

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วรวบรวมข้อมูล สรุปเป็นสาระสำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยลำดับ เนื้อหาการนำเสนอเป็นหัวข้อดังนี้

#### 1. แนวคิดเชิงการตลาดเกี่ยวกับการบริการ

1.1 ความหมายของการตลาด

1.2 ความสำคัญของการตลาดกับการบริการ

1.3 ลักษณะการประเมินคุณภาพบริการ

#### 2. การประยุกต์แนวคิดเชิงการตลาดเกี่ยวกับการบริการที่มีคุณภาพ มาใช้กับ

บริการพยาบาล

2.1 ลักษณะบริการพยาบาล

2.2 แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

2.3 การประยุกต์แนวคิดเชิงการตลาดเกี่ยวกับการบริการที่มีคุณภาพมาใช้

กับบริการพยาบาล

#### 3. คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง

3.1 ความหมายความคาดหวัง

3.2 คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง

#### 4. คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังตามการรับรู้ของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย

4.1 ความหมายการรับรู้

4.2 คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังตามการรับรู้ของพยาบาลหัวหน้า

หอผู้ป่วย

#### 5. ความสัมพันธ์ของคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง และที่พยาบาลหัวหน้า

หอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย

#### 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเชิงการตลาดเกี่ยวกับการบริการ

### 1.1 ความหมายของการตลาด

ความหมายของการตลาด มีผู้กล่าวไว้หลายทศวรรษด้วยกันดังนี้  
สมาคมการตลาดแห่งสหรัฐอเมริกา (สาคตวง เรืองรุจิระ และ ปราณี พรหมวิเชียร, 2533) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า การตลาด หมายถึงการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในทางธุรกิจที่มีผลให้เกิดการนำสินค้า หรือบริการ จากผู้ผลิตไปสู่ผู้บริโภค หรือผู้ใช้บริการนั้น ๆ โดยได้รับความพอใจ ขณะเดียวกันก็บรรลุวัตถุประสงค์ของกิจการ

ศาสตราจารย์ E. Jerome McCarthy ได้ให้ความหมายของการตลาดว่า หมายถึง ผลงานที่เกิดจากกิจกรรมทั้งหลาย ที่เกี่ยวข้องกับพยายามให้องค์กร บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ โดยวิธีการคาดหมายถึงความต้องการต่าง ๆ ของลูกค้า และรวมถึงการกำกับสินค้าและบริการผ่านจากผู้ผลิตไปยังลูกค้า เพื่อตอบสนองความต้องการ และความพอใจต่าง ๆ ให้แก่ลูกค้า (ชงชัย สันติวงษ์, 2531)

คอตเลอร์ (Kotler, 1991) ให้ความหมายการตลาดว่า หมายถึง กระบวนการทางสังคมและการจัดการโดยบุคคลและกลุ่มได้รับสิ่งที่จำเป็นและต้องการ โดยผ่านการสร้างสรรค์ การเสนอ และแลกเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ ที่มีคุณค่ากับผู้อื่น

จากความหมายดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การตลาด หมายถึง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในทางธุรกิจ โดยอาศัยกระบวนการแลกเปลี่ยนสินค้าหรือบริการ จากผู้ผลิตไปสู่ผู้บริโภคหรือผู้ใช้บริการ เพื่อตอบสนองความต้องการ และความพอใจของผู้บริโภคหรือผู้ใช้บริการให้มากที่สุด

### 1.2 ความสำคัญของการตลาดกับการบริการ

ในสภาวะการณปัจจุบัน โลกได้เจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยี ทำให้มีการแข่งขันกันมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะการตลาดมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย กล่าวคือ องค์กรทุกแห่งต่างมุ่งสนใจที่จะตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยให้ผู้ให้บริการมุ่งบริการให้แก่ผู้รับบริการ ให้เกิดความพอใจสูงสุด (ชงชัย สันติวงษ์, 2528) ในบริการที่มีคุณภาพ ด้วยราคาที่ยุติธรรม (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, ปริญ ลักขิตานนท์ และ สุภากร เสรีรัตน์, 2533) ซึ่งจะส่งผลให้องค์กรได้รับผลกำไรและสามารถดำเนินธุรกิจอยู่ในขั้นก้าวหน้า และอยู่รอดต่อไปได้ ดังนั้น

องค์กรทั่วโลกจึงให้ความสนใจการตลาด และใช้การตลาดเป็นเครื่องมือในการดำเนินการสร้างการบริการให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (ศิริพร สุริยะ, 2536)

### 1.3 ลักษณะการประเมินคุณภาพบริการ

การประเมินคุณภาพบริการ เป็นสิ่งที่ทำได้ยากกว่าการผลิต เนื่องจากการบริการไม่ได้ผลิตออกมาเป็นสินค้าที่มีรูปลักษณ์ทางกายภาพอย่างชัดเจน (ปริทรรศน์ พันธุ์บรรจง, 2536) ซึ่งผู้รับบริการไม่สามารถตัดสินได้ตามลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏ แต่สามารถตัดสินได้ว่ามีคุณภาพโดยใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือวัด (Monroe and Krishnan, 1983 quoted in Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985) ทั้งนี้เพราะ การบริการมีลักษณะที่สำคัญดังนี้คือ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และ คณะ, 2533 สอดคล้องกับ Kotler, 1991 : จิตต์ม ศรีรัตนบัลล์ : พนิดา คามาพงศ์, 2538)

#### 1.3.1 การบริการเป็นสิ่งที่ไม่มีตัวตน (Intangibility)

เนื่องจากการบริการมีความแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ เช่น สบู่ หรือ ยาสีฟัน ตรงที่ตัวบริการเป็นนามธรรม ไม่มีตัวตน ไม่สามารถจับต้องหรือสัมผัสใด ๆ ได้ แต่จะแสดงผลลัพธ์ออกมาในรูปของผลงานที่เกิดขึ้นภายหลังรับบริการ (Performance) ซึ่งก่อนที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจเลือกรับบริการนั้น ผู้รับบริการไม่สามารถประเมินคุณภาพการบริการได้จากการนับ วัด หรือทดสอบโดยตรงได้ ดังนั้น ผู้รับบริการจึงกำหนดเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพของบริการจากสถานที่ ตัวบุคคล เครื่องมือ วัสดุที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร สัญลักษณ์ และราคา ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการจะต้องจัดหา เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถประเมินคุณภาพและตัดสินใจเลือกรับบริการได้เร็วขึ้น ดังนี้

1.3.1.1 สถานที่ (Place) ผู้ให้บริการต้องสามารถสร้างความเชื่อมั่นและความสะดวกให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เช่น อาคารต้องใหญ่โตโอโถง ออกแบบให้เกิดความคล่องตัวแก่ผู้รับบริการ จัดหาที่นั่งให้เพียงพอ มีบรรยากาศที่จะสร้างความรู้สึที่ดี รวมทั้งมีเสียงเพลงดนตรีประกอบด้วย

1.3.1.2 บุคคล (People) ผู้ให้บริการต้องมีการแต่งตั้งตัวที่เหมาะสม มีบุคลิกดี หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาดี เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจ และเกิดความเชื่อมั่นว่าบริการที่ได้รับจะดีด้วย

1.3.1.3 เครื่องมือ (Equipment) ผู้ให้บริการต้องจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่าง ๆ ให้ทันสมัย มีประสิทธิภาพในการให้บริการที่รวดเร็ว และผู้รับบริการเกิดความพอใจ เช่น การออกบัตรตรวจผู้ป่วยนอกด้วยคอมพิวเตอร์ มีเคาน์เตอร์ โต๊ะ เก้าอี้ ที่ดูดี

1.3.1.4 วัสดุที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร (Communication Material) ผู้ให้บริการต้องจัดหาสื่อและเอกสารเพื่อการประชาสัมพันธ์ ที่มีประสิทธิภาพ สามารถติดต่อประสานงานได้อย่างรวดเร็ว มีแผ่นโฆษณาประชาสัมพันธ์ที่สวยงามทันสมัย มีนิทรรศการที่จัดอย่างดี

1.3.1.5 สัญลักษณ์ (Symbols) คือเครื่องหมายการค้า หรือ ตราสินค้าที่ใช้ในการให้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเรียกชื่อได้ถูกต้อง ควรมีลักษณะการสื่อความหมายที่ใกล้เคียงกับบริการที่เสนอขาย

1.3.1.6 ราคา (Price) ผู้ให้บริการต้องกำหนดราคาการให้บริการเหมาะสมกับระดับการให้บริการชัดเจน และง่ายต่อการจำแนกระดับบริการที่แตกต่างกัน

### 1.3.2 การบริการไม่สามารถถูกแบ่งแยกให้บริการได้ (Inseparability)

การบริการเป็นทั้งการผลิตและการบริโภคในขณะเดียวกัน ซึ่งแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ กล่าวคือผลิตภัณฑ์ต้องมีการผลิต จัดเก็บ และจำหน่าย โดยผ่านผู้แทนจำหน่าย แล้วจึงมีการบริโภคเกิดขึ้น แต่สำหรับการบริการ ผู้รับบริการต้องมีส่วนร่วมอย่างมากในกระบวนการผลิตบริการ โดยต้องปรากฏตัวต่อหน้าผู้ให้บริการ ซึ่งการปรากฏตัวขณะรับบริการทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์รูปแบบพิเศษทางการตลาดขึ้น ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ กล่าวคือ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างก็มีผลต่อบริการ เช่น ถ้าพยาบาลให้บริการดี ผู้รับบริการจะนิยมไปรับบริการมากขึ้น ซึ่งทำให้พยาบาลต้องทำงานหนักขึ้น เพราะบริการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นรายบุคคล ไม่สามารถทำเป็นกลุ่มได้ และค่าใช้จ่ายพยาบาลที่สูงด้วย แนวทางแก้ไขคือ ควรลดเวลาที่ใช้กับผู้รับบริการแต่ละรายให้น้อยลง แต่รักษาคุณภาพให้คงเดิม หรืออาจทำเป็นกลุ่ม เช่น การให้คำแนะนำเป็นกลุ่มแทนการให้เป็นรายบุคคล

### 1.3.3 การบริการมีความหลากหลายในตัวเอง (Variability)

ลักษณะของการให้บริการมีความหลากหลายในตัวเอง คุณภาพของการบริการอาจเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อมีการเปลี่ยนผู้ให้บริการ เปลี่ยนผู้รับบริการ หรือแม้แต่เปลี่ยนเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม ทำให้ความสม่ำเสมอ (Consistency) เกิดขึ้นได้ยาก สิ่งที่ผู้ให้บริการต้องการให้อาจไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการได้รับ เนื่องจากการรับรู้

(Perception) หรือความเข้าใจไม่ตรงกัน ดังนั้นผู้รับบริการต้องรู้ถึงความหลากหลายในบริการ และสอบถามผู้อื่นก่อนที่จะเลือกรับบริการ สำหรับผู้ให้บริการสามารถควบคุมคุณภาพได้ 2 วิธี คือ

1.3.3.1 การตรวจสอบ คัดเลือก และฝึกอบรมผู้ให้บริการ รวมทั้งมนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ ต้องเน้นด้านการให้บริการที่ดี

1.3.3.2 ต้องสร้างความพอใจให้ผู้รับบริการ โดยเน้นใช้การรับฟังคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ การสำรวจข้อมูลของผู้รับบริการ และการเปรียบเทียบทำให้ได้รับข้อมูลเพื่อการแก้ไขปรับปรุงการบริการให้ดีขึ้น

#### 1.3.4 การบริการไม่สามารถเก็บไว้ได้ (Perishability)

การบริการเป็นทั้งการผลิตและการบริโภคในขณะเดียวกัน จึงไม่สามารถผลิตไว้ล่วงหน้า แล้วเก็บรักษาไว้เพื่อจำหน่ายในภายหลังได้เหมือนผลิตภัณฑ์ ดังนั้นเมื่อมีการจัดสรรทรัพยากรและเตรียมความสามารถในการผลิตบริการไว้แล้ว เช่น การจ้างบุคลากร การจัดซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ การจัดเตรียมสถานที่ แล้วถึงเวลามีผู้มาใช้บริการมากเกินไป หรือใช้บริการน้อยเกินไป จะทำให้เกิดปัญหาคือ ให้บริการไม่ทัน หรือไม่มีผู้มารับบริการ เช่น โรงพยาบาลต้องมีการลงทุนในทรัพยากรต่าง ๆ และเตรียมความพร้อมอยู่ตลอดเวลา ในช่วงที่มีผู้มาใช้บริการอย่างสม่ำเสมอ ฝ่ายการพยาบาลสะดวกในการจัดการ แต่หากมีผู้มาใช้บริการมากเกินไป จะมีพยาบาลไม่เพียงพอ และหากมีผู้มาใช้บริการน้อยเกินไป พยาบาลจะล้นงาน ดังนั้น ฝ่ายการพยาบาลจะต้องปรับบริการให้เพียงพอเฉพาะที่จะให้บริการไม่ปล่อยให้เตียงว่าง เตียงล้น พยาบาลว่างงาน หรือล้นงาน ซึ่งเซสเซอร์ได้เสนอกลยุทธ์เพื่อปรับความต้องการให้สม่ำเสมอระหว่างอุปสงค์ (Demand) และอุปทาน (Supply) ไว้ดังนี้

##### 1.3.4.1 กลยุทธ์ปรับความต้องการด้านอุปสงค์ (Demand)

1. การตั้งราคาให้แตกต่างกันเมื่อผู้รับบริการมีความต้องการใช้บริการมากขึ้น เช่น การคิดค่าบริการตรวจสุขภาพในอัตราปกติ ถ้ามารับบริการในเวลาปกติ เช่น 08.00-12.00 น. และคิดค่าบริการตรวจสุขภาพในอัตราพิเศษ ถ้าต้องการมารับบริการในเวลาพิเศษ เช่น การเปิดคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการในตอนเย็น เวลา 17.00-20.00 น. หรือวันหยุดราชการ

2. การสร้างอุปสงค์ในช่วงที่มีอุปสงค์ต่ำ ด้วยการเสนอ  
บริการใหม่ ๆ เช่น บริการคลายเครียด บริการอดบุหรี่ เป็นต้น

3. การให้บริการเสริม ในช่วงที่มีผู้รับบริการมาก เพื่อ  
เสนอทางเลือกแก่ผู้รับบริการขณะนั่งรอ เช่น มีโทรทัศน์ให้ดู มีหนังสือพิมพ์ให้อ่าน เสริฟ  
เครื่องดื่ม มีร้านขายของว่าง ร้านหนังสือ เป็นต้น

4. ระบบการนัดหมาย เช่น การนัดหมายผู้มารับบริการ  
เพื่อจะได้บริการในทันทีไม่ต้องนั่งรอ

#### 1.3.4.2 กลยุทธ์ปรับความต้องการด้านอุปทาน (Supply)

1. การเพิ่มผู้ให้บริการ โดยจ้างนอกเวลาในช่วงที่มี  
ผู้รับบริการมาก

2. การจัดเวรเฉพาะช่วงเวลาที่มีงานมาก เช่น การ  
จัดเวรช่วย (Broaken Duty)

3. การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการให้บริการ เช่น  
การให้ผู้รับบริการกรอกประวัติในบัตรตรวจ การให้ผู้รับบริการช่วยตนเอง เป็นต้น

4. การให้บริการร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ เช่น  
โครงการใช้เครื่องมือด้านการแพทย์ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาล  
ของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน เพื่อลดต้นทุนและค่าใช้จ่าย

5. การขยายสิ่งอำนวยความสะดวกในอนาคต เช่น  
การเตรียมขยายสถานที่เพื่อขยายหอผู้ป่วยให้เพียงพอกับแนวโน้มของโรคในอนาคต

จากลักษณะสำคัญดังกล่าวของการบริการ สามารถบ่งชี้ให้เห็นว่า การประเมิน  
คุณภาพบริการเป็นสิ่งที่ยากจะประเมิน การรับรู้ในคุณภาพบริการเป็นผลมาจากการเปรียบเทียบ  
เทียบความคาดหวังของผู้รับบริการที่ได้รับ และการวัดคุณภาพนี้เป็นการวัดถึงผลลัพธ์ และ  
กระบวนการของบริการที่มีคุณภาพ (Gronroos, 1982; Lehtinen and Lehtinen,  
1982; Lewis and Booms, 1983; Sasser, Olsen, and Wyckoff, 1978;  
quoted in Parasuraman et al., 1985)

การวัดคุณภาพการบริการได้มีการวิจัยทางการตลาดหลายครั้ง โดยมีวิวัฒนาการ ดังนี้ ในปี 1980 เริ่มวิจัยเกี่ยวกับโครงสร้าง และจำแนกชนิดของคุณภาพบริการแบบง่าย ๆ ในปี 1982 ได้วิจัยเพิ่มเติมรายละเอียด ปี 1983 ได้วิจัยแล้วนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบของการบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยแบ่งได้ 3 รูปแบบ ซึ่งจากรูปแบบดังกล่าว มีผู้นำไปศึกษาวิจัยต่อดังนี้

รูปแบบที่ 1 รูปแบบคุณภาพบริการที่พัฒนาโดย Parasuraman, Zeithaml และ Berry ในปี 1985 เป็นรูปแบบของการบริการที่กล่าวถึงปัจจัยการกำหนดคุณภาพบริการ และ ช่องว่าง (อุปสรรค) 5 ประการที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังนี้

1. ปัจจัยการกำหนดคุณภาพบริการ ประกอบด้วยเกณฑ์ 10 ประการคือ

1.1 การให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ (Access)

บริการที่ให้กับผู้รับบริการต้องอำนวยความสะดวกในด้าน เวลา

สถานที่ คือ ไม่ให้ผู้รับบริการต้องคอยนาน ท่าเลที่ตั้งเหมาะสม อันแสดงถึงความสามารถของการเข้าถึงผู้รับบริการ

1.2 การติดต่อสื่อสาร (Communication)

มีการอธิบายอย่างถูกต้อง โดยใช้ภาษาที่ผู้รับบริการเข้าใจง่าย

1.3 สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence)

บุคลากรที่ให้บริการ ต้องมีความชำนาญ และมีความรู้ ความสามารถ

ในงาน

1.4 ความมีอัธยาศัย (Courtesy)

บุคลากรต้องมีอัธยาศัยไมตรี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เป็นที่น่าเชื่อถือ

มีความเป็นกันเอง มีวิจารณ์ภายใน

1.5 ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

องค์กรและบุคลากร ต้องสามารถสร้างความเชื่อมั่น และความไว้วาง

ใจในบริการ โดยเสนอบริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ

1.6 ความไว้วางใจ (Reliability)

บริการที่ให้แก่ผู้รับบริการ ต้องมีความสม่ำเสมอ และถูกต้อง

### 1.7 การตอบสนองผู้รับบริการ (Responsiveness)

ผู้ให้บริการจะต้องให้บริการ และแก้ปัญหาให้กับผู้รับบริการอย่างรวดเร็วตามที่ผู้รับบริการต้องการ

### 1.8 ความปลอดภัย (Security)

บริการที่ให้อาจปราศจากอันตราย ความเสี่ยง และปัญหาต่าง ๆ

### 1.9 ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)

บริการที่ผู้รับบริการได้รับ จะทำให้เขาสามารถคาดคะเนถึงคุณภาพของบริการดังกล่าวได้

### 1.10 การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding/Knowing Customer)

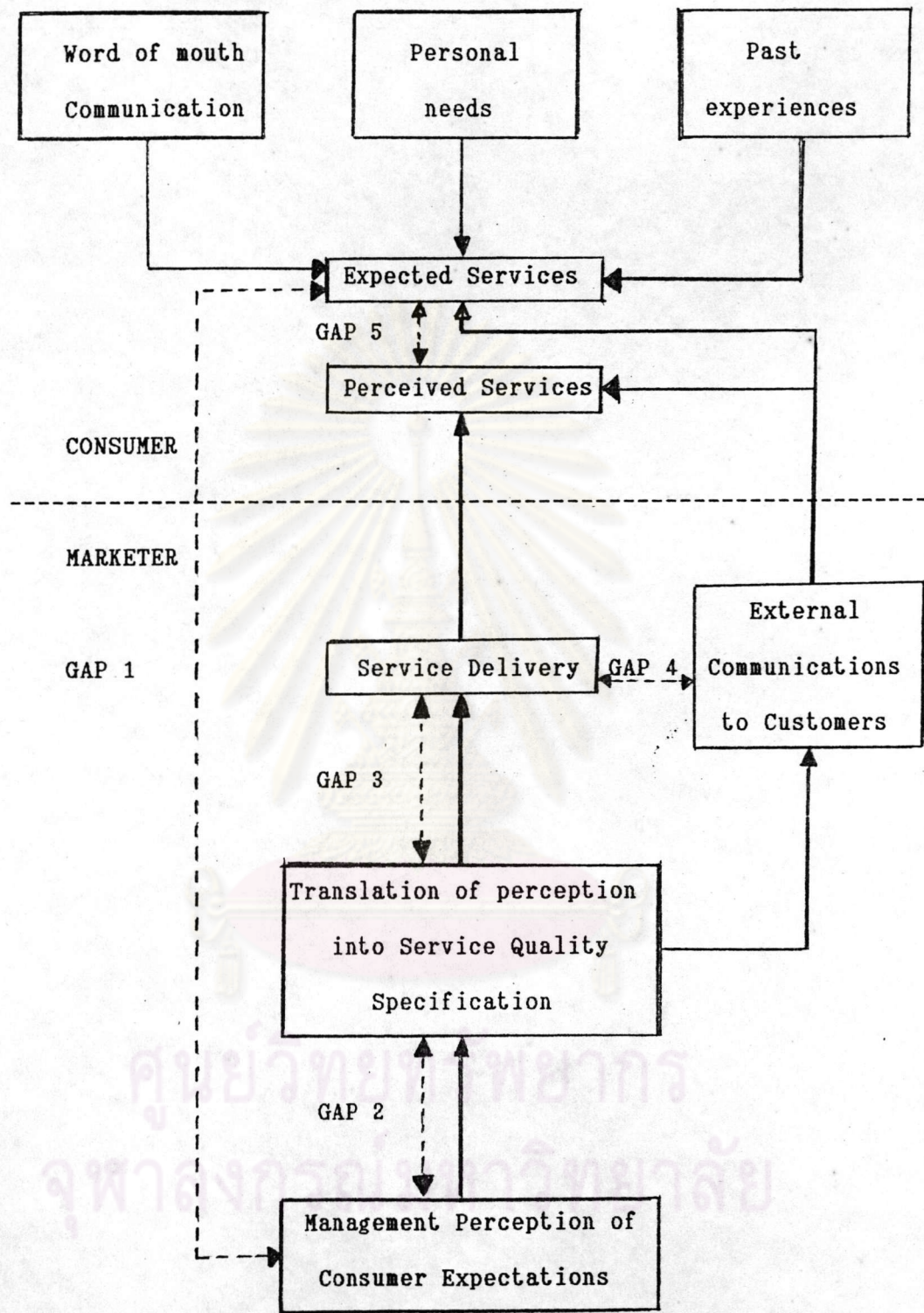
ผู้ให้บริการต้องพยายามเข้าใจถึงความต้องการของผู้รับบริการ และให้ความสนใจตอบสนองความต้องการดังกล่าว

การกำหนดคุณภาพของการบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการดังกล่าว มาจากประสบการณ์เดิม จากการมารับบริการครั้งก่อน คำพูดจากปากต่อปาก และการโฆษณาประชาสัมพันธ์ เมื่อผู้รับบริการมารับบริการในครั้ง นี้ ก็จะเปรียบเทียบบริการที่ตนได้รับจริงกับบริการที่คาดหวังไว้ ถ้าผลปรากฏว่าบริการที่ได้รับในสถานการณ์นั้นน้อยกว่าบริการที่ตนคาดหวัง ผู้รับบริการจะไม่พึงพอใจ และไม่กลับมาใช้บริการอีก แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบริการที่ได้รับจริงมากกว่าบริการที่คาดหวังไว้ ผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจ ประทับใจ และกลับมาใช้บริการอีก

## 2. ช่องว่างที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังแผนภูมิ

ที่ 1





แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการกำหนดคุณภาพบริการ ของ Parasuramar, Zeithaml และ Berry "A Conceptual model of service quality and the implication of the implication for Future Research" Journal of Marketing, Fall. 1985 P 44.

2.1 ช่องว่างที่ 1 เป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการ (Consumer Expectation) และการรับรู้ของผู้บริหาร (Management Perception)

โดยทั่วไปผู้บริหารอาจไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงและความคาดหวังของผู้รับบริการได้ทั้งหมด หรืออาจยึดถือความเข้าใจของตนเป็นหลักสำคัญ ทำให้การให้บริการคลาดเคลื่อนไปจากความต้องการอันแท้จริงของผู้รับบริการ เช่น ผู้บริหารอาจคิดว่าสถานที่ที่ใหญ่โตหรูหรา เป็นความต้องการของผู้รับบริการ แต่แท้จริงแล้วผู้รับบริการคาดหวังเพียงสถานที่ที่สะอาดเป็นธรรมชาติ กับการดูแลเอาใจใส่ที่ทั่วถึงมากกว่า

2.2 ช่องว่างที่ 2 เป็นช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้บริหารเรื่องความต้องการและการกำหนดลักษณะของคุณภาพบริการ (Service Quality Specification)

แม้ผู้บริหารจะรับรู้ถึงความต้องการของผู้รับบริการถูกต้อง ก็อาจจะไม่ได้นำมากำหนดเป้าหมายหรือมาตรฐานของการให้บริการได้ ผู้บริหารอาจจะไม่ได้เอาใจใส่อย่างจริงจังเพื่อกำหนดลักษณะของการให้บริการให้ได้คุณภาพ (No Commitment) หรือกำหนดไว้ตามความเห็นของตนเท่านั้น ด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น ผู้บริหารเห็นความสำคัญของความสะอาดแต่ไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายไว้เพราะขาดงบประมาณ เป็นต้น

2.3 ช่องว่างที่ 3 ช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพบริการที่ได้กำหนดไว้และบริการที่ให้ (Service Delivery)

ผู้บริหารได้กำหนดลักษณะของคุณภาพบริการไว้อย่างชัดเจนแล้วแต่มีหลายปัจจัยที่มีผลทำให้การให้บริการจริงไม่เป็นไปตามที่ได้วางข้อกำหนดไว้ ทำให้บริการไม่มีคุณภาพ เช่น งบประมาณน้อยเกินไป บุคลากรไม่มีความสามารถ หรือไม่ได้รับการจูงใจที่เพียงพอ เครื่องมือเครื่องใช้ล้าสมัย ขาดความพร้อมและความร่วมมือภายในองค์กร เป็นต้น

2.4 ช่องว่างที่ 4 ช่องว่างระหว่างบริการที่ให้และการสื่อสารภายนอกให้ผู้รับบริการทราบ (External Communication)

การสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการได้รับรู้ถึงการให้บริการจะมีผลต่อบริการที่ผู้รับบริการจะคาดหวังและบริการที่จะรับรู้เมื่อได้รับบริการ ทั้งนี้เพราะบริการที่ผู้ให้บริการตั้งใจมอบให้อาจแตกต่างจากบริการที่ผู้รับบริการคาดหวังว่าตนจะได้รับ เนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกันได้ เช่น การประชาสัมพันธ์ของผู้ให้บริการได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการตามที่ได้กำหนดเป้าหมายคุณภาพไว้ล่วงหน้าถึงความสะอาด สวยงามของสถานที่

การต้อนรับที่ซุ่มซำ แต่เมื่อผู้รับบริการมาใช้บริการกลับพบกับห้องที่ไม่สะอาด ผู้ให้บริการหน้าตาบึ้งตึง ท่าที่ห่างเหิน ทำให้ความคาดหวังของผู้รับบริการแตกต่างจากที่เป็นจริง ผู้รับบริการจึงประเมินว่าบริการที่ได้รับด้อยคุณภาพ

2.5 ช่องว่างที่ 5 ช่องว่างระหว่างบริการที่ผู้รับบริการรับรู้ (Perceived Service) และบริการที่ผู้รับบริการคาดหวัง (Expected Service)

คุณภาพของบริการจะแปรโดยตรงกับขนาดและทิศทางของช่องว่างที่เกิดจากบริการที่ผู้รับบริการคาดหวังจะได้รับ ซึ่งเป็นผลมาจากคำบอกเล่าของบุคคลอื่น ความต้องการของตนเอง และจากประสบการณ์ในอดีต กับบริการที่ผู้รับบริการได้รับรู้ซึ่งเป็นผลจากการให้บริการและการสื่อสารของผู้ให้บริการไปยังผู้รับบริการ หากบริการที่ผู้รับบริการได้รับดีกว่าหรือเท่ากับที่คาดหวังไว้ บริการนั้นจะถูกจัดว่ามีคุณภาพ แต่หากบริการที่รับรู้ด้อยกว่าที่คาดหวังไว้ผู้รับบริการจะกล่าวว่าเป็นบริการไม่ดี ไร้คุณภาพ

รูปแบบที่ 2 รูปแบบคุณภาพบริการที่พัฒนาโดย Parasuraman, Zeithaml และ Berry ในปี 1988 เป็นการพัฒนารับต้นการประเมินคุณภาพบริการให้เกิดความพึงพอใจ โดยสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพบริการจำแนกได้ 5 ประการ ดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) 1.9  
การบริการมีความเป็นรูปธรรมสามารถจับต้องสัมผัสได้ง่าย เช่น เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ บุคคล และวัสดุที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร
2. ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ (Reliability) -1.5 + 1.6 + 1.8 = 1.9  
การบริการมีความถูกต้อง แม่นยำ รวมทั้งมีความสม่ำเสมอ
3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที (Responsiveness) 1.7  
ผู้ให้บริการมีความพร้อม และเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการทันทีทันใด
4. ความน่าเชื่อถือได้ (Assurance) 1.4 + 1.2 = 2.6  
บุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้และมีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อถือ มาใช้บริการมากขึ้น
5. การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Empathy) 1.10  
พฤติกรรมการดูแลเอาใจใส่ที่ผู้ให้บริการมีต่อผู้รับบริการ

11, 1.2, 1.3, 1.8

รูปแบบที่ 3 รูปแบบคุณภาพบริการที่พัฒนาโดย Zeithaml และ คณะ 1988 ได้พัฒนารูปแบบเดิมให้มีความคล่องตัว โดยเน้นพัฒนาการติดต่อสื่อสาร และการควบคุมระบบการติดต่อสื่อสารในองค์กรให้มีการติดต่อรวดเร็ว ทันสถานการณ์

จากการพัฒนาคุณภาพบริการตามลำดับของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry ดังกล่าวพบว่า ได้มีการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปประเมินคุณภาพบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 2. การประยุกต์แนวคิดเชิงการตลาดเกี่ยวกับการบริการที่มีคุณภาพมาใช้กับบริการพยาบาล

### 2.1 ลักษณะบริการพยาบาล

บริการพยาบาลเป็นบริการวิชาชีพที่เกิดขึ้นตามความต้องการของสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทั้งในภาวะสุขภาพดี และในยามเจ็บป่วย (ลออ หุตางกูร, 2521 อ้างถึงใน อ่ำไพ สติธรรม, 2526)

เพื่อให้การตอบสนองความต้องการดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ ผู้นำทางวิชาการพยาบาลได้จัดกิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (ปิยะรัตน์ ตาตินิจ, 2524 อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2528) ดังนี้

1. กิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลด้านการให้การดูแลรักษาพยาบาล ได้แก่ การดูแลความสะอาดตามความต้องการด้านสุขวิทยาของผู้ป่วยในแต่ละวัน การปฏิบัติพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม ตามอาการแสดงและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การให้เวลาแก่ผู้ป่วยได้สนทนาและอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว สอน และแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ให้ช่วยเหลือดูแลตนเองตามความเหมาะสมกับสภาพของโรค เป็นต้น

2. กิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลด้านการป้องกัน ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจ สอนวิธีการป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม ลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด โดยรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุดเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น เป็นต้น

3. กิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ ตลอดจนการดูแลตนเองและครอบครัวแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมบุคลิกภาพที่ดีให้แก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและยอมรับสภาพ ความสามารถของตนเอง ส่งเสริมให้เข้าใจถึงการใช้แหล่งบริการสาธารณสุขให้เป็นประโยชน์ เป็นต้น

4. กิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันให้มากที่สุด จัดกิจกรรมบำบัดที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย สนองความต้องการและความสามารถ วางแผนการพยาบาลให้สนองต่อการให้กายภาพบำบัด เป็นต้น

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว ได้สำเร็จตามเป้าหมาย คือ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ให้เกิดความประทับใจในบริการพยาบาลที่ได้รับนั้น พยาบาลผู้ให้บริการต้องปฏิบัติงาน โดยใช้องค์ความรู้ในศาสตร์สาขาต่าง ๆ มาผสมผสานกันอย่างมีศิลปะในการปฏิบัติ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2537) และการปฏิบัตินั้นต้องสามารถยืดหยุ่นได้ เหมาะสมกับความต้องการขององค์การ บุคคล ชุมชน และสังคม (อำพร จันทรักษา, 2537)

## 2.2 แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

ในภาวะปัจจุบัน โลกมีการเปลี่ยนแปลงในด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ส่งผลกระทบให้วิถีชีวิตของคนในสังคมต้องเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย องค์การต่าง ๆ รวมทั้งโรงพยาบาล ก็มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงาน ให้เป็นรูปแบบของธุรกิจมากขึ้น (มนัสสินธุ์ บุญญทรพร, 2536) จนบางครั้งการรักษาพยาบาลมุ่งเน้นไปในเรื่องของธุรกิจมากเกินไป ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ เช่น มีการนำเครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ มาใช้กันอย่างฟุ่มเฟือย และผลึกภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย จากสาเหตุดังกล่าว มีผลทำให้ผู้รับบริการเริ่มจะเรียกร้องสิทธิของตน และเริ่มต้นตัวในเรื่องกฎหมายควบคุมและคุ้มครองผู้บริโภค จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1972 สหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายประกันสังคม กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีการควบคุมและประกันสุขภาพ (Hospital Wide Quality Assurance) เพื่อควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดโรงพยาบาลดำเนินงานเอาวัดเอาเบรียบบนความเจ็บป่วยของประชาชนมากเกินไป อีกทั้งยังเป็นการคุ้มครองสิทธิอันชอบธรรมของผู้รับบริการอีกด้วย จากเหตุผลดังกล่าว

โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย เริ่มมองหาหลักการและวิธีการในการควบคุมคุณภาพงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจว่า บริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพ ประสิทธิภาพถูกต้อง เป็นธรรมแก่ผู้มารับบริการ (ศิริพร ตันติพลวินัย, 2536) โดยองค์การพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพเชิงวิชาชีพของงานบริการพยาบาลไว้ 3 ประการ ตามมาตรฐานสากล ดังนี้ (ศิริพร ตันติพลวินัย, 2537 สอดคล้องกับ ประพิน วัฒนกิจ, 2537)

### 1. มาตรฐานด้านโครงสร้าง (Structure Standard)

เป็นลักษณะการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดองค์การ ระบบการจัดบริการ สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เงิน อาคาร สถานที่ นโยบายการปฏิบัติงาน เป็นต้น

### 2. มาตรฐานด้านกระบวนการ (Process Standard)

เป็นลักษณะการดำเนินการเกี่ยวกับขั้นตอนของกระบวนการรักษาพยาบาล เช่น การวินิจฉัยโรค กิจกรรมการพยาบาล การติดต่อสื่อสาร การบันทึกรายงาน การรักษา/การพยาบาล เป็นต้น

### 3. มาตรฐานด้านผลลัพธ์ (Outcome Standard)

เป็นลักษณะการดำเนินการเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงาน ซึ่งจะเกิดขึ้นตามความมุ่งหวังที่คาดไว้ หลังจากให้การรักษาพยาบาลแล้ว เช่น อาการของโรคดีขึ้น/ลดลงทัศนคติของผู้ป่วยเหมือนเดิม/เปลี่ยนไป เป็นต้น

เกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพเชิงวิชาชีพดังกล่าวทั้ง 3 ประการ เป็นคุณภาพตามมาตรฐาน และความเห็นชอบของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ซึ่งคิดว่า หากผู้ให้บริการทำงานตามมาตรฐานที่กำหนดไว้แล้ว จะช่วยให้งานมีคุณภาพขึ้นมาได้ แต่ในสภาพความเป็นจริง คุณภาพตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพเป็นเพียงส่วนหนึ่งของคุณภาพเท่านั้น ไม่ใช่คุณภาพของงานบริการพยาบาลทั้งหมด ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการไม่มีความรู้เรื่องของวิชาชีพพยาบาล จึงไม่ค่อยจะสนใจว่าโรงพยาบาลใดมีมาตรฐานอะไรบ้าง สูงต่ำแค่ไหน เขาสนใจแค่เพียงว่าเข้ามาใช้บริการแล้วการรักษาพยาบาลที่ได้รับนั้นถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ปลอดภัยหรือไม่ ผู้ให้บริการต้อนรับดูแลเอาใจใส่แค่ไหน และการให้บริการนั้นให้ตรงตามความต้องการ และความคาดหวังของเขาหรือไม่อย่างไร หากการรักษาดูแล การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย เป็นที่พอใจ การบริการ

พยาบาลที่ไปนั้นจึงเป็นบริการที่มีคุณภาพตามความรู้สึกที่รับรู้ของผู้รับบริการ (Perceived Quality) (ศิริพร ตันติพลวินัย, 2537) ซึ่ง Parasuraman, Zeithaml และ Berry เรียกว่า คุณภาพเชิงปฏิสัมพันธ์หรือคุณภาพเชิงการแสดงออก (Expressive Quality)

จากแนวคิดดังกล่าว ได้มีการวิจัยมาสนับสนุนว่าในปัจจุบันนี้ผู้ป่วยยังไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ ดังเช่น จากการศึกษาของไวท์ (White) ในปี 1972 วิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญในหัวข้อ การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมากกว่าพยาบาล ส่วนพยาบาลให้ความสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและสังคมมากกว่าผู้ป่วย (White, 1972 อ้างถึงใน พนิดา ดามาพงศ์, 2520) และจากการศึกษาของ นวลจันทร์ ทศนชัยกุล ในปี 2523 วิจัยพบว่า ผู้ป่วยไม่พอใจในบริการพยาบาลเนื่องจาก พยาบาลหน้าบึ้ง กิริยาไม่สุภาพ คุ มีมากถึงร้อยละ 60.70 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวดี ศรีเลณวัติ และคณะ ในปี 2524 วิจัยพบว่า ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับเท่าที่ควร เนื่องจากท่าทีทัศนคติของเจ้าหน้าที่พยาบาลไม่ค่อยคำนึงถึงทุกข์สุขและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ อ่ำไพ สุนธิธรรม ในปี 2526 วิจัยพบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่ต้องแสดงออกโดยการสนทนา พูดคุยกับผู้ป่วย เช่น การรับฟังคำบอกเล่า บ่น หรือปรับทุกข์ของผู้ป่วย การให้เวลาพูดคุย หรือซักถามเพื่อตอบข้อข้องใจแก่ครอบครัวและญาติของผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำความรู้เรื่องโรค และการรักษาที่ได้รับนั้น ผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ พอใช้ ไม่มี และการศึกษาของ ทิฆัมพร มัจฉาชีพ ในปี 2528 วิจัยพบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของสตรีผู้ให้บริการทางด้านการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ ตามการรับรู้ของตนเอง กับความคาดหวังของผู้รับบริการในโรงพยาบาลของรัฐบาล มีความแตกต่างกันทางนัยสำคัญทางสถิติ และเรื่องที่มีความแตกต่างกันมากคือ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนล่วงหน้า ก่อนจะมีการระบาดของโรคต่าง ๆ ตามฤดูกาล และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับเอกสารหรือหนังสือเกี่ยวข้องกับสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของละออ ตันติศิริรินทร์ และคณะ ในปี 2536 วิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ต่อกิจกรรมพยาบาลที่สนองความต้องการพื้นฐานที่พึงพอใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุด คือ การแนะนำให้รู้จักผู้ป่วยข้างเตียง ร้อยละ 28.3 และเมื่อจำแนกตามแผนกต่าง ๆ พบว่า แผนกศัลยกรรมทั่วไป กิจกรรมพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงพอใจระดับน้อยที่สุดคือ การพูดคุยในเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ร้อยละ 26 แผนกอายุรกรรม กิจกรรมพยาบาลที่พึงพอใจระดับน้อยที่สุด คือ การให้โอกาสมีส่วนร่วมหรือแสดง

ความคิดเห็นในการวางแผนการพยาบาล ร้อยละ 32 แผนกสูติ-นรีเวชกรรม กิจกรรมพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงพอใจระดับน้อยที่สุด คือ การยืดหยุ่นเวลาในการทำความสะอาดร่างกาย ร้อยละ 40 แผนกออร์โธปิดิกส์และแผนกจักษุ กิจกรรมพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงพอใจระดับน้อยที่สุดเหมือนกัน คือ การอธิบายสรรพคุณฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นร้อยละ 44 และร้อยละ 30 ตามลำดับ และแผนกโสต ศอ นาสิก กิจกรรมพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงพอใจระดับน้อยที่สุด คือ การดูแลให้มีของใช้ที่จำเป็นสำหรับทำความสะอาดร่างกายร้อยละ 20 และจากการศึกษาของ วิมลศรี ศรีสุพรรณ และมะลิจิตร์ ศิริวัฒนามชานนท์ ในปี 2536 วิจัยพบว่า สิ่งที่ได้รับบริการ ให้ความคิดเห็นที่ไม่พอใจได้แก่ สีหน้า ท่าทาง คำพูด สายตา ของพยาบาลในขณะที่ให้บริการ การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ภายหลังการตรวจและการจัดคิวเข้าตรวจ เป็นต้น

จากการวิจัยดังกล่าว พบว่า เป็นการศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลกำหนดแต่เพียงฝ่ายเดียว จึงทำให้พบว่า ผู้รับบริการยังไม่เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ แม้ว่าวิชาชีพพยาบาลจะมีการปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาลเชิงวิชาชีพอยู่เรื่อย ๆ ก็ตาม ดังนั้น จากการศึกษาแนวคิดและการวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาล จำเป็นจะต้องคำนึงถึงคุณภาพเชิงวิชาชีพ ควบคู่กับคุณภาพเชิงปฏิสัมพันธ์

### 2.3 การประยุกต์แนวคิดเชิงการตลาดเกี่ยวกับการบริการที่มีคุณภาพ มาใช้กับบริการพยาบาล

จากแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของการบริการที่เป็นเลิศ ต้องประกอบด้วยคุณภาพเชิงวิชาชีพ และคุณภาพเชิงปฏิสัมพันธ์นั้น จะพบว่า การดำเนินการจัดสร้างบริการพยาบาลให้มีคุณภาพได้ดีในภาวะที่มีการแข่งขันกันสูงในปัจจุบัน ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องนำแนวคิดเชิงการตลาดมาประยุกต์ใช้ในระบบบริการพยาบาล (ศิริพร สุริยะ, 2536 สอดคล้องกับ O'Grady, 1988) เพื่อจะได้ให้บริการได้ตรงตามความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ประทับใจในบริการ และกลับมาใช้บริการอีก (Kotler, 1991) ส่งผลให้เกิดภาพพจน์ที่ดี (Eliopoulos, 1988 อ้างถึงใน ศิริพร สุริยะ, 2536) สร้างชื่อเสียงให้กับโรงพยาบาล ทำให้สามารถแข่งขันกับโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อหาส่วนแบ่งเพิ่มขึ้นในตลาด และทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลนี้สามารถดำเนินกิจการต่อไปได้ (ชงชัย สันติวงษ์, 2531)



การนำแนวคิดการตลาดมาใช้ในระบบบริการพยาบาล เพื่อศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์ที่ผู้รับบริการกำหนด โดยการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นหลักสำคัญนั้น ในต่างประเทศมีผู้ศึกษาวิจัยหลายท่าน ดังนี้ (Eck et al., 1988)

ในปี 1957 Abdellah และ Levine ได้วิจัยคุณภาพบริการพยาบาลตามแนวคิดการตลาด ประเมินโดยการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นหลักสำคัญ เกี่ยวกับเรื่อง สิ่งอำนวยความสะดวก (facilities) โครงสร้างขององค์การที่มีประสิทธิผล (effectiveness of organizational structures) คุณสมบัติของบริการพยาบาลตามหลักวิชาชีพ (professional qualifications) และความสามารถในการดูแลรักษาพยาบาล (competency in provision of care)

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

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

ในปี 1975 Risser ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดคุณภาพบริการพยาบาล โดยประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริการที่ได้รับตามความคาดหวัง และตามการรับรู้ของผู้ป่วยในบริการพยาบาลที่ได้รับจริง ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง เทคนิค วิธีการ และทักษะทางวิชาชีพ (technical professional factor)
2. ค่าเนิ่นการสร้างสัมพันธ์ภาพโดยให้ความรู้ในลักษณะของการให้ข้อมูลตอบคำถาม อธิบาย หรือสาธิต วิธีการปฏิบัติการดูแลอย่างถูกต้อง (the educational relationship)
3. ค่าเนิ่นการสร้างสัมพันธ์ภาพให้เกิดความไว้วางใจกัน ระหว่างพยาบาลผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

ในปี 1980 (Eriksen, 1987 and Oberst, 1983 quoted in Allanach and Golden, 1988) นักวิชาการทางการพยาบาล ได้ศึกษาเกี่ยวกับการวัดคุณภาพการพยาบาล โดยการประเมินความพึงพอใจตามความคาดหวังของผู้ป่วย และการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้บริการ ซึ่งวิจัยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในปี 1988 Allanach และ Golden ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือในการวัดคุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังของผู้ป่วย และการรับรู้ของพยาบาลในหัวข้อต่อไปนี้คือ

1. การให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ (accessibility)
2. มูลค่าของการให้การดูแลรักษาพยาบาล (amount of care / amount of spent)
3. การให้การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด (assistance with pain)
4. จัดหาบริการได้ตามความต้องการของผู้รับบริการ (availability)
5. การติดต่อสื่อสาร ให้ข้อมูล คำแนะนำ การอธิบายแก่ผู้ป่วย (communication of information lated to patient's condition)
6. ให้บริการพยาบาลดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (continuity)
7. ความสามารถในการให้การดูแลรักษาพยาบาล (efficacy)
8. การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ให้เหมาะสม (physical environment)
9. ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลมีความรู้ในวิชาชีพ (professional knowledge)

10. ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลมีเอกลักษณ์ในวิชาชีพ (promotion of autonomy)
11. ผู้ให้บริการพยาบาลต้องมีวิจรรย์ญาณในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (reassuring presence)
12. ผู้ให้บริการพยาบาลต้องรับรู้ในคุณลักษณะเฉพาะ และความต้องการของบุคคลแต่ละคนที่มารับบริการ (recognition of individual quality and needs)
13. มีการตรวจสอบควบคุมการดูแลรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด (surveillance)
14. ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ถูกเทคนิค วิธีการ และทักษะการพยาบาล (technical quality)

ปี 1987 Abramowitz, Cote และ Berry (Abramowitz, Cote, and Berry, 1987 quoted in Spitzer, B.R., 1988) ได้ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดคุณภาพบริการพยาบาลตามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในลอสแอนเจลิส และแคลิฟอร์เนีย พบว่า มีปัจจัย 8 ประการ ดังนี้

1. ผู้ให้บริการพยาบาลให้การดูแลรักษาพยาบาลด้วยดีอย่างเป็นมิตร และมีอัธยาศัยที่ดี (friendliness and courtesy)
2. พยาบาลสามารถจัดสรรการบริการพยาบาลได้ตามความต้องการของผู้รับบริการ (availability of the nurse)
3. ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นบุคคล (personalized care)
4. มีความพร้อมในการให้บริการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง (access to specialists with national)
5. ความทันสมัยของเทคโนโลยีที่ช่วยในการให้บริการพยาบาล (latest technology)
6. การจัดลำดับความสำคัญของการบริการ (range of service)
7. บริการพยาบาลที่ให้มีความรู้ มีชื่อเสียง สามารถกล่าวถึงได้ (overall reputation)

8. การอำนวยความสะดวกสบายและการจัดสร้างบรรยากาศในหอผู้ป่วย ให้มีความสวยงาม สดชื่น (comfort and esthetic appearance)

ปี 1990 Lynch และ Schuler ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพบริการพยาบาลที่เป็นจุดสำคัญ ทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกมาใช้บริการ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor Analysis) พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญคือ

1. สถานที่รอคอยการรับบริการ (waiting areas)
2. ห้องพักของผู้ป่วย (patient rooms)
3. อาหารที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน (food)
4. สถานที่ตั้งของอาคารอำนวยความสะดวกได้ดี (convenient location)
5. ทักษะของพยาบาลผู้ให้บริการ (staff attitude)
6. ผู้ให้บริการมีคุณสมบัติในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (attributed in this category therefore should focus specifically)

ปี 1991 Babakus และ คณะ ได้ศึกษาวิจัยคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการ โดยสร้างเครื่องมือวิจัยจากเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL ของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry ในปี 1985, 1988 เกี่ยวกับปัจจัยในการกำหนดคุณภาพบริการ 10 ประการ ได้แก่

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

ซึ่งเครื่องมือ SERVQUAL นี้ จะมีลักษณะเป็น Multiple-Item scale แต่ Babakus และ คณะ นำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการบริการพยาบาล โดยสร้างต่างจากแนวคิดเดิมคือ scale ในการวัดตัวกำหนดคุณภาพบริการแต่ละตัว จะมีค่า scale เดียว และข้อคำถามของตัวกำหนดคุณภาพบริการแต่ละตัวจะมีเพียงข้อเดียว ซึ่งจะช่วยให้เห็นปฏิกริยาการตอบสนองต่อความคาดหวังและการรับรู้ได้ทันทีในเวลาเดียวกัน

ปี 1994 Scardina ได้ศึกษาเครื่องมือในการวัดคุณภาพบริการพยาบาล จากความพึงพอใจของผู้รับบริการ (SERVQUAL) ตามแนวคิดของ Zeithaml, Parasuraman และ Berry ในปี 1983 ซึ่งมีตัวกำหนดปัจจัยคุณภาพบริการ 5 ประการ คือ

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) เช่น สิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมืออุปกรณ์ บุคลิกของคน
2. ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ (Reliability)
3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที (Responsiveness)
4. ความน่าเชื่อถือ (Assurance)
5. การเข้าใจ รู้จักรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ (Empathy)

ซึ่งเครื่องมือวัดคุณภาพบริการพยาบาลนี้ (SERVQUAL) มีข้อคำถาม 22 ข้อ พบว่ามีความเที่ยงตรงสูง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92 สามารถนำไปทดลองใช้วัดความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างสมบูรณ์

จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาลโดยประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ของนักวิจัยพยาบาลต่างประเทศดังกล่าว พบว่าเป็นการศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์การรับรู้ของผู้รับบริการ โดยนำแนวคิดการตลาดมาประยุกต์ใช้ควบคู่กับคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานที่วิชาชีพกำหนด ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

ดังนั้นผู้วิจัยจะศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลโดยนำแนวคิดการตลาดมาประยุกต์ใช้ควบคู่กับคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ และเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ โดยศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง และที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย ตามกรอบแนวคิดของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry แล้วผสมผสานแนวความคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดคุณภาพบริการพยาบาลทั้ง 10 หมวด จากนักวิจัยพยาบาลดังกล่าว

พร้อมทั้งประยุกต์พฤติกรรมการดูแล (caring) ในปัจจัยที่กำหนดคุณภาพบริการพยาบาลแต่ละตัว เพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและสังคมของประเทศไทยมากที่สุด ซึ่งจะพบว่าปัจจัยในการกำหนดคุณภาพบริการพยาบาลตามแนวคิดดังกล่าว มีดังนี้

### 1. การให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ (Access)

หมายถึง พยาบาลจะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะให้บริการเมื่อผู้ป่วยมาติดต่อ โดยบริการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยต้องอำนวยความสะดวกในสิ่งเหล่านี้ คือ

1.1 เวลาในการติดต่อขอรับบริการพยาบาล ต้องติดต่อได้ง่าย รวดเร็ว ไม่ต้องใช้เวลาคอยนานซึ่งพยาบาลจะต้องมีความเตรียมพร้อมอยู่เสมอที่จะให้บริการเตรียมพร้อมที่จะให้ข้อมูล หรือตอบคำถามแก่ผู้ป่วยตลอดเวลา ตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสะดวกจะมารับบริการเมื่อใดก็ได้ และเพื่อให้การติดต่อขอรับบริการเป็นไปอย่างรวดเร็ว ง่าย สะดวก ผู้ป่วยสามารถใช้เครื่องมือสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ กริ่ง หรือสัญญาณออก ช่วยในการติดต่อเพื่อขอรับบริการ

1.2 สถานที่ตั้งเหมาะสม อำนวยความสะดวกได้ดีในด้านอาคาร สถานที่พัก และอาหาร กล่าวคือ มีอาคารใหญ่โต โอ่โถง มีห้องพักให้ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และมีที่นั่งพักให้ญาติผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ตลอดจนมีร้านอาหารและร้านค้าสวัสดิการไว้บริการผู้ป่วย และญาติ

### 2. การติดต่อสื่อสาร (Communication)

หมายถึง พยาบาลผู้ให้บริการต้องมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลตนเอง บอกค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล รวมทั้งการอธิบายถึงความเหมาะสมของราคาค่ารักษาพยาบาล ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับระดับของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ทั้ง Verbal Communication และ Non Verbal Communication ดังนี้ (เวรดี้ ลีอพงส์ลัคณา, 2535)

#### 2.1 กิริยาท่าทาง

ในขณะที่ให้บริการพยาบาล ควรต้องมีกิริยาท่าทางที่นุ่มนวล สุภาพ ไม่แสดงท่าที่รับรื้อนในขณะที่ให้การพยาบาล เพราะแม้จะเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ ไม่นานที่ถ้าพยาบาลให้การดูแลอย่างกระฉับกระเฉง ไม่รับรื้อน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกค้ำค้ำว่าพยาบาลให้เวลากับผู้ป่วยจริง ๆ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของผู้ป่วยตาม

แนวคิดพฤติกรรมการดูแลของบราวน์ (Brown, 1986 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุกักรักษ์, 2536) นอกจากนี้ พยาบาลควรใช้เวลาแก่ผู้ป่วยได้แสดงความต้องการ ด้วยการซักถามผู้ป่วยว่า เขาต้องการอะไร หรือกำลังคิดอะไร และเปิดโอกาสให้เขาได้บอกสิ่งที่เขาต้องการ หรือกำลังคิดอยู่ และที่สำคัญที่สุด ควรจะตั้งใจฟัง ให้ความสนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยบอก เพราะจะทำให้ทราบข้อมูลที่เป็นความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2537; ธนวรรณ อาชารัฐ, 2537; ปรีทรรศน์ พันธบุรุษรงค์, 2536 และ ปัทมา คุปต์จิต, 2537)

## 2.2 การแสดงสีหน้าและสาธิตา

พยาบาลผู้ให้บริการต้องเรียนรู้การควบคุมการแสดงออกทางสีหน้า และสาธิตา หรือควบคุมการแสดงออกบางส่วน โดยควบคุมอารมณ์ที่แสดงให้เห็นว่ากลัว หรือรังเกียจผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยจะมีความไวในการสังเกตพฤติกรรมแสดงออกทางสีหน้าของพยาบาล และสำหรับการแสดงออกทางสาธิตานั้น เป็นสิ่งสำคัญในขณะให้การดูแลรักษาพยาบาล ผู้ให้บริการพยาบาลต้องประสานสาธิตากับผู้ป่วยในขณะให้บริการพยาบาล ด้วยสาธิตาที่อ่อนโยน และเป็นมิตร มีใบหน้าที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นการแสดงออกถึงความ เป็นมิตร ทำให้บรรยากาศการติดต่อมีความสดชื่น เป็นกันเอง (สมชาย เรื่องศิรินุสรณ์, 2536) ส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับ และพึงพอใจที่จะมีสัมพันธภาพด้วย

## 2.3 การสัมผัส

การสัมผัส เป็นการแสดงถึงความรัก ความเอาใจใส่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ อบอุ่น มั่นใจ และมีกำลังใจ อันจะนำไปสู่การยินยอมที่จะปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจ ซึ่งตามแนวคิดของ Leininger การสัมผัสที่เหมาะสม ควรสัมผัสผู้ป่วยบริเวณมือ และแขน (ทัศนีย์ นนทะสร, ม.ป.ป.)

## 2.4 พฤติกรรมด้านการพูดและน้ำเสียง

เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ พยาบาลจะต้องคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ คือ

### 2.4.1 ความง่าย (Simplicity) หมายถึง การใช้คำพูดที่

เข้าใจได้ง่าย ใช้กันทั่วไป กระตรัด ไม่ใช้ศัพท์ทางวิชาการ ศัพท์เทคนิค หรือภาษาแสดงการใช้ประโยคต้องเป็นไปในลักษณะที่เข้าใจง่าย ความหมายชัดเจน

2.4.2 ความหมายตรง ชัดเจน (Clarity) หมายถึง การใช้คำพูดที่มีความหมายตรงตามคำนั้น ๆ ซึ่งจะรวมถึงพฤติกรรมที่ผู้พูดแสดงออกด้วย ทั้งคำพูด และพฤติกรรมที่แสดงออกต้องไปด้วยกัน การสื่อสารจึงจะมีความตรง และแน่นอน เป้าหมายของความตรง หรือความชัดเจน เพื่อที่จะได้รู้ว่า อะไร ทำไม อย่างไร เมื่อไหร่ หรือใคร ที่ไหน เป็นต้น พยาบาลจำเป็นต้องพูดซ้ำ ๆ และบอกหรือพูดคำเหล่านั้นอย่างดี อาจจะมีการพูดซ้ำเพื่อความแน่นอน หรือโดยการกำจัดสิ่งรบกวนภายนอก

2.4.3 เวลาที่เหมาะสม (Timing and relevance) หมายถึง การใช้คำพูดจะต้องเหมาะสมกับเวลา และตรงกับความต้องการ หรือความสนใจของผู้รับบริการ พยาบาลจะต้องตระหนักถึงความเหมาะสมของกาลเทศะ เมื่อจะทำการสื่อสารกับผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงความรู้สึก ความต้องการ และอารมณ์ ของผู้ป่วยด้วย

2.4.4 การปรับให้เหมาะสม (Adaptability) หมายถึง การใช้คำพูด ต้องปรับให้เหมาะสมและสัมพันธ์กับท่าทางที่ผู้รับบริการแสดงออก พยาบาลควรหลีกเลี่ยงการใช้คำพูดในลักษณะเป็นงานประจำ (routine) หรือคำพูดที่พูดออกไปโดยอัตโนมัติ พยาบาลควรพิจารณาถึงความเหมาะสมของแต่ละบุคคล และระมัดระวังในการใช้คำพูด

2.4.5 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง คำพูดนั้นต้องมีคุณค่า น่าเชื่อถือ น่าไว้วางใจ และเชื่อมั่นได้ โดยพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะพูด และมั่นใจในสิ่งที่ตนจะพูด ซึ่งความน่าเชื่อถือในตัวพยาบาลที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับคุณสมบัติดังนี้

1. ความรู้หรือประสบการณ์ของพยาบาลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระที่จะสื่อสารกัน
2. บุคลิกภาพของพยาบาล
3. การมีคุณสมบัติสอดคล้องสัมพันธ์กับเนื้อหาที่จะพูด
4. วิธีสื่อสาร

การพูดของพยาบาลมีความสำคัญยิ่งต่อผู้ป่วย และการปฏิบัติพยาบาล แต่ถ้าหากพยาบาลใช้คำพูด และน้ำเสียงที่ไม่เหมาะสม อาจเกิดผลเสียต่อตัวพยาบาล และวิชาชีพได้ ดังนั้น การพูดของพยาบาลควรยึดหลักดังนี้



ก) พยาบาลควรจะพูดกับผู้ป่วยด้วยวาจาที่สุภาพ พูดด้วยน้ำเสียงที่ไพเราะ นุ่มนวล มีค่าลงท้าย ไม่พูดห้วน กระด้าง หรือขู่ตะคอก และพยาบาลควรจะต้องมีวาจาดี ชักถามและให้ความเห็นใจแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2522)

ข) พยาบาลควรพูดกับผู้ป่วยในลักษณะที่แสดงถึงการยอมรับและเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นมนุษย์ มีชีวิต จิตใจ และความรู้สึก มีความคิด มีคุณค่า ซึ่งพยาบาลจะกระทำได้โดยมีการพูดคุยด้วยถ้อยคำสุภาพ อ่อนโยน มีการบอกกล่าว หรือแนะนำตัว เช่น "ดิฉันชื่อศศิธร คำขำ เป็นพยาบาลวิชาชีพ และดิฉันจะให้การรักษาคุณในวันนี้" ถึงแม้ว่าผู้ป่วยอาจจะจำชื่อพยาบาลไม่ได้ทั้งหมด แต่เขาจะสามารถจำได้ว่าพยาบาลทำให้เขาสุขสบายขึ้น (ชนวรรณ อาษารัฐ, 2537 สอดคล้องกับ วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2537) อีกทั้งพยาบาลควรจะมีระดับระวิงคำพูด ไม่ควรกล่าววิพากษ์วิจารณ์อาการของผู้ป่วย

ค) พยาบาลควรพูดเพื่อระดับระคองด้านจิตใจผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย มีความวิตกกังวล ต้องการการดูแลระดับระคองทางจิตใจ พยาบาลควรพูดเพื่อให้กำลังใจ ปลอดภัยต่อผู้ป่วยด้วย ไม่ใช่จะเพียงเพื่อให้ได้ข้อมูลมาเพื่อการพยาบาลเพียงอย่างเดียว การพูดเพื่อระดับระคองด้านจิตใจ ได้แก่

1. การให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพราะการที่ผู้ป่วยไม่ทราบเรื่องราวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของตน จะก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ มีความวิตกกังวล และเกิดความเครียดได้

2. การพูดเพื่อให้กำลังใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยทางกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หดหู่ การพูดเพื่อให้กำลังใจ เช่น การปลอบโยนผู้ป่วย การพูดชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี และสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในสิ่งที่ถูกต้องต่อไป

(ทัศนาศา บุญทอง, 2528)

### 3. สมรรถนะของพยาบาล (Competence)

หมายถึง บุคลากรที่ให้บริการพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และอวัยวะต่าง ๆ ให้คงอยู่ในสภาพที่ดี ใช้ประโยชน์ได้มากที่สุดทั้งในด้านทฤษฎี

และการปฏิบัติ มีการตัดสินใจที่ดี มีทักษะ มีพลัง มีประสิทธิภาพ (Rodch, 1981 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานรักษ์, 2536) สามารถที่จะวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมตามความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลหรือ กระบวนการแก้ปัญหาเป็นเครื่องมือช่วยให้พยาบาลนำเอาความรู้ และทักษะมาใช้ในแต่ละ เหตุการณ์ให้เหมาะสม เพื่อให้แก้ปัญหาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุปราณี วศินอมร, 2535)

เมื่อพยาบาลมีความรู้ ความสามารถในการวางแผนการปฏิบัติการ พยาบาลได้อย่างถูกต้องแล้ว สิ่งสำคัญอีกอย่างก็คือ พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการ มอบหมายงานให้กับสมาชิกในทีมการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมตามความรู้ ความสามารถ ของแต่ละคน รวมทั้งต้องมีความสามารถในการประสานงานกับบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพได้ เป็นอย่างดีด้วย ทั้งนี้เพื่อให้แผนการปฏิบัติการพยาบาลที่วางไว้ดำเนินไปได้ด้วยดี

ปัจจุบันสังคมกำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ความจำเป็นและ ความต้องการของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย กล่าวคือ ผู้ป่วย ต้องการที่จะรับรู้เรื่องอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพมากขึ้น เช่น ต้องการที่จะรับรู้เรื่องเกี่ยวกับสิทธิที่จะได้รับจากการเบิกค่ารักษาจากราชการ จาก สำนักงานประกันสังคม หรือจากบริษัทประกันภัยต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาผลประโยชน์ที่ ตนพึงได้รับ ดังนั้น พยาบาลควรจะมีความรู้ในเรื่องราวต่าง ๆ เหล่านี้ไว้บ้างพอสมควร เพื่อ ที่จะได้สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนสามารถที่จะช่วยอำนวยความสะดวก ในการติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยสามารถรับทราบเรื่องราวต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง

#### 4. ความมีอัธยาศัย (Courtesy)

หมายถึง บุคลากรต้องมีอัธยาศัยไมตรี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและ ญาติ เป็นที่น่าเชื่อถือ มีความเป็นกันเอง มีวิจารณ์าน ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสุภาพ นุ่มนวล รู้จักอ่อนน้อมถ่อมตน ให้เกียรติผู้มาใช้บริการ และมีความห่วงใยในสุขภาพของผู้ป่วย หมั่นมา เยี่ยมเยียนไต่ถามทุกข์สุขผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนกระทั่งมีความห่วงใย เอาใจใส่ดูแล ในทรัพย์สินส่วนตัวของผู้ป่วย

#### 5. ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

หมายถึง บุคลากรผู้ให้บริการพยาบาลต้องสามารถสร้างความเชื่อมั่น ความเชื่อถือและความไว้วางใจในบริการที่ได้รับให้เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ซึ่งเริ่มต้นด้วยการที่ พยาบาลพยายามที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล จนผู้ป่วยเกิด

ความเชื่อถือและไว้วางใจ หลังจากนั้นจึงให้บริการพยาบาลที่ดีที่สุดที่สามารถตอบสนองความต้องการแก่ผู้ป่วยได้มากที่สุด โดยบริการพยาบาลที่ให้นั้นต้องมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ ถูกเทคนิควิชาการ ถูกทักษะ และคงไว้ซึ่งภาพพจน์ที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ

นอกจากนี้ปัจจัยที่เสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือในบริการที่ได้รับ ยังเกิดจากบุคลิกภาพของบุคลากรที่ให้บริการเป็นสิ่งสำคัญ (สมชาย กิจสรรอง, 2536) กล่าวคือ ถ้าบุคลากรผู้ให้บริการพยาบาลมีบุคลิกภาพที่ดี แต่งกายสุภาพ สะอาดเรียบร้อย จะสะท้อนให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เกิดความเชื่อถือในบริการพยาบาลที่ได้รับมากขึ้น (สิระสา สัมมาวาจ, 2538)

#### 6. ความไว้วางใจ (Reliability)

หมายถึง บุคลากรพยาบาลให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ตลอด ซึ่งบริการนี้ต้องมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ ถูกเทคนิควิชาการ ถูกทักษะ ถูกต้องตามเวลา ถูกต้องตามที่บันทึกในบันทึกการพยาบาล บันทึกตามการรักษาของแพทย์ และมีความถูกต้องตามหลักปรัชญาขององค์กรพยาบาล คือ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

#### 7. การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที (Responsiveness)

หมายถึง บุคลากรพยาบาลมีความเต็มใจ และความพร้อมที่จะให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทันทีทันใด อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องมีขั้นตอนที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอกไปยังหอผู้ป่วยในได้อย่างรวดเร็ว ตามที่ผู้ป่วยต้องการ ไม่ต้องใช้เวลารอคอยนาน ในระหว่างที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการตรวจพิเศษเพื่อประกอบการรักษา เช่น การเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หรือการตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งต้องกระทำทุกวันโดยพยาบาล และอยู่ในขอบเขตความสามารถของพยาบาลที่จะกระทำได้ ดังนั้นเมื่อทราบผลแล้วพยาบาลควรจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทันทีทันใด เพื่อลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

นอกจากนี้ในระหว่างที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจเกิดอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง หรือมีอาการเจ็บป่วยทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่มากขึ้น จึงมีความต้องการที่อยากจะติดต่อกับพยาบาลทันทีทันใดที่มีอาการ เพื่อขอความช่วยเหลือ

เหลือ ดังนั้นพยาบาลควรจะต้องมีความเต็มใจและเตรียมพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่าง  
 รับผิดชอบทันทีทันใดที่ผู้ป่วยต้องการ พร้อมทั้งสามารถให้การดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อจัด  
 การกับอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ภายใต้อุปสรรคความสามารถของ  
 พยาบาลตามมาตรฐานที่วางไว้ จนกระทั่งแพทย์มาถึง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

เมื่ออาการผู้ป่วยทุเลาลง ปลอดภัยขึ้นจนแพทย์เห็นสมควรให้กลับไป  
 พักรักษาตัวที่บ้านได้ พยาบาลควรช่วยเหลือจัดการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านโดยใช้ระยะเวลาที่  
 รวดเร็ว ไม่ต้องให้ผู้ป่วยรอคอยเป็นเวลานาน

#### 8. ความปลอดภัย (Security)

หมายถึง บริการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่  
 มั่นใจ ปลอดภัย ปราศจากอันตราย ความเสี่ยง และปัญหาแทรกซ้อนต่าง ๆ ในชีวิต ทรัพย์สิน  
 รวมทั้งชื่อเสียง อันเนื่องมาจากการนำแผนการรักษาพยาบาลไปปฏิบัติ

ความต้องการความปลอดภัยนั้น เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก  
 ว่า เขาได้สูญเสียความสมดุลย์ของร่างกายไปในสามเจ็บป่วย เมื่อเข้ามารับการรักษาตัวใน  
 โรงพยาบาลอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย เกิดความวิตกกังวล กลัวการถูกทอดทิ้งให้  
 อยู่ตามลำพังในโรงพยาบาล กลัวความเจ็บปวด กลัวข้อผิดพลาดในการรักษาพยาบาล กลัว  
 การเกิดอุบัติเหตุ กลัวการติดเชื้อ กลัวการดูแลที่ไม่ระมัดระวัง ฯลฯ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาล  
 จะต้องให้บริการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในสภาพแวดล้อม  
 ทางด้านร่างกาย ช่วยดูแลป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ดูแลป้องกันการ  
 การติดเชื้อโรค ดูแลกำจัดข้อข้องใจ ความวิตกกังวลต่าง ๆ ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูก  
 ต้อง เป็นที่เชื่อถือแก่ผู้ป่วย การให้ความรู้ความเข้าใจทางด้านจิตวิทยาที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยและ  
 ญาติ เพื่อให้เกิดความอบอุ่นใจและมั่นคงปลอดภัย ตลอดจนการเก็บรักษาข้อมูลต่าง ๆ ของ  
 ผู้ป่วยไว้เป็นความลับ

#### 9. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)

หมายถึง การบริการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยนั้น ต้องแสดงถึงลักษณะ  
 ทางกายภาพที่ปรากฏให้ผู้ป่วยสามารถคาดคะเนถึงคุณภาพของบริการดังกล่าวได้ ซึ่งประกอบด้วย  
 ด้วย สถานที่ที่ให้บริการ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการบริการ อาหาร และตัวบุคลากรผู้  
 ให้บริการ ดังนี้

9.1 การจัดการสถานที่ให้บริการให้ผู้ป่วยสามารถคาดคะเนถึงคุณภาพบริการพยาบาลได้นั้น จะต้องดูแลให้อาคารสถานที่และห้องพักของผู้ป่วยสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยมีอากาศถ่ายเทได้ดี สดชื่น ไม่มีกลิ่นอับชื้น มีแสงสว่างที่เพียงพอ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้สวยงาม เช่น มีการจัดทำสวนหย่อม ไม้ดอกไม้ประดับ เป็นจำนวนมาก ในบริเวณอาคาร เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ใช้เป็นที่พักผ่อนหย่อนใจ และควรมีการจัดให้มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสบาย เช่น มีโทรทัศน์ โทรทัศน์ และอาจมีโทรทัศน์ไร้สาย (CABLE TV) ผ่านดาวเทียมไว้บริการผู้ป่วย (ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2536) ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ ฟลอเรนซ์ ในติงเกล (Reed and Zuraowski quoted in Fitzparick and Whall, 1983 อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2528) ที่กล่าวว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาด สะดวกสบาย และสวยงามตามความเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น นอกจากนี้การสร้างบริการในลักษณะดังกล่าว ยังเป็นประโยชน์ในด้านที่ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจเมื่อแรกพบ (First Impression) ซึ่งจะเป็นจุดที่แสดงถึงคุณภาพที่ดีในการบริการ ผู้รับบริการก็จะมีอาการกล่าวต่อ ๆ กันไป เป็นการประชาสัมพันธ์ชื่อเสียงของสถานบริการในด้านบวกได้เป็นอย่างดี บางครั้งถ้าผู้ป่วยหรือญาติที่มีฐานะดี และประทับใจในการบริการ อาจให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือโรงพยาบาลในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ระบบงานบริการพยาบาลมีความคล่องตัว และมีคุณภาพยิ่งขึ้น (สมชาย เรืองศิรินุสรณ์, 2536)

9.2 อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการบริการ ต้องมีความทันสมัย มีคุณภาพ สะอาด มีจำนวนเพียงพอ และต้องอยู่ในสภาพที่พร้อมจะใช้งานได้ตลอดเวลา เพื่อที่จะช่วยให้การบริการมีประสิทธิภาพ สะดวก และรวดเร็ว เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องควบคุมอัตราการหยดของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เครื่องมืออุปกรณ์ในการช่วยชีวิตกรณีฉุกเฉิน ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ในการบริการพยาบาลทั่ว ๆ ไป

9.3 อาหาร พยาบาลจะต้องดูแลให้อาหารมาส่งผู้ป่วยตรงเวลา และตรวจสอบเรื่องคุณภาพของอาหารให้สะอาด มีรสชาติดี น่ารับประทาน มีความเหมาะสม ถูกต้องตรงตามโรคและสภาพอาการของผู้ป่วย

9.4 ตัวบุคลากรผู้ให้บริการพยาบาล ต้องมีบุคลิกลักษณะ และ การแต่งกายที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยสามารถคาดคะเนคุณภาพบริการพยาบาลได้ ดังนี้ (สุปราณี วาสิโนมร, 2535)

9.4.1 มีบุคลิกลักษณะที่ต้องมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ด้านร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ ซึ่งสามารถสังเกตได้จาก

1. ผม ต้องสะอาด ไม่มีรังแค หรือกลิ่นเหม็น และต้องได้รับการดูแลให้สะอาด หรืออย่างเรียบร้อยตามความเหมาะสม
2. อารมณ์ร่าเริง ยิ้มแย้มแจ่มใส มีความสุขภาพอ่อนโยน เอื้ออาทรต่อผู้ป่วย มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ด้วยความอดทน และมีความรับผิดชอบ
3. ผิวหนัง สะอาดเนียน ไม่เป็นโรคผิวหนังชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือมีอาการคัน รวมไปถึงความสะอาดบนใบหน้าที่สุดชั้น มีชีวิตชีวา ทำให้ผู้ป่วยเห็นแล้วรู้สึกสดชื่น สบายใจ
4. ท่าทางในการเดิน มีความสง่างาม มั่นคง ไม่หลุกหลิก ไม่เหลียวซ้ายแลขวา แต่เดินตัวตรง แข็งแกร่งพองาม หากจะต้องพูดคุยกับใครในขณะเดิน ก็ควรจะโน้มตัว หรือก้มตัวเล็กน้อย ตามความเหมาะสมของคู่สนทนาในขณะนั้น

9.4.2 มีการแต่งกายที่เหมาะสม ในขณะให้บริการพยาบาล จะต้องสวมเครื่องแบบที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นเครื่องแบบที่ถูกต้องตามที่สถาบันกำหนดไว้
2. มีสีขาว ปราศจากรอยด่าง หรือรอยสกปรก ได้รับความซักหรืออย่างเรียบร้อย
3. มีความยาวพอเหมาะ ไม่สั้นหรือยาวจนเกินไป ทำให้มองดูรุ่มร่าม ไม่กระฉับกระเฉง
4. สวมรองเท้าหุ้มส้นสีขาว พื้นยาง เพื่อไม่ให้เกิดเสียงดังขณะเดิน
5. เมื่ออยู่ในเครื่องแบบ ไม่ควรมีเครื่องประดับชนิดอื่น ๆ นอกจากสิ่งที่จำเป็นจะต้องใช้ในการปฏิบัติงาน เช่น นาฬิกา ปากกา
6. เมื่อสวมเครื่องแบบพยาบาลต้องแต่งให้ครบ เช่น ต้องสวมหมวก และรองเท้าให้ถูกต้อง เพราะเป็นสิ่งที่แสดงถึงความเป็นผู้มีระเบียบวินัย และเป็นสัญลักษณ์ของวิชาชีพที่สังคมยอมรับ

### 10. การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding/Knowing)

หมายถึง พยาบาลให้บริการพยาบาลโดยคำนึงถึงจิตใจผู้ป่วยเป็นหลัก สำคัญ กล่าวคือ พยาบาลจะต้องรู้ว่าผู้ป่วยมีจุดเด่น จุดด้อย อะไร รู้ถึงความต้องการ และความปรารถนาของผู้ป่วยว่าคืออะไร ซึ่งหากพยาบาลได้รู้จักผู้ป่วยดีแล้ว ย่อมจะเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น (Mayeroff, 1971 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานรักษ์, 2536) และให้ความสนใจ เอาใจใส่ที่จะตอบสนองความต้องการดังกล่าวให้บรรลุ ด้วยการให้บริการพยาบาลที่ดีที่สุด ตามมาตรฐานการพยาบาลที่วางไว้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และประทับใจในบริการพยาบาล

ในการทำความเข้าใจและรู้จักผู้ป่วย บางครั้งจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยจากญาติ และบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย จึงจะได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ ดังนั้น เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น พยาบาลควรให้ความสนใจ เอาใจใส่ดูแลญาติและบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยด้วย

### 3. คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง

#### 3.1 ความหมายความคาดหวัง

ความหมายของความคาดหวัง มีผู้กล่าวถึงในทฤษฎีที่แตกต่างกัน ซึ่งนำมาเสนอไว้โดยสังเขปดังนี้

ฟังก์ และ แวกแนลด์ (Funk and Wagnalls, 1963 อ้างถึงใน ประเทือง สุนทรธรรม, 2534) กล่าวถึงความคาดหวังต่อการกระทำหรือสถานการณ์ว่า เป็นความเชื่อมั่นที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าน่าจะมี น่าจะเป็นอย่างที่เกิดขึ้น

พจนานุกรมของ เวบสเตอร์ (Webster's New Universal Dictionary, 1977) ได้ให้ความหมายของการคาดหวังว่า หมายถึง การคาดการณ์อนาคตในสิ่งที่ดี โดยที่ความคาดหวังนั้นอาจจะเป็นการคาดการณ์อนาคตในสิ่งที่ดี หรือไม่ก็ได้

เคลย์ (Clay, 1988 อ้างถึงใน ประเทือง สุนทรธรรม, 2534) กล่าวถึงความคาดหวังต่อการกระทำหรือสถานการณ์ว่า เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอนาคตที่ดี หรือเป็นความมุ่งหวังที่ดีงาม เป็นระดับหรือค่าความน่าจะเป็นของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มุ่งหวังไว้

พจนานุกรมของ อ็อกซ์ฟอร์ด (Oxford University, 1987 อ้างถึงใน ประเทือง สุงสุวรรณ, 2354) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า เป็นสภาวะทางจิต ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่าง ว่า ควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะเป็น

สุรางค์ จันท์เอม (2524) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า หมายถึงความเชื่อว่าสิ่งใดน่าจะเกิดขึ้น และสิ่งใดบ้างน่าจะไม่มีเกิดขึ้น การคาดหวังจะเกิดขึ้น ได้ถูกต้องหรือไม่ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2530) ได้ให้ความหมายของการคาดหวังว่า หมายถึงความเชื่อของบุคคลที่ว่า การกระทำอย่างหนึ่งของเขา ควรจะนำไปสู่ผลของการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง

เต็มดวง เจริญสุข (2532) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า เป็น ความคิด ความรู้สึก ความต้องการ หรือความมุ่งหวังของบุคคลที่มีต่อบางสิ่ง ซึ่งจะเป็น บุคคล เหตุการณ์ การกระทำ ฯลฯ เป็นการคิดไว้ล่วงหน้า และความคาดหวังจะเป็นไปตามประสบการณ์ของบุคคล

ประเทือง สุงสุวรรณ (2534) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังไว้ว่า ความคาดหวังเป็นสภาวะทางจิตอย่างหนึ่งของบุคคล ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิด หรือความคิดเห็น ด้วยวิจารณญาณเกี่ยวกับการคาดคะเน หรือการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะเป็น ตามความจำเป็น ความเหมาะสมต่อสถานการณ์ หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง

จากแนวความคิดดังกล่าวข้างต้น สรุปความหมายของความคาดหวังได้ว่าเป็นความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของบุคคลในการคาดคะเน หรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ตั้งใจว่าควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะเป็น ในอนาคตตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ และความคาดหวังนี้จะถูกต้องมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

### 3.2 คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง

เมื่อศึกษาความคาดหวังพบว่า มีความสำคัญมากกับการดำรงชีวิต เพราะเกิดจากแรงผลักดันแห่งความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (กนกนุช ขึ้นเลิศสกุล, 2528) ตามทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow) อันได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกายเกี่ยวกับอาหาร



อากาศ น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วย และความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งได้แก่ ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ ความต้องการยกย่องนับถือ และความต้องการความสำเร็จในชีวิต ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความต้องการไม่เท่ากัน (สมพงษ์ เกษมสิน, 2519) แต่เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีความต้องการเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ คือ ความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพทางร่างกาย หรือความผิดปกติทางจิตใจ ซึ่งความต้องการดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองโดยใช้กระบวนการพยาบาล (ครุณี รุจกรกานต์, 2524) ซึ่ง ลออ หุตางกูร (ลออ หุตางกูร, 2521 อ้างถึงใน อำนวย ยุติธรรม, 2526) ได้กล่าวถึงสิทธิและความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยไว้สอดคล้องกับ วัลภา คุณทรงเกียรติ (2537) และอังศุมา อภิชาติ (2537) ที่ได้กล่าวถึงความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาลไว้เช่นกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 3.2.1 รับฟังผู้ป่วย

จากผลการศึกษา พบว่า ถ้าหากเรารับฟังผู้ป่วย เขาก็จะบอกความต้องการให้เราทราบ แต่มีผู้ป่วยหลายคนที่ไม่ได้รับความสนใจในการฟัง ทำให้พยาบาลไม่สามารถเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ผู้ป่วยไม่ต้องการถูกซักถามโดยความคิดของพยาบาลเอง ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีศิลปะในการฟัง มีความตั้งใจรับฟังผู้ป่วย แม้จะใช้เวลาเพียงเล็กน้อยก็ตาม ก็สามารถประเมินความต้องการแท้จริงของผู้ป่วยได้

### 3.2.2 ถามความต้องการของผู้ป่วย

การถามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้การตอบสนองที่ถูกต้องตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ถ้าหากพยาบาลประเมินความต้องการของผู้ป่วยจากความคิดของตนเอง จะเป็นการผิดพลาดอย่างยิ่ง เนื่องจากพยาบาลมักเข้าใจขบวนการของโรคมากกว่าผู้ป่วย

### 3.2.3 อธิบายละเอียดสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนัก วิตกกังวล หรือเป็นปัญหาของเขายู่

ในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกมาเป็นสิ่งที่เราจะต้องตระหนักให้มีความสำคัญกับสิ่งนั้น ดังนั้นพยาบาลจึงไม่ควรพูดว่าอย่ากังวลไปเลย เช่น ผู้ป่วยหลังคลอดบ่นว่าปวดแผล ซึ่งเป็นเรื่องปกติในความรู้สึกของพยาบาล แต่สำหรับผู้ป่วยไม่ได้เป็นเช่นนั้น ดังนั้นการที่ผู้ป่วยบ่นว่าปวด พยาบาลควรจะเชื่อ เนื่องจากเป็นการรับรู้ของผู้ป่วย และให้การพยาบาลตามสิทธิที่

ผู้ป่วยจะได้รับในการลดอาการปวด ผู้ป่วยอาจจะต้องการเพียงการพยาบาลเพื่อการประคับประคองโดยไม่จำเป็นต้องที่พยาบาลจะต้องมีความรู้เรื่องโรคเลย เพียงแต่ให้ความสำคัญที่ตัวผู้ป่วยเท่านั้น

### 3.2.4 ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างบุคคลหนึ่ง ไม่ใช่โรค ๗ หนึ่ง

เนื่องจากคนทุกคนมีศักดิ์ศรีของตนเอง ไม่ว่าจะคน ๗ นั้นจะเป็นใคร อยู่ในสภาพใด มีความรู้สึกลึกคิด ความอาย เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยจึงต้องการให้พยาบาลให้ความสำคัญในตัวเขามากกว่าตัวโรค โดยให้คิดว่าผู้ป่วยประเภทใดที่เป็นโรคนั้นมากกว่าจะคิดว่าโรคชนิดใดที่เป็นกับผู้ป่วย และที่มสุขภาพควรให้ความจริงจัง และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย การเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย ไม่ได้ช่วยให้การประเมินผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ เพราะผู้ป่วยมีอะไรอีกมากมายที่นอกเหนือจากยา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

### 3.2.5 เคารพในสิทธิของผู้ป่วย

สิทธิของผู้ป่วยได้มีบัญญัติไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องในระบบการบริการด้านสาธารณสุข (คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536) ดังนี้

#### 3.2.5.1 สิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับรู้เรื่องของตน

(The right to know informed consents)

เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดของการเป็นผู้ป่วย กล่าวคือผู้ป่วยย่อมมีสิทธิที่จะรู้ความจริงที่ถูกต้อง เกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา เช่น โรคที่เป็น วิธีการรักษา ค่ารักษา แม้กระทั่งชื่อของแพทย์ที่จะรักษา ซึ่งเป็นหน้าที่ของแพทย์ พยาบาลที่จะอธิบายหรือบอกรายละเอียดตามความเป็นจริง เมื่อผู้ป่วยรับรู้อาจยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา ก็เป็นสิทธิส่วนตัวที่เขาจะตัดสินใจ เพราะการยอมรับเรื่องความยินยอมจากผู้ป่วย จะสะท้อนให้เห็นถึงว่า ผู้ป่วยมีเสรีภาพ มีอิสระ และมีส่วนร่วมในการรักษา แต่ในกรณีฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยหมดสติต้องทำการผ่าตัดด่วน แพทย์สามารถทำการรักษาได้เลยตามขั้นตอนทางการแพทย์อย่างรอบคอบ โดยไม่ต้องขอคำยินยอมจากผู้ป่วย

### 3.2.5.2 สิทธิที่จะได้รับการบริการที่เหมาะสม

(The right to health care)

ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ มาตราที่ 83 ได้บัญญัติว่า "รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานโดยทั่วถึง และพึงให้การรักษายาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า และพึงส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์"

จากกฎหมายดังกล่าว จะเห็นว่าทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบริการทางสาธารณสุขจากรัฐอย่างมีคุณภาพที่ดีที่สุด และมีโอกาสเท่าเทียมกันในการที่จะได้รับการรักษายาบาลเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยไม่คำนึงว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะรับภาระค่าบริการเหล่านั้นได้หรือไม่ก็ตาม

### 3.2.5.3 สิทธิที่จะตาย (The right to die)

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ที่มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด หรือจากการไร้สมรรถภาพแล้ว เขามีความปรารถนาที่จะตาย เป็นที่ยอมรับกันว่าแพทย์จะไม่มีเจตนาทำลายชีวิตผู้อื่น แพทย์ก็ควรจะทำตามหน้าที่ที่ต้องช่วยให้อาการสบายใจว่า เขาจะตายโดยไม่เจ็บปวด และมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ ทั้ง ๆ ที่แพทย์รู้ว่าวิธีการเช่นนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม สำหรับพยาบาลก็ควรจะดูแลให้ผู้ป่วยตายอย่างมีศักดิ์ศรีได้รับความเคารพและดำรงไว้ซึ่งคุณสมบัติของมนุษย์อย่างครบถ้วน

### 3.2.6 ทำให้เขารู้สึกว่า เรา "ห่วงใย" เขา

### 3.2.7 ใช้คำพูดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ผู้ป่วยที่มารับการรักษามีด้วยกันหลายประเภท หลายเชื้อชาติ หลายวัฒนธรรม บางคนอายุมาก หน้าที่การงานสูง ถ้าใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม จะถือว่าไม่ให้เกียรติกัน

### 3.2.8 ควรพูดกับผู้ป่วยไม่ใช่พูดถึงผู้ป่วย

ผู้ป่วยมักจะรู้สึกคับข้องใจ เมื่อทีมสุขภาพพูดถึงเขาเหมือนไม่มีเขาอยู่ที่นั่น และให้การดูแลรักษาเฉพาะอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งเท่านั้น การพูดศัพท์ทางการแพทย์หรือการใช้ภาษาทางวิชาการที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ เป็นเหตุทำให้เกิดช่องว่างระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญในการแนะนำตนเอง และแสดงให้เห็นว่าสนใจตัวผู้ป่วย

### 3.2.9 อธิบายให้ผู้ป่วยรอคอย

บางครั้งการรอคอยที่ถูกมองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่อาจกลายเป็นเรื่องใหญ่ได้ โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย การรอคอยเป็นสิ่งที่คับข้องใจมาก ดังนั้นหากจำเป็น ต้องให้ผู้ป่วยรอ ควรบอกหรือพูดอย่างสุภาพ เพื่อให้เห็นว่าพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของเขาเสมอ จากการศึกษาพบว่า การรอคอยมีผลต่อการไม่มาตรวจตามนัดของผู้ป่วยได้มากถึงร้อยละ 44 ดังนั้นการที่จะให้ผู้ป่วยรอคอย พยาบาลจึงควรอธิบายถึงเหตุผลความจำเป็น และให้ทางเลือกอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่หมดหนทาง

### 3.2.10 อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยทำโดยไม่บอกว่าจะทำอย่างไร

บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมักจะถูกบอกให้ทำตามคำสั่ง โดยที่ไม่มีการสอบถามเลยว่าจะเข้าใจอย่างไร ทำได้หรือไม่ เช่น ต้องงดรับประทานอาหาร ต้องออกกำลังกาย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเข้าใจของผู้ป่วย และความรู้สึกว่าคนอื่นเข้าใจเขา

### 3.2.11 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา พยาบาลต้องคำนึงว่าผู้ป่วยและญาติ ต้องการรูปแบบการให้ข้อมูลที่แตกต่างไปจากคนอื่น ๆ และในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ไม่ควรรอจนกว่าผู้ป่วยจะกลับบ้านแล้วค่อยมาสอน และที่สำคัญพยาบาลควรบอกความก้าวหน้าของโรคกับผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้การให้ข้อมูลจะต้องตระหนักว่าผู้ป่วยอ่านได้หรือไม่ และข้อมูลนั้นจะต้องอธิบายอย่างไรจึงจะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจ

### 3.2.12 พยาบาลควรจดจำในสิ่งที่ผู้ป่วยเคยเป็นได้

การจดจำประวัติของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถทำงานได้ แต่ต้องการเล่าความสามารถของตนในอดีตให้พยาบาลฟัง พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญและจดจำสิ่งที่ผู้ป่วยบอก เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตน

### 3.2.13 บอกผู้ป่วยถึงการดูแลที่จะได้รับ

มีผู้ป่วยหลายคนที่ไม่ชอบอยู่โรงพยาบาล แต่กลับหาสถานที่อื่นที่ให้การดูแลได้คล้ายโรงพยาบาล โดยไม่กลัวว่าจะขาดการดูแลด้วยเทคโนโลยีที่ดี หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จากการศึกษาในปี ค.ศ. 1992 จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 140,000 คน พบว่า แม้ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าได้รับการดูแลอย่างดีในโรง

พยาบาล แต่ผู้ป่วยจะยังคงรู้สึกไม่พึงพอใจก็ได้ และแม้ว่าคนทั่วไปมักเข้าใจว่าโรงพยาบาล เป็นสถานที่ที่ให้การดูแล แต่ก็มีผู้ป่วยบางคนได้รับคำพูดที่เจ็บปวด สะเทือนใจ ดังนั้นพยาบาล จะต้องปรับความต้องการของตนกับผู้ป่วยให้ตรงกัน ซึ่งผู้ป่วยเองก็ต้องการรับรู้ถึงการดูแล รักษาที่ไม่ใช่การตัดสินใจให้เขาทำ

เนื่องจากมนุษย์มีความต้องการและความคาดหวังดังกล่าว ดังนั้น เมื่อเจ็บป่วยและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาล ผู้ป่วยย่อมคาดหวังว่าจะได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ และการบริการที่ประทับใจ (ศิริพร ตันติพลวินัย, 2537) ซึ่ง ชังก์ และ เคเนดี (Shanks and Kenedy, 1970) ได้กล่าวถึงความคาดหวังของผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลไว้ดังนี้คือ

- 1) ผู้ป่วยต้องการได้รับการพยาบาลดูแลเพื่อให้มีสุขภาพดีที่สุด
- 2) เจ้าหน้าที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความสามารถ ประสบ-  
การณและบุคลิกลักษณะที่ดี
- 3) เจ้าหน้าที่พยาบาลต้องเป็นผู้มีความสามารถในการสังเกต  
ความรู้สึก และพฤติกรรมการแสดงออกของผู้มารับบริการ และสามารถสนองความต้องการ  
ของเขาได้
- 4) ผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวของเขา ควรจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และครอบครัวมีความเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้
- 5) ควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่าง เจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ป่วย  
และครอบครัว เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลที่ต่อเนื่อง และสมบูรณ์ โดยใช้ทรัพยากร  
บุคคล และแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่เห็นสมควร
- 6) เจ้าหน้าที่พยาบาลจะต้องรวบรวม และเก็บแผ่นบันทึกรายงาน  
ต่าง ๆ ของผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการรักษา ตลอดจนเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย
- 7) ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีและเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย  
หายจากโรค และมีสุขภาพดี

โดยสรุป ผู้ป่วยมีความต้องการและความคาดหวังว่าจะได้รับการดูแล (caring) ที่ดีจากพยาบาล และบุคลากรในทีมการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ให้การดูแลต้องเคารพในสิทธิผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย

#### 4. คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังตามการรับรู้ของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย

##### 4.1 ความหมายการรับรู้

นักการศึกษาและนักจิตวิทยาหลายท่าน ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ในทฤษฎีต่าง ๆ กัน ซึ่งขอนำมาเสนอไว้โดยสังเขปดังนี้

แกร์ริสัน และ มากอน (Garrison and Magoon, 1972 อ้างถึงใน ประเทือง สุธงษารม, 2534) ว่า การรับรู้หมายถึง กระบวนการซึ่งสมองตีความ หรือแปลข้อความที่ได้จากการสัมผัส (Sensation) ของร่างกาย (ประสาทสัมผัสต่าง ๆ) กับสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งเร้า ทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้าที่เราสัมผัสนั้นคืออะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร ฯลฯ การที่เราจะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์ เป็นเครื่องช่วยตีความ หรือแปลความ

พจนานุกรมของเวบสเตอร์ (Webster's New Universal Dictionary, 1977) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า การรับรู้หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

เดโช สนวนนท์ (2518) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มาเร้าทางประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่ง แล้วตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ ออกมา

สุโท เจริญสุข (2520) ได้ให้ความหมายการรับรู้ว่า หมายถึง การรู้จักสิ่งต่าง ๆ สภาพต่าง ๆ ภาวะต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งเร้า มาทำปฏิกิริยากับตัวเรา เป็นการแปลอาการสัมผัสให้มีความหมายขึ้น เกิดเป็นความรู้ ความรู้สึกขึ้นเฉพาะตัวสำหรับบุคคลนั้น

จำเนียร ช่วงโชติ และ คณะ (2526) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า หมายถึงกระบวนการที่บุคคลได้นำเอาสิ่งที่ตนได้เห็น ได้ยิน ได้สัมผัส ได้รู้สึก จากสิ่งเร้า ภายนอกของตัวบุคคล เข้ามาจัดระเบียบและให้ความหมาย โดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือ ความรู้สึกเดิม ออกเป็นความรู้ ความเข้าใจ ที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

โยธิน ศันสนยุทธ์ และ คณะ (2533) ได้ให้ความหมายการรับรู้ว่าเป็น การตีความหมายการรับสัมผัสออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย ซึ่งการตีความหมายต้อง อาศัยประสบการณ์หรือการเรียนรู้

ประเทือง สุธสุวรรณ (2534) ได้ให้ความหมายการรับรู้ว่าเป็น การ แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของ แต่ละบุคคล อันเนื่องมาจากการตีความหรือแปลความอาการสัมผัส (Sensation) ของ ร่างกายกับสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

จากแนวคิดการรับรู้ดังกล่าว สามารถสรุปความหมายการรับรู้ได้ดังนี้ว่า การรับรู้ คือ กระบวนการตีความ หรือแปลความอาการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าภายนอก รอบตัวบุคคล โดยอาศัยประสบการณ์เดิมและการเรียนรู้เป็นเครื่องช่วย แล้วแสดงออกเป็น ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

4.2 คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังตามการรับรู้ของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการพยาบาลที่ ผู้ป่วยคาดหวัง ซึ่งเกิดจากประสบการณ์การทำงาน และการเรียนรู้ในวิชาชีพพยาบาลว่า คุณภาพการพยาบาลที่แท้จริงต้องประกอบด้วยคุณภาพเชิงวิชาชีพและคุณภาพเชิงปฏิสัมพันธ์ และ เมื่อพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้แล้ว จึงแสดงออกเป็นความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความเข้าใจ ในการดำเนินการจัดสร้างการปฏิบัติพยาบาลให้สนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วย ให้มากที่สุดตามขอบเขตที่วิชาชีพกำหนด เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ และประทับใจ ในบริการพยาบาล

5. ความสัมพันธ์ของคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง และที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย  
รับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย

ไวท์ (White, 1972 อ้างถึงใน พนิตา ดามาพงศ์, 2520) ได้กล่าวว่า การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยที่จะได้ผลสัมฤทธิ์สูงต้องนำเอาความต้องการของผู้ป่วย และความต้องการของพยาบาลที่จะกระทำเพื่อผู้ป่วยเข้ามาพิจารณาร่วมกัน การประเมินปัญหา และความต้องการ รวมทั้งการจัดอันดับความสำคัญของปัญหาได้ตรงกันกับผู้ป่วย จะเป็นแนวทางนำไปสู่การปฏิบัติกิจการบริการพยาบาลที่สามารถสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการ ดังที่ ไรน์ และ มอนแทก (Rines and Montag, 1976 อ้างถึงใน พนิตา ดามาพงศ์, 2520) ได้กล่าวไว้ว่า การที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตรงตามความต้องการนั้น แผนการพยาบาลควรมีความสัมพันธ์สอดคล้องกันระหว่างความต้องการของพยาบาล ในฐานะผู้ให้บริการกับความต้องการของผู้ป่วยในฐานะผู้รับบริการ" ซึ่งสอดคล้องกับเฮ็นเดอร์สัน (Henderson, 1966 อ้างถึงใน พนิตา ดามาพงศ์, 2520) ได้กล่าวว่า ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสวัสดิภาพของตนเอง และคุณค่าการพยาบาลที่ได้รับ มีอิทธิพลต่อการกำหนดทัศนคติที่มีต่อกิจกรรมการพยาบาล สอดคล้องกับการวิจัยของ พนิตา ดามาพงศ์ (2520) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลต่อกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลมีความคิดเห็นตรงกันว่า กิจกรรมการพยาบาลหมวดการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน มีความสำคัญเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือ หมวดการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ หมวดจิตใจและสังคม และหมวดร่างกาย ตามลำดับ ผู้ป่วยและพยาบาลมีความคิดเห็นตรงกันว่ากิจกรรมการให้การพยาบาลอย่างรอบคอบตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความสำคัญเป็นอันดับ 1 และเมื่อนำไปทดสอบความเป็นอิสระต่อกัน พบว่ามีสหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง และปฏิเสธความเป็นอิสระต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ อ่าไฟ ยุติธรรม (2526) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ตรงตามความต้องการ ซึ่งเป็นผลมาจากพยาบาลมองเห็นความต้องการในกิจกรรมการพยาบาลนั้นตรงหรือใกล้เคียงกับผู้ป่วย น่าจะมีผลให้ผู้ป่วยเห็นว่าการพยาบาลที่ได้รับนั้นมีคุณภาพดี ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลไม่ตรงตามความต้องการ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่พยาบาลกับผู้ป่วยมองเห็นความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลไม่ตรงกัน อาจจะทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าการพยาบาลที่ได้รับนั้น มีคุณภาพต่ำ หรือไม่มีคุณภาพ ซึ่ง



เป็นไปตามแนวคิดเชิงการตลาดของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry (1985), ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2533) และ Kotler (1991) ที่ว่า ถ้าผู้บริหารในฐานะผู้ให้บริการ รับรู้ถึงความต้องการความคาดหวังของผู้รับบริการ แล้วสามารถจัดบริการให้ตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้รับบริการได้มากกว่า หรือเท่ากับคุณภาพบริการที่ผู้รับบริการต้องการ หรือคาดหวังไว้ จะเกิดผลทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจประทับใจในบริการที่ได้รับ ดังนั้น หากพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้รับรู้ต่อคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง ตรงกับคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังแล้ว จะสามารถจัดบริการพยาบาลได้ตรงตามความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ประทับใจในบริการพยาบาล

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พนิดา คามาพงศ์ (2520) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วย และพยาบาลต่อกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ จำนวน 100 คน และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 100 คน ในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิศจีน กิจกรรมการพยาบาลแบ่งเป็น 4 หมวด คือ หมวดร่างกาย หมวดจิตใจ และสังคม หมวดการสังเกต รายงาน การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และการให้สุขศึกษา และหมวดการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลมีความคิดเห็นตรงกันว่า กิจกรรมการพยาบาลหมวดการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านมีความสำคัญเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือ หมวดการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ หมวดจิตใจและสังคม และหมวดร่างกาย ตามลำดับ ผู้ป่วยและพยาบาลมีความคิดเห็นตรงกันว่า กิจกรรมการให้พยาบาลอย่างรอบคอบตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความสำคัญเป็นอันดับ 1 และเมื่อนำไปทดสอบความเป็นอิสระต่อกัน พบว่ามีสหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง และปฏิเสธความเป็นอิสระต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างด้านความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลพบว่า โดยส่วนรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุวดี ศรีเลขวัตติ และ คณะ (2524) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้มารับบริการต่อ บริการพยาบาลในโรงพยาบาลรามาศิบดี โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รามาศิบดีจำนวน 500 คน เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในด้านความรู้ ความชำนาญ ในการปฏิบัติการพยาบาล และความรู้สึกโดยส่วนรวมต่อบริการพยาบาล ตลอดจนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้มารับบริการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความ พึงพอใจมากในด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลด้วยมือ จรรยาบรรณ ความรับผิดชอบต่อ หน้าที่ประจำของเจ้าหน้าที่พยาบาล ส่วนกิจกรรมที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะสาขาวิชาชีพ และ ทักษะการสื่อสารด้วยวาจา ตลอดจนการใช้ความคิด วิเคราะห์และตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ในด้านท่าทีทัศนคติของเจ้าหน้าที่พยาบาลต่อผู้ป่วย และการให้การพยาบาลผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยมาก ในเรื่องความสนใจในทุกข์สุข และ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับความคิดเห็นต่อบริการพยาบาลโดยส่วนรวม ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดตอบว่า พึงพอใจมาก

อำไพ สุทธิธรรม (2526) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาล ตามความคิดเห็นของผู้ป่วย กับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรม การพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีขีดความสามารถจำกัดในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน ที่รับไว้ในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรม โรงพยาบาล รามาศิบดี กับพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยดังกล่าว ในช่วงเดือน มีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2526 จำนวน 50 คู่ ใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วย ให้ความสำคัญในกิจกรรมเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลและการสังเกตอาการ มากที่สุด รอง ลงมา คือ กิจกรรมเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม และกิจกรรมเกี่ยวกับการให้สุขศึกษา ตามลำดับ สำหรับพยาบาลให้ความสำคัญในกิจกรรม เกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม มากที่สุด รองลงมา คือ กิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การสังเกตอาการ การให้สุขศึกษา และกิจกรรม การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายในกิจวัตรประจำวัน ตามลำดับ เมื่อสอบถามความ คิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้รับ พบว่า คุณภาพการพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ใน เกณฑ์ดี กิจกรรมที่ผู้ป่วยคิดว่าคุณภาพอยู่ในเกณฑ์พอใช้ และไม่ดี เป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้อง แสดงออกโดยการสนทนา พูดคุยกับผู้ป่วย เช่น การรับฟังคำบอกเล่า บ่น หรือปรับทุกข์ ของ ผู้ป่วย การให้เวลาพูดคุย หรือซักถามเพื่อตอบข้อข้องใจแก่ครอบครัว และญาติของผู้ป่วย

และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสอน รวมทั้งการให้คำแนะนำความรู้เรื่องโรค และการรักษาที่ได้รับ ตลอดจนการปฏิบัติตนของผู้ป่วย และเมื่อนำไปหาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาล กับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กัน คือ ในกลุ่มที่ผู้ป่วยให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลสูงกว่าพยาบาล มีถึง 32 กิจกรรม ที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน มีเพียง 5 กิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กัน และในกลุ่มที่พยาบาลให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วย มี 34 กิจกรรมที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน และมี 3 กิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กัน

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2528) ได้ศึกษาความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับเป็นจริงของผู้ป่วยและพยาบาลในโรงพยาบาลรามธิบดี โดยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยสามัญ 400 คน กับพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลแก่กลุ่มผู้ป่วยโดยตรง 195 คน โดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังจะได้รับ ต่ำกว่าที่พยาบาลคาดหวังจะปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลคาดหวังจะปฏิบัติสูงกว่าที่พยาบาลปฏิบัติจริง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจริง ต่ำกว่าที่พยาบาลปฏิบัติจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจริงต่ำกว่าที่คาดหวังจะได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อัมพรพรหม ตั้งจิตพิทักษ์ (2528) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ ในแผนกอายุรศาสตร์ วิชาพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยสามัญชายและหญิง จำนวน 80 คน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริการพยาบาลด้านจิตใจ และความคิดเห็นต่อบริการพยาบาลโดยทั่วไป ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการพยาบาลด้านร่างกาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์ดี พยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลมีความนุ่มนวล คล่องแคล่วในการปฏิบัติงาน ให้ความช่วยเหลือและสนใจผู้ป่วยดี ในเรื่องของการให้คำแนะนำ คำอธิบายต่าง ๆ มีให้เป็นบางครั้ง และเข้าใจเป็นบางเรื่อง ความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการพยาบาลด้านจิตใจ ผู้ป่วยคิดว่าพยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลให้การ

ต้อนรับดี มีท่าที่เป็นกันเอง น่าไว้วางใจ และยิ้มแย้มแจ่มใส มีอัธยาศัยไมตรีดี เปิดโอกาส และช่วยปลดปล่อยให้คลายจากความทุกข์ต่าง ๆ มีเพียงส่วนน้อยที่คิดว่าพยาบาลและเจ้าหน้าที่ พยาบาลมีลักษณะไม่เป็นกันเอง ท่าที่ห่างเหิน อัธยาศัยไมตรีไม่ดี ชอบขู่ผู้ป่วย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการพยาบาลโดยทั่วไป พบว่า สภาพภายในตึก อากาศและ สิ่งแวดล้อมอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ดี อาหารของโรงพยาบาลพอจะรับประทานได้ สิ่งรบกวนผู้ป่วย มากที่สุดขณะพักอยู่ในตึก คือ เสียง และเสียงรบกวนจากผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องการให้มีการแยกตึกสำหรับผู้ป่วยหนักไว้เฉพาะ และให้โรงพยาบาลมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยมาก ๆ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยได้มากกว่านี้

ชีชาวล วีระพันธุ์ และ คณะ (2528) ศึกษาเรื่องการรับรู้ว่าตนเองป่วย การใช้บริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย กับระบบการส่งต่อในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยในระบบส่งต่อเลือกใช้บริการสาธารณสุขโดยคำนึงถึง การเดินทางสะดวก เป็นอันดับหนึ่ง อันดับรองคือ ค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการ รักษาและการต้อนรับ ตามลำดับ แต่ผู้ป่วยนอกระบบส่งต่อ จะให้ความสำคัญของความสามารถ ในการรักษาพยาบาลเป็น อันดับ 2 ค่ารักษาพยาบาล อันดับ 3 การต้อนรับ อันดับ 4

เต็มดวง เจริญสุข (2532) ได้ศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลตามความ คาดหวังกับความเป็นจริงของผู้คลอดและพยาบาล โดยศึกษาในกลุ่มผู้คลอดครรภ์แรก และ พักฟื้นหลังคลอดที่กองสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวนทั้งหมด 200 ราย สำหรับ กลุ่มพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ประจำอยู่ห้องคลอด ณโรงพยาบาลดังกล่าวข้างต้น มีจำนวน ทั้งหมด 58 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมี ความคาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้คลอดสูงกว่าที่ได้ปฏิบัติจริงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.001 และผู้คลอดมีความคาดหวังที่จะได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จากพยาบาลสูงกว่าที่ได้รับการปฏิบัติจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

บึงอร นิสวง, สำเร็จ ใจหาญ และ จารุวดี คำทอง (2533) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ใน จังหวัดสุรินทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลรัฐบาล 25 คน จากโรงพยาบาลเอกชน 25 คน รวมเป็น 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถาม มี 3 ด้านคือ ด้าน เจ้าหน้าที่ ศึกษาเกี่ยวกับมนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ การให้คำแนะนำแก่ผู้มารับบริการ

บุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสนใจต่อความต้องการของผู้บริการ ด้านสภาพสถานบริการ ศึกษาเกี่ยวกับความสะดวกสบาย ความสะอาดเรียบร้อย ท่าเลที่ตั้ง และด้านบริการทั่วไป ศึกษาเกี่ยวกับความรวดเร็วในการให้บริการ ประสิทธิภาพในการรักษา ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ โดยนำความคิดเห็นของผู้รับบริการทั้ง 2 แห่งมาเปรียบเทียบกัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้มารับบริการมีความคิดเห็นต่อการให้บริการในด้านเจ้าหน้าที่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความคิดเห็นด้านสถานบริการและด้านบริการทั่วไป ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีข้อเสนอแนะตามความคิดเห็นของผู้รับบริการว่า โรงพยาบาลของรัฐควรปรับปรุงการให้บริการที่รวดเร็ว บุคลากรควรมีความกระตือรือร้นในการทำงาน มีการพูดจาที่ไพเราะ และหมั่นทำความสะอาดของสถานที่ให้มากขึ้นกว่าเดิม

สัญญา วัฒนา และมะลิวัลย์ สุติธรรม (2534) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ การใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนจังหวัดชลบุรี โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้รับบริการ ในโรงพยาบาลศูนย์ 50 ครอบครัว ผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน 80 ครอบครัว และผู้รับบริการในสถานอนามัย 430 ครอบครัว รวมทั้งสิ้น 560 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเกี่ยวกับการตรงต่อเวลา การเอาใจใส่ การกระตือรือร้น และความมีมนุษยสัมพันธ์ ส่วนเหตุการณ์ที่พบนาน ๆ ครั้ง คือ การไม่พบเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 30.4 สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปยังสถานบริการสาธารณสุข พบว่า ใช้เวลาน้อยกว่าครึ่งชั่วโมง ร้อยละ 95.9 การใช้เวลารอคอยเพื่อรับบริการส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 15 นาที ร้อยละ 61.2 ความคิดเห็นต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่พบว่า ร้อยละ 74.7 เห็นว่าเหมาะสมดี และความต้องการของประชาชนที่มีต่อการจัดให้มีบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อันดับแรกได้แก่ การจัดให้มียาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การให้เจ้าหน้าที่ฝึกประจำที่สถานบริการสาธารณสุข และการให้มีแพทย์หมุนเวียนหรืออยู่ประจำ

พิชชุดา วิรัชพินทุ และคณะ (2534) ได้ศึกษานฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยที่หน่วยแพทย์เวร-ฉุกเฉิน แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่หน่วยแพทย์เวร-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราชในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก จำนวน 150 คน และให้พยาบาลประเมินตนเองตามแบบประเมินจำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้

ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรม การสื่อสารที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นกลุ่มผู้ป่วยเห็นด้วยมากว่า พยาบาลรับค่านิยมการสนทนาก่อนที่ผู้ป่วยจะพูดจบถึงร้อยละ 86.7 ในขณะที่กลุ่มพยาบาลเห็นด้วยมากในข้อนี้เพียงร้อยละ 2.0 และผู้ป่วยเพียงร้อยละ 0.7 ถึง 6.7 ระบุว่าได้รับคำแนะนำที่แจ้ง หรือบอกกล่าวในเรื่องต่าง ๆ จากพยาบาล ในขณะที่พยาบาลร้อยละ 80 ขึ้นไป ระบุว่าได้ให้คำแนะนำที่แจ้งหรือบอกกล่าวในเรื่องต่าง ๆ กับผู้ป่วย จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรปรับปรุงโดยต้องตระลึกรู้ตนเองอยู่เสมอ พยายามให้เวลาและโอกาสผู้ป่วยในการพูดคุยซักถามให้มากขึ้น มีความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ควรปรับปรุงรูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสารต่อเนื้ออย่างมีแบบแผนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มต้นมารับบริการจนถึงสิ้นสุดการรักษา คือขณะรอรับการตรวจ ขณะทำการตรวจรักษา และภายหลังสิ้นสุดการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจยิ่งขึ้น ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้อาสาได้ เนื่องจากสภาพการเจ็บป่วย ควรให้ข้อมูลข่าวสารแก่ญาติผู้ป่วยที่มามีด้วย เพื่อช่วยให้เกิดการรับรู้ที่ดีขึ้น และควรจัดสถานที่ในการให้ความรู้หรือคำแนะนำในหน่วยแพทย์เวร-ฉุกเฉิน ให้เป็นสัดส่วน ไม่อยู่ในบริเวณที่มีผู้คนพลุกพล่านมาก ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ดีและมีประสิทธิภาพ

ละอ อ ตันติศิริรินทร์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ต่อกิจกรรมพยาบาลที่สนองความต้องการพื้นฐาน โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 7 แผนก ดังนี้ คือ แผนกศัลยกรรมทั่วไป แผนกอายุรกรรม แผนกสูติ-นรีเวชกรรม แผนกออร์โธปิดิกส์ แผนกจักษุ แผนกโสต คอ นาสิก และแผนกพิเศษ แผนกละ 50 คน รวมทั้งสิ้น 350 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ต่อกิจกรรมพยาบาลที่สนองความต้องการพื้นฐานที่พึงพอใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การดูแลให้ได้รับประทานอาหารตามเวลา ร้อยละ 47.7 และที่พึงพอใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การแนะนำให้รู้จักผู้ป่วยข้างเตียงร้อยละ 28.3 และเมื่อจำแนกตามแผนกต่าง ๆ จะพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมพยาบาลที่สนองความต้องการพื้นฐานในแผนกต่าง ๆ มีดังนี้ แผนกศัลยกรรมทั่วไป กิจกรรมที่ผู้ป่วยพึงพอใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การให้ความสนใจซักถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และ/หรืออุจจาระ ร้อยละ 64 และกิจกรรมที่พึงพอใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุด คือ การพูดคุยในเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 26 แผนกอายุรกรรม กิจกรรมที่ผู้ป่วยพึง

พหุใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การดูแลให้ได้รับประทานอาหารตามเวลา ร้อยละ 86  
 และกิจกรรมที่พหุใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การให้โอกาสมีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการพยาบาล ร้อยละ 32 แผนกสูติ-นรีเวชกรรม กิจกรรมที่ผู้ป่วยพหุใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การอธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของอาการที่เป็นอยู่ ร้อยละ 42 และกิจกรรมที่พหุใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การยืดหยุ่นเวลาในการทำความสะอาดร่างกาย ร้อยละ 40 แผนกออร์โธปิดิกส์ กิจกรรมที่ผู้ป่วยพหุใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การดูแลให้ได้รับประทานอาหารตามเวลา ร้อยละ 92 และกิจกรรมที่พหุใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การอธิบายสรรพคุณ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ร้อยละ 44 แผนกจักษุ กิจกรรมที่ผู้ป่วยพหุใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การจัดห้องพักให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ร้อยละ 60 และกิจกรรมที่พหุใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การอธิบายสรรพคุณ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ร้อยละ 30 แผนกโสต ศอ นาสิก กิจกรรมที่ผู้ป่วยพหุใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การให้ความสนใจซักถามเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ และ/หรืออุจจาระ ร้อยละ 40 และกิจกรรมที่พหุใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การดูแลให้มีของใช้ที่จำเป็นสำหรับทำความสะอาดร่างกาย ร้อยละ 20 แผนกพิเศษ กิจกรรมที่ผู้ป่วยพหุใจระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การอนุญาตให้ญาติหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยต้องการ ร้อยละ 66 และกิจกรรมที่พหุใจระดับน้อยที่สุด จำนวนสูงสุดคือ การดูแลปากและฟันก่อนและหลังรับประทานอาหาร และการให้โอกาสมีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการพยาบาล ร้อยละ 20 และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อกิจกรรมพยาบาลที่สนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 ยกเว้นในเรื่องการช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกในการทำความสะอาดร่างกาย การเยี่ยมและ/หรือสอบถามอาการเปลี่ยนแปลงและความไม่สุขสบาย และการอธิบายให้ทราบเหตุและผลเกี่ยวกับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคและ/หรือการรักษาพยาบาล ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับการรับประทานอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 ส่วนเรื่องการให้คำแนะนำในเรื่องอาหารไม่มีความแตกต่างกัน

ลาวัลล์ สมบูรณ์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความคาดหวังและกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความเป็นจริงของมารดาหลังคลอด ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดทั้งในรายคลอดปกติและคลอดผิดปกติ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสูติกรรม 2, 3 และ 4 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนธันวาคม 2534 ถึงเดือนมกราคม 2535 จำนวน 305 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความคาดหวัง กับกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความเป็นจริงโดยส่วนรวม และเป็นรายหมวดไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแยกตามหมวดพบว่าคะแนนกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความคาดหวัง กับกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความเป็นจริงส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน มีบางกิจกรรมเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้

คะแนนกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความคาดหวังมากกว่าคะแนนกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความเป็นจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, 0.05, 0.001, 0.05, 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ในเรื่องการได้รับแจ้งเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล การได้รับการอธิบายถึงกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ การช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร การไม่รบกวนเวลาพักผ่อน การจัดท่านอนที่เหมาะสม และการมีโอกาสดูถามข้อข้องใจ รวมทั้งการได้รับการตอบคำถามโดยไม่แสดงท่าทีที่เบื่อหน่าย

คะแนนกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความคาดหวังน้อยกว่าคะแนนกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามความเป็นจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, 0.05, 0.001, 0.001, 0.05, 0.001, 0.001, 0.01, 0.001, 0.001, 0.001, 0.05, 0.01, 0.01 และ 0.01 ตามลำดับ ในเรื่องการได้รับคำอธิบายเหตุผลก่อนให้การปฏิบัติการรักษาพยาบาลทุกครั้ง การได้รับการอธิบายถึงผลการตรวจ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการพักผ่อน การรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป การดูแลเต้านม การดูแลบริเวณฝีเย็บ การบริหารร่างกาย การได้รับการดูแลขณะให้เลือดหรือสารละลาย การเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกวัน การทำความสะอาดเต้านม การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เจ้าหน้าที่อยู่เป็นเพื่อนขณะแพทย์ตรวจ การได้รับการปลอบโยนและให้กำลังใจ การได้รับการซักถามอาการอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน และการบอกอาการและการรักษาพยาบาลสุขภาพของบุตร แม้ว่าบุตรมิได้อยู่กับตน



วิมลศรี ศรีสุพรรณ และ มะลิจิตร์ ศิริวัฒนามานนท์ (2536) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยศึกษาจากผู้รับบริการจำนวน 300 คน ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจที่สร้างขึ้นโดยยึดกิจกรรมงานบริการประชาชน ที่สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการพยาบาลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับกิจกรรมการบริการที่ผู้รับบริการให้ความเห็นว่าไม่พึงพอใจหรือพึงพอใจน้อย ได้แก่ สีหน้า ท่าทาง คำพูด และสายตา ของพยาบาลในขณะที่ให้บริการ การให้ความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังการตรวจและการจัดคิวเข้าห้องตรวจ เป็นต้น

สุกัญญา โลงนาภิวัฒน์, วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์ และ สุชาติ ธิติวณะ (2536) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วย และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ศึกษาในผู้ป่วยในจำนวน 125 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความคาดหวัง และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยอย่างมีเค้าโครง 4 ด้าน คือ สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน สิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของตน สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อสิทธิของตนทั้งโดยรวมและด้านต่าง ๆ สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00

สุภา เบญจพร, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และวิภา บิลลังก์โพธิ์ (2537) ได้ศึกษาความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลรามธิบดี โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยสามัญ ที่รอเข้ารับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น แผนกศัลยศาสตร์ จำนวน 40 คน แผนกสูติ-นรีเวชกรรม 20 คน แผนกโสต ศอ นาสิก 20 คน และแผนกศัลยกรรมกระดูก 20 คน รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมีความคาดหวังในกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยผู้ป่วยต้องการให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดให้บริการแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แต่จากความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติจริงจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดแล้ว พบว่ายังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดีเท่าที่ควร และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ

ความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังสูงกว่าความเป็นจริงในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

พวงเพชร ชุ่มศรี (2537) ได้ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลต่อความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลแพร์ โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร์ จำนวน 37 ราย และญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 47 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าความต้องการสูงสุดที่ญาติต้องการ ได้แก่ มีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสนใจดูแลผู้ป่วยได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด รู้สึกมีความหวัง ความต้องการของญาติต่ำที่สุดคือการมีพระมาเยี่ยม การได้รับคำบอกเล่าว่าจะทำพิธีการทางศาสนาอะไรได้บ้างขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และได้รับการกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกโดยการร้องไห้ และพบว่าพยาบาลรับรู้ความต้องการได้สอดคล้องกับความต้องการของญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เอนก สุภีรนนท์ (2537) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจกับความคาดหวังของผู้ป่วยในแผนกโรคระบบประสาทของโรงพยาบาลประสาทสงขลา โดยทำการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนในหอผู้ป่วยโรคระบบประสาทวิทยา ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี โต้ตอบรู้เรื่อง จำนวน 60 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจที่เป็นจริงกับความคาดหวังพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมและสถานที่ ด้านคุณภาพการบริการ ด้านมนุษยสัมพันธ์ ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจแตกต่างจากความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจในระดับดีมาก

ด้านความสะดวก และการได้รับการช่วยเหลือดูแลอุปกรณ์การรักษา ด้านการประสานงานและข้อมูลที่ได้รับ พบว่าความพึงพอใจที่เป็นจริงไม่แตกต่างจากความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

### งานวิจัยต่างประเทศ

เฮย์ และแอนเดอร์สัน (Hay และ Anderson, 1963 อ้างถึงใน อ่ำไพสุทธิธรรม, 2526) ได้ศึกษาร่วมกับโครงการการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างพื้นฟูสุขภาพที่โรงเรียนพยาบาล มหาวิทยาลัยฮอชิงตันเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย โดยการรวบรวมข้อมูลจากบทความและวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์ของความเจ็บป่วยหรือความพิการ ซึ่งเขียนโดยผู้มีประสบการณ์เหล่านี้ เพื่อหาว่าพยาบาลได้สนองความต้องการเพียงใดในความรู้สึกของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ 14 โรค จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการดังต่อไปนี้

1. ได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค และการรักษา
2. ได้เรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน
3. ได้รับความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย
4. ความสามารถที่จะอยู่ร่วมในสังคม และการช่วยเหลือตนเองได้
5. ได้รับการยอมรับความเจ็บป่วยหรือความพิการของเขา และได้รับการยอมรับ

#### ในกลุ่ม

6. ได้รับการรักษาพยาบาล
7. ได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่อยู่ในสภาพที่ดีเพื่อ

ขาดเศษสภาวะที่ไร้ความสามารถ

8. ต้องการบรรลุเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง
9. ความสุขสบายทางด้านจิตใจ
10. การบรรเทาความกลัว และความวิตกกังวล
11. กำลังใจและความเข้าใจ
12. การยอมรับว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏว่า ความต้องการความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค และการรักษา ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าเขาได้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ตามที่ต้องการ ผู้ที่ศึกษาเชื่อว่าสาเหตุเกิดจากปัญหาการติดต่อสื่อสาร การใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ซึ่งผู้ป่วยไม่เข้าใจ ส่วนความต้องการที่สนองความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด คือ ความต้องการที่จะเรียนรู้ และฝึก

ทักษะการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน และจากข้อมูลได้เสนอว่า ครอบครัว เพื่อนผู้ป่วย และผู้ใกล้ชิด จะมีส่วนที่จะช่วยสนองความต้องการน้อยอย่างมาก นอกเหนือจากแพทย์ พยาบาล และบุคคลากรอื่น ๆ

ไวท์ (White, 1972 อ้างถึงในพินิตา ดามาพงศ์, 2520) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล ในโรงพยาบาลของรัฐ 3 แห่งที่ตั้งอยู่ในเขตนครหลวง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่อาการไม่หนักเกินไป อยู่โรงพยาบาลมาแล้ว 2 วัน และไม่ได้รับการผ่าตัดในวันที่ศึกษา จำนวน 300 คน กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 100 คน ให้ผู้ป่วยและพยาบาลให้ความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาล 50 ข้อ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 หมวด คือ หมวดการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย หมวดการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ หมวดการสังเกตอาการ การรายงาน และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และหมวดการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายมากกว่าพยาบาล ส่วนพยาบาลให้ความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและสังคมมากกว่าผู้ป่วย และทั้งผู้ป่วยและพยาบาลมีความเห็นตรงกันว่า ความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความสำคัญมาก ส่วนการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน มีความสำคัญน้อย

ดอดจ์ (Dodge, 1972) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาล เกี่ยวกับเรื่องที่ผู้ป่วยควรรู้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความคิดเห็นของผู้ป่วยว่า เขาควรจะได้รับรู้ในเรื่องใดบ้างตามลำดับความสำคัญ และพยาบาลคิดว่าควรจะบอกเรื่องอะไรให้ผู้ป่วยได้รับรู้ตามลำดับความสำคัญ กลุ่มตัวอย่างประชากรคือผู้ป่วยชายและหญิง จำนวน 124 คน ที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม ของโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 172 เตียง ในรัฐนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ส่วนพยาบาลได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 37 คน ผู้ช่วยพยาบาล 29 คน ที่ปฏิบัติงานเวรเช้า และเวรบ่าย ของโรงพยาบาลดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลและผู้ป่วยมีความคิดเห็นตรงกันในเรื่องที่สำคัญมากที่สุดคือ เกี่ยวกับการบอกกล่าวว่ามีสิ่งผิดปกติอะไรเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การช่วยเหลือตนเองในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง

เรื่องที่มีความสำคัญระดับปานกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยควรได้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องทดลอง ผลเอ็กซเรย์ และอื่น ๆ ส่วนเรื่องที่มีความสำคัญน้อย ได้แก่ เรื่องค่ารักษาพยาบาล ในเรื่องนี้ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากกว่าพยาบาล

พยาบาลและผู้ป่วยมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ในเรื่องผู้ป่วยต้องการทราบอย่างมากเกี่ยวกับอาการของโรคว่าตนเองป่วยหนักมากน้อยเพียงใด โอกาสที่จะหายหรือกลับมาเป็นอีก ผลของการผ่าตัด และวินิจฉัยโรค ความซับซ้อนของโรค รวมทั้งชื่อยาและสรรพคุณของยา ขึ้นตอนต่าง ๆ ของการผ่าตัด จำนวนเงินประกันสุขภาพที่จะได้รับ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้พยาบาลเห็นว่าไม่สำคัญนัก พยาบาลเห็นว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยควรจะทราบคือเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองมากกว่าการได้รับความรู้หรือข้อมูลทั่ว ๆ ไป ผู้ป่วยควรทราบวัตถุประสงค์ของการตรวจทางห้องทดลองหรือผลเอ็กซเรย์ อาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาการเฉพาะโรค การปฏิบัติตัวในประจำวัน เช่น เวลารับประทานอาหาร เวลาอาบน้ำ เวลาเยี่ยม ซึ่งผู้ป่วยให้ความสำคัญน้อยมาก และพยาบาลเห็นว่าที่สำคัญมากที่สุด คือ ผู้ป่วยควรรู้เกี่ยวกับการจำกัดกิจกรรม และการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยสรุปพยาบาลได้เน้นเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วย สำหรับเหตุการณ์ในขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยเห็นว่าไม่สำคัญ ผู้ป่วยจะสนใจในรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องตัวเองมากกว่าเรื่องที่พยาบาลจะทำอะไรให้

อเดย์ และ แอนเดอร์สัน (Aday and Anderson, 1975) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1970 พบว่าเรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุดคือ ความไม่สะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับฮัลกาและคณะ (Hulka. al, 1971) ที่ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนที่มีรายได้น้อยต่อบริการทางการแพทย์เมื่อปี ค.ศ. 1969 ที่ทางตอนเหนือรัฐคาร์โรไลนา (north carolina) พบว่าประชาชนกลุ่มที่มีรายได้น้อย ไม่พึงพอใจในเรื่องความสะดวกและค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ต่อมาเมื่อ ค.ศ. 1971 อเดย์ และ แอนเดอร์สันได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมและได้ชี้ถึงพื้นฐาน 6 ประการ ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการกับการรักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการ การเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ความพึงพอใจ 6 ประการ ได้แก่

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience)

ซึ่งแยกออกเป็น

- 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)
- 1.2 การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability of care when needed)
- 1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care)

(care)

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ (Coordination)

ซึ่งแยกออกเป็น

- 2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่แห่งเดียว (Getting all needs met at one place) คือผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
- 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย อันได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตใจ (Concern of doctor for overall health)

- 2.3 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา (Follow up care)

3. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่เป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความห่วงใย ความสนใจต่อผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical information)

แยกเป็นข้อมูล 2 ประเภท คือ

4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about treatment) เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้ยา เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพ การดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนระของผู้ป่วยที่มีต่อบริการ

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายการรักษาความเจ็บป่วย

Kovner, A.R. and Smiths, H.L. (Kovner and Smits, 1978 quoted in Bopp D. Kenneth, 1990) ได้ศึกษาพบว่า ผู้รับบริการพยาบาลไม่มีความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ทางการพยาบาลที่จะประเมินคุณภาพเชิงวิชาชีพ ดังนั้นผู้รับบริการพยาบาลจึงประเมินคุณภาพบริการพยาบาลใน 2 ลักษณะด้วยกันคือ ประเมินคุณภาพในขณะที่ตนมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลผู้ให้บริการ และประเมินคุณภาพจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้ง 2 อย่างนี้ พยาบาลให้ความสำคัญน้อยมาก

Woolley et al. (Woolley et al., 1978 quoted in Bopp D. Kenneth, 1990) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 2 ใน 3 มีความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล แม้ว่าจากรักษาไม่หายหรือการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จก็ตาม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีแบบแผนการรับรู้แตกต่างจากพยาบาลผู้ให้บริการ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยประเมินคุณภาพบริการตามการรับรู้ของตน ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้สูง ก็จะประเมินว่าคุณภาพดีแล้ว

Marilyn T. Oberst. (1984) ได้ศึกษาวิธีการวัดคุณภาพการบริการและความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยและสอบถามความคิดเห็นในเรื่องของสิ่งอำนวยความสะดวก (Facility) ที่ทำให้คุณภาพการดูแลมีความสมบูรณ์ ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 20 คน เป็นผู้หญิง 12 คน ผู้ชาย 8 คน อายุเฉลี่ย 23-74 ปี และเคยได้รับเคมีบำบัดมานานน้อยกว่า 6 เดือน ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า สิ่งอำนวยความสะดวกสบายในการบริการต้องประกอบด้วย เวลาที่รอคอย, การบอกกล่าวผู้ป่วยและช่วยอำนวยความสะดวกต่าง ๆ การให้การดูแลรักษาที่เพียงพอ สถานที่พักผ่อนที่ความเหมาะสม และพฤติกรรมในการติดต่อสื่อสารของพยาบาล

Eriksen R. Lillian (1987) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพเชิงกระบวนการกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และญาติ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

James Lynch and Drue Schuler (1990) ได้ศึกษาถึงแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 600 คน ใช้เครื่องมือการวิจัยคือ การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เพื่อให้ได้ข้อมูล แล้วทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) พบว่า แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลมี 3 ประการ

1. แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลมาจากการมารับบริการ แล้วเกิดความพึงพอใจ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ สถานที่รอคอย ห้องพัก อาหาร ท่าเลที่ตั้ง มนุษย์สัมพันธ์ของผู้ให้บริการ

2. แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลมาจากการมารับบริการ ครั้งก่อน เช่น เคยมาตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องคลอด ห้องตรวจศัลยกรรม ห้องปฐมพยาบาลและฉุกเฉิน เป็นต้น

3. แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลมาจากความเชื่อ เช่น เชื่อในความสามารถ ความรู้ ความชำนาญของพยาบาลผู้ให้การดูแล ความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา หรืออุปกรณ์การรักษาที่ทันสมัย สามารถช่วยชีวิตได้

Bopp D. Kenneth (1990) ได้ศึกษาคุณภาพบริการเชิงการแสดงออก (Expressive Quality) ในโรงพยาบาลขนาด 394 เตียง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมาจากแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม ผิวหนัง หู คอ จมูก และเด็ก มีจำนวนทั้งสิ้น 453 คน เป็นผู้ชาย 30 % ผู้หญิง 70 % และเป็นคนผิวขาว 90 % คนผิวดำ 9 % ไม่จำกัดเชื้อชาติ 1 % โดยทั่วไปมีอายุเฉลี่ย 34.6 ปี และส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและวิทยาลัย ใช้เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามมีจำนวน 2 ชุด คือ แบบสอบถามคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยต้องการได้รับจากพยาบาล และแพทย์ แต่ละชุดมีข้อความจำนวน 72 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ตัวประกอบ หมุนแกนตัวประกอบแบบออร์ทोगอนอลด้วยวิธีแวนเนอริง ตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพเชิงการแสดงออกของพยาบาลมีค่าไอเกน 0.98 สำหรับตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกของแพทย์มีค่าไอเกน 0.66

ผลการวิจัยพบว่า

1. ตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกด้านการดูแลที่ผู้รับบริการต้องการคือ ความเมตตากรุณา ความพอใจ การยอมรับ ความร่วมมือ ความสุภาพ และความมีอัธยาศัยไมตรี

2. ตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกด้านวิชาชีพที่ผู้รับบริการต้องการคือ ให้ความอบอุ่น ความสะอาดสบาย มีจิตใจที่เปิดกว้าง และมีความจริงใจ

3. ตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกด้านสมรรถนะที่ผู้รับบริการต้องการคือ การใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ



## ข้อเสนอแนะ

การให้บริการแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการมักให้ความสำคัญแก่คุณภาพเชิงการ  
แสดงออกน้อยกว่าผู้ป่วย ดังนั้นในขณะที่ให้บริการ ผู้ให้บริการควรปรับปรุงทัศนคติและ  
พฤติกรรมการแสดงออกด้วยสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ ในขณะที่ให้บริการ โดยต้องให้

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

Emin Babakus และ คณะ (1991) ได้ศึกษาปัจจัยกำหนดคุณภาพบริการจาก  
แหล่งข้อมูลที่ผู้รับบริการคัดสรรมาตรวจสอบเลือกมากที่สุด โดยศึกษาจากผู้ป่วย จำนวน 372  
คน ที่มารับบริการทำคัดสรรมาตรวจสอบ แบ่งเป็นชนิดตบแต่งเสริมทรวงอก มี 254 คน ผ่าตัด  
ทำเต้านมใหม่ มี 118 คน ใช้แบบสอบถามวัดเป็น Rating Scale ของความเชื่อถือข้อมูล  
จากมากที่สุด ---> น้อยที่สุด ซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบดังนี้

แหล่งข้อมูลที่ผู้รับบริการใช้บ่อย มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดคือ แพทย์ รองลงมาคือ  
โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ ส่วนแหล่งข้อมูลที่ผู้รับบริการใช้น้อย แต่มีความน่าเชื่อถือคือ  
พยาบาล ซึ่งจากข้อมูลนี้ พบว่า ผู้รับบริการผ่าตัดเต้านมใหม่จะมีความเชื่อถือข้อมูลที่ได้รับ  
จากแพทย์และวิทยุมาก สำหรับผู้รับบริการที่ทำคัดสรรมาตบแต่งเสริมเต้านมจะเชื่อถือข้อมูล  
จากวิทยุมากที่สุด ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.019 และจะเชื่อถือข้อมูลจากแพทย์น้อยที่สุด ที่  
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.008 จากการศึกษาวิจัยนี้ นำไปใช้ประโยชน์ในการจัดทำการศึกษา  
ประชาสัมพันธ์ได้ตามความเชื่อถือของผู้รับบริการ ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจตามความเชื่อของข้อมูล

Leming (1991) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลในแนวใหม่ โดยนำแนวคิด  
การตลาดเข้ามาประยุกต์ใช้ เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด  
ซึ่งลูกค้าในที่นี้มี 2 ลักษณะคือ

1. ลูกค้าภายใน หมายถึง ตัวผู้ป่วย ญาติ แพทย์ พยาบาล ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วย

โดยตรง

2. ลูกค้าภายนอก หมายถึง บุคคลที่อยู่รอบข้าง คอยให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วย

ทางอ้อม เช่น นักบริหาร

การจัดบริการให้มีคุณภาพต้องตอบสนองความต้องการทั้งลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก ให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด ซึ่งผู้บริหารทางการแพทย์สามารถจัดสรรการบริการได้ตามบทบาทของตน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเชื่อถือในบริการแก่ลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก

Sharon A. Scardina (1994) ได้ทดลองนำเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ (SERVQUAL) ตามแนวคิดเชิงการตลาดของ Zeithaml, Parasuraman และ Berry มาประยุกต์ใช้วัดคุณภาพบริการพยาบาลกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5 วัน มีกลุ่มตัวอย่าง 6 คน เป็นเพศหญิง 4 คน และเพศชาย 2 คน มีอายุเฉลี่ย 52 ปี ซึ่งผลการนำเครื่องมือไปใช้นั้น พบว่าสามารถใช้วัดได้ ประสิทธิภาพสำเร็จด้วยดีในปัจจุบันทั้ง 5 ประการ คือ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) 2) ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ (Reliability) 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที (Responsiveness) 4) ความน่าเชื่อถือ (Assurance) 5) การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Empathy)

สรุป จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการพยาบาลพบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานทางวิชาชีพ ซึ่งกำหนดขึ้นโดยผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลแต่เพียงฝ่ายเดียว ถึงแม้จะมีการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานทางวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ให้มีความถูกต้องตามเทคนิค วิธีการ เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพก็ตาม แต่เมื่อนำไปประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการแล้วปรากฏว่าผู้รับบริการไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับเท่าที่ควร เพราะว่าผู้รับบริการมีแบบแผนการรับรู้ที่แตกต่างจากพยาบาลผู้ให้บริการ กล่าวคือ ผู้รับบริการไม่มีความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ทางการแพทย์ จึงประเมินคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของตนเอง ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลให้เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ โดยนำแนวคิดการตลาดเข้ามาประยุกต์ใช้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของบริการพยาบาลคือ ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ดี อย่างมีคุณภาพ และเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ซึ่งการนำแนวคิดการตลาดเข้ามาประยุกต์ใช้ในบริการพยาบาลนั้น ในต่างประเทศมีนักศึกษาวิจัยกันมาก โดยศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์การรับรู้ของผู้รับบริการควบคู่กับคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานทางวิชาชีพ ผลการวิจัยที่พบ ปรากฏว่าผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยคุณภาพบริการพยาบาลโดยสำรวจว่าคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วย

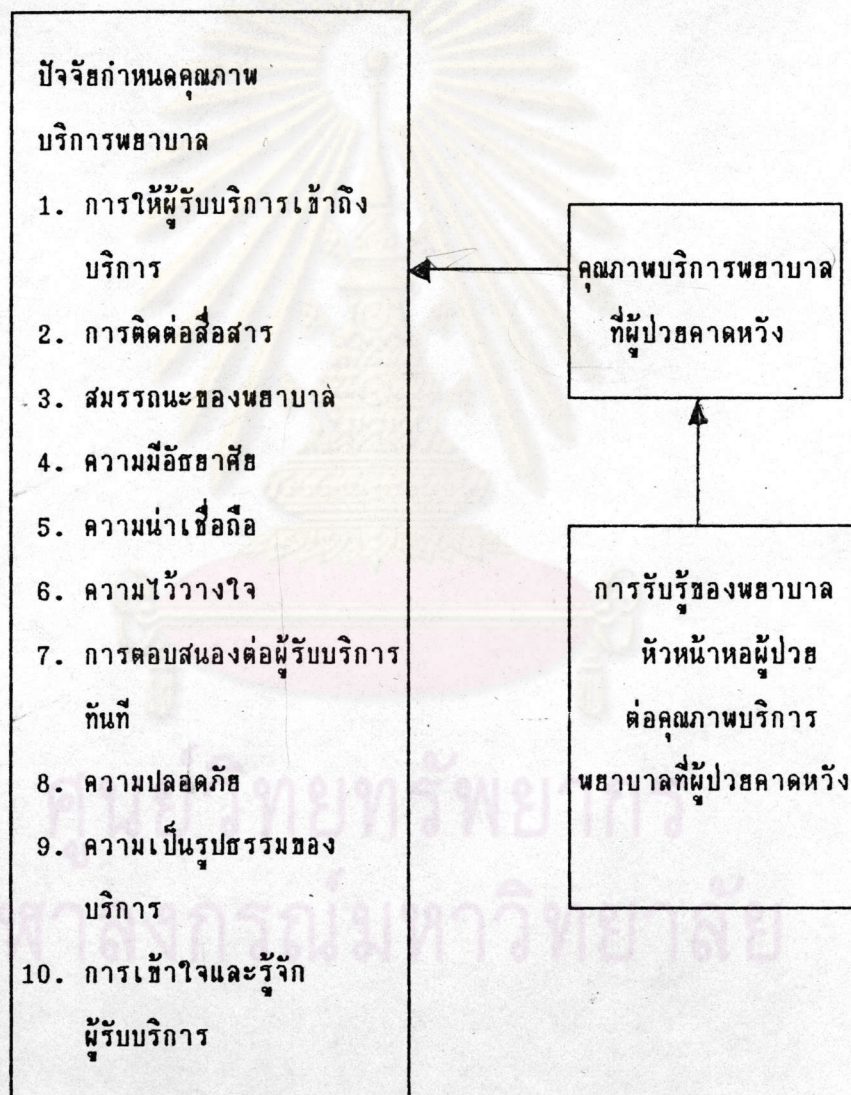
คาดหวังว่าจะได้รับจากพยาบาลที่ให้บริการคืออะไร และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้น และสามารถจัดสร้างบริการได้ มีการรับรู้ในความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาลมากน้อยเพียงใด ถ้าพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ตรงกับ ความคาดหวังของผู้ป่วยก็จะสามารถจัดบริการได้เป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วย แต่ถ้าพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้น้อยกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวัง ก็สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปปรับปรุงพัฒนาการบริการให้ดีขึ้นต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดและทฤษฎีของงานวิจัย

จากวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปกรอบแนวคิดและทฤษฎีของการวิจัยได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดและทฤษฎีของการวิจัย