X} = 4.56$, S.D. =

.770) มีการรับรู้คุณภาพมากที่สุดในหัวข้อเจ้าหน้าที่เวรเปล ให้บริการเงินเปล ยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ด้วยความนุ่มนวล ($\bar{X} = 3.59$, S.D. =.981) น้อยที่สุดหัวข้อแพทย์ พยาบาล ให้ความสนใจผู้ป่วย ตลอดเวลา ไม่พูดคุย หยอกล้อ กันเองในขณะที่ปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.43$, S.D. =1.027)

หัวข้อที่ระดับคุณภาพดีที่สุดคือเจ้าหน้าที่เวรเปล ให้บริการเงินเปล ยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ด้วยความนุ่มนวล (-0.85) หัวข้อที่ระดับคุณภาพต่ำที่สุดคือหัวข้อเรื่องแพทย์สนใจ ใส่ใจ รับฟัง ให้เวลากับการตรวจรักษาตอบคำถาม และให้คำปรึกษากับผู้รับบริการ อย่างเหมาะสม ไม่ตัดบทหรือ รวบรัด (-1.12)

จากการวิเคราะห์รายข้อภาพรวมพบว่า ความคาดหวังคุณภาพบริการรายข้อ 3 อันดับแรก คือแพทย์ พยาบาล ให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล ละเอียด ครบถ้วน ชัดเจน ($\bar{X} = 4.57$, S.D. =.720) และ พยาบาลมีทักษะ มีความรู้ ปฏิบัติการพยาบาล ด้วยความมั่นใจ คล่องแคล่ว น่าเชื่อถือ X, SD ($\bar{X} = 4.57$, S.D. =.681) รองลงมามีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังเท่าๆกันคือหน่วยงานให้การรักษาพยาบาล ถูกต้อง เหมาะสม มีความปลอดภัย ($\bar{X} = 4.56$, S.D. =.713) หน่วยงานให้การรักษา พยาบาล ถูกต้อง ตามมาตรฐาน ทุกครั้งที่ใช้บริการ ($\bar{X} = 4.56$, S.D. =.704) และแพทย์สนใจ ใส่ใจ รับฟัง ให้เวลากับ การตรวจรักษาตอบคำถาม และให้คำปรึกษากับผู้รับบริการ อย่างเหมาะสม ไม่ตัดบทหรือรวบรัด ($\bar{X} = 4.56$, S.D. =.770) อันดับที่ 3 คือ หน่วยงานมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ชำนาญการรักษา เป็นผู้ให้การ รักษา ($\bar{X} = 4.54$, S.D. =.766) ด้านที่มีความคาดหวังน้อยกว่าด้านอื่นๆ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องทางกายภาพ เช่น ด้านห้องพักรักษาอาการไม่แออัด อากาศถ่ายเทสะดวก มีอุปกรณ์เช่น หมอน ผ้าห่ม แก้วน้ำ แก้วน้ำ เพียงพอ ($\bar{X} = 4.34$, S.D. =.808) สถานที่สะอาด ไม่แออัด ไม่มีกลิ่นหรือเสียงรบกวน ($\bar{X} = 4.37$, S.D. =.780) และมีป้าย หรือเครื่องหมาย บอกขั้นตอนการบริการต่างๆ ชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวก ($\bar{X} = 4.40$, S.D. =.765) สำหรับด้านการรับรู้คุณภาพส่วนใหญ่รับรู้คุณภาพในระดับมาก โดย 3 อันดับแรก ของการรับรู้คุณภาพบริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่เปล สวมเครื่องแบบ แต่งกายติดป้ายชื่อ ตำแหน่ง ชัดเจน ($\bar{X} = 4.00$, S.D. =.859) มีเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ ทันสมัย เพียงพอและอยู่ใน สภาพพร้อมใช้ ($\bar{X} = 3.94$, S.D. =.810) และมีรถเข็น เปลนอนผู้ป่วย เพียงพอ ($\bar{X} = 3.94$, S.D. =.902) อันดับ 3 คือ พยาบาลมีทักษะ มีความรู้ ปฏิบัติการพยาบาล ด้วยความมั่นใจ คล่องแคล่ว น่าเชื่อถือ ($\bar{X} = 3.90$, S.D. =.875) ส่วนการรับรู้คุณภาพในระดับปานกลางและเป็นคะแนนเฉลี่ย 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ ให้การรักษาพยาบาลได้ภายในไม่เกิน 1 ชั่วโมง ($\bar{X} = 3.09$, S.D. =1.167) ให้การดูแลการรักษา ตามประเภทผู้ป่วย รวดเร็ว ภายในระยะเวลาที่ ประกาศ ($\bar{X} = 3.17$, S.D. =1.119) และแพทย์ ยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นมิตรมีท่าทีกระตือรือร้น และเต็มใจให้บริการ ($\bar{X} = 3.34$, S.D. =1.071)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ ของผู้รับบริการที่กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย จำแนกตามมิติและภาพรวมคุณภาพบริการ

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย จำแนกตามรายมิติ และภาพรวมคุณภาพบริการ (n = 268)

| ด้านที่ | มิติคุณภาพการบริการ | ระดับ ความคาดหวัง | | ระดับ การรับรู้ | | t | p-value |
|---------------------------|---|----------------------|-------------|--------------------|-------------|---------------|-----------------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | | |
| 1 | ด้านความเป็นรูปธรรม ของบริการ | 4.41 | .685 | 3.85 | .712 | 10.341 | <.001 |
| 2 | ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ | 4.54 | .689 | 3.80 | .792 | 12.153 | <.001 |
| 3 | ด้านการตอบสนอง ต่อผู้รับบริการ | 4.46 | .731 | 3.38 | .905 | 14.678 | <.001 |
| 4 | ด้านการให้ความมั่นใจ แก่ผู้รับบริการ | 4.53 | .684 | 3.81 | .785 | 11.082 | <.001 |
| 5 | ด้านความเข้าใจและ เห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ | 4.46 | .737 | 3.50 | .883 | 12.945 | <.001 |
| ภาพรวมคุณภาพบริการ | | 4.48 | .666 | 3.67 | .722 | 13.476 | <.001 |

จากตาราง ที่ 4.8 พบว่า คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ที่กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ทั้งภาพรวมคุณภาพบริการและรายมิติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตาม สมมุติฐาน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวัง ($\bar{X} = 4.48$, S.D.= .666) สูงกว่าคะแนนการรับรู้คุณภาพ บริการ ($\bar{X} = 3.67$, S.D.= .722) มิติที่มีระดับคุณภาพบริการดีที่สุดคือ มิติด้านความเป็นรูปธรรม ของบริการ (-0.56) มิติที่มีระดับคุณภาพบริการต่ำที่สุดคือด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (-1.08) รองลงมาคือมิติด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (-0.96)

ตอนที่ 4 ภาพรวมระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลหนองคาย

ตารางที่ 4.9 ภาพรวมระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลหนองคาย (n = 268)

| | ภาพรวมระดับการรับรู้คุณภาพบริการ | \bar{X} | S.D. | ระดับคุณภาพ |
|---|---|-----------|------|-------------|
| 1 | ด้านลักษณะทางกายภาพ อาคาร สถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ | 3.94 | .767 | มาก |
| 2 | ด้านความน่าเชื่อถือของหน่วยงาน และบุคลากร แพทย์ พยาบาลพนักงานแปล | 3.87 | .794 | มาก |
| 3 | ด้านความพร้อม เต็มใจ ตอบสนอง ต่อความต้องการ | 3.54 | .896 | มาก |
| 4 | ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ เรื่อง การรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน | 3.62 | .901 | มาก |
| 5 | ด้านการเอื้ออาทร เอาใจใส่ในการให้บริการ | 3.44 | .980 | มาก |

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ภาพรวมระดับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ทั้งภาพรวมและรายมิติ มีคุณภาพบริการอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีระดับคุณภาพตามการรับรู้สูงที่สุดคือด้านลักษณะทางกายภาพ อาคาร สถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ ($\bar{X} = 3.94$, S.D.=.767) ด้านที่มีระดับคุณภาพตามการรับรู้ต่ำที่สุดคือด้านการเอื้ออาทร เอาใจใส่ในการให้บริการ ($\bar{X} = 3.44$, S.D.= .980)

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะการปรับปรุงการบริการ

ตารางที่ 4.10 ข้อเสนอแนะการปรับปรุงการบริการ (n = 268)

| ลำดับที่ | หัวข้อเรื่อง | ร้อยละ |
|----------|--|--------|
| 1 | ด้านระยะเวลาารอคอย | 76.9 |
| 2 | ด้านการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ การประสานงาน | 45.1 |
| 3 | ด้านการจัดลำดับคิวตรวจ | 43.7 |
| 4 | ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานเช่นรถเข็น ที่นั่งรอตรวจ ห้องน้ำ ถังขยะ กระโถน | 27.6 |
| 5 | ด้านพฤติกรรมบริการ ของพยาบาล | 26.1 |
| 6 | ด้านการพักรักษาในห้องสังเกตอาการ | 24.6 |
| 7 | ด้านพฤติกรรมบริการ ของแพทย์ | 19.0 |
| 8 | ด้านอาคารสถานที่มองเห็นง่าย ป้ายชัดเจน สะดวก สบาย สะอาด | 17.5 |
| 9 | ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ | 10.8 |
| 10 | ด้านพฤติกรรมบริการ ของพนักงานแปล | 9.3 |

จากตารางที่ 4.10 จากการสำรวจพบว่า การบริการที่ได้รับการเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไข 3 อันดับแรกคือ ด้านระยะเวลาารอคอย , ด้านการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ การประสานงาน และด้านการจัดลำดับคิวตรวจ เป็นร้อยละ 76.9, 45.1 และ 43.7 ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

1. สรุปการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ที่ทำการศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

1.1 มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1.1.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

1.1.2 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

1.1.3 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

1.1.4 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย โดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ จำนวน 268 คน

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วนคือ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการ จำนวน 11 ข้อ แบบวัดระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ จำนวน 40 ข้อ แบบวัดระดับภาพรวมคุณภาพบริการตามการรับรู้ 5 ด้าน และแบบวัดข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุงมากที่สุด 3 ลำดับแรกจาก 10 หัวข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (ค่า IOC ทั้งฉบับ = 0.89) และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความคาดหวัง การรับรู้คุณภาพบริการและภาพรวมคุณภาพบริการที่รับรู้ เท่ากับ .989 .968 และ .878 ตามลำดับ

1.4 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในระหว่างวันที่ 1 - 28 กุมภาพันธ์

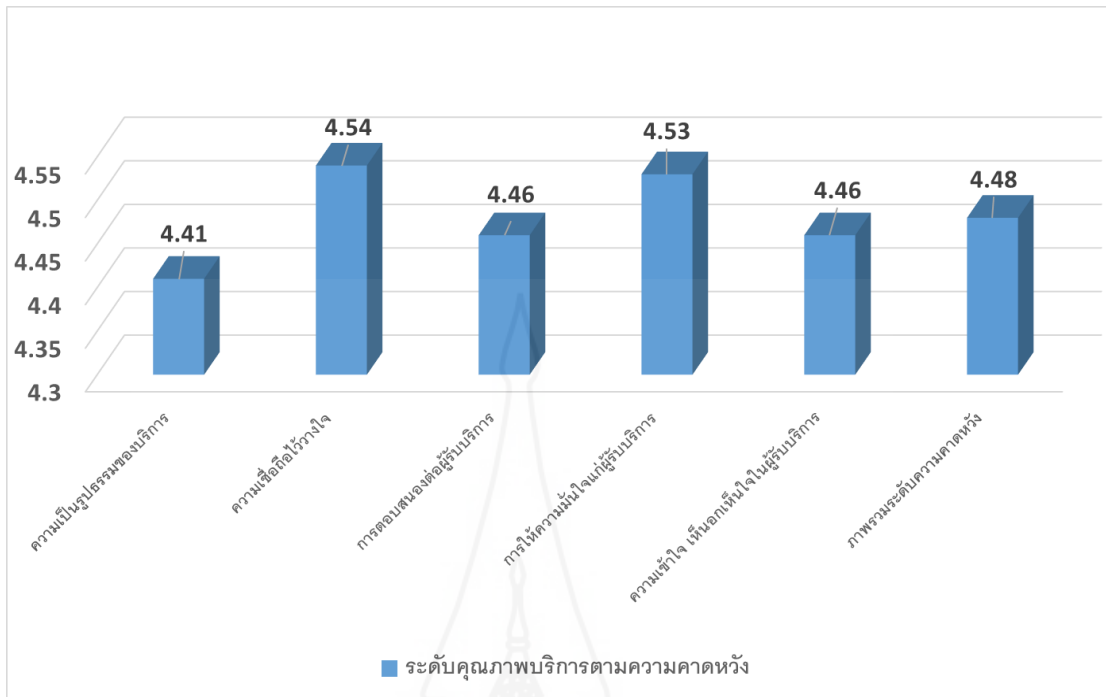
2561

1.5 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติวิเคราะห์ โดยการทดสอบค่าที (Paired t-test)

1.6 ผลการศึกษา มีดังต่อไปนี้

1.6.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 268 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.8) เกือบทั้งหมดมี สัญชาติไทย (ร้อยละ 93.3) อายุระหว่าง 40-59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.3) รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 20-39 ปี และ 60 – 79 (ร้อยละ 35.1และ 15.7) ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 25.4, 29.9 และ 19.8) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 26.5) รับจ้างทั่วไป และรับราชการ / ส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 21.3และ 16.8) เกือบครึ่งใช้สิทธิประกันสุขภาพ (ร้อยละ 41.8) ใช้สิทธิข้าราชการ / หน่วยงานอื่นๆ และประกันสังคม (ร้อยละ 20.1 และ 16.4) เกินครึ่งมารักษาด้วยการเจ็บป่วย (ร้อยละ 60.8) รองลงมาคือ อุบัติเหตุอื่นๆ และอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 20.9 และ 13.4) ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงในระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.0) และมีระดับความรุนแรงรวม ตั้งแต่ ระดับปานกลางจนถึงระดับมากที่สุดร้อยละ 75.7 เคยมาใช้บริการจำนวน 2-4 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 40.3) รองลงมาเคยมาใช้บริการ ครั้งแรก (ร้อยละ 25.4) มาใช้บริการ 8-10 ครั้งน้อยที่สุด (ร้อยละ 5.2) ประมาณ 3 ใน 4 มาใช้บริการนอกเวลาราชการและรักษากลับบ้าน (ร้อยละ 66.8, 72.0)

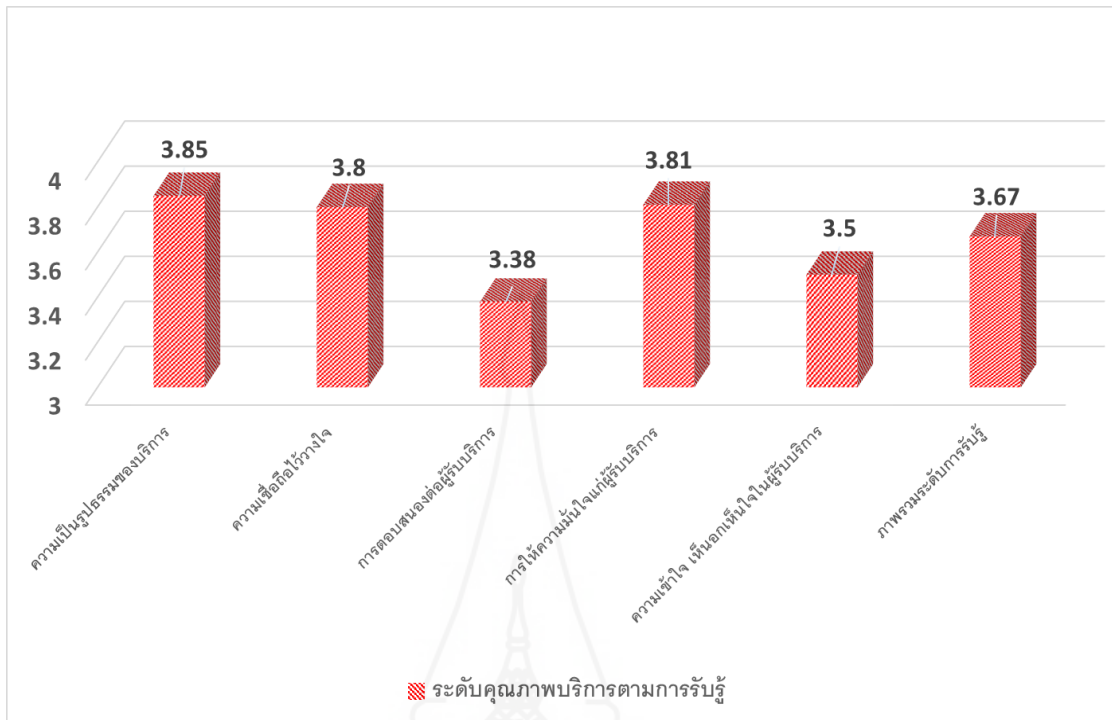
1.6.2 ระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลหนองคาย



ภาพที่ 5.1 แผนภูมิภาพแสดงระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ
ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

จาก แผนภูมิภาพที่ 5.1 พบว่าผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ทุกมิติและภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.48$, S.D.=.666) เมื่อพิจารณารายมิติพบว่า มิติด้านความเชื่อถือได้ไว้วางใจได้ถูกคาดหวังระดับสูงสุด ($\bar{X} = 4.54$, S.D.=.689) มิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการถูกคาดหวังระดับน้อยที่สุด ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = .685)

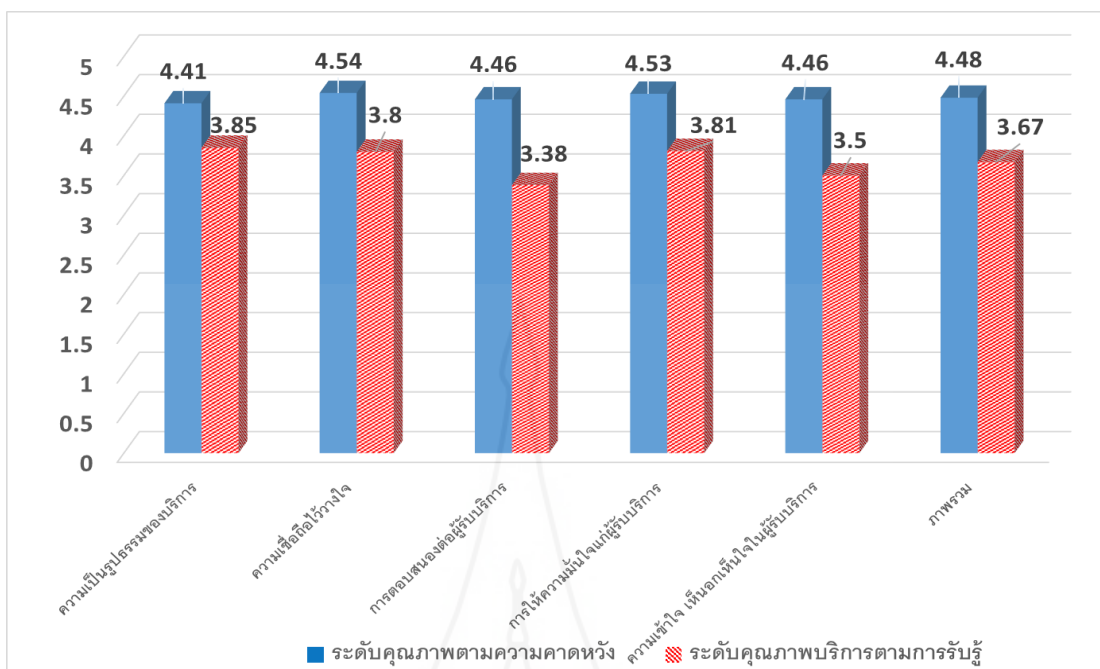
1.6.3 ระดับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย



ภาพที่ 5.2 แผนภูมิภาพแสดงระดับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ
ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

ภาพที่ 5.2 พบว่าผู้ใช้บริการมี ภาพรวมระดับการรับรู้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.67$, S.D. = .722) เมื่อพิจารณารายมิติพบว่าเกือบทุกมิติมีระดับการรับรู้คุณภาพบริการในระดับมาก ยกเว้นมิติด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง มิติที่มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการสูงสุดคือ มิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = .712) มิติด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการอยู่ในระดับต่ำที่สุด ($\bar{X} = 3.38$, S.D. = .905)

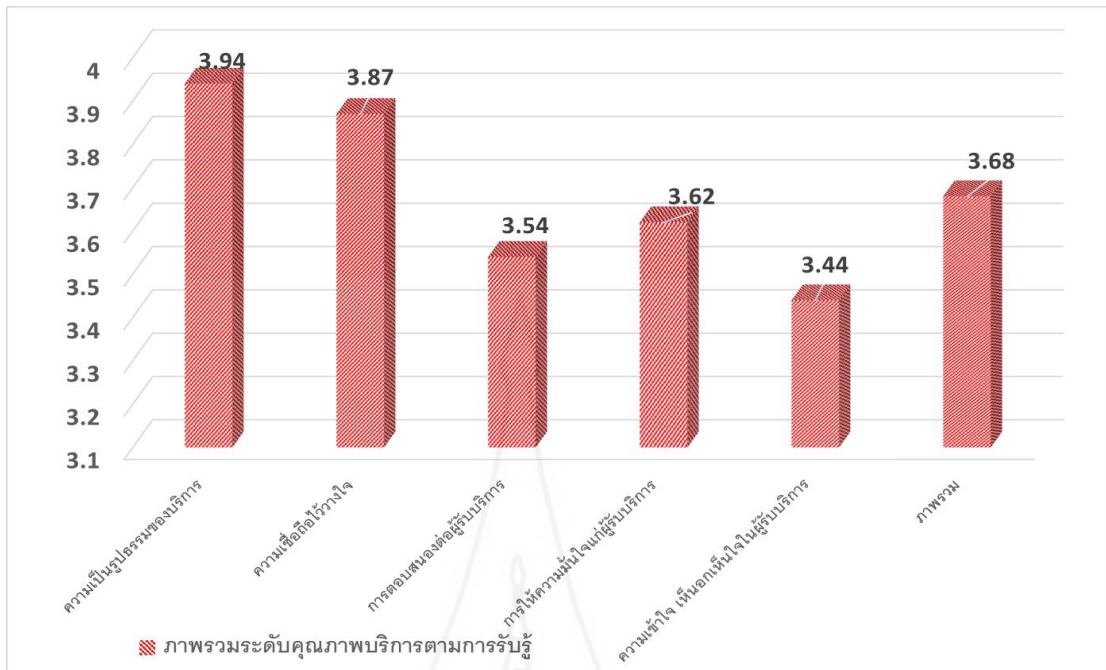
1.6.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย



ภาพที่ 5.3 แผนภูมิภาพแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

จากภาพที่ 5.3 พบว่า คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ต่อกองอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ทุกรายมิติและภาพรวมคุณภาพบริการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวัง ($\bar{X} = 4.48$, S.D.= .666) สูงกว่าคะแนนการรับรู้คุณภาพบริการ ($\bar{X} = 3.67$, S.D.= .722) ระดับคุณภาพบริการตามช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้พบว่า มิติที่มีคุณภาพบริการดีที่สุดคือมิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (-0.56) รองลงมาคือด้านความเชื่อถือไว้วางใจ (-0.74) มิติที่มีคุณภาพบริการต่ำที่สุดคือมิติด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (-1.08)

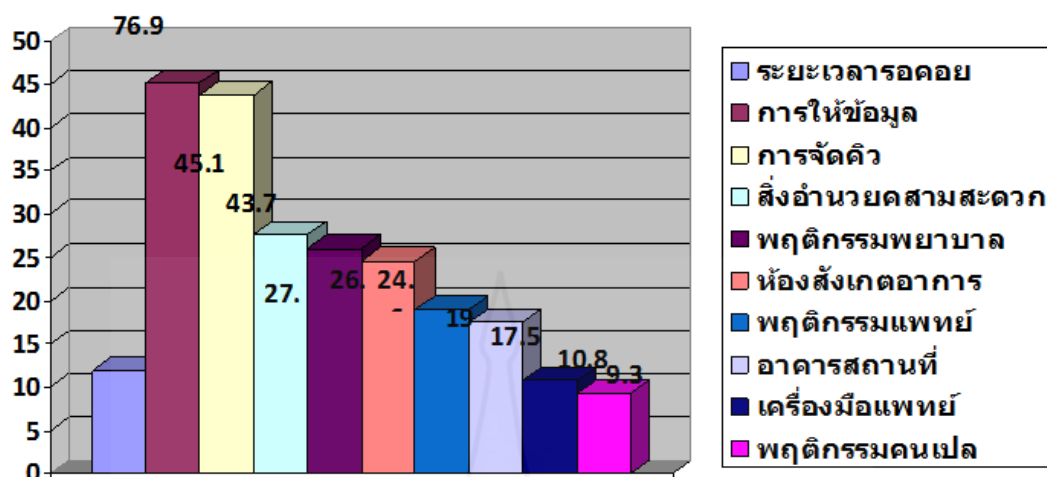
1.6.5 ภาพรวมระดับคุณภาพบริการตามการรับรู้ ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย



ภาพที่ 5.4 แผนภูมิภาพแสดงภาพรวมระดับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ
ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

จากภาพที่ 5.4 พบว่าผู้ให้บริการรับรู้คุณภาพบริการ ทุกมิติและภาพรวมในระดับมาก ($\bar{X}=3.68$, S.D.=.797) โดยที่มิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (ลักษณะทางกายภาพ บุคลากร อาคาร สถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ) มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.94$, S.D. = .767) มิติด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (ความเอื้ออาทร เอาใจใส่ในการบริการ) มีคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำที่สุด ($\bar{X}=3.44$, S.D.= .980)

1.6.6 ข้อเสนอแนะการปรับปรุงการบริการ



ภาพที่ 5.5 แผนภูมิภาพแสดงข้อเสนอแนะการปรับปรุงการบริการของผู้รับบริการ
ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

จากภาพที่ 5.5 การสำรวจพบว่าบริการที่ได้รับการเสนอแนะให้ปรับปรุง
แก้ไข 3 อันดับแรกคือ ด้านระยะเวลารอคอย ด้านการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ การประสานงาน
และด้านการจัดลำดับคิวตรวจ เป็นร้อยละ 76.9, 45.1 และ 43.7 ตามลำดับ

2. อภิปรายผล

ผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษา ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
(ร้อยละ 63.8) อายุระหว่าง 40-59 ปี (ร้อยละ 37.3) เกือบครึ่งได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา
และมัธยมศึกษา (ร้อยละ 29.9 และ 25.4) และใช้สิทธิประกันสุขภาพ (ร้อยละ 41.8) เกินครึ่งมารักษา
ด้วยการเจ็บป่วย (ร้อยละ 60.8) มีความรุนแรงรวม ตั้งแต่ ระดับปานกลางจนถึงระดับมากที่สุดร้อยละ
75.7 เคยมาใช้บริการจำนวน 2-4 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 40.3) ประมาณ 3 ใน 4 มาใช้บริการนอกเวลา
ราชการและรักษาที่บ้าน (ร้อยละ 66.8, 72.0) ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับฐานข้อมูลผู้ใช้บริการ
ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินและของโรงพยาบาล ที่ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ถึงผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่
ได้รับการศึกษาประถมศึกษา ใช้สิทธิประกันสุขภาพ มีสัดส่วนมารักษาด้วยโรคมากกว่ามารักษา
ด้วยอุบัติเหตุ มีระดับความรุนแรงในระดับปานกลาง (urgen) มากที่สุด ประมาณร้อยละ 70 มารักษา
นอกเวลาราชการและได้กลับบ้านหลังการรักษา

2.2 ระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

โรงพยาบาลหนองคาย ทั้งรายมิติและในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติด้านความเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability) ถูกคาดหวังระดับสูงสุด มิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ถูกคาดหวังระดับน้อยที่สุด ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาลักษณะเดียวกันหลายๆ การศึกษา เช่นการศึกษาของกันตักวินท์ ภูมิสวัสดิ์ (2555) พิกุล รัตนาพิมพ์ (2557) อัจฉรา ชั้นที และวีระศักดิ์ สมยานะ (2558) ภัทริญา นามเจริญ (2557) เจียมจิต มากเมือง (2557) และสุพรรณวดี ภิญโญ และคณะ (2554) หรือการศึกษาในต่างประเทศก็พบผลการศึกษาลักษณะ เช่น Maryam Gholami, Zahra Kavosi, Marziye khojastefar (2015) Al-Momani MM (2015) และ Basava Malleswara Rao & N.Satyanarayana (2014) อธิบายได้ว่าตามแนวคิดของ ซีแธมล์ พาราซุรามาน และเบอร์รี่ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry, 1988) ความคาดหวังของผู้รับบริการ เป็นการแสดงออกถึงความต้องการของผู้รับบริการที่อันที่จะได้รับบริการจากหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่ในการให้บริการ โดยความคาดหวังของผู้รับบริการนี้ ย่อมมีระดับที่แตกต่างกันไป มากบ้าง น้อยบ้าง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด (determiner) ความคาดหวังของผู้รับบริการ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry 1990, น. 19) มี 4 ประการ ดังนี้ ประการแรก การบอกแบบปากต่อปาก (word-of-mouth communication) เช่น ความคาดหวังที่เกิดจากคำบอกเล่าที่รับทราบจากคำแนะนำของเพื่อนหรือญาติสนิทที่เคยไปรับบริการในสถานที่แห่งนั้นมาก่อนและพบว่า มีการให้บริการเป็นอย่างดี อันทำให้ผู้ฟังเกิดความคาดหวังที่จะได้รับบริการเช่นนั้น ประการที่สอง ความต้องการส่วนบุคคล (customer's personal needs) ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่ทำให้ระดับความคาดหวังของบุคคลอยู่ในระดับที่ลดลงหรือเพิ่มขึ้นจากเดิมก็ได้ ประการที่สาม ประสบการณ์ในอดีต (past experience) มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในปัจจุบันของผู้รับบริการ ทั้งนี้ ประสบการณ์นั้นอาจจะเป็นประสบการณ์ที่สร้างความประทับใจหรือความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจก็ได้ ประการที่สี่ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ (external communication) เป็นความคาดหวังที่เกิดจากการติดต่อสื่อสารเพื่อโน้มน้าวผู้รับบริการ ซึ่งเป็นทั้งการสื่อสารทางตรงและการสื่อสารทางอ้อม เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ เช่น การให้บริการด้วยความจริงใจ ตรงต่อเวลา เป็นต้น และในบริบทที่ศึกษาอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุด มีศักยภาพสูงสุด ในจังหวัดหนองคาย ได้รับการรองรับมาตรฐานคุณภาพบริการ มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับ มีพันธสัญญาในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีคุณภาพ (Quality) และทันต่อเหตุการณ์ (Just in time) ตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนกระทั่งผู้ป่วยฉุกเฉิน พันภาวะวิกฤติ ผู้รับบริการร้อยละ 75.7 เป็นผู้มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับมากที่สุดที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของชีวิตและการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย

ข้อมูลข่าวสาร การเรียกร่องสิทธิของผู้รับบริการ จึงมีผลทำให้ผู้รับบริการมีความคาดหวังในคุณภาพในระดับมากที่สุด

เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติด้านความเชื่อถือไว้วางใจ ถูกคาดหวังระดับสูงสุด อธิบายได้ว่า เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของชีวิต ผู้รับบริการย่อมคาดหวังว่าหน่วยงานต้องมีความพร้อม มีศักยภาพ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ มีระบบแนวทาง มีแพทย์ พยาบาล เป็นผู้เชี่ยวชาญ ชำนาญการรักษาพยาบาล อย่างถูกต้องเหมาะสม ได้มาตรฐาน เชื่อถือได้ เพื่อให้ชีวิตมีความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของกันต์กวีวิท ภูมิสวัสดิ์ (2555) ส่วนมิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ซึ่งเป็นลักษณะทางกายภาพถูกคาดหวังระดับน้อยที่สุด อธิบายได้ว่าความต้องการ ด้านความสะอาด สวยงาม ความพร้อม ความสะดวกสบาย ด้านวัตถุทางด้านกายภาพ มีความสำคัญน้อยที่สุดในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องการความปลอดภัยในชีวิตมากกว่า ผู้รับบริการจึงคาดหวังด้านความเป็นรูปธรรมของบริการในระดับสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล รัตนาพิมพ์ (2557)

2.3 ระดับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย เกือบทุกรายมิติและในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ยกเว้นมิติด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง มิติที่มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการสูงสุดคือ มิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ มิติด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการมีระดับการรับรู้คุณภาพบริการอยู่ในระดับต่ำที่สุด ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาลักษณะเดียวกันหลายๆ การศึกษาเช่น ภัทรพร อุบลพันธ์ (2558) อัจฉรา ชันทีและวีระศักดิ์ สมยานะ (2558) รุ่งโรจน์ สวสระบุญ (2557) ภัทรีญา นามเจริญ (2557) และ ณัฐชนก เอื้อสุระวิศิษฐ์ และนันทนา เหลี่ยมปรีชา (2555) หรือการศึกษาในต่างประเทศก็พบผลการศึกษาคล้ายๆ กัน เช่น Maryam Gholami, Zahra Kavosi, Marziye khojastefar (2015) Basava Malleswara Rao & N.Satyanarayana (2014) Luis E. Ibarra, Vanessa Casas M, Ana L. Partida (2014) และ Aghamolaei T, Eftekhaari TE, Rafati S, Kahnouji K1, Ahangari S, Shahrzad ME, Kahnouji A, Hoseini SH. (2013) อธิบายได้ว่า การรับรู้ ถือว่าเป็นกระบวนการจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคล เป็นกระบวนการที่ผู้บริโภคลือเลือก จัดการและแปรความบังจย นำเข้าในการสร้างภาพที่มีความหมายของโลกสัมผัสสิ่งใดๆ ผ่านประสาทสัมผัสต่างๆ คือ ตา หู จมูก ลิ้น และกายสัมผัสและความรู้สึกทางจิตใจ ทำการสรุปและตีความหมายของสิ่งที่สัมผัสนั้นๆ เพื่อที่จะสร้างภาพในสมองให้เป็นภาพที่มีความหมายหรือมีความสอดคล้องกับภาพความทรงจำเดิมและส่งผลให้เกิดการกระทำที่ตอบสนองต่อการรับรู้ที่เกิดขึ้นเหล่านั้น ฉัตยาพร เสมอใจ (2550, น. 66-72) กล่าวว่า การรับรู้จะขึ้นอยู่กับพื้นฐานความคิด ความรู้สึก และสภาพแวดล้อมของผู้บริโภค ผู้บริโภค จะไม่สามารถเปิดรับข้อมูลทั้งหมด แต่จะเลือกรับรู้หรือเปิดรับข้อมูลเท่าที่ศักยภาพในการรับรู้ของ

แต่แต่ละคนจะทำได้เท่านั้น เราจะสังเกตได้จากการรับรู้สิ่งที่มีพื้นฐานอยู่แล้ว จะทำให้เราสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น แต่ในสิ่งใหม่ที่เราไม่เคยมีพื้นฐานเลย เราจะไม่สนใจหรือรับรู้ได้ยากกว่าและส่งผลให้เกิดการปฏิบัติต่อการรับรู้ต่างกันไปด้วย การรับรู้ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการแสดงพฤติกรรมใดๆ ของบุคคล การรับรู้ของบุคคลเป็นการเปิดรับข้อมูล ซึ่งจะส่งผลต่อการนึกคิด การตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมในที่สุด

การรับรู้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้ทั้งโดยไม่รู้ตัวหรือโดยตั้งใจและการรับรู้จะมีมากขึ้นตามประสบการณ์ที่ได้รับการสั่งสมทางสังคม แต่ละคนมีความสนใจและรับรู้สิ่งต่างๆ รอบตัวต่างกัน ฉะนั้นเมื่อได้รับสาร (Message) เดียวกัน ผู้รับสารสองคนอาจให้ความสนใจและรับรู้สารเดียวกันได้แตกต่างกัน โดยทั่วไปการรับรู้ที่แตกต่างกันเกิดจากอิทธิพลหรือตัวกรอง (Filter) บางอย่าง (ก่อกำเนิด วิริยะกิจพัฒนา และวินัส อัสวลิทธิถาวร 2550, น. 77) อิทธิพลหรือตัวกรองของการรับรู้ประกอบด้วยอิทธิพล ดังต่อไปนี้ 1) แรงผลักดันหรือแรงจูงใจ (Motives) มนุษย์มักเห็นในสิ่งที่ต้องการเห็นและได้ยินใน สิ่งที่ต้องการได้ยิน เพื่อสนองความต้องการของตนเอง 2) ประสบการณ์เดิม (Past Experience) คนเราเติบโตขึ้นในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน ถูกเลี้ยงดูด้วยวิธีการต่างกันและคบหาสมาคมกับคนต่างกัน 3) กรอบอ้างอิง (Frame of Reference) เกิดจากการสั่งสม การอบรมทางครอบครัวและสังคม 4) สภาพแวดล้อม (Environment) คนที่อยู่ในสภาพแวดล้อมต่างกัน จะเปิดรับข่าวสารและตีความข่าวสารที่ได้รับต่างกัน 5) สภาวะจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความโกรธ ความกลัว ฯลฯ กล่าวโดยสรุปการรับรู้ของบุคคลเป็นผลมาจากสภาพร่างกายหรือความสามารถทางกายภาพของบุคคล (Individual Biology or Physical Ability) การเรียนรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม (Cultural Training) และลักษณะทางจิตวิทยาของบุคคล (Personal Psychology) (ก่อกำเนิด วิริยะกิจพัฒนา และวินัส อัสวลิทธิถาวร 2550, น. 78) ซึ่งการที่ผู้รับบริการตัดสินใจให้คะแนนคุณภาพของตึกอู่บัติเหตุฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก จึงถือว่าหน่วยงานมีระดับคุณภาพที่ดีพอสมควรจากการรับรู้ของผู้รับบริการ อาจเป็นเพราะหน่วยงานมีมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ดี ได้รับการรับรองคุณภาพ มีแนวทางการปฏิบัติที่มีการกำกับ ติดตาม ประเมิน พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นมิติด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเกิดจากหน่วยงานยังมีปัญหาความล่าช้าในการดูแลการรักษาตามประเภทผู้ป่วย ระยะเวลาารอคอยตรวจรักษานาน

เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่ามีมิติที่มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการสูงสุดคือ มิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ อธิบายได้ว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังด้านความเป็นรูปธรรมของบริการในระดับต่ำที่สุด แต่เมื่อมาใช้บริการตึกอู่บัติเหตุฉุกเฉินอยู่ด้านหน้าบริเวณทางเข้าโรงพยาบาล มีเจ้าหน้าที่แปลและพยาบาลคัดกรองอยู่ด้านหน้า มองเห็นชัด เข้าถึงง่าย สถานที่สะอาด โលง อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น ที่นั่งพียงพอ อุปกรณ์ทางการแพทย์ทันสมัยและเพียงพอ จึงอาจทำให้

ผู้รับบริการให้คะแนนคุณภาพด้านความเป็นรูปธรรมของบริการสูงเป็นอันดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ลีลาเทพินทร์ และคณะ (2554) ส่วนมิติด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ มีระดับการรับรู้คุณภาพบริการอยู่ในระดับต่ำที่สุด อธิบายได้ว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยอยู่ระดับรุนแรงตั้งแต่ปานกลางจนถึงมากที่สุด มีความต้องการได้รับการบริการทันทีหรือในเวลาไม่นาน แต่หน่วยงานมีปัญหาระยะเวลาการตรวจนานกว่าเกณฑ์ ผู้รับบริการรู้สึกรอคอยนาน ไม่ได้ได้รับการตรวจตามเกณฑ์เวลาที่เหมาะสม จึงถือว่าหน่วยงานไม่สามารถจัดบริการได้ตามความต้องการ ความคาดหวัง จึงทำให้คะแนนในมิตินี้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องการข้อมูลระยะเวลาการรอคอยของหน่วยงาน คำแนะนำให้ปรับปรุงบริการอันดับที่ 1 และการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาการรอคอยมีผลต่อความพึงพอใจและระดับการรับรู้คุณภาพบริการเช่น วรวรรณ สโมสรสุข และคณะ(2558) กัทริญา นามเจริญ (2557) รุ่งดาว คีคอกไม้ และไกรชิต สุตะเมือง (2555)

2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า ทุกรายมิติและภาพรวมคุณภาพบริการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังสูงกว่าคะแนนการรับรู้คุณภาพบริการ ระดับคุณภาพบริการตามช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้พบว่ามิติที่มีคุณภาพบริการดีที่สุดคือ มิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (-0.56) มิติที่มีคุณภาพบริการต่ำที่สุดคือ มิติด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (-1.08) ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาลักษณะเดียวกันหลายๆ การศึกษา เช่น วนาพรรณ ชื่นอิม และคณะ (2558) อภิรักษ์ สำเหนียก (2558) อัจฉรา ขันทิ และวีระศักดิ์ สมยานะ (2558) พิกุล รัตถาพิมพ์ (2557) กัทริญา นามเจริญ (2557) และหทัยา แก้วกิม และคณะ (2555) หรือการศึกษาในต่างประเทศก็พบผลการศึกษาคคล้ายๆ กัน เช่น Maryam Gholami, Zahra Kavosi, Marziye khojastefar (2015) Al-Momani MM (2015) Basava Malleswara Rao & N.Satyanarayana (2014) และ Aghamolaei T, Eftekhaari TE, Rafati S, Kahnouji K1, Abangari S, Shahrzad ME, Kahnouji A, Hoseini SH. (2013) อธิบายได้ว่า เนื่องจากคุณภาพเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนและมีองค์ประกอบหรือปัจจัยหลายอย่างที่เข้ามาเกี่ยวข้อง อันส่งผลให้การมองคุณภาพจำเป็นต้องทำการมองจากหลายด้าน ดังที่สมวงศ์ พงศ์สถาพร (2550, น. 50) อธิบายไว้ว่า คุณภาพการให้บริการ โดยพื้นฐานแล้วนับเป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากธรรมชาติความไม่แน่นอนของงานบริการที่จับต้องไม่ได้และคาดหมายลำบาก การประเมินหรือวัดคุณภาพการให้บริการที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพทุกมิติ สามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างเด่นชัดที่สุด เคอร์ซและโคลว (Krutz and Clow 1998) ได้เสนอ หลักพิจารณาคุณภาพการบริการ 3 ประการ ประกอบด้วย (1) คุณภาพการให้บริการ เป็นสิ่งที่ลูกค้าประเมินได้ยากกว่าคุณภาพของสินค้า (2) คุณภาพการให้บริการนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของลูกค้าเกี่ยวกับผลผลิตของการให้บริการ และจะประเมินจาก

กระบวนการที่บริการนั้นเกิดขึ้น และ (3) คุณภาพการให้บริการเกิดจากการเปรียบเทียบสิ่งที่ลูกค้าได้คาดหวังไว้ กับระดับของการบริการที่ได้รับจริง แนวคิดเรื่องการวัดคุณภาพบริการโดยการเปรียบเทียบสิ่งที่ลูกค้าได้คาดหวังไว้ กับระดับของการบริการที่ได้รับจริง ของแบบจำลองคุณภาพการบริการ (Service Quality Model) อธิบายว่าคุณภาพบริการ เป็นมโนทัศน์และปฏิบัติการในการประเมินเปรียบเทียบระหว่างการบริการที่คาดหวัง (expectation service) กับการบริการที่รับรู้จริง (perception service) จากมุมมองของผู้ใช้บริการ ซึ่งหากผู้ให้บริการสามารถให้บริการที่สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้รับบริการหรือสร้างการบริการที่มีระดับสูงกว่าที่ผู้รับบริการได้คาดหวัง จะส่งผลให้การบริการดังกล่าวเกิดคุณภาพการให้บริการที่แท้จริง ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับเป็นอย่างมาก (Parasuraman , A.Zeithaml and Berry 1988, pp. 15-17)

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคายพบว่า หน่วยงานยังไม่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพตรงตามความคาดหวัง ยังมีช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพทุกมิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในลักษณะเดียวกันเกือบทุกเรื่อง อาจเนื่องจากหน่วยงานมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการมาก อัตรากำลังไม่เพียงพอ แพทย์ประจำเป็นแพทย์ใช้ทุน ที่ต้องใช้เวลาในปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลโรคซับซ้อน มีระยะเวลารอดรอนาน ไม่สามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ภายในระยะเวลาที่ประกาศไว้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินปานกลางและผู้ป่วยทั่วไป มีปัญหาเรื่องการให้ข้อมูล การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาลกับผู้รับบริการและปัญหาพฤติกรรมบริการของแพทย์ พยาบาล การละเลยภาวะทางอารมณ์ จิตใจของผู้ใช้บริการเนื่องจากภาระงาน ความเร่งรีบ มุ่งแก้ไขภาวะวิกฤตทางกาย จึงทำให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจจึงประเมินคุณภาพบริการในระดับปานกลาง ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพบริการสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณ สโมสรสุ และคณะ (2558) ที่พบว่าเหตุผลที่ผู้มาใช้บริการไม่ พึงพอใจในการให้บริการมากที่สุด คือ ระยะเวลาในการรอดรอนาน ไม่มีเจ้าหน้าที่ ให้คำแนะนำเรื่องปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เจ้าหน้าที่แสดงกิริยาไม่เต็มใจในการให้บริการ เจ้าหน้าที่พูดจาไม่สุภาพและ อัจฉรา ขันใจ และวีระศักดิ์ สมยานะ (2558) ที่พบว่าด้านที่มีความแตกต่างมากที่สุด คือ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

3.1.1 ผลการศึกษายืนยันว่าการบริการฉุกเฉินเป็นบริการที่ถูกคาดหวังในระดับสูงมากทุกด้าน โดยเฉพาะด้านความเชื่อถือไว้วางใจและด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ เนื่องจากเป็นด้านที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ ดังนั้นหน่วยงานต้องมีการพัฒนาตนเองขึ้นสู่ Excellence center

3.1.2 ผลการศึกษาระดับคุณภาพบริการตามช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ในรายมิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ หัวข้อที่มีคุณภาพบริการต่ำที่สุดคือหัวข้อเรื่องมีห้องน้ำ ถังขยะ กระโถน เพียงพอ (0.68) ซึ่งมีไม่เพียงพอจริง หน่วยงานมีห้องน้ำอยู่ในตัวห้องปฏิบัติและอยู่ด้านหลังอาคารซึ่งมีเวลาปิดให้บริการ ทำให้ไม่สะดวกต่อการใช้บริการ ไม่มีถังขยะบริเวณหน้าหน่วยงาน มีเฉพาะบริเวณห้องแยกด้านหลัง กระโถนสูญหายประจำ เสนอแนะให้หน่วยงานต้องมีช่องทาง การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์หรือจัดสถานที่ให้บริการเรื่องห้องน้ำเพิ่มขึ้น จัดหาถังขยะ กระโถนให้เพียงพอและเสนอแนะต่อผู้บริหารเรื่องความไม่เพียงพอและเข้าถึงไม่สะดวกของห้องน้ำ

3.1.3 ผลการศึกษาระดับคุณภาพบริการตามช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ในรายมิติด้านความเชื่อถือไว้วางใจ หัวข้อที่มีคุณภาพบริการต่ำที่สุดคือหัวข้อเรื่องแพทย์พยาบาล ให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล ละเอียด ครบถ้วน ชัดเจน (- 0.79) และตรงกับข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงบริการในอันดับที่ 2 อาจเกิดจากความเร่งรีบ ภาระงาน ทักษะในการสื่อสาร ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร รูปแบบหรือสื่อในการสื่อสารข้อมูล หน่วยงานควรพัฒนา หารูปแบบแนวทาง เครื่องมือ ในการสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เช่น แผ่นพับ เสียงประชาสัมพันธ์ วิดีทัศน์แนะนำการบริการ การดูแลเฉพาะโรค ฯลฯ การฝึกทักษะการสื่อสารข้อมูล มีระบบรายงานและการจัดการเมื่อเกิดกรณีไม่พึงประสงค์

3.1.4 ผลการศึกษาระดับคุณภาพบริการตามช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ในรายมิติด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ หัวข้อที่มีคุณภาพบริการต่ำที่สุดคือหัวข้อเรื่องให้การรักษาพยาบาลได้ภายในไม่เกิน 1 ชั่วโมง (-1.36) และตรงกับข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงในอันดับที่ 1 และ 3 เนื่องจากแพทย์ พยาบาลไม่สามารถจัดบริการได้อย่างรวดเร็วตามพันธสัญญา สาเหตุอาจเกิดจากปริมาณผู้ป่วย ภาระการรับผิดชอบตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปนอกเวลาราชการ ขั้นตอนการบริการ ขั้นตอนการปรึกษาแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญสูงกว่า การขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญบางสาขา ดังนั้นจึงแนะนำหน่วยงานจึงต้องมีการวิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางในแก้ไข ปรับปรุง เช่น อาจใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยลดขั้นตอน ระยะเวลารอคอย การสื่อสารประชาสัมพันธ์ทั้งด้านป้ายประกาศ เสียงประชาสัมพันธ์

ระบบบริหารจัดการเมื่อมีผู้ใช้บริการจำนวนมากเกินอัตรากำลังหรือระยะเวลารอคอยนานเกินเกณฑ์ การประเมินผู้ใช้บริการซ้ำตามระยะ การจัดการผู้ป่วยทั่วไปให้มีช่องทางตรวจเฉพาะแยกจากตึกฉุกเฉิน การสร้างมูลค่าเพิ่มในระหว่างรอคอยเช่นสื่อสุขภาพ รวมทั้งมีมาตรการในการสื่อสารที่ดี ชัดเจนต่อเนื่อง เพื่อลดช่องว่างความแตกต่างระหว่างมาตรฐานกับการรับรู้ของผู้ใช้บริการและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้การรักษายาบาลไม่ทันต่อเหตุการณ์ (Just in time)

3.1.5 ผลการศึกษาระดับคุณภาพบริการตามช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ในรายมิติด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการหัวข้อที่มีคุณภาพบริการต่ำที่สุดคือหัวข้อเรื่อง พยาบาล ให้เกียรติและเคารพสิทธิ์ส่วนตัวของผู้รับบริการเช่น ไม่เปิดเผยร่างกาย ปิดม่านเมื่อต้องเปิดเผยร่างกาย ไม่เปิดเผยข้อมูลเจ็บป่วย ไม่ซักประวัติหรือให้ข้อมูลการรักษาให้ผู้อื่นได้ยินด้วย (-0.81) อาจเนื่องจากพื้นที่ในการซักประวัติเป็นพื้นที่เปิด ห้องปฏิบัติการเป็นห้องรวม ลักษณะงานที่เร่งรีบ หน่วยงานควรมีการกำกับดูแลในเรื่องพฤติกรรมบริการ การซักประวัติ ให้ข้อมูล แนะนำ ด้วยความสุภาพ ไม่เสียงดัง ปิดม่านเมื่อต้องเปิดเผยร่างกาย การเปิดเผยร่างกายเท่าที่จำเป็น

3.1.6 ผลการศึกษาระดับคุณภาพบริการตามช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ในรายมิติด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ในผู้รับบริการ หัวข้อที่มีคุณภาพบริการต่ำที่เสนอแนะให้นำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาคือหัวข้อเรื่องแพทย์สนใจ ใส่ใจรับฟัง ให้ความสำคัญกับการตรวจรักษา ตอบคำถามและให้คำปรึกษากับผู้รับบริการอย่างเหมาะสม ไม่ตัดบทหรือรวบรัด (-1.12) อาจเนื่องจากปริมาณผู้รับบริการที่มาก ความเร่งรีบของการรักษาพยาบาล ความวิตกกังวลเร่งด่วนของโรค ความมุ่งหมายเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาความทุกข์ ทำให้การบริการเต็มไปด้วยความเร่งรีบ รวบรัด ดังนั้นผู้ให้บริการต้องใช้เวลากับผู้รับบริการอย่างเหมาะสม สื่อสาร สองทาง สะท้อนความเข้าใจการรับรู้ให้ตรงกันทั้งสองฝ่ายและหัวข้อเรื่องแพทย์ พยาบาล ให้ความสนใจผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่พูดคุย หยอกล้อ กันเองในขณะที่ปฏิบัติงาน (-1.00) เป็นปัญหาจากพฤติกรรมบริการ มุมมองแนวความคิดในการปฏิบัติงานที่เน้นทางกาย ทำให้เกิดการละเลยภาวะทางอารมณ์ จิตใจของผู้ใช้บริการ ดังนั้นการปรับทัศนคติและพฤติกรรมบริการจึงเป็นเรื่องที่ควรนำมาใช้ในการปรับปรุง เช่น การให้ความสนใจผู้ป่วย รับฟังปัญหา ความคิดเห็น ระหว่างรอตรวจตรวจเยี่ยม ให้ข้อมูลเป็นระยะๆ การแสดงออกอย่างสุภาพ ไม่หยอกล้อ ไม่พูดคุยเรื่องส่วนตัวไม่ส่งเสียงดังหรือเล่นมือถือในขณะที่มีผู้รับบริการ เป็นต้น อาจจะมีโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามประเมินผล ให้รางวัล

3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาวิจัยเรื่องการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละประเภท เพื่อนำมาปรับปรุงหรือพัฒนาคุณภาพบริการในเรื่องระยะเวลารอคอย

3.2.2 ควรทำการศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ ในกลุ่มผู้รับผลงานกลุ่มอื่นๆ เช่น ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ภายนอก เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ อาสาสมัคร เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพให้ครอบคลุมและตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

3.2.3 ควรศึกษาต่อยอดในเรื่องส่วนผสมทางการตลาดกับการเลือกใช้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการสร้างฐานลูกค้าที่มีกำลังจ่ายพิเศษเช่นกลุ่มลูกค้า สปปล ประกันชีวิต เป็นต้น

3.2.4 ควรออกแบบการศึกษาที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

3.2.4 ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพและทำการศึกษาหลังจากการพัฒนา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชรา มาลีศรี และปรารธนา ปุณณกิติเกษม. (2554). การประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง Servqual. *วารสารการวิจัยและพัฒนา มจร.*, 34(4), 443-455.
- กมลทิพย์ แซ่เล่า และวิภาดา วิจักขณาลัญญ์ (บ.ก.). (2557). *สรุปภาพรวมการจัดทำมาตรฐานหลักเกณฑ์ เกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน Overview of Emergency Medical Operational Standard, Principle, Criteria and Protocols*. นนทบุรี: อัลที เมท พรินติ้ง.
- กรมการแพทย์. (2559). *แนวทางพัฒนาเพื่อสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ: Guide to Standardization in Hospital Base Emergency Care*. กรุงเทพฯ: ชุมชนุสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองบริหารงานทั่วไป. (2560). *คู่มือ-เทคนิคการให้บริการด้วยใจ*. งานเลขานุการกิจและสภาคณาจารย์ สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นจาก <http://www.sc.mahidol.ac.th/.pdf>
- กัณฑ์กวินท์ ภูมิสวัสดิ์. (2555). *เปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตบางนา กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญา* สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ก่อเกียรติ วิริยะกิจพัฒนา และวินัส อัสวสิทธิถาวร. (2550). *พฤติกรรมผู้บริโภค*. กรุงเทพฯ: วังอักษร.
- เกศสุภา เหมทานนท์. (2553). *คุณภาพบริการของสถานีนอนมัยตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12*. สืบค้นจาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/0161115144754_1_.pdf
- จรรยา พรหมมาลี และคณะ. (2551). *คุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. *กุมารเวชสาร*, 15(3), 259-268.*
- จิตติมา ชีรพันธุ์เสถียร. (2549). *การศึกษาคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สาขาพร้อมมิตร. (สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.

- เจียมจิต มากเมือง. (2557). การรับรู้และความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติ
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน.
Journal of the Phrae Hospital, 22, 46.
- ฉัตรยาพร เสมอใจ. (2550). พฤติกรรมผู้บริโภค. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- ชัชวาลย์ ทัดศิวัช. (2552). คุณภาพการให้บริการภาครัฐ: ความหมายการวัดและการประยุกต์ในระบบ
บริหารภาครัฐไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรม
ราชูปถัมภ์, 7(10), 105-146.
- ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์. (2539). สถิติพื้นฐาน: พร้อมตัวอย่างการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม *Minitab*
Spss/PC+ และ *SAS*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ภาควิชาสถิติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐชนก เอื้อสุรวศิษฐ์ และ นันทวัน เหลี่ยมปรีชา. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการ
ของโรงพยาบาลเอกชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. (วิทยานิพนธ์ปริญญา
บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ตรีสุข จำปาทอง. (2553). ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการก่อนและหลังใช้บริการ
ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลศิริราช
กรณีศึกษาโรงพยาบาลศิริราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต
ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ธนัพร หาระบุตร. (2555). ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการห้องรับรองนายทหาร
ระดับชั้นนายพล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร
มหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศิลปกร, กรุงเทพฯ.
- ธาริณี เมฆานุเคราะห์. (2542). คุณภาพการบริการตามความคาดหวังของผู้ป่วย คลินิกนอกเวลาราชการ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ธีรกิติ นวรัตน์ ณ ออยุธยา. (2547). การตลาดสำหรับการบริการ: แนวคิดและกลยุทธ์. กรุงเทพฯ:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงนุช โกมลหิรัญย์. (2550). คุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก
กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. (วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ:
ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

- บุญเรือง โจรนศิริ และคารณี พิมพ์ช่างทอง. (2554). *ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ประกันตน ต่อการให้บริการของโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม จังหวัดปทุมธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม, ปทุมธานี.
- บัณฑิต ประดิษฐ์ฐานุวงศ์. (2544). *108 ถามตอบ ระบบการผลิตแบบทันเวลาพอดี*. กรุงเทพฯ: ส.ส.ท..
- ปณิศา ลัญจนาพันธ์. (2548). *หลักการตลาด*. กรุงเทพฯ: ชรรรมสาร.
- ประเทือง เขียมตน และอารีรัตน์ ขาอยู่. (2547). *ความพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาลของผู้ป่วยในตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์*, 12(2), 18-30.
- ปฎิมา ดีประเสริฐวงศ์. (2556). *คุณภาพการให้บริการของกลุ่มงานผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้รับบริการ คณะแพทยศาสตร์ วชิระพยาบาล*. *Vajira Medical Journal*, 57, 95.
- พรชัย ดีไพศาลสกุล. (2557). *ความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการ โรงพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พรรณี วรานุกุลศักดิ์. (2546). *ความคาดหวัง การรับรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประกันสังคม ต่อคุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- พิกุล รัตถาพิมพ์. (2557). *คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ไพโรพนา ศรีเสน. (2544). *ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนาบริหารศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ภัทรพร ชุบลพันธ์. (2558). *การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของผู้รับบริการต่อ โรงพยาบาลเอกชน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ภัทรีญา นามเจริญ. (2557). *การเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

- มยุรี บุญยัง. (2554). *ความคาดหวังและการรับรู้จริงของพนักงานต่อคุณภาพการให้บริการการจ้างบุคคลภายนอกของธนาคารชนชาติ จำกัด (มหาชน) สำนักงานในกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์, กรุงเทพฯ.*
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษาศาสาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (2547). ใน *ประมวลสาระชุดวิชา การวางแผนกลยุทธ์และการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล 58705 หน่วย 12-15*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- _____. (2547). ใน *ประมวลสาระชุดวิชา สถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ หน่วย 1-8*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- รุ่งดาว คีตอกไม้ และไกรจิต สุตะเมือง. (2555). ความพึงพอใจที่มีต่อคุณภาพการให้บริการโรงพยาบาลเอกชนในกรณีฉุกเฉินในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล. *วารสาร การเงิน การลงทุน การตลาด และการบริหารธุรกิจ*, 2(4), 121-138.
- รุ่งโรจน์ สงสระบุญ. (2557). *การรับรู้คุณภาพการให้บริการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การสื่อสารแบบปากต่อปากของโรงพยาบาลเอกชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสยาม, กรุงเทพฯ.*
- เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. (2550). *การจัดการคุณภาพ: จาก TQC ถึง TQM, ISO9000และการประกันคุณภาพ. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.*
- วนาพรรณ ชื่นอ้อม, พาณี สีตกะลิน และอารยา ประเสริฐชัย. (2558). ความคาดหวังและการรับรู้ของบุคลากรต่อคุณภาพการบริการของหน่วย บริการสุขภาพบุคลากร. *รามาศิเบตพยาบาลสาร*, 21(1), 122-13.
- วรวรรณ สโมสรสุข, นฤมล กาญจนลักษณ์, ตามพวรรณ คุณคำและนพวรรณ ชื่นแสง. (2558). *ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการศูนย์หัวใจธรรมศาสตร์. เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2558, 1525-1534.*
- วรรณพร ศรีอรินันท์. (2556). *ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลปทุมธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.*
- วิฑูรย์ สิมะโชคดี. (2543). *คุณภาพคือการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: ส.ส.ท..*
- วิสุทธิ กังวาลสกุล. (2554). *การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size Calculation) เพื่อการศึกษาวิจัย*. สืบค้นจาก <https://home.kku.ac.th/wiskun/451710/SampleSizeCal.pdf>

- ศักดิ์ดา ศิริภัทรโสภณ และปารย์ทิพย์ ธนาภิกุลปานนท์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการที่ได้รับกับความพึงพอใจและความภักดีของคนไข้: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนในเขต กรุงเทพมหานคร. *KKU Res. J.(be) 2011; 10(2)*, 160-172.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์, ปริญ ลักขิตานนท์, ศุภร เสรีรัตน์ และองอาจ ปทะวานิช. (2546). *การบริหารการตลาดยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา.
- ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลหนองคาย. (2557- 2559). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ปรับปรุง มกราคม 2558*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). สืบค้นจาก http://medinfo.psu.ac.th/nurse/NEW/QC/HA%20Standard_58_fn.pdf
- สมวงศ์ พงศ์สถาพร. (2550). *เคล็ดไม่ลับการตลาดบริการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูบีซีแอล นู๊คส์.
- สรานันท์ อนุชน. (2556). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก Journal of The Royal Thai Army Nurses, 14(3)*, 156-169.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2543). *การจัดประเภทอาชีพตามมาตรฐานสากลสำนักงานสถิติแห่งชาติ*. สืบค้นจาก <http://service.nso.go.th/nso/knowledge/standard/page3.htm>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก http://planning.anamai.moph.go.th/download/D_Strategic/2561/Down/Ebook%20MOPH%2020%20yrs%20final_240161.pdf
- สำนักพยาบาล กรมการแพทย์. (2550). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุพรรณวดี ภิญโญ, ธัญดา เข้มโรจน์, กันยารัตน์ เกิดแก้ว และกลอยใจ ศรีสาคร. (2554). *การรับรู้และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี*. เพชรบุรี: โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี.
- โสภิตา ชันแก้ว. (2546). *การศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือตอนบน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อดุลย์ และดลยา จาตุรงค์กุล. (2548). *พฤติกรรมผู้บริโภค: ฉบับมาตรฐาน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- อนุวัฒน์ สุภษุติกุล และคณะ. (2542). *เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ*.
 กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองคุณภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยระบบสาธารณสุข.
 อภิรักษ์ สำเหนียก. (2558). *การศึกษาคุณภาพการบริการ โดยพิจารณาที่ความคาดหวังและการรับรู้
 ต่อการบริการของโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำในจังหวัดพิษณุโลก*.
- อรพินท์ ไชยพยอม. (2542). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการของแผนกผู้ป่วยนอก
 โรงพยาบาลศิริราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).*
 มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- อัจฉรา ชันใจ และวีระศักดิ์ สมยานะ. (2558). *ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการ
 ของผู้ประกันตนโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน. (การศึกษาค้นคว้าอิสระบริหาร
 ธุรกิจมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).* มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อินทรา จันทร์ฐ. (2552). *ความคาดหวังและการรับรู้จริงต่อคุณภาพการบริการสายการบินต้นทุนต่ำ
 ที่ยวบิณภายในประเทศ.ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ.*
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- Aghamolaei T, Eftekhari TE, Rafati S, Kahnouji K1, Ahangari S, Shahrzad ME, Kahnouji A,
 & Hoseini SH. (2013). Service quality assessment of a referral hospital in southern
 Iran with SERVQUAL technique: patients' perspective. *BMC Health Serv Res*, 2014(14),
 322. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25064475>
- Ahasanul Haque, Abdullah Al Mamun Sarwar, Farzana Yasmin, AftabAnwar. (2014). The impact
 of customer perceived service quality on customer satisfaction for private health centre
 in Malaysia: a structural equation modeling approach *Information Management and
 Business Review. Information Management and Business Review*, 4(5), 257-267.
 Retrieved from [http://irep.iium.edu.my/26464/1/Published_Copy_\(IMBR\).pdf](http://irep.iium.edu.my/26464/1/Published_Copy_(IMBR).pdf)
- Al-Momani MM. (2015). Gap Analysis between Perceptions and Expectations of Medical-Surgical
 Patients in a Public Hospital in Saudi Arabia. *Med Princ Pract*, 25(1),79-84.
 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26501371>
- Amira ep Koubaa Eleuch. (2011). Healthcare service quality perception in Japan.
International Journal of Health Care Quality Assurance, 24(6), 417-429.
 Retrieved from <https://doi.org/10.1108/09526861111150680>

- Asa Muntlin MSc, Lena Gunningberg PhD, Marianne Carlsson. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1045-1056. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x>
- Avichai Shuv-Ami, Tamar Shalom. (2017). Demographic differences of perceived service quality in emergency rooms of hospital organizations. *International Journal of Organizational Analysis*, 25(2), 282-294. Retrieved from <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/IJOA-08-2016-1052>
- Basava Malleswara Rao V, N.Satyanarayana. (2014). A Study on Patient Perceived Service Quality in a Tertiary Care Teaching Hospital. *IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM)*, 16(11), 29-33. Retrieved from <http://www.iosrjournals.org/iosr-jbm/papers/Vol16-issue11/Version-1/E0161112933.pdf>
- Brown S.W. (1991). *Service Quality: Multidisciplinary and multinational perspective*. Lexington, Mass: Lexington Books.
- David A Thompson, Paul R Yarnold, Diana R Williams, Stephen L Adams. (1995). Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department. *Ann Emer Med*, 28(6), 657-65. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8953956>
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Retrieved from <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/1567/the-definition-of-quality-and-approaches-to-its-assessment-vol-1-explorations-in-quality-assessment-and-monitoring>
- Luis E. Ibarra, Vanessa Casas M, Ana L. Partida. (2014). Adapting the Servqual Scale to a Private Hospital Emergency Services: An Empirical Investigation. *Chinese Business Review*, 13(5), 273-289. Retrieved from <http://www.davidpublisher.com/Public/uploads/Contribute/550a71b740b2f.pdf>
- Lin DJ1, Sheu IC, Pai JY, Bair A, Hung CY, Yeh YH, Chou MJ. (2009). Measuring patient's expectation and the perception of quality in LASIK services. *Health Qual Life Outcomes*, 7(63). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19591682>

- Maryam Gholami, Zahra Kavosi, Marziye khojastefar. (2012). Services quality in emergency department of Nemazee Hospital: Using SERVQUAL model. *Health Management & Informatics*, 3(4),121-126. Retrieved from <http://jhmi.sums.ac.ir/index.php/JHMI/article/view/272/89>
- Odgerel Chimed-Ochir. (2009). *Patient satisfaction and service quality perception at district hospitals in Mongolia*. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.897.3321&rep=rep1&type=pdf>
- Parasuraman, A, Ziethaml, V. and Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 62(1),12-40. Retrieved from file:///C:/Users/Acer/Downloads/Escala%20Servqual%20-%20Journal%20of%20Retailing.pdf
- Parasuraman, A., Berry, L.L. and Zeithaml, V.A. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67(4),57-67. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Valarie_Zeithaml/publication/30
- Parasuraman, A, Ziethaml, V. and Berry, L.L. (1985). *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/1251430?origin=JSTOR-pdf>
- Parasuraman, A, Ziethaml, V. and Berry, L.L. (1988). *Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence*. *The Journal of Marketing*, 49(4), 41-50. Retrieved from <https://hec.unil.ch/docs/files/123/997/zeithaml88-1.pdf>
- Shoshanna Sofaer and Kirsten Firminger. (2005). PATIENT PERCEPTIONS OF THE QUALITY OF HEALTH SERVICES. *Annual Review of Public Health*, 26, 513-559. Retrieved from <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958>
- Webster N. (1988). *Webster's Third New International Dictionary*. New York: Simon & Schuster.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษา



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษา

| ลำดับที่ | ชื่อ-สกุล | ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน |
|----------|----------------------------|---|
| 1. | ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง | รองผู้อำนวยการกลุ่มวิจัยและพัฒนาผลงานวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 2. | ดร.บุญรอด ดอนประเพ็ง | รองคณะบดีฝ่ายบริการ วิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม นครพนม |
| 3. | นางฉฤติ ทิพย์สุทธิ์ | พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ หอหน้าหอผู้ป่วยวิกฤติ รพ.หนองคาย |



ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิและเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ





ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว ๔๕๐

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโครงการศึกษาค้นคว้าอิสระและแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางวริศรา เบ้าบุญ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อวงวนอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย” อยู่ในความควบคุมดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร.พณีย์ สีดกะกลิน อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระและขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สรารุท สุธรรมมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570



ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว 350

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.บุญรอด ดอนประเพ็ญ

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโครงการศึกษาค้นคว้าอิสระและแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางวิศรดา เป้าบุญ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย” อยู่ในความควบคุมดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีดกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระและขณะนี้ นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้ นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สุราวุธ สุธรรมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570



ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว ๔๕๐

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ณฤดี ทิพย์สุทธิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโครงการศึกษาค้นคว้าอิสระและแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางวิศรดา เป้าบุญ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย” อยู่ในความควบคุมดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สัตตะกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระและขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สรารู สุธรรมสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570



ที่ ศธ 0522.20(บ)/351

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี จังหวัดอุตรธานี

ด้วยนางวริศรา เบ้านู นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย” อยู่ในความควบคุมดูแลของรองศาสตราจารย์ ดร.พานิ สัตกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษา ค้นคว้าอิสระ และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง บุคลากรในสังกัดหน่วยงานท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ในการศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สรารุท สุธรรมมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง



ที่ ศธ 0522.20(บ)/352

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม จังหวัดนครพนม

ด้วยนางวริศรา เบ้าบุญ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่อง “คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของ ผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย” อยู่ในความควบคุมดูแลของรองศาสตราจารย์ ดร.พณีย์ สีตกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์ ดร.บุญรอด ดอนประเพ็ญ บุคลากรในสังกัดหน่วยงานท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ในการศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สรารุท สุธรรมมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร.บุญรอด ดอนประเพ็ญ



ที่ ศธ 0522.20(บ)/ 353

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

ด้วยนางวริศรา เบ้านู นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่อง “คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของ ผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย” อยู่ในความควบคุมดูแลของรองศาสตราจารย์ ดร.พณีย์ สีดกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์ณฤดี ทิพย์สุทธิ์ บุคลากรในสังกัดหน่วยงานท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ในการศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สรารุท สุธรรมสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570

สำเนาเรียน อาจารย์ณฤดี ทิพย์สุทธิ์

ภาคผนวก ค

หนังสือขอตกลงเครื่องมือและขอเก็บข้อมูล



| |
|---------------------------|
| โรงพยาบาลหนองคาย |
| รับวันที่ 23 ก.พ. 2561 |
| เลขที่ 1714 เวลา 10.55 น. |
| ชื่อผู้ส่งบัญชี ปรานทิพย์ |



ที่ ศธ 0522.20(บ)/ 363

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือ เพื่อประกอบการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางวิศรดา เป้าบุญ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย” อยู่ในความควบคุมดูแลของรองศาสตราจารย์ ดร.พาดิณี สัตตะกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ ในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระในครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะทดลองเครื่องมือ เพื่อประกอบการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่านโดยใช้วิธีการให้ตอบแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1- 28 กุมภาพันธ์ 2561

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุมัติให้นักศึกษาได้ทดลองเครื่องมือ เพื่อประกอบการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระตามที่เห็นสมควรด้วย จะขอบคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย

- เพื่อโปรดทราบ
- เพื่อโปรดพิจารณา *อนรรฆ*
- เพื่อโปรดดำเนินการ
- เห็นควร *วศอ. ER*
(อธิบดีฯ เป้าบุญ)

ขอแสดงความนับถือ

(วิศรดา เป้าบุญ)
(รองศาสตราจารย์สรารุช สุธรรมาสา)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020
โทรสาร. (02) 503-3570

วศอ. ER
วศอ. ER
24 ก.พ. 61

โรงพยาบาลหนองคาย
รับวันที่ 23 ก.พ. 2561
เลขที่ 1415 เวลา 11.00 น.
ชื่อผู้ส่งบัญชี นางสาว...



ที่ ศธ 0522.20(บ)/362

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางวริศรา เบ้าวนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย” อยู่ในความควบคุมดูแลของรองศาสตราจารย์ ดร.พณีย์ สีดกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ ในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระในครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่าน โดยใช้วิธีการให้ตอบแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1-28 กุมภาพันธ์ 2561

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุมัติให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ ตามที่เห็นสมควรด้วย จะขอบคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย

เพื่อโปรดทราบ

เพื่อโปรดพิจารณา ๑๒๒/๗

เพื่อโปรดดำเนินการ

เห็นควร... NOH RR. (นางวริศรา เบ้าวน)

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สราวุธ สุธรรมาสา)

๒๒ ก.พ. ๖1 ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. (02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570



ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย



โรงพยาบาลหนองคาย กระทรวงสาธารณสุข
๑๑๕๘ ถนนมีชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย โทร ๐๔๒-๔๒๑๔๖๕

คณะกรรมการจัดการความรู้และศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki , The Belmont Report , CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ
ต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

เลขที่โครงการวิจัย : ๐๓/๒๕๖๑

ผู้วิจัยหลัก : ๑.นางวริศรา เป้าบุญ

สังกัดหน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเพิ่มชุด / เสียเกินครึ่งหนึ่งของกรรมการที่ร่วมพิจารณา

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย ๑ ครั้ง / ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน ๑ ปี

เอกสารรับรอง : ตามเอกสารแนบท้าย

ลงนาม *ณัฐทิพย์* ลงนาม *สุพิศภา* *เพ็ญกลาง*
(นางณัฐทิพย์ ทิพย์สุทธิ์) (ภญ.สุพิศภา แข็งกลาง)
กรรมการ กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจัดการความรู้และศึกษาวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการจัดการความรู้และศึกษาวิจัยในมนุษย์

ลงนาม *จินตาทรา มังคะละ*
(พญ.จินตาทรา มังคะละ)
ประธาน
คณะกรรมการจัดการความรู้และศึกษาวิจัยในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : ๐๓/๒๕๖๑

วันที่ให้รับรอง : วันที่ *๑๕* เดือน *มกราคม* พ.ศ. ๒๕๖๑

วันหมดอายุใบรับรอง : ๑ ปี นับจากวันที่ให้ใบรับรอง



ภาคผนวก จ

แบบสอบถาม

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

แบบสอบถามการวิจัย
คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลหนองคาย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย
2. ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ การตอบแบบสอบถามไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการเข้ารับบริการ ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เพื่อการศึกษาและพัฒนาบริการเท่านั้น
3. แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 11 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 คือ ระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 40 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็นคะแนน 5 ระดับ โดยมีความหมายค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้

| ค่าคะแนน | ความหมาย |
|------------|---|
| ค่าคะแนน 5 | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับมากที่สุด |
| ค่าคะแนน 4 | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับมาก |
| ค่าคะแนน 3 | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง |
| ค่าคะแนน 2 | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับน้อย |
| ค่าคะแนน 1 | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการอยู่ในระดับน้อยที่สุด |

ส่วนที่ 3 ภาพรวมคุณภาพบริการในแต่ละด้านที่รับรู้เมื่อมาใช้บริการ

ส่วนที่ 4 ภาพรวมคุณภาพบริการในแต่ละด้านที่ควรปรับปรุงมากที่สุด 3 ลำดับแรก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและการรับบริการของผู้รับบริการ

คำชี้แจง โปรดให้คำตอบที่ตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน โดยเลือกทำเครื่องหมาย ✓

ลงใน ช่องว่าง หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

หญิง ชาย []

2. สัญชาติ

ไทย ลาว อื่นๆระบุ..... []

3. อายุ (ปี)

น้อยกว่า 20 20 – 39 40 – 59 []
 60 – 79 80 ขึ้นไป

4. การศึกษา

ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา []
 อนุปริญญา/อาชีวศึกษา ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ค้าขาย []
 เกษตรกรรม รัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว
 พนักงานบริษัทเอกชน รับราชการ / ส่วนท้องถิ่น อื่นๆ

6. สิทธิการรักษา

ชำระเงินเอง ประกันสุขภาพ ประกันสังคม []
 พรบ. สิทธิข้าราชการ / หน่วยงานอื่นๆ อื่นๆ.....

7. ประเภทความเจ็บป่วย

เจ็บป่วยด้วยโรค อุบัติเหตุอื่นๆ อุบัติเหตุจราจร ทำแผล ฉีดยาแก้ []

8. ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านมีความรุนแรงระดับใด []

- ไม่รุนแรง เล็กน้อย ปานกลาง
 มาก มากที่สุด



0



1-3



4-6



7-9



10

9. จำนวนที่มารับบริการ (ครั้ง) []

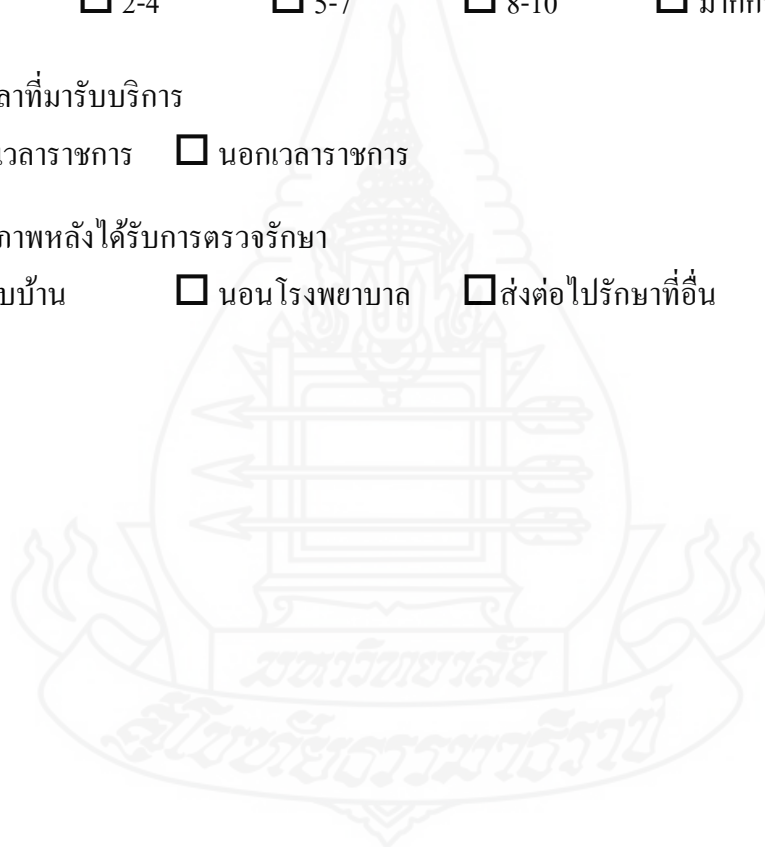
- 1 2-4 5-7 8-10 มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป

10. ช่วงเวลาที่มารับบริการ

- ในเวลาราชการ นอกเวลาราชการ []

11. สถานภาพหลังได้รับการตรวจรักษา []

- กลับบ้าน นอนโรงพยาบาล ส่งต่อไปรักษาที่อื่น



**ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพ
การบริการของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย**

ความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการ หมายถึง ความเชื่อ ความคิด ความต้องการ ของ ผู้รับบริการที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าว่าจะได้รับ หรือควรจะได้รับจากการมารับบริการทางการแพทย์ จากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

การรับรู้ต่อคุณภาพการบริการ หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ใช้บริการต่อ คุณภาพการบริการของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ที่เกิดขึ้นหลังจากการรับบริการ ในครั้งนี้

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในข้อที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแต่ละ ระดับมีความหมายดังนี้

| ค่าคะแนน | ความหมาย |
|-----------------|--|
| ค่าคะแนน 5 | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริง ของคุณภาพบริการอยู่ใน <u>ระดับมากที่สุด</u> |
| ค่าคะแนน 4 | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริง ของคุณภาพบริการอยู่ใน <u>ระดับมาก</u> |
| ค่าคะแนน 3 | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริง ของคุณภาพบริการอยู่ใน <u>ระดับปานกลาง</u> |
| ค่าคะแนน 2 | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริง ของคุณภาพบริการอยู่ใน <u>ระดับน้อย</u> |
| ค่าคะแนน 1 | หมายถึง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการหรือการรับรู้สภาพความเป็นจริง ของคุณภาพบริการอยู่ใน <u>ระดับน้อยที่สุด</u> |

ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพ
การบริการของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย (ต่อ)

| ข้อที่ | ความคาดหวังต่อ คุณภาพการบริการ ก่อนรับบริการ มากที่สุด น้อยที่สุด | | | | | หัวข้อ | สิ่งที่ได้รับจริง คุณภาพการบริการ หลังรับบริการ มากที่สุด น้อยที่สุด | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--|--|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | | | ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน | | | | | |
| | | | | | | ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ | | | | | |
| 1 | | | | | | มีป้าย หรือเครื่องหมาย บอกขั้นตอน การบริการต่างๆ ชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวก | | | | | |
| 2 | | | | | | มีจุดติดต่อ ที่มีเจ้าหน้าที่ให้ติดต่อได้ ตลอดเวลา | | | | | |
| 3 | | | | | | สถานที่สะอาด ไม่แออัด ไม่มีกลิ่น หรือเสียงรบกวน | | | | | |
| 4 | | | | | | มีที่นั่งรอตรวจ เพียงพอ | | | | | |
| 5 | | | | | | มีรถเข็น เปลนอนผู้ป่วย เพียงพอ | | | | | |
| 6 | | | | | | มีห้องน้ำ ถังขยะ กระโถน เพียงพอ | | | | | |
| 7 | | | | | | ห้องพักสังเกตอาการ ไม่แออัด อากาศ ถ่ายเทสะดวก มีอุปกรณ์เช่น หมอน ผ้าห่ม แก้วน้ำ เก้าอี้ เพียงพอ | | | | | |
| 8 | | | | | | มีเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ ทันสมัย เพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้ | | | | | |
| 9 | | | | | | แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่แปล สวมเครื่องแบบ แต่งกายติดป้ายชื่อ ตำแหน่งงาน ชัดเจน | | | | | |
| | | | | | | ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ | | | | | |
| 10 | | | | | | หน่วยงาน มีชื่อเสียงด้านความพร้อม มีศักยภาพ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ | | | | | |

ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพ
การบริการของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย (ต่อ)

| ข้อที่ | ความคาดหวังต่อ คุณภาพการบริการ ก่อนรับบริการ มากที่สุด น้อยที่สุด | | | | | หัวข้อ | สิ่งที่ได้รับจริง คุณภาพการบริการ หลังรับบริการ มากที่สุด น้อยที่สุด | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | | | ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน | | | | | |
| | | | | | | ด้านความเชื่อใจไว้วางใจ (ต่อ) | | | | | |
| 11 | | | | | | หน่วยงานมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ชำนาญการ รักษา เป็นผู้ให้การรักษา | | | | | |
| 12 | | | | | | แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เปเล แจ้งขั้นตอน การใช้บริการ ละเอียด ครบถ้วน ชัดเจน ปฏิบัติได้ | | | | | |
| 13 | | | | | | แพทย์ พยาบาล ให้ข้อมูลการ รักษาพยาบาล ละเอียด ครบถ้วน ชัดเจน | | | | | |
| 14 | | | | | | หน่วยงานให้การรักษาพยาบาล ถูกต้อง เหมาะสม มีความปลอดภัย | | | | | |
| 15 | | | | | | หน่วยงานให้การรักษา พยาบาล ถูกต้อง ตามมาตรฐาน ทุกครั้งที่ใช้บริการ | | | | | |
| | | | | | | ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ | | | | | |
| 16 | | | | | | มีขั้นตอนการรักษา พยาบาล สะดวก ไม่ยุ่งยาก | | | | | |
| 17 | | | | | | ให้การดูแลการรักษาตามประเภทผู้ป่วย รวดเร็ว ภายในระยะเวลาที่ ประกาศไว้ | | | | | |
| 18 | | | | | | ให้การรักษาพยาบาลได้ภายใน ไม่เกิน 1 ชั่วโมง | | | | | |
| 19 | | | | | | แพทย์ ยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นมิตร มีท่าที กระตือรือร้น และเต็มใจให้บริการ | | | | | |

ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพ
การบริการของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย (ต่อ)

| ข้อที่ | ความคาดหวังต่อ คุณภาพการบริการ ก่อนรับบริการ มากที่สุด น้อยที่สุด | | | | | หัวข้อ | สิ่งที่ได้รับจริง คุณภาพการบริการ หลังรับบริการ มากที่สุด น้อยที่สุด | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--|--|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | | | ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน | | | | | |
| | | | | | | ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (ต่อ) | | | | | |
| 20 | | | | | | แพทย์พุดจาสุภาพ ให้เกียรติผู้รับบริการ | | | | | |
| 21 | | | | | | พยาบาล ยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นมิตร มีท่าทีกระตือรือร้น และเต็มใจให้บริการ | | | | | |
| 22 | | | | | | พยาบาลพุดจาสุภาพ ให้เกียรติ ผู้รับบริการ | | | | | |
| 23 | | | | | | แพทย์ พยาบาล แจ้ง อาการ ผลการตรวจ หรือ ขั้นตอนการรักษาเป็นระยะๆ ขณะที่รอคอย | | | | | |
| 24 | | | | | | แพทย์ พยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ ใช้บริการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล เช่น ปฏิเสธหรือยอมรับการรักษา หลังจากได้รับข้อมูลเพียงพอ | | | | | |
| 25 | | | | | | แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวรเปิด ไม่เลือกปฏิบัติ ให้บริการเท่าเทียมกัน | | | | | |
| | | | | | | ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 26 | | | | | | ทำนรู้ลึกปลอดภัย มั่นใจว่าจะได้รับ การรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน | | | | | |
| 27 | | | | | | แพทย์มีความชำนาญในการตรวจ วินิจฉัย ให้การรักษาตรงกับการเจ็บป่วย | | | | | |

ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพ
การบริการของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย (ต่อ)

| ข้อที่ | ความคาดหวังต่อ คุณภาพการบริการ ก่อนรับบริการ มากที่สุด น้อยที่สุด | | | | | หัวข้อ | สิ่งที่ได้รับจริง คุณภาพการบริการ หลังรับบริการ มากที่สุด น้อยที่สุด | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | | | ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน | | | | | |
| | | | | | | ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (ต่อ) | | | | | |
| 28 | | | | | | แพทย์ มีทักษะ มีความรู้ ปฏิบัติการรักษา ด้วยความมั่นใจ คล่องแคล่ว น่าเชื่อถือ | | | | | |
| 29 | | | | | | แพทย์ ให้เกียรติและเคารพสิทธิส่วนตัว ของผู้รับบริการเช่น ไม่เปิดเผยร่างกาย ปิดม่านเมื่อต้องเปิดเผยร่างกาย ไม่เปิดเผยข้อมูลเจ็บป่วย ไม่ซักประวัติ หรือให้ข้อมูลการรักษาให้ผู้อื่น ได้ยินด้วย | | | | | |
| 30 | | | | | | พยาบาลมีความชำนาญในการซักประวัติ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การบรรเทา อาการไม่สุขสบาย | | | | | |
| 31 | | | | | | พยาบาลมีทักษะ มีความรู้ ปฏิบัติการ พยาบาลด้วยความมั่นใจ คล่องแคล่ว น่าเชื่อถือ | | | | | |
| 32 | | | | | | พยาบาล ให้เกียรติและเคารพสิทธิ ส่วนตัวของผู้รับบริการเช่น ไม่เปิดเผย ร่างกาย ปิดม่านเมื่อต้องเปิดเผยร่างกาย ไม่เปิดเผยข้อมูลเจ็บป่วย ไม่ซักประวัติ หรือให้ข้อมูลการรักษา ให้ผู้อื่น ได้ยินด้วย | | | | | |

ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพ
การบริการของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย (ต่อ)


| ข้อที่ | ความคาดหวังต่อ คุณภาพการบริการ ก่อนรับบริการ มากที่สุด น้อยที่สุด | | | | | หัวข้อ | สิ่งที่ได้รับจริง คุณภาพการบริการ หลังรับบริการ มากที่สุด น้อยที่สุด | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | | | ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน | | | | | |
| | | | | | | ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ในผู้รับบริการ | | | | | |
| 33 | | | | | | แพทย์ ให้บริการด้วยความเอื้ออาทร มีน้ำใจ แสดงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ พุดจาไพเราะมีท่าทีสุภาพต่อผู้รับบริการ | | | | | |
| 34 | | | | | | แพทย์สนใจ ใส่ใจ รับฟัง ให้ความสำคัญกับ ตรวจรักษาตอบคำถาม และให้คำปรึกษากับ ผู้รับบริการอย่างเหมาะสม ไม่ตัดบท หรือรวบรัด | | | | | |
| 35 | | | | | | แพทย์ สนใจ ตอบสนองต่อปัญหา ความเจ็บป่วย ความต้องการ การร้องขอ ของผู้รับบริการ อย่างถูกต้อง เอาใจใส่ เอื้ออาทร | | | | | |
| 36 | | | | | | พยาบาลให้บริการด้วยความเอื้ออาทร มีน้ำใจ แสดงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ พุดจาไพเราะมีท่าทีสุภาพต่อผู้รับบริการ | | | | | |
| 37 | | | | | | พยาบาลสนใจ ใส่ใจ รับฟัง ให้ความสำคัญ กับการพยาบาลให้ข้อมูล ตอบคำถาม และให้คำปรึกษากับผู้รับบริการ อย่างเหมาะสม เพียงพอ ไม่รวบรัด | | | | | |

ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพ
การบริการของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย (ต่อ)

| ข้อที่ | ความคาดหวังต่อ คุณภาพการบริการ ก่อนรับบริการ มากที่สุด น้อยที่สุด | | | | | หัวข้อ | สิ่งที่ได้รับจริง คุณภาพการบริการ หลังรับบริการ มากที่สุด น้อยที่สุด | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--|--|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | | | ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน | | | | | |
| | | | | | | ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ในผู้รับบริการ (ต่อ) | | | | | |
| 38 | | | | | | พยาบาล สนใจ ตอบสนองต่อปัญหา ความเจ็บป่วย ความต้องการ การร้องขอ ของผู้รับบริการ อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม | | | | | |
| 39 | | | | | | แพทย์ พยาบาล ให้ความสนใจผู้ป่วย ตลอดเวลา ไม่พุดคุย หยอกล้อ กันเอง ในขณะที่ปฏิบัติงาน | | | | | |
| 40 | | | | | | เจ้าหน้าที่เวรเปล ให้บริการเงินเปล ยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ด้วยความนุ่มนวล | | | | | |

ส่วนที่ 3 ภาพรวมคุณภาพบริการในแต่ละด้านที่ได้รับหรือรับรู้

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในข้อที่ท่านเห็นว่ามีความรวมของระดับคุณภาพบริการในแต่ละด้านตรงกับความเป็นจริงที่ได้รับจริงที่สุด

| ลำดับที่ | ภาพรวมระดับคุณภาพบริการ | มากที่สุด  น้อยที่สุด | | | | |
|----------|---|--|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1 | ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (ลักษณะทางกายภาพ อาคาร สถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ) | | | | | |
| 2 | ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ (ของหน่วยงานและบุคลากรแพทย์ พยาบาลพนักงานเปล) | | | | | |
| 3 | ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (ความพร้อม เต็มใจ ตอบสนอง ต่อความต้องการ) | | | | | |
| 4 | ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (การรักษาถูกต้อง รวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีมารยาท) | | | | | |
| 5 | ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (ให้อาหาร เอาใจใส่ในการให้บริการ) | | | | | |

ส่วนที่ 4 ภาพรวมคุณภาพบริการในแต่ละด้านที่ท่านเห็นว่าควรปรับปรุง

คำชี้แจง โปรดเลือกหัวข้อที่ท่านเห็นว่าควรปรับปรุงที่สุด 3 ลำดับแรก

โดยใส่หมายเลข 1-3 ลงในข้อที่ท่านเห็นว่าควรปรับปรุง

| หัวข้อด้าน | ควรปรับปรุง เป็นลำดับที่ |
|--|-----------------------------|
| ด้านอาคารสถานที่มองเห็นง่าย ป้ายชัดเจน สะดวก สบาย สะอาด | |
| ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานเช่นรถเข็น ที่นั่งรอตรวจ ห้องน้ำ กระจอน | |
| ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ | |
| ด้านพฤติกรรมบริการ ของแพทย์ | |
| ด้านพฤติกรรมบริการ ของพยาบาล | |
| ด้านพฤติกรรมบริการ ของพนักงานเปล | |
| ด้านการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ การประสานงาน | |
| ด้านการจัดลำดับคิวตรวจ | |
| ด้านระยะเวลาารอคอย | |
| ด้านการพักรักษาในห้องสังเกตอาการ | |

ประวัติผู้ศึกษา

| | |
|------------------|---|
| ชื่อ | นางวิศรา เบ้านุ |
| วัน เดือน ปีเกิด | 27 สิงหาคม 2511 |
| สถานที่เกิด | อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย |
| ประวัติการศึกษา | พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนีนครราชสีมา พ.ศ.2536 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2561 |
| สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลหนองคาย |
| ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

