

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง คุณภาพการบริการของแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งสามารถนำเสนอได้ทั้งหมด 7 ส่วน ดังนี้

- 2.1 ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ และจิตวิทยาการรับรู้
- 2.2 ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory)
- 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้
- 2.4 แนวคิดคุณภาพการบริการ และ ปัจจัยกำหนดคุณภาพการบริการ
 - 2.4.1 ด้านคุณภาพการบริการ
 - 2.4.2 ด้านคุณภาพบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ
 - 2.4.3 ด้านงานบริการของแผนกผู้ป่วยนอก
- 2.5 แผนกบริการผู้ป่วยนอก ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

2.1 ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ และจิตวิทยาการรับรู้

ความหมาย

การรับรู้หมายถึง การใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่ผ่านมาประสาทสัมผัส แล้วเกิดความรู้สึกระลึกถึงความหมายว่าเป็นอะไร ผู้รับสัมผัสต้องแปลความจากสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัส แล้วเกิดความรู้สึกระลึกถึงความหมายว่าเป็นอะไร ผู้รับสัมผัสต้องแปลความหมายจากการสัมผัสนั้นออกมา โดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเป็นพื้นฐานเพื่อที่จะแปลความได้ว่า สิ่งเร้าที่มาสัมผัสประสาทของเรานั้นมีความหมายเป็นอย่างไร การแปลความหมายของความรู้สึกระลึกจากการสัมผัสนี้เองที่เรียกว่า การรับรู้ (Perception) ดังนั้นอาจกล่าวโดยสรุปว่า การรับรู้เป็นผลของความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมที่เราได้รวมเข้ากับการรับรู้สัมผัสที่เราได้รับ หากพิจารณาในแง่ของพฤติกรรมแล้ว การรับรู้ คือกระบวนการอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นอยู่ระหว่างการที่มีสิ่งเร้าเข้าไปเร้าบุคคลแล้วทำให้บุคคลนั้นตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นเอง (กันยา สุวรรณแสง, 2540: 127)

การรับรู้ (Perception) ว่าเป็นขั้นตอนที่บุคคลมีการรับรู้ (Receive) จัดระเบียบ (Organize) หรือการกำหนด (Assign) ความหมายของสิ่งกระตุ้น โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้งห้า หรือเป็นกระบวนการที่แต่ละบุคคลเลือกสรร (Select) จัดระเบียบ (Organize) หรือการตีความ (Interpret) เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น (Stimulus) เพื่อให้เกิดความหมายที่เขาอาศัยอยู่ จะเห็นได้ว่าการรับรู้เป็นกระบวนการของแต่ละบุคคลซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยภายใน เช่น ความเชื่อ ประสบการณ์ ความต้องการ และอารมณ์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอก คือ สิ่งกระตุ้น โดยจะมีเงื่อนไขเฉพาะในแต่ละบุคคล จึงทำให้เกิดการรับรู้ต่างกันในเรื่องที่เหมือนกัน การรับรู้เป็นกระบวนการกลั่นกรองความรู้สึกจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การได้เห็น ได้กลิ่น ได้ยิน ได้รสชาติ ได้รู้สึกลึก (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2546: 211)

อวัยวะรับความรู้สึกของคนเรานั้น แบ่งได้เป็นสองประเภทคือ

1. ความรู้สึกเกิดขึ้นได้เนื่องจากบุคคลนั้นมีอวัยวะที่จะรับรู้จากภายนอกเข้าสู่ร่างกาย ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง ซึ่งอวัยวะรับความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้คนเรารับรู้การรับรู้โดยการเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น รู้รส และสัมผัส ตามลำดับ

2. การรับรู้ที่เกิดจากบุคคลนั้นมีอวัยวะที่ทำหน้าที่รับสัมผัสจากภายในตัวเอง ได้แก่ ไคเนสเทติก (Kinesthetic) ซึ่งทำให้คนเรารับรู้เกี่ยวกับตำแหน่ง รวมทั้งการเคลื่อนไหวของร่างกาย และเวสติบิวลาร์ (Vestibular) ทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับการทรงตัว เป็นต้น

แต่การรับรู้เหล่านี้มักไม่มีความหมายในตัวของมันเอง บุคคลนั้นจะต้องแปลความหมายของการรับความรู้สึกออกมาโดยอาศัยประสบการณ์เดิม การแปลความหมายของความรู้สึกนี้เรียกว่า การรับรู้ (Perception) (ศิริเพิ่ม เขาวนศิลป์, 2553: 7)

การเรียนรู้ของคนเรามาจากไม่รู้ ไปสู่การเรียนรู้ มี 5 ขั้นตอน

"...การเรียนรู้เกิดขึ้นเมื่อ สิ่งเร้า มาเร้า ประสาทที่ตื่นตัว เกิดการรับสัมผัสกับอวัยวะรับสัมผัสด้วยประสาททั้ง 5 แล้วส่งกระแสสัมผัสไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการแปลความหมายขึ้น โดยอาศัยประสบการณ์เดิมและอื่นๆ เรียกว่า การรับรู้ (perception) เมื่อแปลความหมายแล้วก็จะมีการสรุปผลของการรับรู้เป็นความคิดรวบยอด แล้วมีปฏิกิริยาตอบสนอง (response) อย่างหนึ่งอย่างใดต่อสิ่งเร้าตามที่รับรู้ เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แสดงว่า การเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้วประเมินผลที่เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้แล้ว..."

ลำดับขั้นของการเรียนรู้ในกระบวนการเรียนรู้ของคนเรานั้น จะประกอบด้วยลำดับขั้นตอนพื้นฐานที่สำคัญ 3 ขั้นตอนด้วยกัน คือ

1. ประสบการณ์ (Experiences) ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า ซึ่งได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ประสาทรับรู้เหล่านี้จะเป็นเสมือนช่องประตูที่จะให้บุคคลได้รับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้า

ต่างๆ ประสบการณ์ต่างๆ ที่บุคคลได้รับนั้นย่อมจะแตกต่างกัน บางชนิดก็เป็นประสบการณ์ตรง บางชนิดเป็นประสบการณ์แทน บางชนิดเป็นประสบการณ์รูปธรรม และบางชนิดเป็นประสบการณ์นามธรรม หรือเป็นสัญลักษณ์

2. ความเข้าใจ (Understanding) หลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์แล้ว ขึ้นต่อไปก็คือ ตีความหมายหรือสร้างมโนคติ (Concept) ในประสบการณ์นั้นกระบวนการนี้เกิดขึ้นในสมองหรือจิตของบุคคล เพราะสมองจะเกิดสัญญาณ (Percept) และมีความทรงจำ (Retain) ขึ้น ซึ่งเราเรียกกระบวนการนี้ว่า "ความเข้าใจ" ในการเรียนรู้ นั้น บุคคลจะเข้าใจประสบการณ์ที่เขาประสบได้ก็ต่อเมื่อเขาสามารถจัดระเบียบ (Organize) วิเคราะห์ (Analyze) และสังเคราะห์ (Synthesis) ประสบการณ์ต่าง ๆ จนกระทั่งหาความหมายอันแท้จริงของประสบการณ์นั้นได้

3. ความนึกคิด (Thinking) ความนึกคิดถือว่าเป็นขั้นสุดท้ายของการเรียนรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในสมอง (Crow, 1948) ได้กล่าวว่า ความนึกคิดที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องเป็นความนึกคิดที่สามารถจัดระเบียบ (Organize) ประสบการณ์เดิมกับประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับให้เข้ากันได้ สามารถที่จะค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ทั้งเก่าและใหม่ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้เกิดบูรณาการเรียนรู้อย่างแท้จริง (กฤษณา ศักดิ์ศรี, 2530)

จิตวิทยาการเรียนรู้และการรับรู้ต้องพึงพิงหลักทฤษฎีทางสรีรวิทยาและฟิสิกส์เข้ามาช่วยอธิบายด้วยจึงจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้และการรับรู้ที่บุคคลมีต่อสิ่งแวดล้อม นักจิตวิทยาทางด้านนี้ส่วนมากจึงมักจะเป็นนักวิทยาศาสตร์ทางสาขาฟิสิกส์และชีววิทยา ซึ่งหันมาสนใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ และการรับรู้ของบุคคล เนื่องจากมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมและอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ซึ่งสิ่งแวดล้อมอย่างเดียวกันจะมีอิทธิพลต่อมนุษย์แต่ละคนไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล ดังนั้นจึงอาจสรุปการเรียนรู้และการรับรู้ของคนเราได้ว่า เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆบุคคลนั้น การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมนี้จะกระตุ้นให้ร่างกายของคนเราเกิดการเปลี่ยนแปลงสองลักษณะ คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้ง่าย และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาซึ่งไม่สามารถสังเกตเห็นได้ง่ายๆ ความรู้สึกทั้งหลายที่ระบบประสาทรับได้ จะมีการแปลความหมายออกมาเป็นการรับรู้ (Perception) ซึ่งการรับรู้ในแต่ละคนจะรับรู้ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ เหตุผล และบุคลิกภาพที่แต่ละคนได้รับการอบรมเลี้ยงดูมาตั้งแต่วัยเด็ก การที่คนเราจะแปลความหมายการรับรู้ได้มากน้อย หรือดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 อย่างคือ ระดับสติปัญญา การรู้จักสังเกต และการตั้งใจและความสนใจ (ศิริเพิ่ม เชาว์ศิลป์, 2533: 1)

หลักการอธิบายแบบแผนในการรับรู้ ของสิ่งเร้าต่างๆ ดังนี้ คนเรามีแนวโน้มที่จะจัดสิ่งต่างๆ ที่เขามองเห็นออกเป็นกลุ่ม หรือเป็นหมวดหมู่จากหลักการต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. หลักความใกล้ชิด (Proximity or Nearness) คนเรามีแนวโน้มที่จะรับรู้สิ่งต่างๆ ที่อยู่ใกล้ชิดให้เป็นภาพเดียวกัน หรือเป็นหมวดหมู่เดียวกัน
2. หลักความคล้ายคลึง (Similarity) คนเรายังมีแนวโน้มที่จะรับรู้ภาพของเส้นหรือ จุดที่คล้ายคลึงกัน หรือเหมือนกัน เขาเป็นภาพเดียวกัน หรือหมวดหมู่เดียวกัน
3. หลักความต่อเนื่อง (Continuity or Common Fate) สิ่งเร้าหรือวัตถุทั้งที่เป็นภาพนิ่งหรือเคลื่อนไหวได้ใดๆ ก็ตามที่ปรากฏขึ้นไปในทิศทางเดียวกัน มักก่อให้เกิดภาพได้ง่ายกว่าสิ่งเร้าหรือวัตถุที่ขาดความต่อเนื่อง เพราะเหตุว่ามนุษย์มีแนวโน้มในการรับรู้เป็นหมวดหมู่เดียวกันนั่นเอง
4. หลักการประสานกันสนิท (Closure) ภาพที่ใกล้จะสมบูรณ์ หรือขาดความสมบูรณ์ไปเพียงเล็กน้อย ไม่สามารถทำลายการรับรู้ที่เต็มบริบูรณ์ได้ ทั้งนี้เพราะคนเรามีแนวโน้มที่จะต่อเติมส่วนที่ขาดหายไปจากภาพ ให้เกิดเป็นภาพที่สมบูรณ์ได้ เช่น สามเหลี่ยม สี่เหลี่ยม หรือวงกลม ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งขาดหายไป หรือภาพการ์ตูน ภาพสัตว์ต่างๆ หรือตัวอักษรเป็นต้น

หลักการประสานกันสนิทนี้ ไม่เพียงแต่ทำให้คนเรามีแนวโน้มในการต่อเติมภาพที่ยังไม่สมบูรณ์ด้วยการเห็นเท่านั้น หากแต่ยังช่วยในการต่อเติมสิ่งต่างๆ ที่เกิดจากการสัมผัสอื่นๆ อีกด้วย เช่น การต่อเติมเสียงเพลง เสียงร้อง และจังหวะต่างๆ ของดนตรีที่ขาดหาย หรือไม่สมบูรณ์ให้สมบูรณ์ได้ อย่างไรก็ตามแนวโน้มของคนเราในการต่อเติม ไม่ว่าจะเป็นภาพ เสียงเพลง หรืออื่นๆ ที่ต้องอาศัยหลักการประสานสนิทนั้น จะทำให้ถูกต้องสมบูรณ์ถูกต้องเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ของคนนั้นมาก่อน ซึ่งถ้าคนนั้นมีประสบการณ์เดิมและการเรียนรู้มากเพียงพอ เขาก็จะสามารถต่อเติมสิ่งอื่นๆ ด้วยการสัมผัสต่างๆ เพื่อให้ได้สิ่งสมบูรณ์ตามที่ต้องการได้ (นักจิตวิทยา Gestalt)

2.2 ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory)

ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory) ว่าการรับรู้เป็นพื้นฐานการเรียนรู้ที่สำคัญ ของบุคคล เพราะการตอบสนองพฤติกรรมใดๆ จะขึ้นอยู่กับ การรับรู้จากสภาพแวดล้อม ของตน และความสามารถในการแปลความหมายของสภาพนั้นๆ ดังนั้น การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยการรับรู้ และสิ่งเร้าที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยการรับรู้ประกอบด้วยประสาทสัมผัส และปัจจัยทางจิต คือความรู้เดิม ความต้องการ และเจตคติเป็นต้น การรับรู้จะประกอบด้วยกระบวนการสามด้านคือการรับสัมผัส การแปลความหมาย และอารมณ์

การรับรู้ หมายถึง การรู้สึกสัมผัสที่ได้รับการตีความให้เกิดความหมายแล้ว เช่น ในขณะนี้เรายู่ในภาวะการรับรู้ (Conscious) คือลืมตาตื่นอยู่ ในทันใดนั้น เราได้ยินเสียงดังปังมาแต่ไกล (การรู้สึกสัมผัส-Sensation) แต่เราไม่มีความหมายคือไม่รู้ว่ามันเป็นเสียงอะไร เราจึงยังไม่เกิดการรับรู้ แต่ครู่ต่อมามีคนบอกว่ามันเป็นเสียงระเบิดของขางรถยนต์ เราจึงเกิดการรู้ความหมายของการรู้สึกสัมผัสนั้น ดังนั้นเรียกว่าเราเกิดการรับรู้ การรับรู้เป็นผลเนื่องมาจากการที่มนุษย์ใช้อวัยวะรับสัมผัส (Sensory Motor) ซึ่งเรียกว่า เครื่องรับ (Sensory) ทั้ง 5 ชนิด คือ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง จากการวิจัยมีการค้นพบว่าการรับรู้ของคนเกิดจากการเห็น 75% จากการได้ยิน 13% การสัมผัส 6% กลิ่น 3% และ รส 3% การรับรู้จะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดขึ้น อยู่กับสิ่งที่มีอิทธิพล หรือปัจจัยในการรับรู้ ได้แก่ ลักษณะของผู้รับรู้ ลักษณะของสิ่งเร้า เมื่อมีสิ่งเร้าเป็นตัวกำหนดให้เกิดการเรียนรู้ได้นั้น จะต้องมีการรับรู้เกิดขึ้นก่อน เพราะการรับรู้ เป็นหนทางที่นำไปสู่การแปลความหมายที่เข้าใจกันได้ ซึ่งหมายถึง การรับรู้เป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้เกิดขึ้น การเรียนรู้ย่อมเกิดขึ้นไม่ได้ การรับรู้จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ทำให้เกิดความคิดรวบยอด ทักษะของมนุษย์ อันเป็นส่วนสำคัญยิ่งในกระบวนการเรียนการสอนพฤติกรรมต่าง ๆ นำไปสู่การกำหนดทฤษฎีการเรียนรู้ต่างๆ การจัดระบบการรับรู้มนุษย์เมื่อพบสิ่งเร้าไม่ได้รับรู้ตามที่สิ่งเร้าปรากฏแต่นำมาจัดระบบตามหลัก (วชิระ จินหนองจอก, 2552)

องค์ประกอบของการรับรู้ (นงนภัส พันธุ์พลกฤต, 2548) การรับรู้ของคนเราจะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบไปด้วยส่วนประกอบที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. การสัมผัส หมายถึง อาการรู้สึกจากการใช้อวัยวะรับสัมผัสชนิดใดชนิดหนึ่งทำปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่มาเร้า เช่น การที่ตามองเห็นนักศึกษา หรือ หู ได้ยินเสียงร้อง จีบ จีบ เป็นต้น

2. สิ่งเร้า หมายถึง สิ่งต่างๆ เหตุการณ์ต่างๆ หรือปัจจัยต่างๆ ที่ถูกอวัยวะรับสัมผัสทำปฏิกิริยา เช่น นักศึกษา หรือเสียงร้องของนก เป็นต้น

3. การแปลความหมาย หมายถึง การใช้ความรู้เดิมและประสบการณ์เดิม ในการพิจารณาต่อการสัมผัส เช่น ลักษณะของนักศึกษาที่แต่งตัวไม่เรียบร้อยนั้นจะนำเสื้อออกนอกกระโปรงหรือกางเกง และสวมรองเท้าแตะ หรือเสียงที่ร้อง จีบ จีบ คือเสียงนก เป็นต้น ซึ่งเป็นการใช้ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมที่เคยเรียนรู้มาก่อนมาพิจารณา

4. ความรู้เดิม หรือประสบการณ์เดิม หมายถึง เหตุการณ์ต่างๆ ที่บุคคลเคยเรียนรู้หรือประสบมาก่อน เช่น เคยถูกอาจารย์ตำหนิมาก่อน ทุกครั้งที่สวมเสื้อนอกกระโปรงหรือกางเกง และสวมรองเท้าแตะเมื่อเข้าห้องเรียน หรือ เคยได้ยินเสียง จีบ จีบ มาก่อน จึงรู้ว่าเป็นเสียงของนกหรือ เป็นต้น

หลักการจัดหมวดหมู่ในการรับรู้ (Organization in Perception)

นักจิตวิทยา (Gestalt) หลักเกณฑ์การอธิบายแบบแผนในการรับรู้ ของสิ่งเร้าต่างๆ ดังนี้ว่าคนเรามีแนวโน้มที่จะจัดสิ่งต่างๆ ที่เขามองเห็นออกมาเป็นกลุ่ม หรือเป็นหมวดหมู่ จากหลักการต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. หลักแห่งความใกล้ชิด (Proximity or Nearness) คนเรามีแนวโน้มที่จะรับรู้สิ่งต่างๆ ที่อยู่ใกล้กันให้เป็นภาพเดียวกัน หรือเป็นหมวดหมู่เดียวกัน
2. หลักแห่งความคล้ายคลึง (Similarity) คนเรามักมีแนวโน้มที่จะรับรู้ภาพของเส้น หรือจุดที่คล้ายคลึงกัน หรือเหมือนกัน เข้าเป็นภาพเดียวกัน หรือหมวดหมู่เดียวกัน
3. หลักความต่อเนื่อง (Continuity or Common Fate) สิ่งเร้าหรือวัตถุทั้งที่เป็นภาพนิ่งหรือเคลื่อนไหวได้ใดๆ ก็ตาม ที่ปรากฏขึ้นไปในทิศทางเดียวกัน มักก่อให้เกิดภาพได้ง่ายกว่าสิ่งเร้าหรือวัตถุที่ขาดการต่อเนื่อง เพราะเหตุว่ามนุษย์มีแนวโน้มในการรับรู้เป็นหมวดหมู่เดียวกันนั่นเอง
4. หลักการประสานกันสนิท (Closure) ภาพที่ใกล้จะสมบูรณ์ไปเพียงเล็กน้อย ไม่สามารถทำลายการรับรู้ที่เต็มสมบูรณ์ได้ ทั้งนี้เพราะคนเรามีแนวโน้มที่จะต่อเติมส่วนที่ขาดหายไปจากภาพให้เกิดเป็นภาพที่สมบูรณ์ได้ เช่น สามเหลี่ยม สี่เหลี่ยม หรือวงกลม ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งขาดหายไป หรือ ภาพการ์ตูน ภาพสัตว์ต่างๆ หรือตัวอักษร เป็นต้น

หลักการประสานกันสนิทนี้ ไม่เพียงแต่ทำให้คนเรามีแนวโน้มในการต่อเติมภาพที่ยังไม่สมบูรณ์ด้วยการเห็นเท่านั้น หากแต่ยังช่วยในการต่อเติมสิ่งต่างๆ ที่เกิดจากการสัมผัสอื่นๆ อีกด้วย เช่น การต่อเติมเสียงเพลง เสียงร้อง และจังหวะต่างๆ ของดนตรีที่ขาดหาย หรือไม่สมบูรณ์ให้สมบูรณ์ได้ อย่างไรก็ตามแนวโน้มของคนเราในการต่อเติมไม่ว่าจะเป็นภาพ เสียงเพลง หรืออื่นๆ ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ของคนเรามาก่อน ซึ่งถ้าคนนั้นมีประสบการณ์เดิมและการเรียนรู้มากเพียงพอ เขาก็จะสามารถต่อเติมสิ่งอื่นๆ ด้วยการสัมผัสต่างๆ เพื่อให้ได้สิ่งสมบูรณ์ตามที่ต้องการได้ นักจิตวิทยา (Gestalt)

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้

เนื่องจากการรับรู้เป็นผลจากการตีความซึ่งต้องอาศัยความรู้หรือประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล ดังนั้นการรับรู้จึงมีความหมายแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้มีดังต่อไปนี้

1. เพศ อิทธิพลของเพศต่อการรับรู้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ในสิ่งเดียวกันของผู้ที่รับรู้ต่างเพศอาจมีความแตกต่างกันเนื่องจากพื้นฐานเดิมหรือประสบการณ์เดิมหรือความสามารถในการตีความต่างกัน (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ลดาวัลย์ ภูมิวิษุเวช, และสมภาพ โล่ห์สวัสดิ์กุล, 2546)

มีการศึกษาพบว่าเพศหญิงจะเห็นคุณค่าของการเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย (Weissfeld, Kirscht, & Brock, 1990) และเพศหญิงจะให้ความสนใจหรือรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิด ความเจ็บป่วยในสถานที่ทำงานมากกว่าเพศชาย (Gillman, 1988 อ้างในลัญญา จำปาทอง, 2545)

2. อายุ เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น โอกาสในการเรียนรู้ ความสามารถในการตัดสินใจแปล ความหมายหรือให้เหตุผลได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Palank, 1991) หรือมีโอกาสในการสะสม ประสบการณ์ต่างๆ ไว้มาก ทำให้เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นการรับรู้ที่แสดงออกมาสำหรับผู้ที่มีอายุ มากกว่าอาจมีความแตกต่างจากที่มีอายุน้อยกว่าโดยอาจมีการรับรู้ที่ถูกต้องมากกว่า

3. ระดับการศึกษา จากอิทธิพลของการศึกษาที่ช่วยให้บุคคลมีศักยภาพในการคิด ตัดสินใจวิเคราะห์ หรือสังเคราะห์ข้อมูลหรือสิ่งเร้าได้อย่างดีหรือมีเหตุผลถูกต้อง (วรรณสิทธิ์ ไวยเสวี, 2526) ซึ่งในผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการเรียนรู้หรือรับรู้ได้ดีกว่าในผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ กว่า (จำเนียร ช่วงโชติ, 2528) กล่าวว่าการศึกษช่วยให้บุคคลมีสติปัญญาในการเลือกรับรู้ในสิ่งที่ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองได้

4. การฝึกอบรมหรือการเรียนรู้ การฝึกอบรมเป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้การรับรู้ได้ขยาย ขอบเขตออกไป (ศิริเพิ่ม เขาวนศิลป์, 2533) เนื่องจากความรู้ที่ได้รับจากการอบรมจะมีส่วนช่วยให้ มีการรับรู้ที่ถูกต้องชัดเจนมากขึ้น หรือช่วยให้ความสามารถในการตัดสินใจหรือการให้เหตุผลมีความ เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

5. ประสบการณ์ในอดีต ประสบการณ์จะเป็นตัวช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ดีขึ้นหรือลดลง ได้ จะช่วยให้เกิดการรับรู้ในทางที่ดีหรือรับรู้ได้เร็วขึ้น แต่ถ้าประสบการณ์ในอดีตเป็นสิ่งที่ไม่ดีหรือ บุคคลมีประสบการณ์ในอดีตน้อยจะทำให้การรับรู้เป็นไปทางไม่ดี หรือรับรู้ได้ช้า (Molzahn & Northcott, 1989)

ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยปรับเปลี่ยนที่มีผลต่อการรับรู้เฉพาะของแต่ละบุคคลและ แนวโน้มของปัจจัยความรู้ที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดสำคัญที่ใช้ ในการศึกษา

พฤติกรรมพยาบาลที่เป็นการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลไว้ 8 ประการ (Brown อ้างใน ยี่สุน ใจดี, 2540) คือ

1. ตระหนักถึงคุณภาพและความต้องการของบุคคลเป็นการกระทำตามความต้องการ เฉพาะของบุคคล
2. สนับสนุนให้กำลังใจเป็นการแสดงออกในลักษณะของการสนับสนุนให้กำลังใจและ สร้างความรู้สึกสบาย

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร การบอกเล่าสิ่งต่างๆแก่ผู้รับบริการ มีสิ่งที่เป็นทางการ คือการสอน และไม่เป็นทางการ คือการให้ข้อมูลในเรื่องเจ็บป่วย และการดูแลรักษา
 4. การแสดงออกถึงความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพเป็นการปฏิบัติให้ปรากฏต่อชุมชน และผู้รับบริการ ให้รับรู้ว่ามีเฉพาะอันเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล
 5. ช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย โดยอาจให้ยา หรือวิธีการดูแลรักษาต่างๆ และการช่วยให้ผู้ป่วยได้ดูแลตัวเอง
 6. การให้เวลากับผู้รับบริการ เป็นการแสดงถึงการให้ความสำคัญกับบุคคล
 7. ส่งเสริมความเป็นปัจเจกบุคคล เป็นการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี และความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการดูแล ได้ร่วมตัดสินใจอย่างเหมาะสมในกระบวนการดูแลรักษาทุกขั้นตอน
 8. การระมัดระวังเพื่อให้เกิดความปลอดภัย เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- กล่าวว่า โดยสรุปได้การรับรู้ของผู้บริโภคเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ เป็นผลลัพธ์ของการประเมินของผู้บริโภคที่มีต่อการบริการโดยรวมว่ามีความดีเลิศ หรือดีกว่า เหนือกว่าบริการใดๆ ที่บุคคลนั้นมีการรับรู้และคาดหวังเป็นต่อไป

2.4 แนวคิดคุณภาพการบริการ และปัจจัยกำหนดคุณภาพการบริการ

2.4.1 ด้านคุณภาพการบริการ

2.4.2 ด้านคุณภาพบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

2.4.3 ด้านงานบริการของแผนกผู้ป่วยนอก

2.4.1 ด้านคุณภาพการบริการ

ความหมายคุณภาพการบริการ มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายคำว่า “คุณภาพการบริการ” (Service Quality) ดังนี้

คุณภาพการบริการคือ ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ซึ่งได้รับประโยชน์จากบริการนั้น การประเมินสินค้าบริการจะประเมินจากกระบวนการให้บริการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริการนั้น (Outcome) โดยมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2537) คุณภาพการบริการ คือ การเปรียบเทียบความคาดหวังกับการรับรู้การบริการว่ามีความสอดคล้องกันเพียงใด ถ้าการรับรู้บริการสอดคล้องตรงกับความคาดหวังสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ถือได้ว่าบริการ

นั้นมีคุณภาพบริการที่ดีและถ้าการรับรู้บริการไม่สอดคล้องกับความคาดหวังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการถือว่าบริการนั้นยังไม่มีคุณภาพบริการที่ดี (Zeithal, 1990)

คุณภาพการบริการตามการรับรู้ (Perceived Service Quality) ของผู้บริโภค คือการประเมินหรือการลงความเห็นเกี่ยวกับความดีเลิขของการบริการ โดยภาพรวม (Global Judgment) (Parasuraman et al., 1988)

ปัจจัยกำหนดคุณภาพของการบริการ

ผลการศึกษาของ Parasuraman, Zeithaml and Berry (ธีรกิติ นวรัตน์ ณ อุทยา, 2547) พบว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการที่ลูกค้าประเมินคุณภาพของการบริการ ที่เรียกว่า “คุณภาพของการบริการที่ลูกค้ารับรู้” (Perceived Service Quality) ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการที่ลูกค้าทำการเปรียบเทียบ “บริการที่คาดหวัง” (Expected Service) กับ “บริการที่รับรู้” (Perceived Service) ซึ่งก็คือประสบการณ์ที่เกิดขึ้น หลังจากที่เขาได้รับบริการแล้วนั่นเอง ในการประเมินคุณภาพการบริการดังกล่าวนี้ ลูกค้ามักจะพิจารณาจากเกณฑ์ที่เขาคิดว่ามีความสำคัญ 10 ปัจจัย ได้แก่

- 1) **ความสะดวก (Access)** หมายถึงความสะดวกในการเข้าพบหรือติดต่อกับผู้ให้บริการ ซึ่งครอบคลุมทั้งเวลาที่เปิดบริการ สถานที่ตั้ง และวิชาการที่จะสามารถอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้บริโภค ในการเข้าพบหรือติดต่อกับผู้ให้บริการ เช่น สถานที่ให้บริการตั้งอยู่ในที่ที่สะดวกแก่การไปติดต่อ เป็นต้น
- 2) **การติดต่อสื่อสาร (Communication)** หมายถึง การสื่อสารและให้ข้อมูลแก่ลูกค้าด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจและการรับฟังความคิดเห็น ตลอดจนข้อเสนอแนะ หรือ คำติชมของลูกค้าในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการขององค์กร
- 3) **ความสามารถ (Competence)** หมายถึง การที่ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถและทักษะที่จะปฏิบัติงานบริการได้เป็นอย่างดี เช่น ความรู้และทักษะในการรักษาโรคของแพทย์ เป็นต้น
- 4) **ความสุภาพ (Courtesy)** หมายถึง การที่ผู้ให้บริการมีความสุภาพเรียบร้อย มีความนับถือในตัวลูกค้า รอบคอบ และเป็นมิตรต่อผู้บริโภค เช่นการให้บริการด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส และการสื่อสารด้วยความสุภาพ เป็นต้น
- 5) **ความน่าเชื่อถือ (Credibility)** หมายถึง ความเชื่อถือได้ และความซื่อสัตย์ ขององค์กรที่ให้บริการและตัวผู้ให้บริการเอง เช่น องค์กรที่มีชื่อเสียงหรือภาพลักษณ์ที่ดี เป็นต้น
- 6) **ความคงเส้นคงวา (Reliability)** หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานที่ได้สัตยาธิบายไว้อย่างแน่นอนและแม่นยำ เช่น การให้บริการตามที่ได้แจ้งไว้กับลูกค้า เป็นต้น

7) การตอบสนองลูกค้า (Responsiveness) หมายถึง ความเต็มใจของผู้ให้บริการที่จะให้บริการอย่างรวดเร็ว เช่น การให้บริการแก่ผู้รับบริการ ณ เคาน์เตอร์ฝากถอนเงินของธนาคารได้ทันทีทันใด

8) ความปลอดภัย (Security) หมายถึงการให้บริการที่ปราศจากอันตราย ไม่มีความเสี่ยงหรือความเคลือบแคลงใดๆ เช่น การใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่สะอาด ปราศจากเชื้อ เป็นต้น

9) ลักษณะภายนอก (Tangible) หมายถึง ลักษณะภายนอกที่สามารถมองเห็นได้ของอุปกรณ์

บุคลากรที่ให้บริการ ตลอดจนสื่อต่างๆ ว่ามีความเหมาะสม สวยงาม และทันสมัยหรือไม่ เช่น ลักษณะของสถานที่ที่ให้บริการ ตลอดจนอุปกรณ์ มีความทันสมัยและสวยงาม เป็นต้น

10) ความเข้าใจลูกค้า (Understanding Customers) หมายถึง การพยายามรู้จักและเข้าใจลูกค้า ตลอดจนความต้องการต่างๆของลูกค้า เช่น การจดจำรายละเอียดต่างๆ ของผู้บริโภค การเพิ่มบริการต่างๆตามความจำเป็นและความต้องการของลูกค้า เป็นต้น

(Parasuraman, Zeithaml and Berry, อ้างใน Suhiffman และ Kanuk, 2000) ได้ออกแบบการวัดคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Scale) โดยวัดช่องว่างระหว่างบริการที่ลูกค้ารับรู้ และบริการที่ลูกค้าคาดหวัง บนพื้นฐานของ 5 มิติ คือสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านกายภาพ (Tangibles) ความเชื่อถือได้ (Reliability) ความสามารถตอบสนอง (Responsiveness) ความแน่นอน (Assurance) และความเข้าใจลูกค้า (Empathy) โดยมีรายละเอียด แต่ละมิติ ดังนี้

ตาราง 2.1 มิติในการวัดคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Scale)

มิติ	รายละเอียด
1. สิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านกายภาพ (Tangibles)	แสดงถึงลักษณะทางกายภาพของสิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ บุคคล และวัสดุอุปกรณ์ในการติดต่อสื่อสาร
2. ความเชื่อถือได้ (Reliability)	ความสามารถที่จะให้บริการตามคำมั่นด้วยความถูกต้อง
3. ความสามารถตอบสนอง (Responsiveness)	ความเต็มใจที่จะช่วยเหลือและบริการอย่างรวดเร็ว

ตาราง 2.1 (ต่อ)

มิติ	รายละเอียด
4. ความแน่นอน (Assurance)	การให้ความรู้ ความสุภาพของพนักงาน และความสามารถในการส่งมอบความไว้วางใจและความเชื่อมั่นให้กับลูกค้า
5. ความเข้าใจลูกค้า (Empathy)	การดูแลลูกค้าของกิจการอย่างทั่วถึงเฉพาะราย

ที่มา : Parasuraman Zeithaml, & Berry. (n.d) Delivery Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations. P.40 (Citing Schiffman, & Kanuk (2000))

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพการบริการของผู้รับบริการ

(Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1990) ได้ศึกษาพบว่า ในการประเมินคุณภาพของการบริการต่างๆไป ลูกค้ามักใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคุณภาพของการบริการที่ได้รับ โดยคำนึงถึงคุณลักษณะ 10 ประการ ดังนี้

1) ลักษณะของการบริการ (Appearance) หมายถึง สภาพที่ปรากฏให้เห็นหรือจับต้องได้ในการให้บริการ เช่น การตกแต่งสถานที่ และบริเวณให้บริการลูกค้า การใช้เครื่องมืออุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกต่างๆ การแต่งกายของผู้ปฏิบัติงานบริการ เอกสารสิ่งพิมพ์หรือสื่อต่างๆ ที่ใช้ติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

2) ความไว้วางใจ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการนำเสนอผลิตภัณฑ์บริการตามคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้อย่างตรงไปตรงมาและถูกต้อง เช่น ลูกค้าติดต่อทำเรื่องกู้เงิน และธนาคารระบุว่าพิจารณาอนุมัติการกู้เงินภายใน 20 วันหากลูกค้าทราบผลภายในระยะเวลาที่กำหนดแสดงว่าธนาคารนี้มีความน่าเชื่อถือ

3) ความกระตือรือร้น (Responsiveness) หมายถึง การแสดงความเต็มใจที่จะช่วยเหลือและพร้อมที่จะให้บริการแก่ลูกค้าทันทีทันใด เช่น ลูกค้าสอบถามข้อมูลการขอสินเชื่อสำหรับที่อยู่อาศัย พนักงานให้ความสนใจต่อปัญหาของลูกค้าและให้ข้อมูลลูกค้าโดยตรง เป็นต้น

4) ความเชี่ยวชาญ (Competence) หมายถึง ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานบริการที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพเช่นนักบินเข้าใจเส้นทางการบิน และรู้จักควบคุมเครื่องยนต์ต่างๆในเครื่องบิน พยาบาลเข้าใจคำสั่งของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

5) ความมีอัธยาศัยยนอบน้อม (Courtesy) หมายถึง ความมีไมตรีจิตที่สุภาพนอบน้อมเป็นกันเอง รู้จักให้เกียรติผู้อื่น จริ่งใจ มีน้ำใจ และเป็นมิตรของผู้ปฏิบัติงานบริการ โดยเฉพาะผู้ให้บริการที่ต้องปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ เช่น พนักงานโรงแรมมักจะแสดงความต้อนรับแขกด้วยรอยยิ้มทำให้อ่อนโยน และพูดจาสุภาพเรียบร้อย เป็นต้น

6) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นด้วยความซื่อสัตย์สุจริตของผู้ปฏิบัติงานบริการ เช่น เมื่อลูกค้าซื้อสินค้าโดยไม่ทราบว่าอยู่ในช่วงจัดรายการลดราคาพิเศษ พนักงานคิดเงินควรคิดเงินลูกค้าในราคาที่ลดเป็นพิเศษ เป็นต้น

7) ความปลอดภัย (Security) หมายถึง สภาพที่ปราศจากอันตราย ความเสี่ยงภัย และปัญหาต่างๆ เช่น สถานที่ติดตั้งเครื่องถอนเงินอัตโนมัติอยู่ในทำเลที่ไม่เปลี่ยว มีระบบป้องกันความปลอดภัยให้ผู้มีบัตรผ่านเท่านั้นที่เข้าไปใช้บริการ หรือการกำหนดจำนวนผู้โดยสารและน้ำหนักที่เครื่องบินบรรทุกได้ปลอดภัย เป็นต้น

8) การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การติดต่อเข้ารับบริการด้วยความสะดวกไม่ยุ่งยาก เช่น การเบิกเงินด้วยเครื่องอัตโนมัติ การติดต่อสื่อสารด้วยเครื่องโทรสาร เป็นต้น

9) การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ และสื่อความหมายได้ชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและรับฟังลูกค้า เช่น ตัวแทนประกันชีวิตต้องสามารถอธิบายให้ลูกค้าเห็นถึงประโยชน์ของการทำประกันชีวิต หรือพนักงานเสิร์ฟอาหารสามารถแนะนำรายการอาหารให้ลูกค้าได้ เป็นต้น

10) ความเข้าใจลูกค้า (Understanding of Customer) หมายถึง ความพยายามในการค้นหาและทำความเข้าใจกับความต้องการของลูกค้า หรือพนักงานขายช่วยเหลือลูกค้าที่เหมาะสมกับบุคลิกและรูปร่างของลูกค้า เป็นต้น

ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้เป็นสิ่งที่ลูกค้าคาดหวัง หากองค์การบริการใดตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพของการบริการ เพื่อใช้เป็นแรงจูงใจให้ลูกค้าประทับใจในบริการที่ได้รับ และตั้งใจใช้บริการเป็นลูกค้าประจำ เป็นสิ่งจำเป็นต้องวางแผนนโยบายการบริการ

คุณลักษณะบริการทางการแพทย์

“การบริการที่ดีนอกจากจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ ยังต้องอาศัยระบบบริการที่มีโครงสร้างเอื้อให้เกิดบริการที่ดีด้วย” ซึ่งคุณลักษณะของการให้บริการที่ดีสามารถอธิบายได้ (ยงยุทธ พงษ์สภาพ, 2541: 53) ดังนี้

1. การดูแลอย่างองค์รวม

ผู้รับบริการจะไม่ถูกมองเป็นเพียงแต่คนไข้หรือผู้ใช้บริการเท่านั้นแต่จะมองไปถึงความเชื่อ ความกลัว ความกังวลใจ หรือข้อสงสัยที่เกิดขึ้น (Psychological Approach) ซึ่งรวมถึงความสามารถในการเข้าใจผู้รับบริการในเชิงสังคม เศรษฐกิจและขนบธรรมเนียมประเพณี (Socio-cultural and Economic) อีกด้วยเพื่อประโยชน์ในการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในลักษณะมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน (Mutual Understanding) ทำความเห็นได้ตรงกัน (Mutual Agreement) มีการตัดสินใจร่วมกัน (Common Decision) และนำการตัดสินใจนั้นไปประยุกต์ใช้หรือปฏิบัติ (Decision Implementing) ตลอดจนส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง (Self-reliance) ของคนไข้หรือผู้รับบริการ

2. การดูแลอย่างต่อเนื่อง

การดูแลผู้รับบริการทั้งผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีปัญหาสุขภาพจนกระทั่งปัญหานั้นสิ้นสุด หรือในทางอุดมคติคือตั้งแต่เกิดจนตายซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดระบบเพื่อให้เกิดการติดตามได้อย่างต่อเนื่องทั้งในระดับรายบุคคลและระดับครอบครัว การเกิดความต่อเนื่องได้นั้นเป็นผลมาจากการให้การดูแลอย่างองค์รวม การเริ่มต้นด้วยการเข้าใจถึงสภาพจิตใจ (Empathic Approach) จะช่วยทำให้ผู้รับบริการยอมรับที่จะมาติดตามผลถึงแม้ในการให้บริการบางอย่างอาจไม่ตอบสนองสิ่งที่คนไข้หรือผู้รับบริการต้องการ (Initial Demand) ได้ทั้งหมด การที่ยังคงมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความสัมพันธ์ ซึ่งมีลักษณะเข้าใจซึ่งกันและกัน (Empathic Relationship) และจะทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการแบบองค์รวมได้ในที่สุด ซึ่งการดูแลอย่างองค์รวมและการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้น ช่วยส่งเสริมกันและกัน

3. การดูแลอย่างผสมผสาน

ซึ่งจะประกอบด้วยการให้บริการด้านการรักษา (Curative) การป้องกัน (Preventive) การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion) และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ในทางปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการหรือผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาล สามารถดำเนินการควบคู่ไปกับการรักษาโรค ถ้าสถานบริการให้การดูแลในเรื่องการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency) จะช่วยทำให้เกิดศรัทธาและความเชื่อมั่นมากขึ้น ส่งผลให้กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการให้ความรู้มีประสิทธิภาพตามมา อย่างไรก็ตามการดูแลอย่างผสมผสาน มีส่วนเชื่อมโยงกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการดูแลอย่างองค์รวมเป็นอย่างสูง ทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการดูแลอย่างองค์รวมจะช่วยให้เกิดความชัดเจน ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากขึ้นว่า ลักษณะการให้การดูแลที่เหมาะสมในขณะนั้นคืออะไร ในแง่มุมของการดูแลอย่างผสมผสานไม่ว่าจะเป็นการรักษาโรค ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ หรือฟื้นฟูสภาพกับแต่ละบุคคล ครอบครัวหรือแม้แต่ชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับงานบริการของแผนกผู้ป่วยนอก

แผนกผู้ป่วยนอกเปรียบเสมือนห้องรับแขกของโรงพยาบาลและเป็นที่สร้างความประทับใจให้กับผู้รับบริการและเป็นที่ติดต่อกับชุมชน ถ้าได้รับบริการที่ดีย่อมทำให้ผู้รับบริการเกิดความพอใจ (Wylie 1974: 26, อ้างอิงใน อนุพงศ์ เอื้อวัฒนา, 2542: 3)

แผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการที่ครอบคลุมถึงงานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานฟื้นฟูสภาพ เป็นหน่วยงานที่อยู่ในฝ่ายผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุที่ให้บริการตรวจดูแล รักษาผู้ป่วย ซึ่งเมื่อได้รับบริการแล้ว ผู้ป่วยสามารถกลับไปรับประทานยาหรือปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำที่บ้านได้ การจัดบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกจะต้องครอบคลุมหน้าที่เกี่ยวกับ การบริการพยาบาลและทำหน้าที่ร่วมมือประสานงานอย่างใกล้ชิดกับฝ่ายการรักษาและฝ่ายอื่นๆ ของโรงพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่สนับสนุน การรักษาพยาบาล ดังนั้นการจัดบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกให้มีคุณภาพ จึงจำเป็นต้องมีความรอบคอบเกี่ยวกับการให้บริการต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือแพทย์ขณะตรวจ การแนะนำผู้ป่วยในการกลับไปดูแลและฟื้นฟูสภาพของตนเองที่บ้าน ตลอดจนการนัดให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือส่งไปรับการรักษาต่อเนื่องที่สถานพยาบาลอื่น (เกศินี ศรีคงอยู่, 2543: 12)

2.4.2 ด้านคุณภาพบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

แนวทางการใช้มาตรฐานเป้าหมายของการใช้มาตรฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนาสิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐานการใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า (มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ, 2549: หน้า 1)

- 1) ทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (Key Words) ของมาตรฐานให้กระจ่างชัด
- 2) เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน
- 3) เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ (ศึกษาและทำความเข้าใจเส้นที่เชื่อมต่อองค์ประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ) และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ
- 4) เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในที่ทำงานที่ข้างเคียงผู้ป่วย
- 5) เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับ ระดับหน่วยงานด้วย ประยุกต์มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง

6) เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

ภาพรวมของการบริหารองค์กร ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว (อ้างแล้ว, 2549: 27-29)

1) องค์กรระบุการจำแนกส่วนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการสุขภาพองค์กรกำหนดว่าจะมุ่งเน้นบริการสุขภาพสำหรับส่วนใดของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงานและตลาดบริการสุขภาพ

2) องค์กรรับฟังและเรียนรู้ ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน รวมทั้งระดับความสำคัญต่อผู้ป่วย / ผู้รับผลงานวิธีการรับฟังเหมาะสมกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน แต่ละกลุ่มมีการนำความรู้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน

3) องค์กรใช้ความเห็นและเสียงสะท้อนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมากขึ้น, ตอบสนองความต้องการและทำให้ ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน พึงพอใจมากขึ้น, และเพื่อค้นหาโอกาสสร้างนวัตกรรม

4) องค์กรปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ทันความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ

การบริการเพื่อการดูแลทั่วไป ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันทั่วถึงปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ (อ้างแล้ว, 2549.หน้า 163)

1) มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน

2) มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะอาดสบาย และความสะอาด การป้องกันอันตราย/ความเครียด/เสี่ยง/สิ่งรบกวนต่างๆ

3) ทีมผู้ให้บริการดำเนินการทุกวิถีทางเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุการบาดเจ็บหรือการติดเชื้อ

4) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

5) ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อความต้องการ หรือปัญหาของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านอารมณ์ และจิตสังคม

6) มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล

2.4.3 ด้านงานบริการของแผนกผู้ป่วยนอก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2539: 1-11) ได้สร้างมาตรฐานบริการผู้ป่วยนอกขึ้นมา โดยบริการผู้ป่วยนอกเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาล ซึ่งต้องรองรับบริการจำนวนมาก มาตรฐานนี้จะมุ่งที่การพัฒนากระบวนการบริการผู้ป่วยนอกได้ กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบกระบวนการทำงานที่เหมาะสม มีระบบติดตามประเมินคุณภาพ ซึ่งจะเป็นตัวสะท้อน ผลการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยนอกเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

1.1) พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการผู้ป่วยนอกสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

1.2) มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้ และสามารถวัดได้

1.3) มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยนอกไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.4) เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการผู้ป่วยนอก และทราบบทบาทของตนเอง

2. การจัดองค์กรและการบริการ

การจัดองค์กรและการบริหาร ซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ

2.1) โครงสร้างองค์กรของการบริการผู้ป่วยนอก ชัดเจน และเหมาะสม

2.2) หัวหน้าหน่วยเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสมและมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานได้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้

- หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์ เป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี

- หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกด้านการพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการบริหารจัดการ หรือหลักสูตรลูก้าสัมพันธ์ และการบริการ และมีประสบการณ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี

2.3) มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

2.4) กลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

2.5) มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานต่างๆ มีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

3. การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอกได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

3.1) การจัดทำลัคน

3.1.1) มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

– มีแพทย์ที่เพียงพอที่จะตรวจได้อย่างมีคุณภาพในช่วงเวลาที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีเวลาให้กับผู้ป่วยไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 นาที

– การจัดบริการผู้ป่วยนอกที่มีความซับซ้อนอยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

– มีพยาบาลวิชาชีพกำกับดูแลการให้บริการในจุดที่มีความสำคัญ ได้แก่ การคัดกรอง การนัดหมาย/ทำแผล การให้คำปรึกษา

3.1.2) กลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

3.2) มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการปฏิบัติเชิงบวก เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.3) เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกงานจะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

4. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อมการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- 4.1) มีการประเมินความต้องการ และการกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- 4.2) มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ
- 4.3) มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ
- 4.4) การประเมินผลพัฒนาทรัพยากรในรูปของการเปลี่ยนพฤติกรรมและผลกระทบต่อการดูแล/บริการผู้รับบริการ

5. นโยบาย และวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพ ที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานบริการผู้ป่วยนอก/กึ่งระเบียนที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

- 5.1) มีกระบวนการการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่รวมทั้งมีระบบในการรับรองเผยแพร่ และทบทวน
- 5.2) นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกันนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการและครอบครัว ในด้านต่อไปนี้
 - 5.2.1) ด้านการบริหารจัดการ
 - 5.2.2) ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ
 - การคัดกรองผู้ป่วย
 - การนัดและติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง
 - การรับ จำหน่าย เคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วย
 - การปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
 - การให้ออกซิเจน
 - การดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจอารมณ์
 - การดูแลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

- การดูแลผู้ติดเชื้อและสารเสพติด
- ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎและสังคม
- การปฏิบัติต่อผู้ป่วยคดี/ยาเสพติด
- การปฏิบัติต่อผู้ถูกข่มขืนหรือสงสัยว่าถูกข่มขืน
- การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิคุ้มครองต่างๆ
- ด้านการบันทึกและการจัดทำเอกสาร
- มีการประเมิน นโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความ

สมบูรณ์ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

5.3) เจ้าหน้าที่รับทราบเข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

5.4) มีการประเมินนโยบาย และวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

6. สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกอย่างสะดวกปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

6.1) สถานที่ตั้งหน่วยบริการผู้ป่วยนอกมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ และสะดวกต่อการส่งต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- อยู่ด้านหน้าโรงพยาบาล
- สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือหน่วยรังสีวิทยาหน่วย

ให้บริการรับส่งผู้ป่วย

- มีเปล และรถเข็นพร้อมให้บริการรับส่งผู้ป่วย
- มีป้าย หรือเครื่องหมาย หรือสัญลักษณ์อำนวยความสะดวกในการให้บริการ เช่น ชื่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอก ประเภทบริการ ชื่อบริการ ชื่อห้องตรวจ ชื่อแพทย์ ผู้ตรวจ ทิศทางไปยังบริการต่างๆ ทิศทางหนีไฟหรือทางออกฉุกเฉิน

6.2) มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสม สำหรับการให้บริการปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ มีการจัดแบ่งพื้นที่สำหรับ

- ประชาสัมพันธ์/ต้อนรับ และห้องบัตร

- ห้องตรวจโรคต่างๆซึ่งมีจำนวนเพียงพอสำหรับช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมากที่สุด
- ที่พักรอตรวจ
- บริเวณคัดกรองผู้ป่วย
- บริเวณปฐมพยาบาล
- หน่วยให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพ
- ห้องฉีดยา/ทำแผล
- ห้องสุขาสำหรับผู้ให้บริการทั่วไปและผู้พิการ

7. เครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก

7.1) มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ

7.2) เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

- ชุดหัดถการซึ่งผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อที่จำเป็นสำหรับห้องปฐมพยาบาล เช่น ชุดทำแผล ชุดเย็บแผล
- อุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิต เช่น รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน
- เปด/รถเข็นนั่ง
- เครื่องมือเพื่อตรวจวินิจฉัยในคลินิกเฉพาะทาง

7.3) ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษ ได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี

7.4) มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการตลอดเวลา

7.5) มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการตลอดเวลา

7.6) มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

8. ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่มีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

- 8.1) มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ
- 8.2) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา
- 8.3) มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ระหว่างผู้รับบริการ และครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการ

8.4) ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

8.5) กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุด ภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม

8.6) มีการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ ปัญหาของผู้รับบริการ แผนการดูแลรักษาการปฏิบัติ ตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน

- วัน เวลา ที่ลงทะเบียนผู้รับบริการ
- การจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้รับบริการ
- เวลาที่แพทย์ หรือพยาบาลทำการประเมินผู้รับบริการครั้งแรก และผลการประเมิน
- บันทึกการประเมินทางคลินิกประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วย การใช้ยา การแพ้ยา

การตรวจร่างกาย

8.7) มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้รับบริการกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

9. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยนอก โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

9.1) มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยนอก โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน

9.2) มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและลูกค้า (Customer) หรือบุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องมือชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญข้อมูลและสถิติควรติดตามศึกษา

- ระยะเวลาการคอยการรับบริการในแต่ละจุด และระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการทั้งหมด
- การมาตรวจตามกำหนดนัด
- การส่งต่อ
- การตรวจวินิจัย (Investigation) ที่ผู้รับบริการได้รับ
- ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- อัตราการร้องเรียนของผู้รับบริการและญาติ

9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง

9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการค้นหาสาเหตุ (Root Causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพและเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

9.3) มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (Evidence-Based) เข้ามาร่วม เป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

แผนกผู้ป่วยนอก ถือว่าเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญและเป็นสถานบริการด้านแรกของโรงพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นจุดที่มีปฏิสัมพันธ์สูงสุดของระบบบริการกับชุมชน ซึ่งแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไปจะมีผู้รับบริการจำนวนมาก และดูเหมือนว่าจะเป็นสถานบริการที่มีศักยภาพสูงสุดในการให้บริการในมุมมองของผู้รับบริการ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า โรงพยาบาลทั่วไปจะเป็นที่ที่สร้างศรัทธาและความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการได้สูงสุด ในการที่จะไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง ยังมีผู้รับบริการจำนวนมากหลังจากมารับบริการที่โรงพยาบาลทั่วไปแล้ว ยังคงเปลี่ยนสถานบริการไปเรื่อยๆ เป็นภาพสะท้อนหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าศักยภาพของสถานบริการในระบบยังมีไม่เพียงพอที่จะสร้างศรัทธาจนเกิดความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ 2541: 34)

2.5 แผนกบริการผู้ป่วยนอก ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับการอนุมัติให้จัดตั้งในคราวประชุมสภามหาวิทยาลัย ครั้งที่ 3/2539 เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2539 ในนาม ศูนย์บริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ 3 มีนาคม 2540 เป็นต้นมา และเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2540 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น สถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2551 เป็นต้นมา

ศูนย์ศรีพัฒน์ฯ เป็นหน่วยงานหนึ่งของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยคณาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคทุกสาขา จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย เพื่อประโยชน์และประสิทธิภาพสูงสุดในการวินิจฉัยโรค รวมทั้งบริการอันอบอุ่นประทับใจ ที่มุ่งเน้นคุณภาพของการบริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดแก่ผู้ใช้บริการ มีจำนวนเตียงที่เปิดให้บริการ 170 เตียง โดยแบ่งเป็น อาคารศรีพัฒน์ มีหอผู้ป่วยวิกฤติ จำนวน 21 เตียง หอผู้ป่วยในชั้น 14 จำนวน 30 เตียง หอผู้ป่วยในชั้น 15 จำนวน 20 เตียง อาคารเฉลิมพระบารมี มีหอผู้ป่วยในชั้น 11-14 มีจำนวนชั้นละ 25 เตียง เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และยังให้บริการห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ห้องปฏิบัติการ ห้องอัลตราซาวด์ ฯลฯ ส่วนแผนกผู้ป่วยนอกสามารถให้บริการผู้ป่วยได้ประมาณวันละ 500 – 1000 คน เปิดให้บริการทุกวันไม่มีวันหยุด

สภาพแวดล้อมขององค์กร ศูนย์ศรีพัฒน์ฯ มีพันธกิจหลักในการบริหารจัดการเพื่อให้บริการด้านสุขภาพ โดยสร้างนวัตกรรมในการดูแลรักษาพยาบาล ผลิตภัณฑ์บริการทาง

การแพทย์ด้วยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในแต่ละสาขา มุ่งเน้นความเป็นเลิศในการบริการด้านสุขภาพ โดยผู้บริหารระดับสูงมุ่งเน้นให้พนักงานทุกคนยึดมั่นในการให้ความสำคัญแก่ผู้รับบริการ โดยการปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ มีการทำงานเป็นทีม มีทัศนคติที่ดีต่อองค์กร ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและมีความสุข มีพื้นที่ให้บริการ 2 อาคาร ได้แก่ อาคารศรีพัฒน์ และ อาคารเฉลิมพระบารมี มีเทคโนโลยีและอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและทันสมัย สภาพแวดล้อมด้านการแข่งขัน ศูนย์ศรีพัฒน์ฯ มีการบริหารจัดการภายในที่มีความคล่องตัวสูง มีการกระจายอำนาจตามสายการบังคับบัญชา การสื่อสารภายในมีความรวดเร็ว มีขนาดองค์กรที่มีความเหมาะสมและเอื้อต่อการพัฒนาในด้านต่างๆ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางแต่ละสาขา และพนักงานขององค์กรส่วนใหญ่ร้อยละ 63.80 อยู่ในช่วงวัยที่มีโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ ตำแหน่งที่ตั้งขององค์กรอยู่ในจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางความเจริญของภูมิภาค รวมทั้งมีเทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย จึงเป็นข้อได้เปรียบในการให้บริการด้านสุขภาพและบริการด้านอื่นๆ ในอนาคต บริบทเชิงกลยุทธ์ การบริหารจัดการให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางแต่ละสาขาและเป็นที่ยอมรับในคุณภาพการรักษาด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า รวมถึงมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความพร้อมในการรักษา พยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ อันเป็นความได้เปรียบที่สำคัญ การบริหารจัดการภายในองค์กรมีความคล่องตัวสูง มีการกระจายอำนาจตามสายการบังคับบัญชา การสื่อสารภายในมีความรวดเร็วและมีขนาดองค์กรที่เหมาะสม เอื้อต่อการพัฒนาในด้านต่างๆ

การมุ่งเน้นผู้รับบริการและการตลาด ศูนย์ศรีพัฒน์ฯ มีระบบในการนำเสียงของผู้รับบริการทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการทุกเรื่องแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ ทบทวน และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้มากขึ้น และรายงานผลการปรับปรุงให้ผู้บริหารทราบเป็นประจำทุกเดือน ทำให้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และเกิดนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อเป็นการเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ

ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ พัฒนาการให้บริการในด้านต่างๆ กิจกรรมส่งเสริมการขายตลาด และ กิจกรรมธำรงรักษาผู้รับบริการเดิม เพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการให้มากที่สุด การให้บริการดังกล่าวข้างต้น จะเกิดขึ้นตั้งแต่ผู้รับบริการเข้ามาใช้บริการ ขณะส่งมอบบริการ จนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการให้บริการ ซึ่งหากผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการให้บริการจะกลับมาใช้บริการซ้ำ และมั่นใจในการให้บริการมากขึ้น ก่อให้เกิดความเชื่อถือ มีความภักดีต่อองค์กร และแนะนำให้ผู้อื่นมาใช้บริการ มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

John (1988) ศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพของการบริการของผู้บริโภคที่ใช้บริการด้านการรักษาสุขภาพ โดยทำการศึกษาในผู้รับบริการของโรงพยาบาล จำนวน 353 ราย พบว่าคุณภาพของการบริการทางด้านการรักษาสุขภาพตามการรับรู้ของผู้บริโภคประกอบด้วย 10 ตัวแปรด้วยกัน (1) ความรู้ความสามารถ (Competence) (2) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) (3) ความคงเส้นคงวาในการให้บริการ (Reliability) (4) ความปลอดภัย (Security) (5) ความสุภาพ และเป็นมิตรของผู้ให้บริการ (Responsiveness) (6) การติดต่อสื่อสาร (Communication) (7) ความเข้าใจลูกค้า (Understanding Customer) (8) ความพร้อมในการให้บริการ (Availability) (9) การตอบสนองอย่างรวดเร็ว (Responsiveness) (10) สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล (Tangible)

ประภาส จิตวิวัฒนา (2542) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเดิม ของสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่” พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารับการรักษาของผู้ป่วยเดิมของสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (2) แพทย์มีความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียงในการรักษาและวินิจฉัยโรค (3) แพทย์ที่มาออกตรวจที่สถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นตามมารักษา (4) ชื่อเสียงขององค์กรเป็นที่ยอมรับ (5) การให้บริการโดยทั่วไปมีคุณภาพ (6) ค่าใช้จ่ายในการรักษามีความเหมาะสม (7) อาคาร สถานที่ /ห้องพักรักษาผู้ป่วยมีความสะดวกเรียบร้อย (8) โปรแกรมตรวจสุขภาพพิเศษ (9) ความรวดเร็วในการให้บริการ (10) การได้รับส่วนลดจากบัตร VIP และ (11) การให้บริการที่ดีกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ

ทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์ (2541) ศึกษาเรื่องคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพ SERQUAL ดัดแปลงจากแนวคิดของ Zeithaml และคณะ (1990) ซึ่งมีปัจจัยกำหนดคุณภาพบริการ 5 ด้าน 28 ข้อคำถาม ผลการวิจัยพบว่า ความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ โดยรวมอยู่ในระดับมากและปานกลาง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งโดยรวม และจำแนกรายด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ

นพรัตน์ กังวล (2546) ศึกษาเรื่องความคาดหวังและการรับรู้ของผู้เข้ารับ การรักษาพยาบาลที่มีต่อคุณภาพบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 200 คน โดยสุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน 10 แห่ง ทำการศึกษาตามวิธีการวัดความคาดหวังและ การรับรู้

คุณภาพบริการของ (Zeithaml และคณะ, 1990) ทำการศึกษาตามวิธีการวัดความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของ SERVQUALพบว่า ความคาดหวังและการรับรู้ที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากและปานกลาง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและจำแนกรายด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจในการบริการ การตอบสนองต่อผู้เข้ารับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้เข้ารับบริการ และความเห็นอกเห็นใจผู้เข้ารับบริการ ส่วนผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ของผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่ดีต่อคุณภาพบริการผู้ป่วยนอก จำแนกตามลักษณะของผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ และจำแนกครั้งที่ใช้บริการ พบว่า ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ทุกช่วงอายุ ทุกระดับการศึกษา ทุกระดับรายได้ และทุกช่วงจำนวนครั้งที่ใช้บริการ มีค่าเฉลี่ยของความคาดหวังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของการรับรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำแนกตามรายด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของ การบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจในการบริการ การตอบสนองต่อผู้เข้ารับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้เข้ารับบริการและความเห็นอกเห็นใจผู้เข้ารับบริการ

ธีรวิทย์ นันทา (2554) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก ต่อคุณภาพการบริการ ศูนย์ศรัทธาพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยสุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอกที่เข้ามาใช้บริการทางด้านการแพทย์ แยกตามคลินิกได้ 4 คลินิกคือ คลินิกอายุรกรรม คลินิกศัลยกรรม คลินิกสูตินรีเวช คลินิกกุมาร จำนวน 400 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อระดับความพึงพอใจ ต่อคุณภาพการบริการ พบว่าผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจมากในปัจจัยคุณภาพบริการด้านความเชื่อถือเป็นอันดับแรก ผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.52) ปัจจัยย่อยมีความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุดคือชื่อเสียงของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รองลงมาชื่อเสียงของศูนย์ศรัทธาพัฒน์ และความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานผู้ให้บริการและมีความพึงพอใจในระดับมาก คือ ความน่าเชื่อถือ ทั้งนี้ได้แสดงผลตามปัจจัยคุณภาพการบริการ ตามรายด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะภายนอก ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านความสุภาพ ด้านความสามารถ ด้านความคงเส้นคงวา ด้านความปลอดภัย ด้านการตอบสนองอย่างรวดเร็ว ด้านจรรยาบรรณของ ผู้ให้บริการ ด้านความเข้าใจผู้รับบริการ ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไปผู้ศึกษาควรศึกษาถึงกระบวนการการบริการโดยเริ่มตั้งแต่ ก่อน-ระหว่าง-หลัง การใช้บริการ

สุภาวดี เกตุแก้ว (2543) ศึกษาระดับคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ในช่วงเดือนตุลาคม 2542 จำนวน 225 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่

ดัดแปลงจาก SERVQUAL ของพาราสุรามาน และคณะ มี 2 ส่วน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ และคุณภาพบริการตามการรับรู้ทั้ง 5 ด้าน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบริการตามการรับรู้ทั้ง 5 ด้านของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 2.15, S.D. = 0.63$) และคุณภาพบริการรายด้านตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละด้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน กล่าวคือ ความเป็นรูปธรรมของการบริการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.25 ($S.D. = 0.31$) การสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ใช้บริการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 ($S.D. = 0.35$) ความเห็นอกเห็นใจค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.15 ($S.D. = 0.33$) ความน่าเชื่อถือในการให้บริการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.13 ($S.D. = 0.35$) และการตอบสนองในการให้บริการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.98 ($S.D. = 0.44$) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อในแต่ละด้านของการรับรู้คุณภาพบริการ โดยเฉพาะด้านการตอบสนองในการให้บริการกลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพดังกล่าวส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย

อุบลศรี หาญเจริญกิจ (2543) ศึกษาระดับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า อำเภอยางป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ในช่วงเดือนตุลาคม 2542 จำนวน 340 คน เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงมาจาก SERVQUAL ของพาราสุรามาน และคณะมี 2 ส่วน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการและข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยนอก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า อำเภอยางป่าเป้า จังหวัดเชียงราย โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($X = 2.60, S.D. = 0.29$), ส่วนคุณภาพบริการด้านตามการรับรู้ของผู้ป่วยนอกทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมากเช่นกัน คือ ด้านการสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 ความเห็นอกเห็นใจเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 ด้านการตอบสนองในการให้บริการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 ความน่าเชื่อถือในการให้บริการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 และความเป็นรูปธรรมของบริการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อในทุกด้านของการรับรู้คุณภาพบริการ กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้คุณภาพบริการทั้งในระดับปานกลางและระดับน้อยร่วมด้วย โดยเฉพาะด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือในการให้บริการและการตอบสนองในการให้บริการ

Aderson (1995) ใช้ SERVQUAL วัดคุณภาพการบริการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สูดตัน ซึ่งได้ให้บริการตรวจรักษาแก่นักศึกษาในมหาวิทยาลัย เก็บข้อมูลในเดือนเมษายน 1993 ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 431 แบบ โดยวัดความคาดหวังของผู้ป่วยก่อนรับบริการและวัด

การรับรู้ของบริการภายหลังที่ได้รับบริการแล้ว ใช้ไลเคอร์สเกล 5 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ด้านความน่าเชื่อถือในการให้บริการ (Reliability) การสร้างความมั่นใจ (Assurance) และการตอบสนองในการให้บริการ (Responsiveness) มากที่สุด ส่วนความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangible) และความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) นั้นไม่ได้รับความสนใจมากนัก พบว่า ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ต้องปรับปรุงด้วยความทันสมัยของเครื่องมือ ด้านการตอบสนองในการให้บริการ ต้องใช้เวลาในการให้บริการได้รวดเร็วกว่านี้ และควรได้รับความสะดวกในการรับยาและจ่ายเงินให้มากขึ้นและพบว่าการใช้เครื่องมือ SERVQUAL สามารถใช้ได้ดีในการวัดคุณภาพบริการ

Youssef et al (1996) โดยใช้ SERVQUAL เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพบริการที่โรงพยาบาล West Midlands ในผู้ป่วย 300 คน แต่ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 174 ฉบับ โดยใช้ศึกษาและเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการ ใน 5 ด้าน ใช้ไลเคอร์สเกลให้คะแนน 9 มากที่สุด -1 น้อยที่สุด ผลพบว่า ผู้ป่วยคาดหวังมากที่สุดในเรื่อง ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยเมื่อมีปัญหาในการรับบริการเมื่อมาใช้บริการที่โรงพยาบาล หน่วยงานที่ให้บริการตามที่กำหนดไว้ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้บริการมีความทันสมัย กรณีที่มีปัญหาในการรับบริการ ท่านได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว การให้บริการเป็นไปอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยรับรู้น้อยที่สุดในเรื่องเอกสารที่หน่วยงานแจก สามารถอ่านและทำความเข้าใจได้ง่าย เจ้าหน้าที่รับฟังเอาใจใส่ และให้ข้อมูลแก่ท่าน หน่วยงานให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ตัวอาคารสถานที่สะอาด อากาศถ่ายเทได้ดี มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย เจ้าหน้าที่สามารถวิเคราะห์ปัญหา และรู้ว่าปัญหาใดมีความสำคัญต่อท่าน ผู้ป่วยรับรู้มากที่สุดในเรื่อง เจ้าหน้าที่แต่งกายสะอาดเรียบร้อย เจ้าหน้าที่เต็มใจในความช่วยเหลือแก่ท่าน รู้สึกมั่นใจและปลอดภัย เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้บริการมีความทันสมัย เจ้าหน้าที่เต็มใจตอบสนองต่อปัญหาของท่าน และพบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และความคาดหวังของคุณภาพบริการในเรื่อง การให้บริการเป็นไปอย่างสะดวกรวดเร็ว หน่วยงานให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีที่มีปัญหาในการรับบริการท่านให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว การบริการที่ได้รับไม่มีข้อผิดพลาด เมื่อศึกษาคุณภาพบริการโดยรวมพบว่าผู้ป่วยให้ระดับคะแนนมากที่สุด ร้อยละ 32 มาก ร้อยละ 51 ปานกลาง ร้อยละ 14.6 น้อย ร้อยละ 2.4 การให้คะแนนสูงสุด ความเห็นอกเห็นใจ การตอบสนองในการให้บริการ การสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ให้บริการ และความเป็นรูปธรรมของการบริการได้คะแนนน้อยที่สุด

2.7 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ได้เกณฑ์ประเมิน SERVQUAL ที่ Parasuraman และคณะได้สร้างขึ้นประกอบด้วยมิติของคุณภาพที่ประเมินโดยผู้รับบริการ ดังจะเห็นได้จากแผนภาพดังนี้

$$Y = f(X_1, X_2, X_3, \dots, X_{36})$$

X_1 = ความสะดวกการบริการติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์

X_2 = ความสะดวกการมีระยะเวลารอคอยการรับบริการ ที่เหมาะสม

X_3 = ความสะดวกการได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว

X_4 = ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น โทรศัพท์สาธารณะ ห้องสูบน้ำดื่ม ที่นั่งคอยรับบริการ เป็นต้น

X_5 = การตีคประกาศหรือแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการในที่รับบริการ

X_6 = การแจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงสิทธิต่างๆในการรับบริการ

X_7 = การเปิดเผยข่าวสารให้ผู้รับบริการรับทราบ

X_8 = การอธิบายค่าใช้จ่ายของการบริการ

X_9 = การให้ความมั่นใจว่าสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้

X_{10} = ความรู้ ความสามารถ และความชำนาญเหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ

X_{11} = ความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญของแพทย์

X_{12} = ความสามารถและความเชี่ยวชาญของพยาบาล

X_{13} = ความรู้และทักษะของพนักงานช่วยการพยาบาล (เลื่อนมีแถบสีทอง ไม่สวม

หมวก)

X_{14} = การให้คำแนะนำและคำปรึกษา ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้

X_{15} = ความเหมาะสมในการแต่งกายของพนักงานผู้ให้บริการ

X_{16} = พนักงานผู้ให้บริการสะอาดและเรียบร้อย

X_{17} = ความน่าเชื่อถือชื่อเสียงองค์กร

X_{18} = ความน่าเชื่อถือชื่อเสียงของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

X_{19} = กิริยามารยาท ยิ้มแย้มแจ่มใส ทักทายด้วยความสุภาพ

- X_{20} = ความเชื่อสัจสุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ไม่ขอสิ่งของตอบแทน ไม่รับสินบน
 X_{21} = ความน่าเชื่อถือความครบถ้วนถูกต้องของการให้บริการ เช่น ยา
 X_{22} = ความน่าเชื่อถือด้านปลอดภัยต่อการรักษาพยาบาล
 X_{23} = ความถูกต้องของรายการในใบเสร็จ
 X_{24} = ความมั่นใจในการเก็บ, บันทึกข้อมูลอย่างถูกต้อง
 X_{25} = ให้บริการตามลำดับก่อนหลัง เช่นผู้ที่มาก่อนได้รับบริการก่อน เป็นต้น
 X_{26} = การส่งใบบันทึกรายการในทันที
 X_{27} = การโทรกลับลูกค้าอย่างรวดเร็ว
 X_{28} = การให้บริการอย่างฉับพลัน (เช่น การดำเนินการนัดหมายอย่างรวดเร็ว)
 X_{29} = ความปลอดภัยด้านสถานที่
 X_{30} = การรักษาความลับของผู้ป่วย
 X_{31} = สิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ
 X_{32} = ความสะอาดของสถานที่ให้บริการในภาพรวม
 X_{33} = ป้าย / สัญลักษณ์ / ประชาสัมพันธ์ บอกจุดบริการชัดเจน
 X_{34} = จุด / ช่องการให้บริการมีความเหมาะสม
 X_{35} = การจัดให้มีการตอบคำถาม ให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับการให้บริการ
 X_{36} = การเปิดรับความคิดเห็นต่อการให้บริการ เช่น กล้องรับความคิดเห็นแบบสอบถาม เป็นต้น