

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูล สรุปสาระสำคัญ ให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้า โดยลำดับเนื้อหาการนำเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ
3. คุณภาพบริการของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปตามความคาดหวังของผู้ป่วยใน
 - 3.1 ความเชื่อถือ ไว้วางใจ และความปลอดภัยในการใช้บริการ
 - 3.2 การให้บริการดูแลรักษาพยาบาล
 - 3.3 ความสะดวก รวดเร็วในการใช้บริการ
 - 3.4 ความเป็นรูปธรรมของบริการ
 - 3.5 ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร
 - 3.6 จริยธรรม จรรยาบรรณของผู้ให้บริการ
 - 3.7 การสอน ให้ความรู้ และการให้คำแนะนำปรึกษา
 - 3.8 ราคา ค่ารักษาพยาบาล
4. การจัดสนทนากลุ่ม
5. การวิเคราะห์ตัวประกอบ

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

1.1 ความหมาย

1.1.1 ความหมายของคุณภาพ

คำว่าคุณภาพ (Quality) มีผู้ให้คำจำกัดความไว้หลากหลาย เช่น

คุณภาพ ตามความหมายของ Webster 's New World Dictionary (1988:1099) หมายถึง สิ่งที่ได้มาซึ่งระดับของความดีเลิศ (the degree of excellence which a thing possesses)

คุณภาพ ตามความหมายของ International Dictionary of English (1995:1158) หมายถึง ลักษณะพิเศษ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีลักษณะพิเศษ (a characteristic or feature of something)

คุณภาพ ตามความหมายของ Dictionary of contemporary English (1995:1157) หมายถึง มาตรฐานสูงสุด หรือ ระดับของความดีหรือเลว (a high standard or the degree of which something is good / bad)

คุณภาพ ตามความหมายของพจนานุกรมไทย หมายถึง ลักษณะของความดี ลักษณะประจำ และลักษณะสำคัญ หรือลักษณะของความดีเลิศ

คุณภาพ ตามความหมายของผู้ให้บริการ (Quality of conformance) หมายถึง คุณภาพตามมาตรฐานของวิชาชีพที่กำหนดไว้ คือ จากแพทยสภา สภาการพยาบาล กองตรวจสอบมาตรฐานโรงพยาบาล เป็นคุณภาพตามมาตรฐานและความเห็นชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ (ศิริพร ตันติพูลวินัย, 2538:58)

แต่ความหมายที่ครอบคลุมได้ดีที่สุดและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานอย่างมหาศาล คือ ความสอดคล้องกับความต้องการและคาดหวังของผู้ใช้บริการหรือลูกค้า (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536:124)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า คุณภาพ หมายถึง ระดับของความดีเลิศที่สอดคล้องกับมาตรฐานของวิชาชีพและความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

1.1.2 ความหมายของบริการ

คำว่าบริการ (Services) มีผู้ให้คำจำกัดความไว้หลากหลาย เช่น

บริการ ตามความหมายของ Dictionary of contemporary English (1995:1297) หมายถึง การจัดหาให้ซึ่งสิ่งที่ตอบสนองต่อความจำเป็นหรือความต้องการของประชาชน (to provide people with something they need/want)

บริการ ตามความหมายของ Thailand Management Association หมายถึง เป็นงานที่เราทำเพื่อผู้อื่น ทำแล้วผู้อื่นได้รับประโยชน์ ผู้อื่นได้รับความพึงพอใจ และผู้กระทำจะต้องมีความสุขในงานที่ทำด้วย (ศิริพร ตันติพลวินัย, 2538:59)

บริการ หมายถึง กิจกรรม ผลประโยชน์ หรือความพึงพอใจที่สนองความต้องการแก่ลูกค้า เช่น โรงเรียน โรงภาพยนตร์ โรงพยาบาล โรงแรม ฯลฯ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539:287)

บริการ หมายถึง การปฏิบัติ หรือการดำเนินการที่คนกลุ่มหนึ่งเสนอให้คนอีกกลุ่มหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2537)

บริการ หมายถึง กิจกรรมใดๆ หรือการปฏิบัติที่กลุ่มหรือคณะใดคณะหนึ่งสามารถเสนอสิ่งที่สำคัญที่มองไม่เห็นเป็นตัวเป็นตน และไม่มีผลในการเป็นเจ้าของ ผลผลิตของบริการอาจเป็นหรือไม่เป็นผลิตภัณฑ์ก็ได้ (Kotler, 1994 อ้างใน พนิดา ดามาพงศ์, 2538)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า บริการ หมายถึง กิจกรรม หรือการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการแก่ลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ โดยมีความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับ

1.2 ลักษณะของบริการ

คุณภาพบริการ เป็นความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้มาใช้บริการ และเนื่องจากการบริการไม่เหมือนกับผลิตภัณฑ์ของสินค้า ซึ่งการพิจารณาคุณภาพของสินค้านั้นสามารถพิจารณาได้จากตัวสินค้าโดยไม่ต้องคำนึงถึงกระบวนการผลิต แต่สำหรับคุณภาพบริการแล้วจะมีลักษณะที่แตกต่างออกไป กล่าวคือ การบริการแตกต่างจากสินค้า เพราะบริการไม่สามารถจับต้องได้ บริการไม่สามารถแบ่งแยกบริการมีความหลากหลายในตัวเอง ไม่มีความแน่นอนหรือคงที่ และบริการไม่สามารถเก็บไว้ได้ โรงพยาบาล

ถือว่าเป็นสถานที่ให้บริการประเภทหนึ่ง ซึ่งให้บริการด้านสุขภาพอนามัย เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการของมนุษย์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในภาวะสุขภาพดี และในภาวะเจ็บป่วย ลักษณะของบริการของโรงพยาบาลหากพิจารณาตามแนวคิดเชิงการตลาดจะพบว่ามีลักษณะที่สำคัญ 4 ประการ ดังนี้ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539:288-289)

1.2.1 บริการไม่สามารถจับต้องได้ (Intangibility)

บริการไม่สามารถมองเห็น หรือสัมผัสได้ ไม่ว่าจะก่อนหรือหลังใช้บริการ ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ ผู้ใช้บริการต้องพยายามวางกฎเกณฑ์เกี่ยวกับคุณภาพและประโยชน์จากบริการที่ได้รับ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการใช้บริการ ในแง่สถานที่ ตัวบุคคล เครื่องมือ วัสดุที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร สัญลักษณ์ และราคา สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการจะต้องจัดหา เพื่อเป็นหลักประกันให้ผู้ให้บริการ สามารถตัดสินใจใช้บริการได้เร็วขึ้น

- 1) สถานที่ (Place) ต้องสามารถสร้างความเชื่อมั่นและความสะดวกให้กับผู้ที่มาติดต่อ เช่น อาคารใหญ่โต โอ่โถง ออกแบบให้เกิดความคล่องตัวต่อการติดต่อ มีที่นั่งให้เพียงพอ มีบรรยากาศที่สร้างความรู้สึกที่ดี รวมทั้งให้เสียงดนตรีประกอบอย่างเหมาะสม
- 2) บุคคล (People) ผู้ให้บริการต้องแต่งกายอย่างเหมาะสม บุคลิกดี หน้าตายิ้มแย้ม แจ่มใส พุดจาดี เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความประทับใจ และเกิดความเชื่อมั่นว่าบริการที่ได้รับนั้นดีด้วย
- 3) เครื่องมือ (Equipment) อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ ต้องทันสมัย มีประสิทธิภาพในการให้บริการที่รวดเร็วและผู้ใช้บริการพึงพอใจ
- 4) วัสดุสื่อสาร (Communication material) สื่อโฆษณา ประชาสัมพันธ์ และเอกสาร การโฆษณาประชาสัมพันธ์ต่างๆ จะต้องสอดคล้องกับลักษณะของบริการที่เสนอขาย และลักษณะของผู้ใช้บริการ
- 5) สัญลักษณ์ (Symbols) ก็คือ ชื่อสินค้าหรือเครื่องหมายตราสินค้าที่ใช้ในการให้บริการ เพื่อให้ผู้ใช้บริการเรียกชื่อได้ถูก ควรมีลักษณะสื่อความหมายที่ดีเกี่ยวกับบริการที่เสนอขาย
- 6) ราคา (Price) การกำหนดราคาการให้บริการ ควรเหมาะสมกับระดับการให้บริการ ชัดเจน และง่ายต่อการจำแนกระดับบริการที่แตกต่างกัน

1.2.2 บริการไม่สามารถแบ่งแยกการให้บริการ (Inseparability)

การให้บริการเป็นการผลิตและการบริโภคในขณะเดียวกัน กล่าวคือ ผู้ให้บริการหนึ่งรายสามารถให้บริการแก่ผู้ใช้บริการในขณะนั้นได้หนึ่งราย เนื่องจากผู้ให้บริการแต่ละรายมีลักษณะเฉพาะตัว

ไม่สามารถให้คนอื่นให้บริการแทนได้ เพราะต้องผลิตและบริโภคในเวลาเดียวกัน ทำให้การให้บริการอยู่ในวงจำกัดในเรื่องของเวลา

กลยุทธ์การให้บริการเพื่อแก้ปัญหาข้อจำกัดด้านเวลา โดยกำหนดมาตรฐานด้านเวลา การให้บริการให้รวดเร็ว เพื่อที่จะให้บริการได้มากขึ้น หรือจัดกลุ่มผู้ใช้บริการในรูปกลุ่มเล็กแทนการให้บริการเดี่ยว หรือใช้เครื่องต่างๆ เข้าช่วย ตัวอย่างเช่น โรงเรียนสอนพิเศษ มีอาจารย์ที่สอนดีคนหนึ่งรายสามารถขยายสาขา และเพิ่มจำนวนนักศึกษาได้เป็นจำนวนมากโดยใช้โทรทัศน์วงจรปิด และบันทึกเทปโทรทัศน์เข้าช่วย หรือการรักษาคนไข้ของจิตแพทย์จัดเป็นกลุ่มเล็กแทนการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล หรือกำหนดเวลาไว้ว่ารักษาคนไข้ประมาณ 30 นาทีต่อหนึ่งรายแทน 60 นาที

1.2.3 บริการมีความหลากหลายในตัวเอง (Variability)

ลักษณะของบริการไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับว่า ผู้ให้บริการเป็นใคร จะใช้บริการเมื่อไหร่ ที่ไหน และอย่างไร คุณภาพบริการจึงเปลี่ยนไป เมื่อมีการเปลี่ยนผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ หรือแม้แต่เปลี่ยนเวลา และสถานที่ ตัวอย่างเช่น หมอผ่าตัดหัวใจ คุณภาพในการผ่าตัดขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจและความพร้อมในการผ่าตัดแต่ละรอบ เป็นต้น ทำให้ความสม่ำเสมอเกิดขึ้นได้ยาก สิ่งที่คุณให้บริการต้องการให้ อาจจะไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ใช้บริการได้รับ เนื่องจากรับรู้หรือความต้องการไม่ตรงกัน ดังนั้นผู้ใช้บริการจะต้องรู้ถึงความหลากหลายในบริการ และสอบถามผู้อื่นก่อนที่จะเลือกใช้บริการ สำหรับผู้ให้บริการจะต้องมีการควบคุมคุณภาพ ซึ่งทำได้ 2 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) ตรวจสอบ คัดเลือก และฝึกอบรมผู้ให้บริการ รวมทั้งมนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ ต้องเน้นในด้านการฝึกอบรมในการให้บริการที่ดี
- 2) ต้องสร้างความพึงพอใจให้ผู้ใช้บริการ โดยเน้นการใช้การรับฟังคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการ การสำรวจข้อมูลผู้ใช้บริการและการเปรียบเทียบ ทำให้ได้ข้อมูลเพื่อการแก้ไข ปรับปรุงบริการให้ดีขึ้น

1.2.4 บริการไม่สามารถเก็บไว้ได้ (Perishability)

บริการไม่สามารถเก็บไว้ได้เหมือนสินค้าอื่น ถ้าความต้องการมีสม่ำเสมอ การให้บริการก็จะมีปัญหา แต่ถ้าลักษณะความต้องการไม่แน่นอนจะทำให้เกิดปัญหา คือ บริการไม่ทัน หรือไม่มีผู้มาใช้บริการ กลยุทธ์การตลาดที่นำมาใช้ เพื่อปรับความต้องการใช้บริการให้สม่ำเสมอ และปรับการให้บริการไม่ให้เกิดปัญหาคนมากหรือน้อยเกินไป ได้แก่

1) กลยุทธ์เพื่อปรับความต้องการใช้บริการ มีดังนี้

(1) การตั้งราคาให้แตกต่างกัน (Differential pricing) เพื่อปรับความต้องการใช้บริการให้สม่ำเสมอ กล่าวคือ การตั้งราคาสูงในช่วงความต้องการใช้บริการมาก ราคาต่ำในช่วงความต้องการใช้บริการน้อย

(2) กระตุ้นในช่วงที่มีความต้องการใช้บริการน้อย โดยจัดกิจกรรมลดราคา และส่งเสริมการขาย

(3) การให้บริการเสริม (Complementary services) เช่น มีเครื่องเอทีเอ็ม ไว้หน้าธนาคาร เพื่อลดจำนวนผู้ให้บริการในธนาคาร เป็นต้น

(4) ระบบการนัดหมาย (Reservation system) เพื่อให้ทราบถึงจำนวนผู้ใช้บริการที่แน่นอน เพื่อวางแผนการให้บริการที่เหมาะสม และเพื่อปรับระดับดีมานด์ให้เหมาะสม เช่น โรงแรมจัดระบบการจองห้องพัก เป็นต้น

2) กลยุทธ์เพื่อปรับการให้บริการ มีดังนี้

(1) เพิ่มผู้ให้บริการชั่วคราว (Part time employee) ในช่วงที่มีผู้มาใช้บริการมาก

(2) การกำหนดวิธีทำงานที่มีประสิทธิภาพในช่วงคนมาก (Peak time efficiency routine)

(3) ให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการให้บริการ (Increase consumer participation) เช่น ในแผนกผู้ป่วยนอก ให้ผู้ใช้บริการกรอกแบบฟอร์ม ข้อมูลส่วนตัวด้วยตัวเองเพื่อประหยัดเวลาของผู้ให้บริการในการให้บริการ เป็นต้น

(4) การให้บริการร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ (Shared services) เช่น โครงการใช้เครื่องมือด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลร่วมกันเพื่อลดต้นทุน และค่าใช้จ่าย เป็นต้น

(5) การขยายสิ่งอำนวยความสะดวกในอนาคต (Facilities for future expansion) เช่น การขยายพื้นที่ให้บริการโรงพยาบาลมีเครือข่ายหลายสาขา เป็นต้น

1.3 การประเมินคุณภาพบริการ

เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการมีตัวบ่งชี้ อยู่ 2 ประการ (Bopp,K.D.,1990:6; Omachonu,V.K.,1990:3) ประกอบด้วย

1.3.1 มาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ (Technical or Professional standard)

เป็นเกณฑ์ที่บ่งบอกให้ทราบว่าบริการนั้นมีคุณภาพ หรือประสิทธิภาพตรงตาม หลักการ วิธีการ ตามมาตรฐานที่หน่วยงาน หรือองค์กร ได้กำหนดไว้ ซึ่งได้กำหนดไว้ 3 รูปแบบ ดังนี้ (Donabedian, 1980 (quoted in Bopp,K.D.,1990:6) ; ศิริพร ตันติพุลวินัย, 2538:69)

1) มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure standard) คือ ลักษณะการจัดองค์กร ระบบการจัดบริการ สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรต่างๆ เช่น บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เงิน ธาราคาร สถานที่ นโยบายการปฏิบัติงาน เป็นต้น

2) มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process standard) คือ ขั้นตอนของกระบวนการ รักษาพยาบาล เช่น การวินิจฉัยโรค กิจกรรมการพยาบาล การติดต่อสื่อสาร การบันทึกรายงานการรักษา หรือการบันทึกทางการพยาบาล เป็นต้น

3) มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome standard) คือ ผลการปฏิบัติงาน หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการให้การรักษาพยาบาลแล้ว เช่น อาการของโรคดีขึ้น หรือลดลง ทักษะ คติของผู้ป่วยเหมือนเดิม หรือเปลี่ยนไป เป็นต้น

1.3.2 มาตรฐานเชิงการรับรู้หรือเชิงการแสดงออก (Expressive standard)

เป็นมาตรฐานที่วัดจากการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐาน และความคาดหวังของผู้ใช้บริการแต่ละคน ทั้งนี้เพราะว่าผู้ใช้บริการไม่ค่อยจะสนใจว่าโรงพยาบาลได้มี มาตรฐานอะไรบ้าง สูงต่ำแค่ไหน สนใจแต่เพียงว่าเมื่อเข้ามาใช้บริการแล้ว การรักษาพยาบาลที่ได้รับนั้นถูก ต้องเหมาะสมหรือไม่ ปลอดภัยหรือเปล่า เจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับ เอาใจใส่ดูแลแค่ไหน และการให้บริการ ตรงตามความต้องการและเป็นไปตามความคาดหวังของเขาหรือไม่ อย่างไรก็ตาม การศึกษา ดูแล การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย เป็นที่พึงพอใจ การบริการนั้นจึง ถือว่าเป็นการบริการที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ

จากผลการศึกษาวิจัยของ Kovner,A.R. and Smits,H.L. (quoted in Bopp,K.D.,1990:6-7) พบว่า ผู้ใช้บริการไม่มีความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ทางวิชาชีพที่จะประเมินคุณภาพหรือ ประสิทธิภาพ การวินิจฉัยโรค และกระบวนการรักษา จึงไม่สามารถที่จะประเมินคุณภาพเชิงวิชาชีพได้ ดังนั้นผู้ใช้บริการจึงประเมิน คุณภาพบริการ โดยการประเมินเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือการ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนกับผู้ให้บริการ และปัจจัยแวดล้อม

ซึ่งอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2536 : 124-125) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การเข้าถึงบริการ ได้แก่ การเข้าถึงด้านภูมิศาสตร์ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านภาษาและการจัดองค์กรที่ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย เช่น ระบบนัด เวลาจัดบริการ
- 2) ลักษณะทางกายภาพที่น่าพึงพอใจ หมายถึงบริการที่ไม่เกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผลทางด้านคลินิก แต่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น และยินดีที่จะกลับมาใช้บริการในครั้งต่อไปเมื่อมีความจำเป็น ลักษณะดังกล่าว ได้แก่ ความสวยงาม ความสะดวกสบาย ความสะอาด และความเป็นส่วนตัว เป็นต้น
- 3) คุณภาพด้านมนุษยสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการจะทำให้เกิดความเชื่อมั่น และการที่ทั้งสองฝ่ายจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการให้บริการ ทั้งด้านที่เป็นการแสดงความต้องการของผู้ใช้บริการ และด้านคำแนะนำที่ผู้ใช้บริการจะได้รับประโยชน์ ทั้งนี้โดยอาศัยการให้ความเคารพ การรักษาความลับ ความสุภาพ การฟังและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตอบสนองอย่างเหมาะสม และการแสดงความเห็นอกเห็นใจ
- 4) คุณภาพด้านเทคนิค หมายถึงการให้บริการทางคลินิกที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็วและปลอดภัย และการที่ผู้ป่วยจะสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองได้ถึงระดับหนึ่ง

ดังนั้นการประเมินคุณภาพบริการจึงต้องประกอบไปด้วยเกณฑ์ทั้งสองอย่างพร้อมๆ กัน นั่นก็คือ บริการต้องถูกต้องตามหลักการ วิธีการของวิชาชีพ และสอดคล้องกับความคาดหวังหรือความต้องการของผู้ใช้บริการด้วยในขณะเดียวกัน

2. แนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ

2.1 ความหมาย

ความคาดหวัง (Expectation) มีผู้ให้คำจำกัดความไว้หลากหลาย เช่น

ความคาดหวัง ตามความหมายของ Webster 's New World Dictionary (1988:478) หมายถึง เหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (the probability of the occurrence)

ความคาดหวัง ตามความหมายของ Dictionary of contemporary English (1995:474) หมายถึง การคาดการณ์อนาคตในสิ่งที่ดี หรือความเชื่อว่สิ่งเหล่านั้นจะเกิดขึ้นเพราะว่ามันน่าจะเป็นไปได้ (a belief that something good will happen in the future or the belief that something will happen because it is likely or planned)

ความคาดหวัง หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความต้องการหรือความมุ่งหวังของบุคคลที่มีต่อบาง อย่าง ซึ่งจะเป็นบุคคล เหตุการณ์ หรือการกระทำ เป็นการคิดไว้ล่วงหน้า และความคาดหวังจะเป็นไปตาม ประสบการณ์ของบุคคล (เต็มดวง เจริญสุข, 2532 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2538:43)

ความคาดหวัง หมายถึง ความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลใน การคาดคะเน หรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ด้งามว่าควรมี ควรจะเป็น หรือควรจะเกิดขึ้นใน อนาคตตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ (พนิดา คำยุ, 2538:11)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ความคาดหวัง หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความ ต้องการหรือความมุ่งหวังของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ด้งามที่อยากให้เกิดขึ้นในอนาคตตามที่ คาดการณ์ไว้

2.2 ความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการ

คุณภาพบริการเป็นสิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งในการสร้างความแตกต่างของรัฐกิจบริการ คือ การรักษาระดับ การให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่งขึ้น โดยเสนอคุณภาพการให้บริการที่ตอบสนองความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ซึ่งก่อนที่ผู้ให้บริการจะมาใช้บริการ เขาจะมีความคาดหวังไว้ และเมื่อมาใช้บริการก็จะเปรียบเทียบกับบริการ ที่ได้รับจริง ถ้าผลพบว่าบริการที่ได้รับจริงในสถานการณ์นั้นน้อยกว่าบริการที่คาดหวัง ผู้ใช้บริการจะไม่พึง

พอใจ ในทางตรงกันข้ามถ้าบริการที่ได้รับจริงเท่ากับ หรือ มากกว่าที่คาดหวังไว้ ผู้ใช้บริการก็จะเกิดความพึงพอใจและประทับใจ จึงสรุปได้ว่า คุณภาพบริการนั้นขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบของผู้ใช้บริการระหว่างบริการที่คาดหวังกับบริการที่ได้รับจริงเป็นสำคัญ และจากการศึกษาของ Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. and Berry, L.L. (1990:19) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังบริการ (Factors Influencing Expectations) ของผู้ใช้บริการ มี 4 ปัจจัย ได้แก่

- 1) การติดต่อสื่อสารด้วยการบอกเล่าจากคำพูด (Word of mouth communications) ซึ่งเป็นการบอกเล่าต่อกันมาจากญาติ เพื่อนบ้าน หรือคนรู้จัก เกี่ยวกับคุณภาพบริการ ซึ่งเคยไปใช้บริการในสถานบริการแห่งนั้นมาแล้ว จะทำให้ผู้ฟังเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับในสิ่งที่ดีๆ ตามที่ได้รับทราบมา
- 2) ความต้องการเฉพาะบุคคล (Personal need) แต่ละบุคคลก็จะมี ความคาดหวัง และความต้องการจำเป็นพื้นฐาน ซึ่งอาจจะต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับพื้นฐาน และภูมิหลังของแต่ละคน
- 3) จากประสบการณ์ในอดีต (Past experience) จากที่เคยใช้บริการมาก่อน ทำให้เกิดการเรียนรู้ต่อบริการที่ได้รับ และทำให้เกิดความคาดหวังต่อบริการนั้นๆ ขึ้นมาเมื่อจะใช้บริการในครั้งต่อไป
- 4) การติดต่อสื่อสารจากภายนอก (External communications) เป็นสื่อที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความคาดหวังต่อบริการ ซึ่งส่วนมากจะอยู่ในรูปแบบการโฆษณา ประชาสัมพันธ์

จากปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความคาดหวังต่อบริการที่จะได้รับ และโดยเฉพาะบริการของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นบริการทางด้านสุขภาพอนามัย และผู้ใช้บริการส่วนใหญ่จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วย บุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะมีความต้องการเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากความต้องการขั้นพื้นฐานตามสัญชาตญาณของมนุษย์ คือความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพทางร่างกาย หรือผิดปกติทางจิต ดังนั้นเมื่อจำเป็นต้องมาใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ย่อมมีความคาดหวังที่จะได้รับบริการที่ดีที่สุด ซึ่ง Shanks and Kenedy (1970 อ้างถึงใน สกวติ ดวงเด่น, 2538:11-12) ได้กล่าวถึงความคาดหวังของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไว้ดังนี้

- 1) ต้องการได้รับการดูแล รักษาพยาบาลเพื่อให้มีสุขภาพดีที่สุด
- 2) เจ้าหน้าที่จะต้องมีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์ และบุคลิกลักษณะที่ดี
- 3) เจ้าหน้าที่ต้องเป็นผู้มีความสามารถในการสังเกตความรู้สึก และการแสดงออกของผู้ใช้บริการ และสามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้
- 4) ผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวควรจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ และครอบครัวมีความเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้
- 5) ควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง และสมบูรณ์โดยใช้ทรัพยากร บุคคล และแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่เห็นสมควร

6) เจ้าหน้าที่ต้องรวบรวมและเก็บบันทึกรายงานต่าง ๆ ของผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการรักษา ตลอดจนเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย

7) ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดี และเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค และมีสุขภาพดี

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กลางปี ค.ศ. 1970 Ware, Davies - Avery และ Steward (Eck, T.A. et. al.,1988 : 3) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดคุณภาพบริการของการดูแลรักษาพยาบาล โดยประเมินจากความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งสามารถวิเคราะห์ และจำแนกได้ 8 ประการคือ

- 1) ศิลปะการดูแลรักษาพยาบาล (Art of care)
- 2) เทคนิคและวิธีการให้การดูแลรักษาพยาบาล (Technical quality of care)
- 3) การให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการหรือการอำนวยความสะดวกสบาย (Accessibility / Convenience)
- 4) การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน (finances)
- 5) การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม (Physical environment)
- 6) การจัดบริการได้ตามความต้องการของผู้ใช้บริการ (Availability)
- 7) ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care)
- 8) ประสิทธิภาพในการให้การรักษายาบาล (Efficacy / Outcome of care)

และในปี ค.ศ. 1975 Risser, N. L. ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดคุณภาพบริการซึ่งเน้นคุณภาพบริการทางการพยาบาล โดยประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับตามความ คาดหวังและตาม การรับรู้ของผู้ป่วย ที่ได้รับจริงในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 1) ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง เทคนิค วิธีการ และทักษะทางวิชาชีพ (Technical professional factor)
- 2) การสร้างสัมพันธภาพในด้านการให้ความรู้ สามารถให้ข้อมูล ตอบคำถาม อธิบาย และสาธิตวิธีการปฏิบัติการดูแลอย่างถูกต้อง (The educational relationship)
- 3) การสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจกันระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ (The trusting relationship)

ในปี ค.ศ. 1983 Parasuraman และคณะ (Zeithaml,V.A., Parasuraman,A. and Berry,L.L.,1990) ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพบริการโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และจัดสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ในการใช้บริการนั้นผู้ใช้บริการจะใช้เกณฑ์ 10 ประการในการกำหนดคุณภาพบริการ ได้แก่

- 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)
- 2) ความไว้วางใจได้ (Reliability)
- 3) การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที (Responsiveness)
- 4) สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence)
- 5) ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy)
- 6) ความน่าเชื่อถือ (Credibility)
- 7) ความปลอดภัย (Security)
- 8) การให้ผู้ให้บริการเข้าถึงบริการ (Access)
- 9) การติดต่อสื่อสารที่ถูกต้องเหมาะสม (Communication)
- 10) การเข้าใจและรู้จักผู้ใช้บริการ (Understanding / Knowing customer)

ต่อมา ในปี ค.ศ. 1988 Parasuraman และคณะ (Zeithaml,V.A., Parasuraman,A. and Berry,L.L.,1990) ได้ทำการวิจัยใหม่ และได้สรุปรวมในแต่ละหมวดที่มีความซ้ำซ้อนกัน เหลือ 5 หมวด ได้แก่

- 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)
บริการที่ให้กับผู้ใช้บริการต้องแสดงให้เห็นให้ผู้ให้บริการ สามารถคาดคะเนคุณภาพบริการได้ชัดเจน เช่น สถานที่ให้บริการมีความสะอาด สบาย และเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ สวยงาม ทันสมัย เป็นต้น
- 2) ความน่าเชื่อถือ หรือไว้วางใจได้ (Reliability)
ผู้ให้บริการมีความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความรู้สึกไว้วางใจ การให้บริการมีความถูกต้องเที่ยงตรง
- 3) การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที (Responsiveness)
ผู้ให้บริการมีความพร้อมและเต็มใจที่จะให้บริการ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ตามต้องการ
- 4) ความเชื่อมั่น (Assurance)
ผู้ให้บริการมีความรู้และมีอัธยาศัยดีในการให้บริการ และความสามารถของผู้ให้บริการส่งผลให้ผู้ให้บริการเกิดความเชื่อมั่นในการใช้บริการ

5) การเข้าถึงความรู้สึกของผู้ใช้บริการ (Empathy)

ผู้ให้บริการให้บริการโดยคำนึงถึงจิตใจ และความแตกต่างของผู้ใช้บริการตามลักษณะของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

และได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพบริการชื่อว่า SERVQUAL ซึ่งได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย และต่อมา Babakus และคณะ (1991) และ Scardina (1994) ได้นำเครื่องมือนี้มาประยุกต์ใช้กับการบริการพยาบาล พบว่า มีความเที่ยงตรงสูง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92 และสามารถนำไปใช้วัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้อย่างสมบูรณ์ ส่วนในประเทศไทยก็มีผู้นำเอาเครื่องมือนี้มาประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการในโรงพยาบาล ได้แก่ พนิดา คำยุ (2538), สกาวดี ดวงเด่น (2538), วรณฤดี ภูทอง (2539), และพัชรี ทองแผ่ (2540) พบว่า มีความเที่ยงตรงสูง ได้แก่ 0.95, 0.94, 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ

Lynch, J. and Schuler, D. (1990) ได้ศึกษาวิจัยถึงแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล แล้วทำการวิเคราะห์ห่อองค์ประกอบ พบว่า แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล มี 3 ประการ ดังนี้

- 1) แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลมาจากการรับบริการแล้วเกิดความพึงพอใจ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ สถานที่รอคอย ห้องพัก อาหาร ทำเลที่ตั้ง มนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ
- 2) แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลมาจากการมารับบริการครั้งก่อน เช่น เคยมาตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องคลอด ห้องตรวจคัดกรอง ห้องปฐมพยาบาล และห้องฉุกเฉิน เป็นต้น
- 3) แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลมาจากความเชื่อ เช่น เชื่อในความสามารถ ความรู้ ความชำนาญของผู้ให้การดูแล ความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา หรืออุปกรณ์การรักษาที่ทันสมัย สามารถช่วยชีวิตได้

Bopp, D. K. (1990) ได้ศึกษาคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกของแพทย์ และพยาบาล โดยการใช้การวิเคราะห์ตัวประกอบ พบว่า

- 1) ตัวประกอบคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกด้านการดูแล (Expressive Caring) ที่ผู้ให้บริการต้องการ ได้แก่ ความเข้าใจ ความสนใจ ความเมตตา กรุณา ความอบอุ่น ความห่วงใย ความสุภาพ และความมีอัธยาศัยไมตรี

2) ตัวประกอบคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกด้านวิชาชีพ (Expressive Professionalism) ที่ผู้ใช้บริการต้องการ ได้แก่ ให้ความอบอุ่น มีความเชี่ยวชาญ มีจิตใจที่เปิดกว้าง และมีความจริงใจ

3) ตัวประกอบคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกด้านสมรรถนะ (Expressive Competence) ที่ผู้ใช้บริการต้องการ ได้แก่ มีความสามารถพิเศษ มีความชำนาญเฉพาะทาง และมีทักษะในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ Heard Shelley (1997) ได้ศึกษาความคาดหวังของประชาชนต่อบริการของโรงพยาบาลโฮเมอร์ตัน (Homerton Hospital) ในลอนดอน พบว่า มีดังนี้

- 1) สามารถเข้าถึงบริการ (Access to services)
- 2) ความปลอดภัย (Buildings which are safe)
- 3) มีความเชื่อถือได้ในการรักษาความลับทุกอย่าง (Confidentiality of all medical)
- 4) ให้เกียรติการมีคุณค่าของแต่ละบุคคล (Dignity for all individuals)
- 5) มีความเสมอภาคในการเข้าใช้บริการ (Equity in accessing services)
- 6) ความเป็นมิตร (Friendly)
- 7) สุภาพ อ่อนโยน (Gentle)
- 8) ส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต (Healthy)
- 9) ให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับ การดูแล รักษาพยาบาล และอาการของโรค (Information)
- 10) มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล ร่วมกับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น (Joint approach)
- 11) ความมีจิตใจดี และพินิจพิจารณา (Kindness)
- 12) เป็นผู้ฟังที่ดี และยินดีตอบข้อซักถาม และข้อวิตกกังวลต่างๆ (Listening)
- 13) ให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Medical advice)
- 14) ต้องการได้รับการนับถือในความเป็นบุคคล (Needs of the individual recognised)
- 15) พร้อมให้มีการติดต่อสื่อสารอย่างรวดเร็ว กับผู้ปฏิบัติการทั่วไป (Open, prompt communication with you)
- 16) มีการวางแผนการกลับบ้านร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ (Planning discharge with you)
- 17) ให้การดูแล รักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ (Quality health care)
- 18) ให้ความเคารพผู้ใช้บริการตามความเหมาะสมของสังคม และวัฒนธรรม (Respect for your)
- 19) เห็นอกเห็นใจ ให้ความคุ้มครอง และดูแลอย่างมีความรับผิดชอบ (Sympathetic, secure, and responsive care)

- 20) เชื่อในคำบอกเล่าของผู้ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย (Trust in the advice you receive about your health)
- 21) เจ้าหน้าที่รับรู้ถึงปัญหาสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Up to date)
- 22) สามารถประเมินถึงผลการรักษาได้ (Value and assessment of treatment outcomes)
- 23) โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคน มีความยินดีที่จะให้การดูแล รักษาพยาบาล (Willingness)
- 24) มั่นใจในการให้คำแนะนำจากโรงพยาบาล (Xpert advice from clinical)
- 25) ยอมรับข้อร้องเรียน และมีการตรวจสอบอย่างละเอียด ตามความเหมาะสม (Your complaints to be rapidly acknowledged)
- 26) มีความกระตือรือร้น และพร้อมที่จะให้บริการอย่างมีคุณภาพสูงสุด (Zealous)

3. ความคาดหวังของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

3.1 ความเชื่อถือ ไว้วางใจ และความปลอดภัยในการใช้บริการ

3.1.1 ความหมาย

ความเชื่อถือ ไว้วางใจ และความปลอดภัย หมายถึง ความศรัทธา ความมั่นใจ ความเชื่ออย่างแน่วแน่ว่า เมื่อมาใช้บริการของโรงพยาบาลแล้ว จะมีความปลอดภัย ปราศจากอันตราย ความเสี่ยง และปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ ในชีวิต ทรัพย์สิน และรวมทั้งชื่อเสียง

3.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อถือ ไว้วางใจ และความปลอดภัยในการใช้บริการ

ความต้องการความปลอดภัย เป็นความต้องการพื้นฐานในชีวิตอย่างหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งจะได้เห็นได้ชัดในพฤติกรรมของเด็ก และในบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย เพราะบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีความรู้สึกว่าสูญเสียความสมดุลของร่างกาย

ความต้องการความปลอดภัยและความมั่นคงเกี่ยวข้องกับการอยู่รอด ซึ่งเมื่อขาดความปลอดภัยและความมั่นคงแล้ว จะเกิดความกลัวอย่างรุนแรง ทำให้มีการแสดงออกต่างๆ เพื่อป้องกันตนเอง หรืออาจเป็นความมั่นคงที่สัมพันธ์กับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล คือมีความเป็นอิสระในตัวเอง สามารถนำตนเองไปในทิศทางที่ต้องการ การขาดความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นๆ Luckmann and Sorensen (อ้างถึงใน เรณูมาศ วิจิตรรัตน์, 2523:87) ได้กล่าวว่า ความเจ็บปวดรบกวนต่อความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคง ทำให้บุคคลนั้นตระหนักว่ามีความทุกข์ทรมาน และความตายใกล้เข้ามา ความเชื่อมั่น

ในการดำรงชีวิตประจำวันเริ่มคลอนแคลน ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัยและมั่นคง ทำให้มีความวิตกกังวล กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ต้องอยู่ในโรงพยาบาลคนเดียว ต้องเข้าห้องผ่าตัดคนเดียว กลัวความเจ็บปวด นอกจากนี้อาจรู้สึกหมดหวังและกลัวข้อผิดพลาดในการให้การรักษารักษาของแพทย์ กลัวอุบัติเหตุ กลัวการติดเชื้อจากโรงพยาบาล กลัวการปฏิบัติที่ผิดๆ และกลัวว่าจะได้รับการดูแลที่ไม่ดี ไม่ระมัดระวัง กลัวถูกส่งกลับบ้านในขณะที่ยังไม่พร้อม และกลัวถูกปฏิเสธไม่ให้นำเข้ารักษาพยาบาล เนื่องจากภาวะทางการเงิน

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงเลือกโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เขามีความเชื่อถือ ไว้วางใจได้ และรู้สึกปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน ซึ่ง Helling และคณะ (1967:36, อ้างถึงใน จารุวรรณ เอกอรทัยผล, 2530:17) ได้กล่าวไว้ว่า ความไว้วางใจจะนำไปสู่ความรู้สึกมั่นใจ ซึ่งเป็นผลให้บุคคลนั้นรู้สึกปลอดภัยในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ผู้ป่วยก็จะรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ความไว้วางใจจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยแสวงหาเมื่อเขาป่วย

การสร้างความเชื่อถือ ไว้วางใจ และให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เป็นสิ่งที่สำคัญมากที่สุดอย่างหนึ่งสำหรับการให้บริการของโรงพยาบาล เพราะว่าเมื่อผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการเกิดความศรัทธา ความเชื่อถือ ความมั่นใจในบริการของโรงพยาบาลที่ได้รับแล้ว ก็จะทำให้กลับมาใช้บริการอีก และในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการขาดความเชื่อถือ ความศรัทธาในบริการของโรงพยาบาล ก็จะทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการไม่กลับมาใช้บริการอีก ดังนั้นโรงพยาบาลจึงต้องให้การบริการที่น่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ และมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยหรือผู้ที่มาใช้บริการ นั่นก็คือ จะต้องให้บริการที่ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่มาใช้บริการมีความรู้สึกว่าการปฏิบัตินั้นมีความถูกต้อง แม่นยำ และเหมาะสมตั้งแต่ครั้งแรก รวมทั้งต้องมีความสม่ำเสมอ โดยบริการทุกครั้งมีผลเช่นเดิม ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่มาใช้บริการ รู้สึกว่าผู้ให้บริการเป็นที่พึ่งได้ เช่น มีความถูกต้องแม่นยำในการวินิจฉัยโรค และรักษาแล้วอาการทุเลา เป็นต้น

การสร้างความเชื่อถือ ไว้วางใจ ให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่มาใช้บริการ ผู้ให้บริการต้องทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่มาใช้บริการเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจได้ในบริการของโรงพยาบาลที่ได้รับ บริการที่ให้กับผู้ป่วยหรือผู้ที่มาใช้บริการต้องมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ ถูกต้องตามเทคนิค วิธีการ ถูกต้องตามเวลา ตามมาตรฐานที่กำหนด ตลอดจนมีความถูกต้องตามที่บันทึกทางการแพทย์และทางการพยาบาล

สมชาติ กิจยรรยง (2536, อ้างถึงในพนิดา คำยุ, 2538:37) ได้ให้แนวคิดเพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจผู้ให้บริการ คือ

- 1) การให้ความสนใจในตัวผู้ให้บริการ
- 2) การมีความจริงใจที่จะให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และการให้บริการ
- 3) การเป็นผู้รู้จักกาลเทศะ ระมัดระวังรักษาท่าทาง
- 4) รักษาความลับของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่จะต้องมีการบรรณาธิการในงาน
- 5) ซื่อสัตย์สุจริตในเรื่องเงินทอง
- 6) รักษาเวลา รักษาคำพูด และรักษาสัญญา

3.1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่อถือ ไว้วางใจ และความรู้สึกลดลงต่อการใช้บริการของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการมีต่อผู้ให้บริการ เกิดจากปัจจัยเสริมอื่นๆ อีก เช่น ชื่อเสียงของแพทย์ ชื่อเสียงของโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยของศูนย์การวิจัยและบริการธุรกิจ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530) และ Jalvalgi,R.G.,Rao,S.R and Thomas,E.G. (1991 อ้างถึงใน อรรถญา มานิตย์,2540) ซึ่งได้สำรวจพฤติกรรมการเลือกใช้บริการของโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกโรงพยาบาลคือ ชื่อเสียงของโรงพยาบาล และชื่อเสียงของแพทย์ และจากการศึกษาของพวงเพชร ชุมศรี (2537) เกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลต่อความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤติที่หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลแพร์ พบว่า ความต้องการสูงสุดที่ญาติต้องการ คือ ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด และในทำนองเดียวกันกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ พนิดา ดามาพงศ์ และคณะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเลือกมาใช้บริการของโรงพยาบาล เนื่องจาก โรงพยาบาลมีชื่อเสียงดี มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ และมีความคาดหวังต่อบริการของโรงพยาบาลในหมวดความเชื่อถือ ไว้วางใจได้ และความปลอดภัย ดังนี้ คือ มีทีมแพทย์ พยาบาลที่เชี่ยวชาญ มีคุณภาพสูงและมีจำนวนเพียงพอ มั่นใจได้ว่ารักษาแล้วโรคจะทุเลาจนหาย และมั่นใจว่าปลอดภัยจากโรคแทรกซ้อน อุบัติเหตุ อุบัติภัยต่างๆ

3.2 การให้บริการดูแลรักษาพยาบาล

3.2.1 ความหมาย

การให้บริการดูแลรักษาพยาบาล หมายถึง การบริการของโรงพยาบาลที่จัดให้แก่ผู้ใช้บริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัญหา และความต้องการของบุคคลเป็นหลัก

3.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการดูแลรักษาพยาบาล

การให้บริการดูแลรักษาพยาบาล เป็นกิจกรรมบริการโดยตรง หรือเป็นบริการหลักของโรงพยาบาลที่จัดให้แก่ผู้ใช้บริการ เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ทั้งในภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย โดยบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น ซึ่งเป็นการกระทำที่มีขอบเขตของความรู้ทางวิชาการ มีศิลปะ และมีอุดมคติทางศีลธรรมที่มีเป้าหมายในการปฏิบัติ และเพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการดังกล่าว กิจกรรมการปฏิบัติการรักษาพยาบาลจึงต้องครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการป้องกันโรค เป็นกิจกรรมการปฏิบัติที่เน้นให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการรู้ และสามารถปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคได้ตามความเหมาะสม ลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี
- 2) ด้านการให้การดูแลรักษาพยาบาล เป็นกิจกรรมการปฏิบัติที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการเกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัยโรค ตลอดจนการรักษาพยาบาล ที่ถูกต้องเหมาะสม ตามอาการแสดง และสภาพของโรค
- 3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมการปฏิบัติที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ และคำแนะนำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเข้าใจและยอมรับสภาพ ส่งเสริมให้เข้าใจถึงการใช้เวลาบริการสาธารณสุขให้เป็นประโยชน์
- 4) ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นกิจกรรมการปฏิบัติที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ เพื่อกระตุ้นให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันให้ได้มากที่สุด จัดกิจกรรมบำบัดที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ใช้บริการ เช่น การให้กายภาพบำบัด เป็นต้น

ซึ่งการปฏิบัติการรักษาพยาบาลนี้ มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ ให้เกิดความพึงพอใจ และประทับใจในบริการที่ได้รับ ดังนั้นผู้ให้บริการต้องปฏิบัติงาน โดยใช้องค์ความรู้ในศาสตร์สาขาต่างๆ มาผสมผสานกันอย่างมีศิลปะในการปฏิบัติ และการปฏิบัตินั้นต้องสามารถยืดหยุ่นได้ และเหมาะสมกับความต้องการขององค์กร บุคคล ชุมชน และสังคม

3.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตามที่ Shanks and Kenedy (1970 อ้างถึงใน สกวดี ดวงเด่น, 2538:11) ได้กล่าวถึงความคาดหวังของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ว่าสิ่งที่คำนึงถึงเป็นอันดับแรก คือ ต้องการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อให้มีสุขภาพดีที่สุด และมีความต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอำไพ ยุติธรรม (2526) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วย กับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญในกิจกรรมเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลและการสังเกตอาการ มากที่สุด

และจากงานวิจัยของศูนย์การวิจัยและบริการธุรกิจ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530) ซึ่งได้สำรวจพฤติกรรมการใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยเปรียบเทียบสาเหตุที่ทำให้ประชาชนนิยมไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า สาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เลือกใช้บริการเอกชน ก็คือ มีบริการรักษาพยาบาลทุกอย่าง รักษาแล้วหาย หรืออาการทุเลา ในทำนองเดียวกันกับ การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของพนิดา ตามาพงศ์ และคณะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล พบว่า ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อบริการของโรงพยาบาลในด้านการให้บริการดูแลรักษาพยาบาล ดังนี้ คือ ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง รักษาหายเร็ว รักษาพยาบาลอย่างนุ่มนวล เบามือ ตรวจร่างกายทุกส่วนอย่างละเอียดก่อนให้การรักษาพยาบาล และพร้อมที่จะให้บริการ ดูแลช่วยเหลือทันที

3.3 ความสะดวก รวดเร็วในการใช้บริการ

3.3.1 ความหมาย

ความสะดวก รวดเร็วในการใช้บริการ หมายถึง การที่ผู้ใช้บริการได้รับการอำนวยความสะดวกในการมาใช้บริการของโรงพยาบาล สามารถมาใช้บริการได้ตลอดเวลาสะดวก ติดต่อกับผู้ให้บริการได้ง่าย ไม่ต้องใช้เวลาในการรอคอยบริการนาน ได้รับความสะดวกในทุกๆ ขั้นตอนของการใช้บริการ

3.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความสะดวก รวดเร็วในการใช้บริการ

เมื่อผู้ใช้บริการมาติดต่อขอใช้บริการ ก็จะต้องติดต่อได้ง่าย สะดวก ไม่ต้องใช้เวลารอคอยนาน เพราะความไม่สะดวกและการรอคอยจะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความคับข้องใจ โดยเฉพาะผู้ใช้บริการที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยแล้วเขาจะรู้สึกเกิดความคับข้องใจ และมีความทุกข์ทรมานมาก (เรณูมาศ วิจิตรรัตนะ, 2523:87) ดังนั้นการให้บริการจึงต้องให้ความสะดวกและรวดเร็ว ผู้ให้บริการจึงต้องอำนวยความสะดวกในสิ่งเหล่านี้คือ

1) เวลาในการติดต่อขอใช้บริการ จะต้องรวดเร็ว รอไม่นาน ผู้ให้บริการต้องมีความพร้อมและกระตือรือร้นที่จะให้บริการต่อผู้ป่วยหรือผู้มาใช้บริการอยู่เสมอ และถ้ามีความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ใช้บริการรอคอยการรักษาพยาบาลด้วย เหตุผลใดๆ ก็ตาม ก็ควรจะอธิบายและชี้แจงเหตุผลให้ผู้ใช้บริการเข้าใจ และถ้าหากว่าต้องรอคอยอีกนานก็ควรบอกเป็นระยะๆ ซึ่งทางจิตวิทยา การแสดงพฤติกรรมดังกล่าวเป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการมีความสนใจและรับรู้ว่าผู้ป่วยรอคอยอยู่ และพร้อมที่จะให้บริการแก่เขา นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยผ่อนคลายอารมณ์หงุดหงิด หรือความคับข้องใจของผู้ใช้บริการที่ต้องรอคอยอีกด้วย (สมชาย เรื่องศิรินุสรณ์, 2536:71)

2) สถานที่ให้บริการ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอีกอย่างหนึ่ง ผู้ใช้บริการต้องสามารถเข้ามาใช้บริการได้ง่าย เช่น การเดินทางมาใช้บริการ การคมนาคมสะดวก การจัดอาคารสถานที่ที่ให้บริการมีการอำนวยความสะดวกต่อผู้ใช้บริการเป็นอย่างดี อาคารใหญ่โต โอ่โถง มีห้องพักเพียงพอ มีที่นั่งพักให้ผู้ป่วย และญาติอย่างเหมาะสม ตลอดจนอาจจะมีร้านค้าสวัสดิการไว้บริการด้วย

3.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Hulka et. al. ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนที่มีรายได้ต่ำต่อบริการทางการแพทย์ เมื่อปี ค.ศ.1969 ที่ทางตอนเหนือ รัฐคาโรไรนา และ ในปี ค.ศ. 1970 Aday and Anderson ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา พบว่า เรื่องที่ประชาชนไม่พึงพอใจมากที่สุด เหมือนกันคือ ความไม่สะดวกในการใช้บริการ (อ้างถึงใน พนิดา คำย, 2538:51-52) สอดคล้องกับการวิจัยของบังอร พิศวง, สำเร็จ ใจหาญ และจารุติ คำทอง (2534 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2539:55-56) ซึ่งได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า มีข้อเสนอแนะตามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการว่า โรงพยาบาลของรัฐควรปรับปรุงการให้บริการที่รวดเร็วมากขึ้นกว่าเดิม

และจากการศึกษาวิจัยของศูนย์การวิจัยและบริการธุรกิจ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530), Lynch,J. and Schuler,D. (1990:16-22) และ Jalvalgi,R.G., Rao,S.R. and Thomas,E.G. (1991 อ้างถึงใน อรรถญา มานิตย์, 2540:15) ซึ่งได้สำรวจพฤติกรรมการเลือกใช้บริการของโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกโรงพยาบาลคือ ให้บริการรวดเร็ว สะดวกในการมาใช้บริการ ทำเลที่ตั้งของสถานที่เหมาะสม ใกล้บ้าน การคมนาคมสะดวก ที่จอดรถสะดวก และให้บริการรักษาพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัชวาล วีระพันธุ์ และคณะ (2528 อ้างถึงใน พัชรี ทองแผ่, 2540:28) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องความรับรู้ตัวตนเองป่วย การใช้บริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย กับระบบการส่งต่อในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเลือกใช้บริการสาธารณสุขโดยคำนึงถึง การเดินทางสะดวกเป็นอันดับหนึ่ง และจากการศึกษาวิจัยของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539:158-168) เกี่ยวกับคุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย พบว่า เหตุผลในการเลือกมาใช้บริการของโรงพยาบาล อันดับแรกก็คือ การเดินทางสะดวก และบริการรวดเร็วทันใจ ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ พนิดา ดามาพงศ์ และคณะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการเลือกมาใช้บริการของโรงพยาบาลเนื่องจาก ใกล้บ้าน สะดวกในการเดินทาง และสะดวกสำหรับญาติมาเฝ้า ซึ่งผู้ให้บริการมีความคาดหวังต่อบริการของโรงพยาบาลในด้านความสะดวกรวดเร็วในการใช้บริการ ดังนี้ คือ ให้บริการรวดเร็ว รอไม่นาน ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ชับซ้อน มีประชาสัมพันธ์ให้สอบถาม และอำนวยความสะดวกทุกจุด

3.4 ความเป็นรูปธรรมของบริการ หรือลักษณะทางกายภาพ

3.4.1 ความหมาย

ความเป็นรูปธรรมของบริการ หรือลักษณะทางกายภาพ หมายถึง การให้บริการของโรงพยาบาลที่ให้กับผู้บริการนั้น ต้องแสดงถึงลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้ผู้บริการสามารถคาดคะเนคุณภาพบริการของโรงพยาบาลได้ง่ายและชัดเจน

3.4.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเป็นรูปธรรมของบริการ หรือลักษณะทางกายภาพ

ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนและง่ายต่อการคาดคะเนคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ประกอบด้วย อาคารสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ เครื่องอำนวยความสะดวกในการให้บริการ อาหาร และตัวบุคลากรผู้ให้บริการ ดังนี้

1) อาคารสถานที่ การจัดอาคารสถานที่ที่ให้บริการ จะสามารถคาดคะเนถึงคุณภาพบริการของโรงพยาบาลได้นั้น จะต้องจัดอาคารสถานที่ให้สะอาด ใหม่อายุเสมอ และเป็นระเบียบเรียบร้อย มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก จัดสิ่งแวดล้อมให้สวยงาม เช่น มีการจัดสวนหย่อม มีไม้ดอกไม้ประดับเป็นจำนวนมากในบริเวณอาคาร เพื่อให้ผู้มาใช้บริการได้ใช้เป็นที่พักผ่อนหย่อนใจ (วารสารกระทรวงสาธารณสุข, 2535:42) และควรจัดให้มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่ผู้บริการ เช่น ตู้เย็น โทรทัศน์ โทรศัพท์ เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้บริการเกิดความสบาย และนอกจากนี้ยังทำให้ผู้บริการเกิดความประทับใจ ซึ่งจะเป็นจุดที่แสดงถึงคุณภาพที่ดีของงานบริการ ผู้บริการก็จะบอกกล่าวต่อๆกันไป เป็นการประชาสัมพันธ์ชื่อเสียงของโรงพยาบาลในแง่บวกเป็นอย่างดี ซึ่งผู้บริการที่มีฐานะดีและประทับใจในงานบริการของโรงพยาบาล อาจจะทำให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือโรงพยาบาลในรูปแบบต่างๆ ถือเป็นผลพลอยได้ของโรงพยาบาลโดยเฉพาะสถานที่ที่ขาดแคลนครุภัณฑ์การแพทย์ (สมชาย เรื่องศิริสูตรณ์, 2536:72)

2) อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และเครื่องอำนวยความสะดวกในการให้บริการ ต้องมีความทันสมัย มีคุณภาพ มีจำนวนเพียงพอ สะอาด และอยู่ในสภาพที่พร้อมจะใช้งานได้ตลอดเวลา เพื่อช่วยให้การให้บริการมีประสิทธิภาพ สะดวก และรวดเร็ว เช่น เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ช่วยชีวิตกรณีฉุกเฉิน เครื่องควบคุมอัตราการหยดของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น และการนำเครื่องคอมพิวเตอร์มาใช้ในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะเกี่ยวกับข้อมูล ข่าวสาร เพราะข้อมูลที่มีมากพอ และรวดเร็วทันเวลา จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวินิจฉัยอาการผู้ป่วย และทำให้การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลถูกต้อง และรวดเร็วมากยิ่งขึ้น (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534:300)

3) อาหาร จะต้องสะอาด จัดให้นำรับประทาน เป็นอาหารที่มีรสชาติดี มีคุณค่า เหมาะสม ถูกต้องตรงตามโรค และสภาพอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหารก็เป็น สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการตอบสนองความต้องการอาหารของผู้ป่วย เช่น การจัดสถานที่รับประทาน อาหาร บุคคลที่จะรับประทานอาหารร่วมกัน การจัดถาดอาหาร ลักษณะและขนาดของภาชนะที่ใส่อาหาร เป็นต้น (เรณูมาศ วิจิตรรัตน์, 2523:30)

4) ตัวบุคลากรผู้ให้บริการ ต้องมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ มีบุคลิกลักษณะที่ดี น่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ นอกจากนี้การแต่งกายก็ต้องมีความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน

3.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาวิจัยของอัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์ (2528 อ้างถึงใน อรัญญา มานิตย์, 2540:18) เกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในแผนกอายุรศาสตร์ วชิรพยาบาล พบว่า สภาพภายในตึก อาคาร และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ดี อาหารของโรงพยาบาลพอจะรับประทาน ได้ สิ่งที่รบกวนผู้ป่วยมากที่สุดขณะพักอยู่ในตึก คือ ยุง และเสียงรบกวนจากผู้ป่วยอื่น และแนะนำว่า โรงพยาบาลควรจะมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยมากๆ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ได้มากกว่านี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสมทรง เฟ่งสุวรรณ, นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์ และบังอร ริดใจบุญ (2541) เรื่อง ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการและพยาบาลต่อการบริการในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เห็นว่าการบริการที่ได้รับอยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นจำนวนร้อยละ 96.6 คือ ความสะอาดของเตียงและสิ่งแวดล้อม และมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเกี่ยวกับ เรื่องอาหารที่จัดให้ผู้ป่วยไม่นำรับประทาน จัดชนิดอาหารซ้ำๆ อาหารควรมีคุณภาพ น้ำดื่มควรต้มให้สุกก่อนนำมาให้ผู้ป่วยดื่ม เสื้อผ้าค่อนข้างเก่า บางตัวเปื้อนมาก และสถานที่คับแคบ ไม่สะอาด มียุง แมลงสาบ หนู วิ่งตามพื้นมาก ห้องส้วมไม่พอใช้

และจากการศึกษาวิจัยของศูนย์การวิจัยและบริการธุรกิจ คณะพาณิชยศาสตร์และการ บัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530) และ Jalvalgi,R.G., Rao,S.R. and Thomas,E.G. (1991 อ้างถึง ใน อรัญญา มานิตย์, 2540:15) ซึ่งได้สำรวจพฤติกรรมทางเลือกใช้บริการของโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยหนึ่ง ที่มีความสำคัญต่อการเลือกโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลสะอาดโอโถง จัดสัดส่วนอย่างมีระเบียบ มีอุปกรณ์ ทางการแพทย์และนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lynch,J. and Schuler,D. (1990:16-22) ซึ่งได้ศึกษาวิจัยการประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ที่เป็นจุดสำคัญทำให้ผู้ใช้บริการ ตัดสินใจเลือกมาใช้บริการ โดยทำการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบ พบว่า ปัจจัยที่สำคัญคือ

- 1) สถานที่รอคอยการรับบริการ (waiting areas)
- 2) ห้องพักของผู้ป่วย (Patient rooms)

- 3) อาหารที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน (Food)
- 4) ทำเลที่ตั้งของสถานที่ เหมาะสม สะดวกในการมาใช้บริการ (Convenient location)
- 5) ทักษะของผู้ให้บริการ (Staff attitude)
- 6) ผู้ให้บริการมีคุณสมบัติในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเชี่ยวชาญเฉพาะทาง
(Attributed in this category therefore should focus specifically)

ในทำนองเดียวกันกับ การวิจัยของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539:158-168) เกี่ยวกับคุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย พบว่า เหตุผลในการเลือกมาใช้บริการของโรงพยาบาล เหตุผลหนึ่งก็คือ โรงพยาบาลมีเครื่องมือทันสมัย บรรยากาศและสถานที่สะดวกสบาย และจากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ พนิดา ดามาพงศ์ และคณะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ก็พบว่า สาเหตุหนึ่งที่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเลือกมาใช้บริการของโรงพยาบาลเนื่องจาก เห็นว่าเป็นโรงพยาบาลใหญ่ และทันสมัย

ซึ่งการศึกษาวิจัยของ สกวดี ดวงเด่น (2539:158) เรื่อง การศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่าคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังมากที่สุด คือ ห้องน้ำสะอาด สดชื่น ไม่มีกลิ่น มีแสงสว่างเพียงพอ ใช้อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยช่วยในการรักษาพยาบาล และอาคารสถานที่ของโรงพยาบาลสะอาด เป็นระเบียบ

3.5 ปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสาร

3.5.1 ความหมาย

ปฏิสัมพันธ์ (Interaction) หมายถึง กระบวนการของการรับรู้ และการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลกับบุคคล หรือระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจแสดงออกโดยพฤติกรรมที่เป็นคำพูดหรือที่ไม่ใช่คำพูดก็ได้ ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองบุคคล ต่างฝ่ายต่างนำความรู้ ความต้องการ ความคาดหวัง ประสบการณ์ในอดีต และการรับรู้ของตนเอง ซึ่งแตกต่างกัน มาแสดงออกต่อกันเพื่อให้เป้าหมายสัมฤทธิ์ (จารุวรรณ เอกอรรถผล, 2529:27 ; จาระเพ็ญ แทนนิต, 2532:31 ; เรวดี ลือพงศ์ลักษณ์, 2535:31)

การสื่อสาร (Communication) หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งข้อมูลต่างๆ ถูกส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง ด้วยการใช้การพูด การเขียน หรือ สัญลักษณ์

ต่างๆ (Verbal) และการแสดงกิริยาอาการต่างๆ (Non- Verbal) การสื่อสารทำให้บุคคลมีส่วนร่วมรับรู้ร่วมคิดและรับรู้ความรู้สึกของอีกฝ่าย นำไปสู่การตั้งเป้าหมายที่พึงประสงค์ซึ่งเกิดขึ้นได้ในบรรยากาศที่มีการยอมรับนับถือ ไว้วางใจในกันและกัน (จาระเพ็ญ แทนนิล, 2532:31-32; บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2533:129; บุญศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2538:9; อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2540:10)

3.5.2 แนวคิดเกี่ยวกับ ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร

การสื่อสาร เป็นส่วนย่อยของการมีปฏิสัมพันธ์ คือ ปฏิสัมพันธ์จะเกิดไม่ได้ถ้าไม่มีการสื่อสาร กระบวนการปฏิสัมพันธ์ต้องอาศัยการสื่อสารในการส่งผ่านข้อมูล การสื่อสารจะทำให้บุคคลสร้างความรู้สึกรับรู้ร่วมกัน ในฐานะผู้ให้ข้อมูลฝ่ายหนึ่ง และผู้รับข้อมูลอีกฝ่ายหนึ่ง

กลไกและกระบวนการสื่อสาร

กลไกและกระบวนการสื่อสาร ประกอบด้วย ผู้ส่งข่าวสาร ข่าวสาร และแหล่งที่มา ช่องทางสื่อสาร ตัวกรองข่าวสาร ผู้รับข่าวสารและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งโดยทั่วไปบุคคลจะเลือกวิธีการสื่อสารอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับ การได้ยินและการเห็นและความรู้สึกของตนเอง เป็นการรับรู้และแปลความหมายของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2540:11-13)

- 1) ผู้ส่งข่าวสาร (sender or encoder) เป็นผู้ตัดสินใจเลือกใช้เครื่องหมาย หรือสัญลักษณ์ หรือภาษานั้นเองเพื่อส่งข้อมูลข่าวสารไปยังบุคคลที่ต้องการ
- 2) ข่าวสาร (message or source) คือ ความคิด เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ส่งมาจากผู้ส่งข่าวสาร
- 3) ผู้รับข่าวสาร (receiver or decoder) คือ บุคคลที่รับข่าวสารจากผู้ส่งข่าวสาร โดยผ่านการฟัง การเห็น และความรู้สึก
- 4) ตัวกรอง (filters) คือ ฉากกลางที่กรองข่าวสาร ซึ่งมีผลต่อข่าวสารที่ส่งระหว่างผู้ส่งข่าวสารและผู้รับข่าวสาร
- 5) ช่องทางสื่อสาร (channel) เป็นช่องทางที่ข่าวสารจะเดินทางจากผู้ส่งไปยังผู้รับโดยทั่วไปนิยมใช้ 3 ช่องทางคือ ทางตา ทางหู และทางการสัมผัสหรือความรู้สึก
- 6) ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) เป็นปฏิกิริยาของผู้รับข่าวสารนั้นๆ
- 7) การสื่อสารทางเดียว (one-way communication) เป็นการส่งข่าวสารโดยไม่ต้อง การข้อมูลย้อนกลับ หรือใช้ในการสั่งการโดยปราศจากคำถามในกรณีที่ต้องการให้ปฏิบัติโดยรีบด่วน ข่าวสารที่ใช้ควรสั้นกระชับรัดและเข้าใจง่าย

8) การสื่อสารสองทาง (two-way communication) เป็นการสื่อสารที่ต้องการให้ผู้รับข่าวสารได้มีโอกาสให้ข้อมูลย้อนกลับและผู้ส่งข่าวจะเป็นผู้รับข่าวแทน ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ดีของการสื่อสาร เพราะผู้ส่งข่าวจะได้ตรวจสอบความเข้าใจในข่าวที่ตนส่ง เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการสื่อสารนั้นมีประสิทธิภาพตามที่ทั้งสองฝ่ายต้องการ

9) การสื่อสารที่ใช้คำพูด (verbal communication) การสื่อสารด้วยคำพูดทั้งโดยการพูดและการเขียน ถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งของมนุษย์ ถ้าคำพูดทุกคำมีความหมายตรงกับเนื้อหาที่ผู้พูดต้องการจะสื่อสารก็จะเป็นการดี แต่โดยทั่วไปไม่ได้เป็นเช่นนั้นเนื่องจากคำพูดจะเกี่ยวเนื่องกับระดับของคำคุณภาพ เหตุการณ์ ปฏิกริยา แนวความคิด ความสัมพันธ์ ความรู้และทัศนคติของผู้ใช้คำพูดต่อสิ่งนั้นๆ คำพูดแต่ละคำที่เหมือนกันอาจมีความหมายต่างกันเมื่อผู้พูดคนละคนหรือพูดเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ต่างกัน นอกจากนี้การแปลคำพูดก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้รับฟังหรือผู้อ่าน รวมทั้งสภาวะแวดล้อมขณะนั้นด้วย

10) การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด (non-verbal communication) จากผลการศึกษาพบว่า มีเพียงร้อยละ 7 ของการสื่อสารเท่านั้นที่ใช้การสื่อสารด้วยคำพูด ที่เหลืออีกร้อยละ 93 เป็นการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด ได้แก่ การสื่อสารโดยการแสดงภาษามือ ภาษากาย การแสดงสีหน้า การแสดงออกและน้ำเสียง เป็นการสื่อสารที่สำคัญมากต่อการสื่อสารด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งนิยมใช้ในการบริการสุขภาพได้แก่

(1) ภาษามือ นอกจากมีประโยชน์โดยตรงต่อคนหูหนวกแล้ว ยังมีความสำคัญที่ใช้สื่อสารข่าวสาร พร้อมคำพูด เพื่อย้ำความหนักแน่นของคำพูด และความสอดคล้องของเหตุผลและอารมณ์ขณะพูด

(2) ภาษากาย เป็นการสื่อสารที่ใช้มากเกินครึ่งของการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูดภาษากาย จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ทุกคนต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจ เช่น พูดไปเดินไปตอปกกลงแต่ขมวดคิ้ว พูดเสียงสั้น พรีรั่วเร็ว ฯลฯ

(3) การแสดงสีหน้า เนื่องจากสีหน้าไม่สามารถปกปิดความคิดในใจของบุคคลนั้นได้ และมักแสดงให้เห็นทราบว่าบุคคลนั้นเป็นคนที่มีความสุขหรือทุกข์เพียงใด มีบุคลิกภาพและอริยาด้อยอย่างไร อยู่ในอารมณ์ชนิดใด ดังนั้นในการสื่อสารจึงต้องเรียนรู้และฝึกหัดให้เป็นนิสัยที่จะแสดงสีหน้าที่จะให้บริการผู้อื่น เพราะสีหน้าจะมีส่วนสำคัญอย่างมากในการสร้างความประทับใจให้แก่ผู้พบเห็นในครั้งแรก

(4) การแสดงสายตา มีผู้กล่าวกันมากกว่า “ดวงตาคือหน้าต่างของดวงใจ” ดังนั้นดวงตาจึงสื่อสารความในใจของผู้คนโดยยากที่จะปิดบังและมากมายเกินกว่าที่ตนเองจะคาดคิด จึงเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญที่ต้องปรับปรุงเพื่อการสื่อสารที่ได้ผลดี นอกจากนี้ในฐานะผู้ส่งข่าวสารที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสาร จำเป็นต้องใช้ความพยายามที่จะให้ผู้รับข่าวสารได้สบสายตาด้วย มิฉะนั้นเขาอาจรับข่าวสารได้น้อยลง

(5) น้ำเสียง สามารถสื่อสารข่าวสารได้พร้อมกับการใช้คำพูด แต่น้ำเสียงจะมีความหมายต่อการสื่อสารมากกว่า เช่น ความ สูงต่ำ ความหนักแน่น ชัดเจน ความต่อเนื่อง จังหวะ คำพูดวากวน การหยุดนิ่งเงียบ เสียงอุทาน ฯลฯ ล้วนมีความหมายทั้งสิ้น

ปัญหาและอุปสรรคของการสื่อสาร

ปัญหาและอุปสรรคอาจเกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการสื่อสาร ซึ่งจะทำให้ การสื่อสารผิดพลาดและล้มเหลว ปัญหาและอุปสรรคทางการสื่อสาร ได้แก่ (วาสนา จันทรสว่าง, 2534 อ้างถึงใน ท่านอง สีนอยุ, 2538:30)

1) สิ่งรบกวน 2 ประเภท คือ สิ่งรบกวนด้านกลไกของการรับสาร (สัมผัสทั้ง 5 คือ การเห็น การได้ยิน การได้รับกลิ่น รับสัมผัส และลิ้มรส) รวมทั้งสิ่งรบกวนทางด้านความหมายของภาพและ ท่าทาง

2) ภูมิหลังด้านสังคมของผู้ส่งและผู้รับสาร ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกในการสื่อสาร คือ เลือกที่จะรับรู้ สนใจ ตีความหมาย และจดจำ

3) บุคลิกภาพและจิตวิทยาส่วนบุคคล รวมทั้งความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติที่แตกต่างกัน

4) ทักษะและความรู้ในการติดต่อสื่อสาร การมีความพร้อมทั้งในการส่งและรับสาร จึง จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ

5) สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมในการสื่อสาร การสื่อสารจะมีประสิทธิภาพต้องขจัด อุปสรรคด้านสถานที่ บรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมต่างๆ

6) สภาพการสื่อสาร การสื่อสารอาจมีปัญหาเข้าใจไม่ตรงกัน หากขาดการติดตามผล ขาด การโต้ตอบกลับ ซึ่งจะช่วยให้สามารถนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อหาวิธีการที่ดีที่เหมาะสมได้ต่อไป

หลักการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ (ท่านอง สีนอยุ, 2538:31)

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะต้องคำนึงถึง ต้องเข้าใจตนเอง ต้องรู้จักและเข้าใจลักษณะ ของบุคคลที่จะติดต่อด้วย ต้องสามารถใช้ช่องทางในการสื่อสารที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถสื่อสารด้วย ถ้อยคำ น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง การวางตัว ได้อย่างเหมาะสม การสื่อสารที่ดีต้องมีลักษณะของการตั้งใจ และ สายการเดินทางของข่าวสารจะต้องสั้น ได้ใจความ ชัดเจน เพื่อป้องกันการบิดเบือนและผันแปรของการตี ความหมาย และการสื่อสารที่ดีมีหลักสำคัญ 7 ประการ ดังนี้ คือ

- 1) ความถูกต้องและน่าเชื่อถือ
- 2) เนื้อหาสาระเป็นประโยชน์ มีคุณค่า เหมาะสม สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ และค่านิยมของผู้รับ ทำให้ผู้รับเข้าใจ และนำไปปฏิบัติได้
- 3) ความแจ่มแจ้ง ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย
- 4) เหมาะสมกับกาลเทศะ เนื้อหาสอดคล้องกับวัฒนธรรมของสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล และสถานที่

- 5) เนื้อหาที่มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- 6) ช่องทางในการสื่อสารเหมาะสมกับผู้รับและสถานการณ์ในการสื่อสาร
- 7) ผู้ส่งสารต้องคำนึงถึงความสามารถของผู้รับสาร ทั้งด้านความรู้และการรับรู้

3.5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากผลการศึกษาวิจัยของ Kovner,A.R. and Smits,H.L. (quoted in Bopp,K.D.,1990:7) พบว่า ผู้ใช้บริการประเมินคุณภาพบริการ โดยการประเมินจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Jalvalgi,R.G., Rao,S.R. and Thomas,E.G. (1991 อ้างถึงใน อรรถญา มานิตย์, 2540:15) ซึ่งได้สำรวจพฤติกรรมการเลือกใช้บริการของโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกโรงพยาบาล และเห็นว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพก็คือ การมีพนักงานที่มีมารยาท และอัธยาศัยดี และจากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ พนิดา ดามาพงศ์ และคณะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยใน ต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล พบว่า ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อบริการของโรงพยาบาล ดังนี้ คือ เจ้าหน้าที่ สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ใจเย็น ควบคุมอารมณ์ได้ ทักทาย โอบอ้อมอารีย์ และพูดจาด้วยถ้อยคำไพเราะ สุภาพ อ่อนโยน

และจากการศึกษาของ ลัญชัย วัฒนา และมะลิวัลย์ ยุติธรรม (2534 อ้างถึงในสกวตี ดวงเด่น 2538:56) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนจังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการตรงต่อเวลา การเอาใจใส่ การกระตือรือร้น และความมีมนุษยสัมพันธ์ เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยของ อเนก สุภรินท์ (2537) เรื่องการเปรียบเทียบความพึงพอใจกับความคาดหวังของผู้ป่วยในแผนกโรคระบบประสาทของโรงพยาบาลประสาทสงขลา พบว่า ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจด้านมนุษยสัมพันธ์อยู่ในระดับดีมาก แตกต่างจากความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ วิมลศรี ศรีสุพรรณ และมะลิจิตร์ ศิริพัฒนามธานนท์ (2536) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าสิ่งที่ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ ได้แก่ สีหน้า ท่าทาง คำพูด และสายตา ของพยาบาลในขณะที่ให้บริการ และจากการวิจัยของ บังอร พิศวง, สำเร็จ ใจหาญ และจาวรุต คำทอง (2534 อ้างถึงใน สกวตี ดวงเด่น, 2539:55-56) ซึ่งได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า มีข้อเสนอแนะตามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการว่า บุคลากรควรมีการกระตือรือร้นในการทำงาน และพูดจาให้ไพเราะ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสมทรง เฟ่งสุวรรณ, และคณะ (2541) เรื่อง

ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการและพยาบาลต่อการบริการในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ใช้บริการเห็นว่าพยาบาลแสดงอารมณ์โกรธง่าย และหงุดหงิด เป็นบางครั้งถึงร้อยละ 31 และให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรควบคุมอารมณ์ เมื่อพูดกับผู้ป่วยให้คำนึงถึงจิตใจผู้ป่วย ปลอดภัยใจ ยิ้ม และทักทายผู้ป่วยตามสมควร

3.6 จริยธรรม จรรยาบรรณของผู้ให้บริการ

3.6.1 ความหมาย

จริยธรรม หมายถึง แนวทาง หลักความประพฤติที่พึงงาม หรือระเบียบกฎเกณฑ์ที่สังคมระบุว่า ควรกระทำหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมใด ซึ่งขึ้นอยู่กับค่านิยมของสังคม วัฒนธรรมประเพณี หลักกฎหมาย รวมถึงจรรยาบรรณของวิชาชีพต่างๆ (อาภา ยังประดิษฐ์, 2529:7; ชุมศรี ชำนาญพูด, 2536:19; ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2538:113-115; สิวลี ศิริไล, 2539:21)

จรรยาบรรณ หมายถึง ประมวลความประพฤติที่ผู้ประกอบอาชีพการงานแต่ละอย่างกำหนดขึ้น เพื่อรักษาและส่งเสริมเกียรติคุณชื่อเสียงและฐานะของสมาชิก อาจเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ได้ จรรยาบรรณจึงเป็นหลักความประพฤติของบุคคลในแต่ละกลุ่มอาชีพ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้มีคุณธรรมและจริยธรรม (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 อ้างถึงใน สิวลี ศิริไล, 2539:209)

3.6.2 แนวคิดเกี่ยวกับจริยธรรม จรรยาบรรณของผู้ให้บริการ

การให้บริการของโรงพยาบาลนั้น เน้นการให้บริการด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับมนุษย์โดยตรง ดังนั้นการให้บริการทุกอย่าง จึงต้องอาศัยจริยธรรมเป็นตัวควบคุมพฤติกรรมของผู้ให้บริการ เพื่อประกันความปลอดภัยต่อชีวิตให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ และดำรงไว้ซึ่งเกียรติ ศักดิ์ศรี และคุณค่าของผู้ใช้บริการ รวมทั้งเป็นการกระตุ้นความรับผิดชอบของผู้ให้บริการต่อสังคม ซึ่งจริยธรรมประกอบด้วย 3 ส่วนที่สำคัญ คือ

- 1) ส่วนประกอบทางด้านความรู้ (moral reasoning) คือความเข้าใจในเหตุผลของความถูกต้องดีงาม สามารถตัดสินแยกความถูกต้องออกจากความไม่ถูกต้องได้ด้วยความคิด
- 2) ส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ความรู้สึก (moral attitude and belief) คือ ความพึงพอใจ ศรัทธา เลื่อมใส เกิดความนิยมยินดีที่จะนำจริยธรรมมาเป็นแนวทางประพฤติปฏิบัติ

3) ส่วนประกอบทางด้านพฤติกรรมแสดงออก (moral conduct) คือ พฤติกรรมที่แสดงออกจากการตัดสินใจกระทำหรือแสดงพฤติกรรมนั้นในสถานการณ์แวดล้อมต่างๆ

จากการประชุมทางวิชาการเกี่ยวกับจริยธรรมไทย เรื่องแนวทางการพัฒนาจริยธรรมไทย ระหว่างวันที่ 22-23 มกราคม 2523 ได้กล่าวถึงโครงสร้างของคุณลักษณะจริยธรรมในสังคมไทย ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้ปรับปรุงแล้ว 11 ประการ ได้แก่ (สิวลี ศิริโล, 2539:166-173)

1) ความรับผิดชอบ หมายถึง ความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความผูกพัน ด้วยความพากเพียร และความละเอียดรอบคอบ ยอมรับผลการกระทำในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จความมุ่งหมาย ทั้งพยายามที่จะปรับปรุงการปฏิบัติหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น

2) ความซื่อสัตย์ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติอย่างเหมาะสมและตรงต่อความเป็นจริง ประพฤติปฏิบัติอย่างตรงไปตรงมา ทั้งกาย วาจา ใจ ต่อตนเองและผู้อื่น

3) ความมีเหตุผล หมายถึง ความสามารถในการใช้ปัญญาในการประพฤติปฏิบัติ รู้จักไตร่ตรอง พิสูจน์ให้ประจักษ์ ไม่หลงงมงาย มีความยับยั้งชั่งใจ โดยไม่ผูกพันกับอารมณ์ และความยึดมั่นของตนเองที่มีอยู่เดิม ซึ่งอาจผิดได้

4) ความกตัญญูกตเวที ความกตัญญู หมายถึง ความรู้สึกในการอุปการะคุณ หรือบุญคุณที่ผู้อื่นหรือสิ่งอื่นมีต่อเรา กตเวที หมายถึง การแสดงออกและการตอบแทนบุญคุณ ดังนั้น ความกตัญญูกตเวที จึงหมายถึง ความรู้บุญคุณและตอบแทนบุญคุณต่อคนอื่นและสิ่งอื่นที่มีบุญคุณ

5) การรักษาระเบียบวินัย หมายถึง การควบคุมความประพฤติ ปฏิบัติให้ถูกต้องและเหมาะสมกับจรรยาบรรณ ข้องบังคับ ข้อตกลง กฎหมาย และศีลธรรม

6) ความเสียสละ หมายถึง การละความเห็นแก่ตัว การแบ่งปันแก่คนที่ควรให้ ด้วยกำลังกาย กำลังทรัพย์ กำลังปัญญา รวมทั้งการรู้จักสละทิ้งอารมณ์ร้ายในตนเองด้วย

7) ความสามัคคี หมายถึง ความพร้อมเพรียงเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ร่วมมือกันกระทำกิจการให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน

8) การประหยัด หมายถึง การใช้สิ่งทั้งหลายพอเหมาะพอควรให้ได้ประโยชน์มากที่สุด ไม่ยอมให้มีส่วนเกินมากนัก รวมทั้งการรู้จักระมัดระวัง รู้จักยับยั้งความต้องการให้อยู่ในกรอบและขอบเขตที่พอเหมาะพอควร

9) ความยุติธรรม หมายถึง การปฏิบัติด้วยความเที่ยงตรงสอดคล้องกับความเป็นจริง และเหตุผลไม่มีความลำเอียง

10) ความอุตสาหะ หมายถึง ความพยายามอย่างเข้มแข็ง เพื่อให้เกิดความสำเร็จในงาน

11) ความเมตตา กรุณา เมตตา คือ ความรักใคร่ปรารถนาที่จะให้ผู้อื่นเป็นสุข กรุณา คือ ความสงสาร คิดช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์

ดังนั้นจึงมีการกำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพขึ้นมา เพื่อเป็นตัวควบคุมพฤติกรรมของผู้ให้บริการในแต่ละสาขาอาชีพ ให้แสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม คำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และเคารพในศักดิ์ศรีของบุคคล จรรยาบรรณมีความสำคัญดังนี้ คือ (สิวลี ศิริไล, 2539:210)

- 1) ช่วยควบคุมมาตรฐานและประกันคุณภาพ และปริมาณที่ถูกต้องในการผลิต และการค้า ผลผลิต และบริการการประกอบอาชีพนั้น
- 2) ช่วยควบคุมจริยธรรมของผู้ประกอบอาชีพ และผู้ผลิต ผู้ค้า เช่น ให้ความซื่อสัตย์ ยุติธรรม เป็นต้น
- 3) ช่วยส่งเสริมมาตรฐานคุณภาพ และปริมาณที่ดีมีคุณค่า และเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นที่นิยมเชื่อถือ
- 4) ช่วยส่งเสริมจริยธรรมของผู้ประกอบอาชีพและผู้ผลิต เช่น ให้ความเมตตา กรุณา สามัคคีกัน
- 5) ช่วยลดปัญหาอาชญากรรม ลดปัญหาคดโกง ฉ้อฉล การเอาัดเอาเปรียบ ลดความเห็นแก่ตัว และเห็นแก่ได้ ตลอดจนความมั่งคั่ง มั่งง่าย ความใจแคบไม่ยอมเสียสละ
- 6) ช่วยเน้นให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น ในภาพพจน์ที่ดีของผู้มีจริยธรรม เช่น การเสียสละ การคำนึงถึงประโยชน์ของส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน ในการรับผิดชอบต่อหน้าที่อย่างแท้จริง
- 7) ช่วยทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิทางกฎหมาย สำหรับผู้ประกอบอาชีพให้เป็นไปถูกต้องตามทำนองคลองธรรม

สิทธิของผู้ป่วย

องค์การวิชาชีพโดย แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดี และเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
- 2) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
- 3) ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

- 4) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
- 5) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
- 6) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการ และสถานบริการได้
- 7) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ทางกฎหมาย
- 8) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
- 9) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
- 10) บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกาย หรือทางจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

3.6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พรทิพย์ บุญพวง (2527 อ้างถึงใน อามา ยังประดิษฐ์, 2529:45) ได้ศึกษาระดับการให้เหตุผลเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติในสถาบันการศึกษาและแผนกบริการการพยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ได้แบ่งจริยธรรมที่ศึกษาออกเป็น 9 ประการ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีจริยธรรมเรียงลำดับจากสูงไปหาต่ำได้ดังนี้ คือ เมตตา กรุณา ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ ความสุภาพอ่อนโยน ความอดทน ความร่วมมือและความสามัคคี ความมีระเบียบ ความเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น และความเสียสละ

จากการศึกษาคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกของ Bopp,K.D.(1990) พบว่าตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกทั้งของแพทย์และพยาบาล ที่ผู้ใช้บริการต้องการก็คือ ความเมตตา กรุณา เห็นอกเห็นใจ ให้การยอมรับ ความมีอัธยาศัยดี และความสุภาพ อ่อนโยน ทำนองเดียวกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ พนิดา ดามาพงศ์ และคณะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยใน ต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล พบว่า ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อบริการของโรงพยาบาล ดังนี้ คือ ให้บริการอย่างเสมอภาคไม่แบ่งชั้นวรรณะ ให้ความสำคัญแก่ผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลหนึ่ง และไม่เปิดเผยความลับของผู้ใช้บริการ

และจากงานวิจัยของ สุกัญญา โลจนากวีวัฒน์, วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์ และ สุชาติ ธิติวระณะ (2536) เรื่องการเปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วย และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความคาดหวัง และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วย 4 ด้าน คือ สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน สิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของตน สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อสิทธิของตนทั้งโดยรวมและด้านต่างๆ สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลิริยา สัมมาวาจ (2540) เรื่อง ความพึงพอใจต่อการบริการการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแต่ละหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการการพยาบาลไม่แตกต่างกัน และอยู่ในระดับพอใจมาก สูงถึงร้อยละ 54.8 และพบว่าข้อที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ 1) ควรมีความละเอียดรอบคอบมากกว่านี้ 2) ไม่ได้รับการปฏิบัติในฐานะบุคคล 3) ปฏิบัติงานล่าช้า 4) ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล และ 5) สนใจทำงานอื่นมากกว่ารับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย

3.7 การสอน ให้ความรู้ และการให้คำแนะนำปรึกษา

3.7.1 ความหมาย

การสอน ให้ความรู้ หมายถึง กระบวนการในการจัดกิจกรรมที่มุ่งให้ความรู้ และวิธีปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้มาใช้บริการ ให้สอดคล้องกับความต้องการทางด้านสุขภาพ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้มาใช้บริการคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดี สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นสุขที่สุด ช่วยเหลือตนเอง เพื่อให้ร่างกายของตนได้ฟื้นฟู และดำรงชีวิตร่วมกับภาวะของโรคที่หลงเหลืออยู่ได้อย่างเป็นสุข ทั้งยังต้องส่งเสริมการหาย หรือกลับคืนสู่สภาพปกติให้ได้มากที่สุด (ยุณี พงศ์จตุรวิทย์, 2534:40)

การให้คำแนะนำปรึกษา หมายถึง กระบวนการของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา สามารถเสริมสร้างสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณ โดยกระบวนการนั้นจะช่วยเพิ่มพูนศักยภาพแห่งตนในการบ่งชี้ความต้องการของตนได้มากที่สุด และสามารถเลือกสิ่งสนับสนุนหรือเสริมสร้างสุขภาพอนามัยที่ดี ภายใต้ภาวะแวดล้อมที่ดำรงอยู่ (Litwack, 1980 อ้างถึงใน พิศมัย ศิริคุปต์, 2535:33)

3.7.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสอน ให้ความรู้ และการให้คำแนะนำปรึกษา

วัตถุประสงค์การสอน ให้ความรู้ และการให้คำแนะนำปรึกษา

วัตถุประสงค์ของการสอน ให้ความรู้ และการให้คำแนะนำปรึกษา แบ่งตามการดูแล สุขภาพ ออกเป็น 3 ระยะ คือ (เบญจา เตากล้า, 2541:18-19)

1) ระยะแรก เป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและการป้องกันโรค ในระยะนี้ผู้ป่วยควรได้รับการ สอนเกี่ยวกับระบบการบริการด้านสุขภาพและแหล่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่ผู้ป่วยควรทราบ การเจริญเติบโตและ การพัฒนาการอาหารและสุขภาพ ความปลอดภัย

2) ระยะที่สอง ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพระยะนี้การสอนที่จำ เป็นคือ กระบวนการเกิดโรค ความเจ็บป่วยและความจำเป็นที่ต้องรักษาพยาบาล

3) ระยะที่สาม เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะออกจากสถานพยาบาล หรือจากการดูแล การสอน ผู้ป่วยในระยะนี้จึงเน้นการดูแลตนเองที่บ้าน

ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อ

1) เพื่อแก้ไขปัญหา (Remedial) คือ ช่วยให้ผู้ใช้บริการพ้นจากปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว หรือกำลังเผชิญอยู่ เช่น ความวิตกกังวล ปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือพฤติกรรมที่ควรได้ รับการปรับปรุงแก้ไข เป็นต้น

2) เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น (Preventive) คือ การช่วยให้ผู้ใช้บริการมีข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นล่วงหน้า เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาในอนาคต เช่น การส่งเสริมให้เกิด พฤติกรรมที่เหมาะสม

3) เพื่อการพัฒนา (Development) คือ การช่วยให้ผู้ใช้บริการตระหนักรู้ในตนเอง รู้ จุดเด่น จุดด้อย ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และความรู้สึกรู้สึกของตนเอง ช่วยให้ผู้ใช้บริการสามารถใช้ศักยภาพ ที่มีอยู่ในตนเองได้อย่างเต็มที่ และเพิ่มพูนศักยภาพของตน

กระบวนการสอน ให้ความรู้ และการให้คำแนะนำปรึกษา

การสอน ให้ความรู้ และการให้คำแนะนำปรึกษา จะมีประสิทธิภาพ ต้องมีการวางแผน อย่างมีระบบ ตามขั้นตอน คือ จะต้องมีการค้นหาปัญหาความต้องการของผู้ป่วย วางแผนการสอน ดำเนิน การสอน และประเมินผล จากการศึกษาของ Skipper (1965 อ้างถึงใน ยูนิ พงศ์จตุรวิทย์, 2534:42) พบว่า การสอนและการให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างมีระบบ จะทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวล เกิดความเชื่อมั่นใน การรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทำให้การรักษาพยาบาลบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ซึ่งกระบวนการสอน ประกอบด้วย (Redman, 1976; Salsmond, 1978; Schrankel, 1978 อ้างถึงใน ยูนี พงศ์จตุรวิทย์, 2534:43)

1) การประเมินปัญหาความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วย กระบวนการนี้จะต้องเริ่มต้นด้วยการรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลมาวินิจฉัยว่าผู้ป่วยแต่ละคนต้องการทราบข้อมูลหรือต้องการมีความสามารถในการเรื่องใดบ้าง ซึ่งอาจจะได้จาก คำพูดของผู้ป่วยโดยตรง หรือจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2) การประเมินความพร้อมที่จะเรียน ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอันหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการสอนหรือกระบวนการเรียนรู้ แบ่งเป็นความพร้อมทางด้านอารมณ์ ซึ่งอยู่กับความตั้งใจของแต่ละคน และความพร้อมทางด้านประสบการณ์ ซึ่งขึ้นอยู่กับภูมิหลังของผู้ป่วย ประสบการณ์ของชีวิต ทักษะ เจตคติ สภาพเศรษฐกิจ และวัฒนธรรม

3) การวางแผนการสอน ซึ่งจะนำไปสู่การสอนที่มีประสิทธิภาพ จะต้องประกอบด้วย การตั้งจุดประสงค์การสอน เช่น สอนเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ดีขึ้น สอนเพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น ต้องเลือกวิธีการสอนที่เหมาะสม

4) การดำเนินการสอน คือ การนำเอาแผนการสอนที่วางไว้มาใช้สอนอย่างจริงจัง

5) การประเมินผล เมื่อทำการสอนแล้ว ต้องมีการสรุปผลว่า ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้จากสิ่งที่สอนได้มากน้อยเพียงใด มีข้อบกพร่องหรือมีปัญหาอะไรที่ทำให้การสอนไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้

3.7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Hay and Anderson (1963 อ้างถึงใน มนัสสินิตย์ บุญยธรรม, 2536) ได้ศึกษาถึงความ ต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังและพิการ และ Pollert, I.E. (1971 อ้างถึงใน เรณูมาศ วิจิตรรัตนะ, 2523) ได้ศึกษาเรื่อง ความคาดหวังและข้อขัดแย้งของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาล พบว่า ผลการวิจัยสอดคล้องกัน คือ ผู้ป่วยที่เข้ามาพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนั้นส่วนใหญ่ต้องการที่จะรู้เกี่ยวกับอาการของโรค และขั้นตอนการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ต้องการเรียนรู้ถึงการปฏิบัติตนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และผู้ป่วยได้ให้ความคิดเห็นว่า ควรจะอธิบายรายละเอียดให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนที่จะทำการรักษาพยาบาล และจากงานวิจัยของ ศิริวรรณ เจริญ (2520) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลหลังคลอด ก็พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการการสอน และคำแนะนำก่อนกลับบ้านมากที่สุด

และงานวิจัยของวนิดา ชุกกลิ่น (2534) เรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอนามัย ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทำนองเดียวกับงานวิจัยของ นิตย์ เสวยศสกล

และศุภวดี ลิ้มปพานนท์ (2540) เรื่อง ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริการให้คำปรึกษา หรือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน โดยการสอน มีความรู้ และการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเอง ได้สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และ .001 ตามลำดับ

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2540) ได้ศึกษาวิจัยรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมที่ช่วยเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้สูงขึ้น คือ การสอนให้ความรู้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเป็นທີ່ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และจากงานวิจัยของ อรัญญา มานิตย์ (2540) เรื่อง การจัดการบริการสุขภาพตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมทางการตลาด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า กลยุทธ์ด้านบริการและเป็นบริการหลักที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ผู้ใช้บริการอย่างหนึ่งที่สำคัญก็คือ การให้บริการปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพ ถึงร้อยละ 100

จากการศึกษาวิจัยของสมทรง เฟ่งสุวรรณ, นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์ และบังอร ริดใจบุญ (2541) เรื่อง ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการและพยาบาลต่อการบริการในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ใช้บริการได้รับคำแนะนำให้รู้จักสถานที่ กฎ ระเบียบ และผู้ป่วยข้างเตียง เพียงร้อยละ 75.3 และให้ข้อมูลไม่ละเอียด และให้ข้อเสนอแนะว่า ควรอธิบายการดำเนินของโรค ขั้นตอนการรักษา การปฏิบัติตน ตลอดจนการแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้านด้วยภาษาเข้าใจง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ พนิดา ดามาพงศ์ และคณะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล พบว่า ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อบริการของโรงพยาบาลในด้านการสอน ให้ความรู้ ดังนี้ คือ แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น อธิบายหรือให้คำแนะนำอย่างละเอียด ตรงประเด็น ด้วยภาษาง่ายๆ ที่สามารถเข้าใจได้ บอกชื่อยา อธิบายสรรพคุณของยา และวิธีรับประทานยา ตลอดจนคาดหวังว่า ผู้ให้บริการสามารถเป็นที่ปรึกษา และเป็นที่ยังได้

3.8 ราคา ค่ารักษาพยาบาล (Price)

3.8.1 ความหมาย

ราคา หมายถึง สิ่งที่กำหนดมูลค่าของผลิตภัณฑ์ในรูปของเงินตรา ซึ่งผู้บริโภคจะตัดสินใจซื้อเมื่อมูลค่าผลิตภัณฑ์สูงกว่าราคา ราคาของผลิตภัณฑ์ หรือค่าบริการ ต้องมีการกำหนดให้ถูกต้อง

เหมาะสมและยุติธรรม พิจารณาทั้งลักษณะการแข่งขันในตลาดเป้าหมายในเรื่องราคานี้จะเป็นใจกลางของ ส่วนประสมทางการตลาด เป็นตัวกลไกที่สามารถดึงดูดความ สนใจให้เกิดขึ้นมาได้ การกำหนดราคาที่เหมาะสมกับคุณภาพจะทำให้ธุรกิจเจริญเติบโตและคงอยู่ต่อไป (วัชรวิทย์ ตัญคำภีร์, 2536:25; ศิริวรรณ เสรีรัตน์, 2539:296)

3.8.2 แนวคิดเกี่ยวกับราคา ค่ายรักษาพยาบาล

ในการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขนั้นย่อมหลีกเลี่ยงไม่พ้นกระแสทุนนิยม ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการ ยา เวชภัณฑ์ต่างๆ เมื่อรูปแบบการให้บริการอยู่ในระบบทุนนิยม การตลาดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของธุรกิจบริการ จึงต้องเข้ามามีบทบาท และสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งผู้ผลิตก็คือ ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ ผู้ซื้อก็คือประชาชน ผู้ใช้บริการ สินค้าก็คือ บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ราคาก็คือ ค่าบริการที่เหมาะสม

การกำหนดราคา

การคิดราคาค่าบริการ ผู้ให้บริการจะเป็นผู้กำหนดราคา และคิดค่าบริการในราคา ยุติธรรม ซึ่งราคาไม่ใช่เป็นตัวเงินเท่านั้น รวมถึงความสะดวกสบายและผลประโยชน์ต่างๆ ไม่ได้เน้นการแข่งขันเฉพาะราคาเพียงอย่างเดียว ต้องคำนึงถึงด้านคุณภาพด้วย เมื่อคุณภาพดี ราคาย่อมแพงขึ้น พร้อมทั้งมีการประกันคุณภาพโดยรัฐบาล ซึ่งจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบางส่วน แม้ว่าจะเน้นความสำคัญด้านคุณภาพ ขณะเดียวกันก็มีการแข่งขันด้านราคาด้วย

ในทางเศรษฐศาสตร์ ราคาเกิดจากการที่สินค้าหรือบริการที่มีอยู่มีความต้องการของ มนุษย์มีจำนวนไม่พอดีกัน จึงต้องมีการแบ่งปันสินค้าหรือบริการโดยผ่านกลไกราคา ซึ่งการที่บุคคลจะได้รับ การแบ่งปันสินค้าหรือบริการนั้น ในระบบเศรษฐกิจเสรี ราคาจะถูกกำหนดโดยความต้องการสินค้าหรือ บริการกับจำนวนสินค้าหรือบริการที่มีอยู่ ในขณะที่เดียวกันความต้องการและจำนวนสินค้าหรือบริการก็จะเป็นตัวกำหนดราคาด้วยเช่นกัน นั่นก็คือ สินค้าหรือบริการจะมีราคาสูงขึ้นถ้ามีผู้ต้องการมาก และถ้าสินค้า หรือบริการนั้นมีจำนวนมากกว่าความต้องการราคาก็จะลดลง การกำหนดราคาสินค้าจึงต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้บริโภคและคำนึงถึงผลกำไรที่จะได้รับ

ปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดราคา

ในการกำหนดราคา จะต้องพิจารณาปัจจัยประกอบหลายๆ ด้าน ปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดราคา มีทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ดังนี้ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, 2539:297-298)

- 1) ปัจจัยภายใน (Internal factors) ได้แก่ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ขององค์กร ต้นทุน ลักษณะผลิตภัณฑ์ ลักษณะวงจรชีวิตผลิตภัณฑ์ และโปรแกรมการตลาดที่มีผลต่อราคา
- 2) ปัจจัยภายนอก (External factors) ได้แก่ ความยืดหยุ่นของดีมานด์ ประเภทของลูกค้า ปัจจัยการผลิต ภาวะการแข่งขัน ภาวะเศรษฐกิจ จรรยาบรรณของนักธุรกิจ และกฎหมาย

วัตถุประสงค์ในการกำหนดราคา

- 1) มุ่งรายได้จากการขาย (Total revenue) เพื่อการเพิ่มขึ้นของรายได้จากการขาย และเพื่อเพิ่มเงินสดหมุนเวียน
- 2) มุ่งกำไร (Profit) เพื่อให้ได้ผลตอบแทนจากเงินลงทุนตามเป้าหมาย เพื่อกำไรสูงสุด และ เพื่อดำรงการดำเนินธุรกิจให้คงอยู่ต่อไป
- 3) มุ่งยอดขาย (Sales หรือปริมาณขาย Quantity) เพื่อเพิ่มยอดขาย เพื่อรักษาส่วนครองตลาด เพื่อเพิ่มส่วนครองตลาด และเพื่อความอยู่รอดของกิจการ
- 4) มุ่งการแข่งขัน (Competition) เพื่อเผชิญกับการแข่งขัน เพื่อหลีกเลี่ยงการแข่งขัน และเพื่อตัดราคาของคู่แข่ง
- 5) มุ่งด้านสังคม (Social) เพื่อการปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณที่ดี และเพื่อรักษาภาพการทำงาน
- 6) มุ่งด้านภาพลักษณ์ (Image) ภาพลักษณ์บริษัท และภาพลักษณ์ผลิตภัณฑ์

การกำหนดราคาของกระทรวงสาธารณสุข

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักในการรับผิดชอบในการบริการสาธารณสุข และรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายของสถานบริการของรัฐ ซึ่งค่าใช้จ่ายของสถานบริการของรัฐจะประกอบด้วย

- 1) ค่าใช้จ่ายลงทุน ซึ่งหมายถึง ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง และอาคารสถานพยาบาล
- 2) ค่าวัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ในการตรวจรักษา
- 3) ค่าใช้จ่ายดำเนินการ ซึ่งหมายถึง ค่ายา ค่าตรวจรักษา ค่าเลือด ค่าอุปกรณ์ และวัสดุ เข็มในการรักษาพยาบาล

ในการกำหนดราคา ค่ารักษาพยาบาล จะคิดจากราคาต้นทุนของค่าใช้จ่ายในการดำเนินการเท่านั้น โดยถือว่าค่าใช้จ่ายในการลงทุนเป็นภาระส่วนที่รัฐจะต้องจัดให้ประชาชนทุกคนในรูป รัฐสวัสดิการ และตามแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐานถือเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะจัดให้ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพอนามัย ดังนั้นการกำหนดราคา ค่ารักษาพยาบาล จึงเป็นการกำหนดราคาแบบไม่มุ่งผลกำไร และคำนึงถึงความสามารถในการซื้อของประชาชนเป็นหลัก

3.8.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในปี 1983 (อ้างถึงใน อรรถาภิธาน มานิตย์, 2540) Riley and Schaeffers ได้ทำการศึกษา เรื่อง การคิดค่าบริการพยาบาล โดยใช้ระบบ DRGS ที่ศูนย์เมนิโซตา พบว่า ค่าบริการพยาบาลในปี 1982 คิดเป็นร้อยละ 17 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด และจากการศึกษาของ Walker เรื่อง การคิดค่ารักษาพยาบาลของแผนกผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด พบว่า เป็นค่าบริการการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยโดยตรง ร้อยละ 55.40 เป็นค่ารักษาของแพทย์ ร้อยละ 5.90 นอกจากนั้น เป็นค่าบริการอื่นๆ ดังนั้นจึงให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรตระหนักถึงเรื่องนี้ เพราะเห็นได้ชัดว่า แผนกการพยาบาลสามารถทำรายได้ให้แก่โรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก

และจากการศึกษาวิจัยของศูนย์การวิจัยและบริการธุรกิจ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530 อ้างถึงใน อรรถาภิธาน มานิตย์, 2540) ซึ่งได้สำรวจพฤติกรรมการเลือกใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกโรงพยาบาล คือ ราคา ค่ารักษาพยาบาลเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539) เรื่อง คุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย พบว่า สาเหตุหนึ่ง que เลือกมาใช้บริการ คือ ค่ารักษาพยาบาลไม่แพง และผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบว่า ค่ารักษาพยาบาลเหมาะสมร้อยละ 77 ซึ่งค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลในครั้งนี้ คือ 457 บาทในโรงพยาบาลรัฐ, 695 บาทในโรงพยาบาลเอกชน และ 860 บาทในโรงพยาบาลมูลนิธิ และจากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ พนิดา ตามาพงศ์ และคณะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล พบว่า สาเหตุที่เลือกใช้บริการของโรงพยาบาล เนื่องจาก ราคาไม่แพง เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ มีบัตรประกันสังคม หรือมีบัตรสงเคราะห์ และ ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อบริการของโรงพยาบาลในด้านราคา ค่ารักษาพยาบาล ดังนี้ คือ อัตราค่าบริการพยาบาลคุ้มค่างับบริการที่ได้รับ ลดหย่อนค่ายา ค่ารักษาพยาบาลตามควรแก่กรณี และสามารถปรึกษาหารือเรื่องค่ารักษาพยาบาลได้

4. การสนทนากลุ่ม (Focus group)

4.1 ความหมาย

การสนทนากลุ่ม หมายถึง การนั่งสนทนากันระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์เป็นกลุ่ม ตามปกติประมาณ 6-12 คน แต่ในบางกรณีอาจมีแค่ 4-5 คน ซึ่งเป็นการสนทนากลุ่มเล็ก ในระหว่างการสนทนานั้น จะมีผู้ดำเนินการสนทนา เป็นผู้คอยจุดประเด็นการสนทนา เพื่อเป็นการชักจูงใจให้บุคคลกลุ่มนี้ได้แสดงความคิดเห็นต่อประเด็น หรือแนวทางในการสนทนาให้ได้กว้างขวางลึกซึ้ง และละเอียดที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

4.2 จุดมุ่งหมายของการสนทนากลุ่ม (ภาณี วงษ์เอก, 2536:401-402)

- 4.2.1 ใช้ในการสร้างสมมุติฐานใหม่ๆ (Generating hypotheses)
- 4.2.2 ใช้ในการสำรวจความคิดเห็น ทศนคติ และคุณลักษณะต่างๆ ของประชากร (Exploring opinions, Attitudes and Attributes)
- 4.2.3 ใช้ในการทดสอบแนวความคิดในเรื่องที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่ผลิตขึ้นมาใหม่ (Testing new product ideas)
- 4.2.4 ใช้ในการประเมินผลทางด้านธุรกิจ (Evaluating commercials)
- 4.2.5 ใช้ในการกำหนดคำถาม และเพื่อทดลองใช้แบบสอบถาม (Identifying and pretesting questionnaire items)
- 4.2.6 เพื่อเป็นการค้นหาคำตอบที่ยังคลุมเครือ หรือไม่แน่ชัดของการวิจัยแบบสำรวจ เพื่อช่วยเสริมให้งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

4.3 องค์ประกอบในการจัดสนทนากลุ่ม (Components of conducting focus group)

4.3.1 บุคคลที่เกี่ยวข้อง (Personnel)

- 1) ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) จะต้องเป็นผู้ที่พูด และฟังภาษาท้องถิ่นได้ เป็นผู้มีความบุคลิกดี สุภาพ อ่อนน้อม และมีมนุษยสัมพันธ์ดี นอกจากนี้ยังต้องเป็นผู้ที่รู้เบื้องหลังความต้องการและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเป็นอย่างดีด้วย
- 2) ผู้จดบันทึกการสนทนา (Notetaker) จะต้องจดบันทึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ จดบันทึกบรรยากาศที่เกิดขึ้นระหว่างการสนทนาด้วยอย่างละเอียด นอกจากนี้ต้องพูดและฟังภาษาท้องถิ่นได้

3) ผู้ช่วย (Assistant) จะเป็นผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือทั่วไป ในขั้นเตรียมการจัดกลุ่มสนทนา เช่น จัดเตรียมสถานที่ บันทึกเสียง เปลี่ยนเทป เป็นต้น

4.3.2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม (Group discussion guide)

การจัดลำดับหัวข้อในการสนทนา ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการวิจัยนั้นๆ ต้องจัดเตรียมไว้ล่วงหน้า แต่ต้องยืดหยุ่นได้ในทางปฏิบัติ ผู้วิจัยอาจจะได้ประเด็นที่ไม่ได้คาดคิดเอาไว้ก่อนจากผู้เข้าร่วมสนทนา และอาจเป็นข้อค้นพบที่มีประโยชน์และมีคุณค่ายิ่งต่องานวิจัย

4.3.3 อุปกรณ์สนาม (Field instruments)

อุปกรณ์ที่จำเป็นในการจัดสนทนากลุ่ม ได้แก่

- 1) เครื่องบันทึกเสียง เทปเปล่า สำหรับอัดเสียงขณะที่ดำเนินการสนทนา เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์สำหรับผู้วิจัย
- 2) สมุดบันทึก และดินสอ สำหรับผู้จดบันทึก เพื่อเป็นแนวทางในการถอดเทปให้ง่ายขึ้น และผู้วิจัยจะได้ทราบบรรยากาศของการสนทนากลุ่มจากการจดบันทึก

4.3.4 แบบฟอร์มสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม (Screening form)

แบบฟอร์มสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เช่น เพศ กลุ่มอายุ สถานที่อยู่อาศัย อาชีพ เป็นต้น ซึ่งตัวแปรเหล่านี้จะเป็นเกณฑ์สำคัญในการคัดเลือกตามลักษณะของงานวิจัย

4.3.5 สิ่งเสริมสร้างบรรยากาศ (Refreshment & Snack)

สิ่งเสริมสร้างบรรยากาศ เช่น เครื่องดื่ม ของขบเคี้ยว ฯลฯ เพื่อความเป็นกันเองระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการสนทนาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

4.3.6 ของสมนาคุณแก่ผู้ที่ร่วมสนทนา (Remuneration)

เพื่อเป็นการตอบแทนผู้เข้าร่วมสนทนา เป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับการแสดงออกซึ่งความมีน้ำใจของผู้วิจัย จะแสดงความขอบคุณที่ผู้ร่วมสนทนาได้สละเวลามา

4.3.7 สถานที่และระยะเวลา (Location and Time)

ควรจะเป็นบริเวณใกล้เคียงกับสถานที่ที่ทำวิจัยนั้นๆ และไม่พลุกพล่าน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนาสามารถสนทนาในเรื่องต่างๆ ที่กำลังสนทนากัน และระยะเวลาที่เหมาะสมไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง

4.4 ขั้นตอนในการจัดสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่1 เลือกบุคคลที่จะให้เข้าร่วมสนทนากลุ่มด้วยแบบฟอร์มที่เตรียมไว้ ตามขนาดของกลุ่มที่ต้องการ โดยทั่วๆ ไปประมาณ 6-12 คน แล้วพามาพร้อมกัน ณ สถานที่ที่จัดเตรียมไว้

ขั้นตอนที่2 ผู้ดำเนินการสนทนาแนะนำคณะผู้วิจัย และบอกจุดมุ่งหมายในการสนทนา พร้อมทั้งสร้างบรรยากาศเป็นกันเอง โดยเชิญให้รับประทานอาหาร ของขบเคี้ยว และเครื่องดื่ม ขอความยินยอมจากผู้ร่วมสนทนาโดยขอบันทึกเสียงและเปิดโอกาสให้ซักถามก่อน เพื่อสร้างความไว้วางใจ

ขั้นตอนที่3 เริ่มสนทนาโดยยึดแนวทางการสนทนาที่มีอยู่เป็นหลัก แต่สามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม แล้วแต่สถานการณ์กลุ่ม แต่ต้องคำนึงถึงความครอบคลุมของเนื้อหา และผู้ดำเนินการสนทนาควรประมาณเวลาที่จะใช้ในแต่ละประเด็นด้วย เพื่อไม่ให้เสียเวลากับบางประเด็นมากเกินไป แต่ต้องไม่ทำให้ผู้เข้าร่วมสนทนามีความรู้สึกว่าถูกตัดบท และก่อนการจบการสนทนา ควรเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนาซักถามข้อข้องใจอีกครั้ง เพื่อเป็นการตอบข้อสงสัยในเรื่องที่สนทนามาทั้งหมด

ขั้นตอนที่4 แจกของสมนาคุณ เพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณต่อผู้เข้าร่วมสนทนา

4.5 การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลแบบการจัดสนทนากลุ่ม ข้อมูลการสนทนาจะถูกบันทึกไว้ในเทปบันทึกเสียง และในสมุดบันทึกคำสนทนาของผู้จดบันทึก ข้อมูลที่อยู่ในเทปต้องถอดออกมาเป็นบทสนทนาอย่างละเอียด

การวิเคราะห์ข้อมูล นักวิจัยก็จะอ่านบทสนทนาที่ถอดเทปออกมา แล้วจดคำตอบอย่างละเอียด และให้เหตุผลที่ดีที่สุดลงในบัตรคำตอบที่จัดทำไว้แล้ว เขียนเรียงคำตอบไว้ในเครื่องหมายคำพูด เรียงเอาไว้ในแต่ละคำถาม ว่าเป็นคำพูดของใคร กลุ่มไหน จัดเมื่อไหร่ ทำให้เป็นระบบเดียวกัน แล้วก็วิเคราะห์โดยการตีความหมายในรูปของการวิเคราะห์เนื้อหา เหมือนกับการตีความหรือวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพอื่นๆ เช่นกัน ถ้ามีผู้วิเคราะห์หลายคน และมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน หรือแปลผลไม่ตรงกัน ก็จะกลับไปฟังรายละเอียดจากเทปใหม่ เพื่อความกระจ่าง การที่มีการถกประเด็นปัญหาในคำตอบของสมาชิกกลุ่ม จะเป็นการช่วยลดความลำเอียงในการตีความของนักวิจัย เพราะแต่ละคำตอบควรจะมีการให้เหตุผลตามมาเสมอ

5. การวิเคราะห์ตัวประกอบ หรือการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis)

5.1 ความหมาย

การวิเคราะห์ปัจจัย หรือวิเคราะห์ตัวประกอบ หมายถึง การนำเอาปัจจัยมาแยกแยะดูว่า ประกอบด้วยตัวแปรอะไรบ้าง ตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กันเองและมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหรือไม่ มากหรือน้อยเพียงใด (สุปัญญา ไชยชาญ, 2540:190)

5.2 จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์ตัวประกอบ (อุทุมพร จามานมาน, 2532 : 5)

ในการวิเคราะห์ตัวประกอบ มีหลักใหญ่ๆ ที่ต้องการ คือ มีความง่ายเชิงสถิติและมีความหมายในเนื้อหา

จุดมุ่งหมายในการวิเคราะห์ตัวประกอบ จำแนกได้เป็น 2 เรื่องคือ

- 1) เพื่อบรรยาย ค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพื่อให้ได้สิ่งที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์เหล่านี้ นี่คือ Exploratory Factor Analysis Model
- 2) เพื่อพิสูจน์ สนับสนุน ตรวจสอบ สมมุติฐาน หรือข้อค้นพบของผู้อื่น นี่คือ Confirmatory Factor Analysis Model

นอกจากนี้ยังมีการใช้การวิเคราะห์ตัวประกอบเพื่อหาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) หรือจัดประเภทบุคคลได้อีกด้วย

5.3 ขั้นตอนของการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ปัจจัยมีขั้นตอนต่างๆ ที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540:334-355)

5.3.1 การสร้างเมตริกความสัมพันธ์ระหว่างคู่ของตัวแปรทุกตัว (Correlation matrix)

ในการวิเคราะห์ปัจจัย ขั้นตอนแรกของเทคนิคคือ การศึกษาดูแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรทุกตัวที่ใช้ ซึ่งก็คือ ความสัมพันธ์แบบง่ายระหว่างตัวแปรทุกตัวที่ใช้

5.3.2 การสกัดปัจจัย (Factor extraction)

เป็นการหาปัจจัยจำนวนหนึ่งที่สามารถแทนตัวแปรทั้งหมดได้อย่างเพียงพอ วิธีการสกัดปัจจัยมีหลายวิธีซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) องค์ประกอบหลัก (Principal component method) การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก เป็นวิธีการลดตัวแปรให้น้อยลง โดยอาศัยหลักความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรที่ใช้เป็นข้อมูล องค์ประกอบหลักตัวแปรคือ การผสมเชิงเส้นของตัวแปรที่อธิบายการผันแปรของข้อมูลได้มากที่สุด จากนั้นหาการผสมที่สองที่สามารถอธิบายการผันแปรได้มากที่สุดเป็นอันดับสอง โดยที่ไม่สัมพันธ์กับการผสมแรก ทำเช่นนี้เรื่อยไปจนได้องค์ประกอบหลักหรือปัจจัย ที่สามารถอธิบายการผันแปรของทุกตัวแปรได้ครบถ้วน ซึ่งตัวประกอบหลักหลายๆ จะอธิบายการผันแปรได้น้อยลงตามลำดับ และทุกองค์ประกอบไม่สัมพันธ์กัน

2) ปัจจัยร่วม (Common factor) ซึ่งประกอบด้วย วิธีแกนหลัก (Principal axis factoring) วิธีกำลังสองน้อยที่สุดไม่ปรับน้ำหนัก (Unweighted least squares) วิธีกำลังสองน้อยที่สุดทั่วไป (Generalized least squares) วิธีความเป็นไปได้สูงสุด (Maximum likelihood) วิธีอัลฟา (Alpha) วิธีเงา (Image) วิธีการต่างๆ ในกลุ่มนี้ไม่ได้กำหนดค่าของความร่วมกันให้ตายตัวเท่ากับ 1 แต่หาจากการประมาณโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์พหุคูณกำลังสองของตัวแปรนั้นกับตัวแปรทุกตัวเป็นค่าประมาณของความร่วมกันครั้งแรก จากนั้นคำนวณหา/สกัดปัจจัยออกแล้วทำการประมาณค่าความร่วมกันใหม่ นำค่าที่ได้นี้ไปแทนค่าเดิม จนกระทั่งความแตกต่างระหว่างค่าความร่วมกันที่ประมาณได้ในครั้งหลังๆ แตกต่างจากค่าที่คำนวณในครั้งก่อนน้อยลง จนกระทั่งเรียกได้ว่าน้อยมากจนแทบไม่แตกต่างกัน

สิ่งหนึ่งที่แยกการสกัดปัจจัยโดยใช้วิธีองค์ประกอบหลักออกจากวิธีการสกัดแบบอื่นๆ คือการใช้ค่าหยาบของเมตริกความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่อยู่ในแนวทแยงทุกตัวให้มีค่าเท่ากับ 1 เป็นฐานของการคำนวณความร่วมกัน ส่วนกลุ่มปัจจัยร่วมจะใช้วิธีการประมาณค่าความร่วมเป็นฐาน ความแตกต่างของวิธีการประมาณ คือที่มาของความแตกต่างของวิธีต่างๆ ที่เป็นสมาชิกของกลุ่มทั้งสองนี้

5.3.3 การหมุนแกนปัจจัย (Factor rotation)

หลังจากที่สกัดปัจจัยร่วมของตัวแปรต่างๆ ได้แล้ว ก็จะทำว่าตัวแปรใดมีปัจจัยร่วมกันกับตัวแปรใดโดยดูจากเมตริกปัจจัยซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละปัจจัยกับตัวแปรต่างๆ เหล่านั้น ปัจจัยที่เพิ่งสกัดได้นี้ก่อนการหมุนในบางครั้งก็ยากแก่การอ่านและการตีความหมาย วัตถุประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่งของการวิเคราะห์ปัจจัยคือหาปัจจัยที่มีความหมาย ปัจจัยที่ได้จะมีความหมายชัดเจนก็ต่อเมื่อประกอบด้วยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด และมีน้ำหนักมากต่อปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเป็นพิเศษ

วิธีการที่จะทำให้ปัจจัยมีความหมาย คือการหมุนปัจจัย (หรือการแปลงเมตริกเบื้องต้นให้เป็นเมตริกปัจจัยที่ง่ายต่อการตีความและแก่การเข้าใจ) การหมุนปัจจัยจะทำให้ตัวแปรบางตัวซึ่งแต่เดิมเป็นสมาชิกของหลายปัจจัยกลายเป็นสมาชิกของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งอย่างเด่นชัดมากกว่าเดิม การเป็นสมาชิกของปัจจัยใดของตัวแปรดูได้จากน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ของตัวแปรตัวนั้น และการหมุนที่แตกต่างกันอาจจะให้ปัจจัยที่แตกต่างกันได้ ซึ่งวิธีการหมุนปัจจัยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 แนวทาง คือ

1) การหมุนแบบมุมฉาก (Orthogonal rotation) แกนของปัจจัยจะคงความเป็นมุมฉากซึ่ง

กันและกันตลอดเวลาที่หมุน ปัจจัยที่ได้จะเป็นอิสระต่อกัน และวิธีการที่นิยมใช้กันมากที่สุดคือ Varimax ซึ่งวิธีการนี้พยายามที่จะลดจำนวนตัวแปรที่มีน้ำหนักปัจจัยมากบนแต่ละปัจจัย ให้เหลือน้อยที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ตีความหมายของปัจจัยได้ง่ายเข้า

2) การหมุนแบบมุมแหลม (Oblique rotation) คือการหมุนที่แกนไม่เป็นมุมฉาก ปัจจัยที่ได้จะมีความสัมพันธ์กัน

5.3.4 การสร้างคะแนนปัจจัยของแต่ละหน่วยวิเคราะห์ (Factor scores)

หลังจากที่ได้ทำการเลือกวิธีการสกัดปัจจัยและการหมุนแกนได้แล้ว และทราบว่าตัวแปรต่างๆ มีการจับกลุ่มรวมกันเป็นปัจจัยอะไรบ้างแล้ว ผู้วิจัยอาจจะสนใจที่จะสร้างคะแนนจากปัจจัยเหล่านี้ และนำคะแนนปัจจัยที่ได้ไปทำการศึกษาต่อไป เช่น ใช้ในการจัดอันดับหน่วยวิเคราะห์ตามค่าของปัจจัยหรือนำคะแนนปัจจัยแต่ละปัจจัยไปใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

5.4 การแปลผล

ขบวนการที่ตามหลังการวิเคราะห์ตัวประกอบก็คือ การพิจารณาค่าน้ำหนักตัวประกอบ (factor loading) ของตัวแปรว่ามีค่าสูงใกล้ 1 หรือค่าต่ำใกล้ 0 ถ้าตัวแปรมีค่าน้ำหนักตัวประกอบใกล้ 1 ก็แสดงว่าตัวแปรนั้นเหมือน ตัวประกอบนั้น และถ้ามีค่าต่ำใกล้ 0 ก็แสดงว่าตัวแปรนั้นมีค่าไม่เหมือนตัวประกอบนั้น เครื่องหมายบวกหรือลบได้รับการพิจารณาด้วยว่ามีความเหมือนในทิศทางใด

การกำหนดจำนวนตัวประกอบนั้น เกณฑ์ขั้นต่ำในการกำหนดจำนวนตัวประกอบ คือ ตัวแปรแต่ละตัวมีค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .30 ขึ้นไป (ในกรณีที่มีตัวแปรมาก หรือมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบได้ดี อาจกำหนดค่าเกิน .30 ได้) และต้องมีจำนวนตัวแปรตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป (Comrey, 1973 อ้างถึงใน อุทุมพร จามรมาน, 2532)

สรุป

การวิเคราะห์ตัวประกอบหรือวิเคราะห์ปัจจัย เป็นเทคนิคการลดจำนวนตัวแปรให้น้อยลง โดยแปรสภาพให้เป็นปัจจัย หรือเป็นเทคนิคที่วิเคราะห์แสดงการจับกลุ่มของตัวแปร ตลอดจนเป็นเทคนิคที่ใช้ในการยืนยันความถูกต้องของตัวสร้าง วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ปัจจัยมีอยู่หลายประการแล้วแต่นักวิจัยจะนำไปประยุกต์ใช้ ซึ่งผู้ใช้จะต้องทราบขั้นตอนต่างๆ ที่สำคัญทั้งด้านสาระและวิธีการ

การสรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยจะยุติด้วยการเสนอปัจจัยพร้อมทั้งน้ำหนักของตัวแปรบนปัจจัยนั้น หรือจะคำนวณต่อเพื่อให้ได้คะแนนตัวประกอบเป็นรายคนก็ได้ แล้วแต่วัตถุประสงค์ของผู้วิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

