

บทที่ 2

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่อง ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการทางกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอ่างทองผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ประวัติความเป็นมาโรงพยาบาลอ่างทอง
2. วิชาชีพกายภาพบำบัด และบทบาทหน้าที่ของงานกายภาพบำบัด
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 แนวความคิดเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการ
 - 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการสุขภาพ
 - 3.4 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
 - 3.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ
4. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ประวัติความเป็นมาโรงพยาบาลอ่างทอง

โรงพยาบาลอ่างทอง ได้เริ่มดำเนินการในครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2496 โดยได้รับบริจาคที่ดินจากหลวงอรุณปรีชานาปการ อดีตอธิบดีกรมอัยการ เป็นเนื้อที่ 20 ไร่ และต่อมาได้ซื้อที่ดินเพิ่มอีก 3 ไร่เศษ และมีผู้บริจาคให้มูลนิธิศีกสงฆ์อีก 2 ไร่ รวมเป็นเนื้อที่ประมาณ 25 ไร่เศษ และในปี พ.ศ. 2524 นางระเบียบ ศรีเพียร ได้บริจาคที่ดินให้อีก 1 ไร่ 34 ตารางวา รวมเป็นเนื้อที่ของโรงพยาบาล 26 ไร่ 1 งาน 64 ตารางวา และปัจจุบันมีพื้นที่ทั้งหมด 28 ไร่ 2 งาน 64 ตารางวา จากการมอบบริจาคให้ของมูลนิธิศีกสงฆ์

การก่อสร้างได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2496 และเปิดรับคนไข้ครั้งแรกเมื่อประมาณเดือนมีนาคม พ.ศ. 2498 ในระยะเริ่มแรกมีอาคารเพียง 2 หลัง คือ ตึกอำนวยการ (หลังเก่า) และเรือนคนไข้ (เรือนหลังเก่า) ปัจจุบันเป็นตึกสองชั้น (อายุกรรม) เดิมโรงพยาบาลอ่างทองเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 264 เตียง (แผนปรับอัตรากำลัง 3 ปี ระยะ 1 ระหว่าง พ.ศ. 2529 – 2531) ในแผนปรับอัตรากำลัง 3 ปีระยะที่ 2 (พ.ศ. 2532 – 2535) ขยายเป็นโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มขนาด 350 เตียง ปัจจุบันโรงพยาบาลมีจำนวนเตียง 338 เตียง (โรงพยาบาลอ่างทอง. 2548 : ไม่ปรากฏเลขหน้า) การบริหารโรงพยาบาลอ่างทองมีแนวทางดังต่อไปนี้

วิสัยทัศน์ : ให้บริการสุขภาพด้วยมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพและผู้ใช้บริการพึงพอใจ

พันธกิจ : เป็นองค์กรที่ให้บริการสาธารณสุขแบบองค์รวมและพัฒนาคุณภาพ

โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ค่านิยมองค์กร

1. ให้บริการโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. ทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ
3. พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

นโยบายผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง ปี พ.ศ. 2551

ด้านบริการ มุ่งให้บริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ (Hospital Accreditation) อย่างต่อเนื่องและผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามกระบวนการรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อเนื่อง หรือ Reaccreditation ภายในปี พ.ศ. 2552

ด้านบริหารจัดการ มุ่งเน้นการบริหารจัดการภายใต้งบประมาณที่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการบริหารที่เป็นธรรมเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีระบบควบคุมภายในเพื่อให้การบริหารโปร่งใส มีการบริหารอัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงาน และมีวัฒนธรรมธรรมาภิบาลทั่วทั้งองค์กร

ด้านวิชาการ พัฒนาขีดความสามารถและสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ พัฒนาและยกระดับบุคลากรด้านองค์ความรู้ทางวิชาการ ด้านพฤติกรรมบริการ และด้านจิตใจ

ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เน้นความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการ ตลอดจนการเป็นโรงพยาบาลสีเขียว (Green hospital) อนุรักษ์พื้นที่สีเขียว ไม่สร้างมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน ตลอดจนยกระดับการพัฒนาคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อมด้วยกิจกรรม 5ส ให้สามารถเป็นแบบอย่างได้

ด้านสวัสดิการ เสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการส่งเสริมสุขภาพ

2. วิชาชีพกายภาพบำบัด และบทบาทหน้าที่ของงานกายภาพบำบัด

ประวัติของวิชาชีพกายภาพบำบัด ในประเทศไทย

ตามพระราชบัญญัติ วิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547 ได้ให้ความหมายของวิชาชีพกายภาพบำบัดไว้ว่า "เป็นวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจประเมิน การวินิจฉัย และการบำบัดความบกพร่องของร่างกาย ซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูการเสื่อมสภาพความพิการของร่างกาย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด หรือการใช้อุปกรณ์ทางกายภาพบำบัด

จุดเริ่มต้นของเวชศาสตร์ฟื้นฟูในประเทศไทยนั้น เริ่มต้นขึ้นภายหลังจากสงครามโลกครั้งที่สอง โดยพลตรี นายแพทย์ขุนประทุมโรคประหาร ซึ่งปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้นำวิธีการบำบัดมาใช้รักษาผู้ป่วยเป็นครั้งแรก ต่อมาก็ได้มีการเริ่มงานทางด้านกายภาพบำบัดขึ้นที่โรงพยาบาลศิริราช และได้ก่อตั้งเป็นภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด ขึ้นที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อปี พ.ศ. 2507 และหลังจากนั้นเพียง 1 ปี ก็มีการก่อตั้ง "โรงเรียนกายภาพบำบัด" แห่งแรกของประเทศขึ้น ปัจจุบัน คือ คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล (วิกิพีเดีย. 2549 : ออนไลน์.)

2549 : ออนไลน์)

โดยทั่วไปงานกายภาพบำบัดจะมีลักษณะงาน โดยแบ่งออกตามความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเป็น 5 ด้าน ดังนี้ (วิกิพีเดีย. 2549 : ออนไลน์)

1. ด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiopulmonary) นักกายภาพบำบัดในระบบหลอดเลือดหัวใจ และปอด จะรักษาผู้ป่วยทั้งหลาย ที่มีความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือ ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจและปอด เป้าหมายหลัก และการทำหัตถการต่อผู้ป่วย ในส่วนนี้ (รวมไปถึงการเพิ่มความทนทานของการทำงาน และการใช้ชีวิตได้โดยอิสระของผู้ป่วย) คือ เพื่อระบายของเสียออกจากปอด ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่เป็น Cystic fibrosis หรือ ฟังคีดที่รุนแรง (โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากมีเสมหะเหนียวแห้ง), ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่ระบบหัวใจ รวมถึง หัวใจวาย, ผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินหลอดเลือดหัวใจ (CABG) หรือ Bypass, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD, Pulmonary fibrosis หรือ ฟังคีดเกาะในปอด คือ ตัวอย่างส่วนหนึ่ง สำหรับผู้ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านกายภาพบำบัดระบบหัวใจและหลอดเลือด

2. ด้านผู้สูงอายุ (Geriatric) กายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ (Geriatric) ครอบคลุมขอบเขตที่กว้างขวาง เกี่ยวข้องกับคนในทุกช่วงอายุ แต่มักจะเน้นไปที่ผู้สูงอายุ ซึ่งมีหลากหลายสภาวะที่เกิดเมื่อคนก้าวเข้าสู่วัยชรา ตัวอย่างเช่น โรคข้ออักเสบ ภาวะกระดูกบาง มะเร็ง โรคอัลไซเมอร์ การเปลี่ยนข้อสะโพก และข้อต่ออื่นๆ ภาวะการสูญเสียการทรงตัว การกลืนปัสสาวะ อูจาระไม่อยู่

เป็นต้น ภายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ จะช่วยผู้ป่วยในภาวะที่กล่าวมา เช่น การให้โปรแกรมพิเศษที่ช่วย ให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น ลดอาการปวด และเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย

3. ด้านระบบประสาท (Neurological) ภายภาพบำบัดทางด้านระบบประสาท จะดูแล เฉพาะเจาะจงลงไปเป็นผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผู้ที่มีภาวะโรค หรือ ความผิดปกติทางระบบ ประสาท ทั้งหมดนี้รวมถึง โรคอัลไซเมอร์ โรคที่สมองได้รับการกระทบกระเทือน โรคสมองพิการ แต่กำเนิด มัลติเพิล สเคอร์โรซิส (โรคที่เกิดกับระบบประสาทส่วนกลาง แล้วส่งผลให้กล้ามเนื้อ อ่อนแรง) โรคพาร์กินสัน การบาดเจ็บของเส้นประสาทหลัง Stroke ปัญหาหลักๆของผู้ป่วยที่มี ภาวะโรคเกี่ยวกับระบบประสาท รวมทั้ง ภาวะอ่อนแรง (Paralysis) คือ การสูญเสียรูปแบบการ ทำงานที่เคยทำเองได้ นักกายภาพบำบัดที่ทำการรักษา จะทำการเพิ่มพัฒนาการในส่วนที่เสียไป

4. ด้านออร์โธปิดิกส์ (Orthopedic) นักกายภาพบำบัดระบบกล้ามเนื้อกระดูก หรือนัก กายภาพบำบัดออร์โธปิดิกส์ จะทำการวินิจฉัย จัดการรักษา ภาวะที่เกิดความผิดปกติ หรือบาดเจ็บ ในส่วนของระบบกล้ามเนื้อกระดูก รวมไปถึงการฟื้นฟูในผู้ป่วย ภายหลังการทำศัลยกรรมออร์โธปี ดิกส์ นักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญด้านนี้ มักจะปฏิบัติงานที่ คลินิกผู้ป่วยนอก และทำการรักษา ผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อ การบาดเจ็บเฉียบพลันจากกีฬา ข้อเสื่อม ผู้ที่ทำการตัดแขนขา การขยับ หรือ เคลื่อนข้อต่อ การฝึกเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประคบร้อน/เย็น กระตุ้นไฟฟ้า (เช่น ความเย็นรักษา ไโอออนโตโฟเรซิส ไฟฟ้าวินิจฉัยและรักษา) นอกจากนั้น การรักษานกฉินทางกายภาพบำบัดยังใช้ ภาพสะท้อนจากเสียง (เช่น อัลตราซาวด์) เพื่อช่วยประกอบแนวทางในการรักษา เช่น ในกรณีของ กล้ามเนื้อหดตัวฉับพลัน ผู้ที่ได้รับความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บ หรือ โรค ที่ส่งผลต่อกล้ามเนื้อ กระดูก เส้นเอ็น จะได้รับการตรวจรักษาโดยนักกายภาพบำบัดทางออร์โธปิดิกส์

5. ด้านผู้ป่วยเด็ก (Pediatric) ภายภาพบำบัดในผู้ป่วยเด็ก ช่วยการตรวจหาปัญหา สุขภาพตั้งแต่แรกเริ่ม และใช้รูปแบบที่กว้างและหลากหลายในการรักษาความผิดปกติในประชากร เด็ก นักกายภาพบำบัดเด็ก จะมีความชำนาญเป็นพิเศษในการวินิจฉัย ให้การรักษา และการจัดการ ในเด็กทารก เด็ก และวัยรุ่น เกี่ยวกับ ภาวะที่ผิดปกติตั้งแต่กำเนิดทั้งหลาย การพัฒนาการ ระบบ กล้ามเนื้อประสาท ระบบกระดูก และภาวะ โรคหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังจากการคลอด แล้ว การรักษาจะมุ่งเน้นไปที่ การเพิ่มทักษะเกี่ยวกับการควบคุมกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และมัดเล็ก การ ทรงตัวและความสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อ รวมไปถึงการแปล ผลทางการรับรู้ การรับสัมผัส ผู้ป่วยส่วนหนึ่งของนักกายภาพบำบัดในเด็ก คือ เด็กที่มีการ พัฒนาการล่าช้า สมองพิการแต่กำเนิด Spina bifida (ความผิดปกติที่เกิดจากการสร้างหลอด ประสาทที่ไม่สมบูรณ์) โรคคอเอียง (Torticollis)

บทบาทและหน้าที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลอ่างทอง

งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลอ่างทอง ได้กำเนิดตามแนวคิดการจัดให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับจังหวัด โดยช่วงแรกโรงพยาบาลอ่างทองยังไม่มีนักกายภาพบำบัด ซึ่งอยู่ในช่วงการผลิต จึงได้ส่งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่ผ่านการคัดเลือก คือนางสาวนพภา เปี่ยมศิริ ตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ ไปศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด

ในปี พุทธศักราช 2523 ได้กลับมาปฏิบัติงานใน ตำแหน่งผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด โดยเปิดให้บริการเฉพาะผู้ป่วยในที่มาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ต่อมา ปีพุทธศักราช 2525 ได้มีนักกายภาพบำบัด มาประจำที่หน่วยงาน คือ นางสาวอัญชลี ผุงชมเชย ซึ่งมีการแต่งตั้งเป็นหัวหน้างานกายภาพบำบัด และมีการจัดตั้งเป็นงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โดยมีบุคลากรทั้งหมด 3 คน จากนั้นงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลอ่างทอง ได้ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมีการใช้เครื่องมือเพื่อการรักษา ฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดต่างๆมากขึ้น มีบุคลากรมากขึ้น ซึ่งในปัจจุบัน มีบุคลากร ทั้งหมด 10 คน และปัจจุบัน นายธนภณ พรหมยม เป็นหัวหน้างานกายภาพบำบัด

งานกายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพหนึ่งในโรงพยาบาลอ่างทอง มีหน้าที่ในการให้บริการ รักษา ฟื้นฟู แก่ผู้ป่วย ผู้พิการ ทางด้านร่างกาย ด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด อาทิ การรักษาด้วยผลความร้อน ความเย็น การรักษาด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า คลื่นเหนือเสียง การรักษาด้วยรังสีต่างๆ การออกกำลังกาย การรักษาด้วยการดัดดึงด้วยมือและเครื่องมือทางกายภาพบำบัด ตลอดจน การให้บริการส่งเสริมและป้องกันในกลุ่มโรคและกลุ่มอาการที่ป้องกันได้ แก่ผู้ป่วย ผู้พิการ ทางด้านร่างกาย โดยใช้วิธีการทางกายภาพบำบัด อาทิเช่น การส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย การจัดทำทางในการทำงาน การปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อเอื้อต่อการดำรงชีวิต เป็นต้น

การให้บริการทางกายภาพบำบัด จัดเป็นการฟื้นฟูสภาพซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหายขาดเป็นปกติ ได้สมบูรณ์นั้น ทำได้ยาก โดยเฉพาะผู้ป่วยระบบประสาท คุณภาพการรักษา ฟื้นฟู จึงสามารถวัดได้จาก ความสามารถในการบริการเพื่อให้ผู้ป่วย ผู้พิการ มีอาการที่ดี ขึ้น จากโรค และกลุ่มอาการ หรือ ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด โดยสามารถแบ่งประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลอ่างทองได้ 3 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ป่วยระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ ผู้ป่วยประเภทนี้ส่วนมากมารับบริการด้วยการรักษาอาการปวด ได้แก่ ปวดหลัง ปวดต้นคอ และปวดข้อต่อต่างๆ เช่น ปวดข้อไหล่ ปวดข้อเข่า เป็นต้น

2. ผู้ป่วยระบบประสาท ผู้ป่วยประเภทนี้ส่วนมากมารับบริการทางกายภาพบำบัด ด้วยอาการกล้ามเนื้อแขน ขา อ่อนแรง ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีรอยโรคที่ระบบประสาทของสมอง ไขสันหลัง หรือ เส้นประสาท

3. ผู้ป่วยระบบหายใจและทรวงอก ผู้ป่วยประเภทนี้ส่วนมากมารับบริการด้วยอาการแทรกซ้อนจากโรคทางเดินหายใจ ได้แก่ ภาวะปอดบวม ภาวะปอดแฟบ การคั่งค้างของเสมหะในทางเดินหายใจ เป็นต้น

โดยปกติผู้ป่วยระบบประสาทจะมีการฟื้นกลับให้สมบูรณ์ได้น้อยกว่าผู้ป่วยระบบอื่น สำหรับการรักษาฟื้นฟู ด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดนั้นจะให้หายขาดเป็นปกตินั้นควรจะเริ่มทำแต่เนิ่นๆ ในสภาพแวดล้อมที่หลากหลายและเอื้ออำนวย การฟื้นกลับของระบบประสาทจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉพาะการฟื้นตัวของสมองเมื่อได้รับบาดเจ็บจะมีมากในระยะ 6 เดือนแรก (น้อมจิตต์ นวลเนตร. 2542 : 5-13)

การบริหารจัดการภายในหน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลอ่างทอง

หน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลอ่างทอง เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. ถึง 16.30 น. โดยมีลักษณะการบริหารจัดการภายใน ดังนี้

การจัดแบ่งพื้นที่ให้บริการ

โดยมาตรฐานที่ควรมีสำหรับพื้นที่ใช้สอย จะประกอบด้วยพื้นที่ ดังนี้ พื้นที่ห้องให้บริการทางกายภาพบำบัด 647.82 ตารางเมตร พื้นที่สำหรับการสัญจร คิดเป็น 25 % ของพื้นที่ห้องให้บริการ รวมพื้นที่ใช้สอยทั้งหมดในหน่วยงาน เท่ากับ 810 ตารางเมตร (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2551 : 237)

งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลอ่างทอง มีขนาดพื้นที่ใช้สอยทั้งหมดประมาณ 320 ตารางเมตร ซึ่งมีลักษณะการจัดพื้นที่ให้เป็นสัดส่วน ดังนี้

1. พื้นที่ให้บริการด้วยคลื่นรังสีความร้อนและความเย็น ประกอบด้วยเครื่องมือในการให้บริการ ได้แก่ เครื่องอบความร้อนแบบคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เครื่องนวดอัลตราซาวนด์ เครื่องประคบความร้อน เครื่องประคบความเย็น

2. พื้นที่ให้บริการด้วยกระแสไฟฟ้า ประกอบด้วยเครื่องมือในการให้บริการ ได้แก่ เครื่องกระตุ้นกระแสไฟฟ้าเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ เครื่องกระตุ้นกระแสไฟฟ้าลดปวด

3. พื้นที่ให้บริการด้วยการตัดดีด และการออกกำลังกายเพื่อการรักษาฟื้นฟู ประกอบด้วยเครื่องมือในการให้บริการ ได้แก่ เครื่องดึงกระดูกสันหลัง ส่วนกระดูกต้นคอ และกระดูกหลังส่วนล่างและกระเบนเหน็บ แบบแรงดึง อัตโนมัต เครื่องออกกำลังกายเพื่อการรักษา

4. พื้นที่ให้บริการด้วยกายภาพบำบัดทางทรวงอกและการระบายเสมหะ ประกอบด้วย เครื่องมือในการให้บริการ ได้แก่ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องเคาะและสั่นปอดอัตโนมัติ

การจัดอัตรากำลัง

โดยมีบุคลากรในหน่วยงานทั้งหมด 10 คน ปฏิบัติงานพร้อมกัน ไม่มีการเปลี่ยนเวร สามารถจำแนกลักษณะงานของบุคลากรตามความรับผิดชอบได้เป็น 2 หน้าที่ ดังนี้

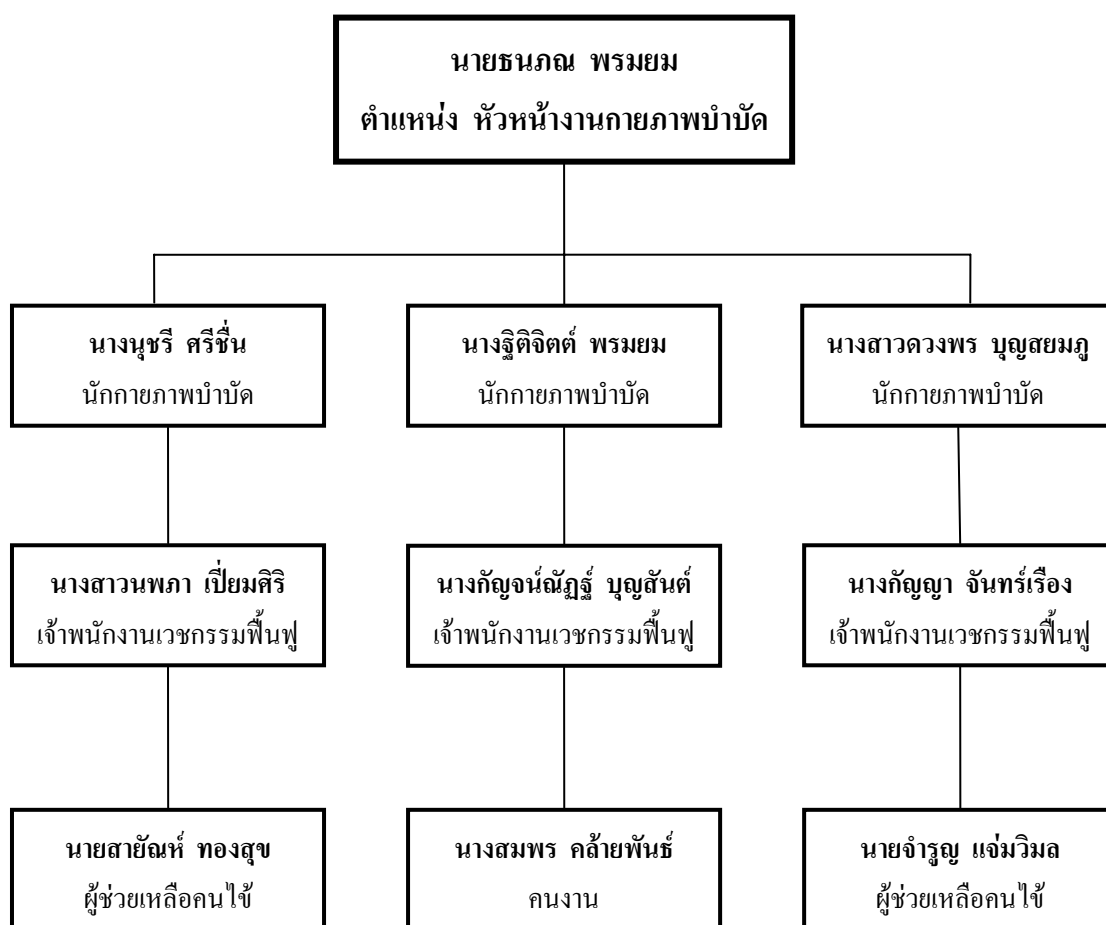
1. บุคลากรที่มีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ นักกายภาพบำบัด จำนวน 4 คน มีหน้าที่ในการวางแผนการรักษา ให้การรักษา ทางกายภาพบำบัด และเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู จำนวน 3 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือนักกายภาพบำบัดในการดูแลรักษาผู้ป่วย

2. บุคลากรที่สนับสนุนการบริการ ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน มีหน้าที่ในการลงทะเบียนและรับส่งผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยมาที่หน่วยกายภาพบำบัด และ คนงาน จำนวน 1 คน มีหน้าที่ในการดูแลความสะอาดทั่วไป อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติในการเดินเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรือเกี่ยวข้องกับ การดูแลรักษา

ลักษณะการบังคับบัญชา

งานกายภาพบำบัด จัดอยู่ในกลุ่มบริการทางทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู มีลักษณะงาน เป็นเอกลักษณะของตนเอง มีสายบังคับบัญชา ดังนี้

แผนภูมิการบังคับบัญชา งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอ่างทอง



ภาพประกอบ 2 แผนภูมิการบังคับบัญชา งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลอ่างทอง

โดยมีรายละเอียดของแต่ละตำแหน่ง ดังนี้

ตำแหน่ง หัวหน้างานกายภาพบำบัด มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการหน่วยงาน การวางแผน การมอบหมายงาน การควบคุม การประเมินผลและพัฒนาผลงานของผู้ใต้บังคับบัญชา และผลงานของหน่วยงานกายภาพบำบัด

ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด มีหน้าที่หลัก ได้แก่ ให้การตรวจประเมิน วางแผนการรักษา ให้การรักษา ฟันฟู ให้คำแนะนำผู้ป่วย ญาติ และประเมินผลทางการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วย

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชกรรมฟันฟู มีหน้าที่หลัก ได้แก่ ให้การช่วยเหลือ นักกายภาพบำบัดในการรักษา ฟันฟู และให้คำแนะนำผู้ป่วย ญาติ ตามแผนการรักษาของนักกายภาพบำบัด

ตำแหน่ง ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีหน้าที่หลัก ได้แก่ ให้การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และอำนวยความสะดวกแก่นักกายภาพบำบัดและเจ้าพนักงานเวชกรรมฟันฟู ในการรักษา ฟันฟู การจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ตลอดจนเป็นผู้บันทึกข้อมูลทางเวชระเบียน เช่น การลงประวัติ การค่าบริการทางกายภาพบำบัด เป็นต้น

ตำแหน่ง คนงาน มีหน้าที่หลัก ได้แก่ ให้การดูแลความสะอาด เรียบร้อยภายในหน่วยงาน การจัดหาผ้าคลุมไว้บริการ และการจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน

3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.1 แนวความคิดเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

เสาวมาศ เกื่อนนาคี (2545 : 49 - 58) ได้ศึกษาแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้

วิวัฒนาการการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีความสอดคล้องกับแนวคิด และวิวัฒนาการคุณภาพในวงการอุตสาหกรรม ในแต่ละยุคมีการดำเนินการ และวิวัฒนาการในเรื่อง การทำให้โรงพยาบาลมีคุณภาพในต่างประเทศ แบ่งได้ 3 ยุค ดังนี้

ยุคเริ่มต้น

ฟลอเรนส์ นิติงเกิล (Florence Nigthingale) ได้สังเกตเห็นความแตกต่างของผลลัพธ์ ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลต่าง ๆ ในกรุงลอนดอน เมื่อปี ค.ศ. 1863 เธอเรียกร้องให้มีการตรวจสอบเป็นระบบว่า มีกระบวนการดูแลที่เกี่ยวกับความแตกต่างนี้อย่างไร คำเรียกร้องของเธอไม่ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไร ในขณะที่เธอมีชีวิตอยู่

คอร์ดีแมน (Earnest Armory Codman) เป็นศัลยแพทย์ที่ทำงานในบอสตันในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 เขาได้สังเกตเห็นความแตกต่างของการให้บริการเช่นเดียวกับในดิงเกล และโดยส่วนตัวเขาได้สร้างระบบการตรวจสอบผลการทำงาน (End - result) ขึ้นมาใช้กับตนเอง โดยเก็บบันทึกการผ่าตัดผู้ป่วยทุกราย และผลลัพธ์จากการผ่าตัดผ่านไป 1 ปี เขาได้เรียกร้องให้มีกระบวนการประเมินอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพ แม้ว่าจะถูกต่อต้านจากศัลยแพทย์ด้วยกัน แต่แนวความคิดของเขาก็ได้เป็นพื้นฐานในการก่อตั้งวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกาขึ้นในปี ค.ศ. 1913 ซึ่งปีต่อมา วิทยาลัยศัลยแพทย์ดังกล่าว ได้รับเอาระบบการตรวจสอบผลการทำงานเข้าไปเป็นข้อบังคับสำหรับการสมัครเข้าเป็นสมาชิก โดยกำหนดให้ส่งสรุ่ยย่อ ผลการผ่าตัดใหญ่ผู้ป่วย 50 ราย ซึ่งประกอบด้วย รายละเอียดของหัตถการที่ทำ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ระยะเวลาในการผ่าตัด สภาวะของผู้ป่วยโดยละเอียด และได้กำหนดแนวทางปฏิบัติ เป็นมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับโรงพยาบาล 5 ข้อ คือ

1. แพทย์ได้รับอนุญาตให้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จะต้องมีการรวมตัวกันจัดตั้งองค์กร เรียกว่า คณะแพทย์ (The medical staff)
2. แพทย์และศัลยแพทย์จะต้องได้รับปริญญาแพทย์ และใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ และต้องปฏิบัติตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ
3. คณะแพทย์จะต้องมีการประชุมอย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อทบทวนการบันทึก ทางคลินิกและวิเคราะห์บริการที่ให้กับผู้ป่วย
4. แพทย์จะต้องบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายอย่างถูกต้อง สมบูรณ์
5. จะต้องมีส่วนที่ และเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วย รวมทั้งบริการทางพยาธิวิทยา รังสีวิทยา และชันสูตร

แม้ว่า มาตรฐานขั้นต่ำของโรงพยาบาล จะไม่ได้เป็นการวัดผลลัพธ์สุดท้ายของการให้บริการก็ตาม แต่ได้เป็นแนวทางในการกำหนดให้มีการทบทวนผู้ป่วยที่มีปัญหา หรือได้รับผลที่ไม่พึงประสงค์ โดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการทำงานที่ผิดพลาดร่วมกัน และเกิดการปรับปรุงคุณภาพบริการในที่สุด

มาตรฐานขั้นต่ำ 5 ข้อนี้ เป็นจุดเริ่มต้นของโครงการมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital standardization program) ซึ่งมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาลมากในขณะนั้น ในปี ค.ศ. 1951 สมาคมศัลยแพทย์อเมริกา ร่วมกับสมาคมโรงพยาบาลอเมริกา และสมาคมโรงพยาบาลแคนาดา จัดตั้ง Joint Commission on Accreditation of Hospital ขึ้น เพื่อทำการตรวจสอบและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ต่อมาสมาคมโรงพยาบาลแคนาดาแยกตัวไปดำเนินการเอง แต่มีทันตแพทย์สมาคมอเมริกา และตัวแทนผู้บริโภคร่วมแทน จึงกลายเป็น Joint Commission on

Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ที่ให้การรับรองสถานบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน

ยุคที่ 2 กระบวนการติดตามประเมินผล (Monitoring & Evaluation : M & E)

ในขณะที่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลดำเนินการไปอย่างช้า ๆ ในช่วงปี ค.ศ. 1950 นั้น ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1960 โคนาบีเดียน (Avedis Donabedian) แพทย์ที่มหาวิทยาลัยมิชิแกน ได้รวบรวมงานวิจัยเท่าที่มีอยู่มาสร้างเป็นกรอบทฤษฎีในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ในรูปแบบของโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) โดยมีความเชื่อว่า โครงสร้างทางด้านสาธารณสุข เช่น คน เงิน สถานที่ เทคโนโลยี ทรัพยากร ฯลฯ และกระบวนการดูแล เช่น กิจกรรมการดูแล การตรวจวินิจฉัย หรือกระบวนการบริหารจัดการมีผลต่อผลลัพธ์ของการบริการเนื่องจากการประเมินผลลัพธ์ก่อนข้างจะมีปัญหาจึงไม่ได้มีการประเมินผลลัพธ์ เพราะ 1) ไม่มีข้อมูลซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าจะวัดคุณภาพที่เป็นผลลัพธ์ได้อย่างไร 2) แม้ว่าโครงสร้างและกระบวนการทำงานดีแล้ว ผู้ป่วยอาจจะได้รับผลที่ไม่พึงประสงค์ก็ได้ 3) ไม่มีฐานข้อมูลที่ใช้เปรียบเทียบกันได้ จึงยอมรับสมมติฐานที่ว่า เมื่อโครงสร้าง และกระบวนการดีก็ น่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี ต่อมาได้มีคนพยายามที่จะประเมินผลลัพธ์ของบริการโดยตรง ซึ่งใช้วิธีการ 2 วิธีควบคู่กันไป คือ การทบทวนย้อนหลังในผู้ป่วยบางประเภท โดยอาศัยเกณฑ์ที่กำหนดอย่างชัดเจน และประเมินผลภายหลังการให้บริการ

ยุคต่อมาเป็นยุคของการทบทวนตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ และข้อมูลภายใต้การนำของชาร์ล จาร์คอบ (Chales Jacob) ได้มีการจัดตั้งศูนย์การตรวจสอบคุณภาพ (Quality review center) ขึ้นไป JCAHO ศูนย์นี้ได้ตีพิมพ์วิธีการตรวจสอบดูแลผู้ป่วยขึ้น เรียกว่า Performance Evaluation Procedure for Auditing and Improvement Patient Care (PEP) โดยเน้นการสรุปในภาพรวมมากกว่าการตรวจสอบเฉพาะราย

ในยุคนี้มีการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลให้มีการนำเอาวิธีการของสารสนเทศมาใช้ในการประเมินคุณภาพ ต่อมาในช่วง ค.ศ. 1980 ได้มีการประสานจุดแข็งของแนวคิดทั้ง 2 แนวคิด คือ การตรวจสอบตามเกณฑ์ และใช้วิธีการทางระบาดวิทยาของการควบคุมการติดเชื้อเข้าด้วยกัน พัฒนาเป็นกระบวนการติดตามและประเมินผล (Monitoring & evaluation process) กล่าวคือ มีการสร้างเกณฑ์วัดคุณภาพและเกณฑ์การคัดกรองทางคลินิกนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่ำสุดที่ยอมรับได้ โดยทำอย่างต่อเนื่อง และมีกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น หรืออาจเรียกกระบวนการนี้ว่า การประกันคุณภาพ (Quality Assurance : QA)

กระบวนการประกันคุณภาพมีจุดอ่อนอยู่ที่ เมื่อถึงจุดหนึ่งบุคลากรจะไม่เกิดการกระตุ้นให้มีการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพเพราะคิดว่าตนเองได้มาตรฐานแล้ว นอกจากนั้นยังเป็นกระบวนการที่เน้นการตรวจสอบ ซึ่งสร้างความรู้สึกเชิงลบให้แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ

ยุคที่ 3 การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) และการบริหารองค์การเพื่อคุณภาพแบบองค์รวม (Total Quality Management : TQM)

แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการบริหารเพื่อคุณภาพแบบองค์รวม ในวงการอุตสาหกรรม นับว่าประสบความสำเร็จอย่างมากเมื่อนำมาใช้ในวงการบริการสุขภาพ ผู้ที่บุกเบิกนำมาใช้ในบริการสุขภาพ ได้แก่ Donald Berwick, Pual Bertalden และ Brent James แพทย์เหล่านี้ก็เหมือนแพทย์คนอื่น ส่วนใหญ่ในขณะนั้นที่ไม่พอใจกับวิธีการปฏิบัติในการประกันคุณภาพที่ทำอยู่ จึงได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารการพัฒนาคุณภาพในภาคอุตสาหกรรม นำมาสู่การวิจารณ์ระบบการประกันคุณภาพด้านสุขภาพ และได้พยายามแปลงให้อยู่ในบริบทของบริการสุขภาพ

ในปี ค.ศ. 1987 Berwick และ Bertalden ได้ร่วมกับสถาบันจูราน (Juran Institute) และที่ปรึกษาคุณภาพจากวงการอุตสาหกรรมจำนวนหนึ่ง จัดทำโครงการสาธิตการปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Demonstration Projection on Quality Improvement in Health Care : NDP) โดยความร่วมมือขององค์กร 21 แห่ง ซึ่งได้ข้อสรุปว่า สามารถนำกระบวนการ TQM / CQI มาใช้กับบริการสุขภาพได้ แนวคิดของ CQI แตกต่างจากแนวคิดเดิม คือ CQI เป็นแนวคิดในเชิงรุก มีหลักการว่า “แม้ไม่มีปัญหาที่จะหาทางปรับปรุงให้ดีขึ้นกว่าเดิม” ในขณะที่แนวคิดเดิมตั้งรับรอให้เกิดปัญหาแล้วค่อยหาทางจัดการแก้ปัญหาเหล่านั้น นอกจากนั้น CQI ยังมีแนวคิดในการประเมินผลลัพธ์ที่กว้างกว่าเดิม คือนอกจากจะมองผลลัพธ์ที่เป็นอัตราป่วย อัตราตาย แล้ว ควรมองถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย ทำอย่างไร ผู้ป่วยจะสะดวกสบาย อบอุ่น นอกเหนือไปจากการได้รับการรักษาเท่านั้น

ถึงแม้ว่าจะมีความแตกต่างกัน แต่ก็ยังมีแนวคิดที่คล้ายคลึงกันบางประการของ CQI กับ ประสิทธิภาพเดิมในด้านการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ กระบวนการเรียนรู้ของกลุ่ม ซึ่งเคยเป็นปัจจัยสำคัญในยุคต้นของการพัฒนาคุณภาพ ต่อมาในระยะหลังได้สูญหายไป เป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการทำงานและเรียนรู้ร่วมกันของทีมใน CQI กระบวนการวัดและวิเคราะห์ข้อมูลใน M&E (Monitoring & Evaluation) และ CQI เป็นเรื่องเดียวกัน สิ่งที่ CQI เพิ่มขึ้นคือ เครื่องมือในการวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลที่มีประโยชน์อีกจำนวนมาก ระบบสารสนเทศเดียวกันสามารถตอบสนองทั้งกิจกรรมการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้ ถ้าจุดเริ่มต้นของโครงการอยู่ที่ระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ควรทำกิจกรรมประกันคุณภาพเพื่อยกระดับการปฏิบัติที่ต่ำ

กว่ามาตรฐาน ถ้าจุดเริ่มต้นของโครงการอยู่ที่ระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ควรทำกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องให้มากขึ้น

วิวัฒนาการการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย

การพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย ได้เริ่มขึ้น เมื่อปี พ.ศ. 2522 โดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ได้จัดประชุมวิชาการ เรื่อง การควบคุมคุณภาพ การประกันคุณภาพ และการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลขึ้น จึงทำให้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการแพร่หลายยิ่งขึ้น และได้มีการดำเนินการเป็นระยะ แต่เนื่องจากนโยบายในเรื่องนี้ไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง จึงทำให้การดำเนินการขาดช่วงไปเป็นระยะ (กรมการแพทย์. 2541 : 17) วิวัฒนาการการแพทย์ในประเทศไทย ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

พ.ศ. 2524 กองการพยาบาลร่วมกับกองสาธารณสุขภูมิภาค เริ่มพัฒนาการบริหารจัดการทั่วไป และการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน

พ.ศ. 2526 กองการพยาบาลเริ่มต้นพัฒนาระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้มีระบบงานที่ชัดเจน และมีคุณภาพ

พ.ศ. 2526 – 2528 นพ.บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้น ได้ริเริ่มให้มีโครงการประเมินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่า “โครงการโรงพยาบาลติดดาว โดยใช้หลักการของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของอเมริกา”

พ.ศ. 2528 - 2529 นพ.ประสิทธิ์ ธารากุล ที่ปรึกษาปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้น ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการ และหน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาค (พบส.) ขึ้น โดยมีเป้าหมายว่า มีการจัดเครือข่ายบริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จในเขตหนึ่ง ๆ โดยให้สถานบริการระดับต่าง ๆ สามารถเชื่อมโยงบริการเข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดมาตรฐานสำหรับประเมินระดับความสามารถให้บริการของตนเอง

พ.ศ. 2528 – 2531 กองการพยาบาลจัดทำมาตรฐานระบบบริการพยาบาล และเริ่มตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล (Nursing audit) ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

พ.ศ. 2532 – 2538 กองการพยาบาลได้ศึกษาแนวคิด และจัดระบบการประกันคุณภาพการบริการการพยาบาล (Nursing quality assurance) และเริ่มนำไปปฏิบัติได้ในปี พ.ศ. 2538

พ.ศ. 2536 ทีมงานจากสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ไปศึกษาดูงานที่ประเทศออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ เกี่ยวกับการนำ TQM มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ และการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ ACHS (Australial Council for Hospital Standards)

พ.ศ. 2536 – 2539 นับเป็นก้าวแรกของ TQM / CQI ในโรงพยาบาล โดยสำนักงานประกันสุขภาพ กองโรงพยาบาลภูมิภาค องค์การอนามัยโลกและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

(สวรส.) ได้ให้การสนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนากำหนดนำ TQM / CQI มาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง 8 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมด ผสมผสานเข้ากับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ และการพัฒนาองค์กร (Organizational development) ประกอบกับการไปศึกษาดูงานต่างประเทศของผู้บริหารโรงพยาบาล จึงทำให้มีความกระตือรือร้นมากขึ้น และมีการดำเนินการไปครบกระบวนการใน 2 โรงพยาบาล

พ.ศ. 2536 – 2537 สำนักงานประกันสังคมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข (สวรส.) และผู้ทรงคุณวุฒิอีกหลายท่าน ได้ร่วมกันจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้น เพื่อใช้ในการรับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม โดยใช้มาตรฐานของประเทศออสเตรเลียเป็นแนวทางในการนำร่อง

พ.ศ. 2538 กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพ โดยมีเป้าหมายว่าจะให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ โดยใช้แนวคิด TQM / CQI มาใช้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ซึ่งกองโรงพยาบาลภูมิภาคให้การสนับสนุนวิทยากร และงบประมาณ ในปัจจุบันก็ยังมีผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

พ.ศ. 2538 สวรส. ได้รับมอบหมายจากสำนักงานประกันสังคมให้จัดทำคู่มือประเมินสถานพยาบาลประกันสังคมตามมาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด กระบวนการจัดทำคู่มือก่อให้เกิดเครือข่ายของบุคคลที่สนใจเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น

พ.ศ. 2538 – 2539 เครือข่ายของบุคคลที่สนใจการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้ร่วมกันจัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลขึ้น โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สวรส. และสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทำให้นักวิชาการและผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น และได้จัดทำมาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับปีกาญจนาภิเษกเสร็จสิ้นปลายปี พ.ศ. 2539 ทางคณะกรรมการที่ปรึกษาแนะนำ ให้นำมาตรฐานที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ไปจนถึงโรงเรียนแพทย์ จำนวน 35 แห่ง เข้าร่วมโครงการ มีผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสาธารณสุข ให้การสนับสนุนโครงการอย่างเต็มที่ นำไปสู่การก่อตั้งภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น โครงการได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยร่วมจากสำนักงานสนับสนุนกองทุนการวิจัย (สกว.) ด้วย โครงการนี้ยังดำเนินอยู่ในปัจจุบัน

พ.ศ. 2541 สภาพยาบาล ได้ผ่านพระราชบัญญัติสถานพยาบาลฉบับใหม่ และกองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดกฎกระทรวงซึ่งได้ระบุมาตรฐานเชิงโครงสร้าง และกำลังคน ที่จะเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง

พ.ศ. 2541 ได้มีการประกาศสิทธิผู้ป่วย โดยความร่วมมือของแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา กองประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันจัดทำประกาศสิทธิผู้ป่วยขึ้น 10 ข้อ เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน

พ.ศ. 2542 ได้มีการตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น เพื่อให้การรับรองสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ

แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลควบคู่ไปกับการเรียนรู้ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจในการบริหารจัดการโรงพยาบาลอย่างมีระบบ และการรับรองผลงานจากองค์กรภายนอก เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้มารับบริการว่าจะได้รับบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ

กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จะต้องเริ่มจากการกำหนดมาตรฐานหรือศึกษามาตรฐาน ตรวจสอบและประเมินตนเอง มีการปรับปรุง และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินจากองค์กรภายนอก การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นเพียงส่วนเดียวและส่วนสุดท้ายของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลคุณภาพ เป็นการรับรองว่าโรงพยาบาลนั้นเป็นโรงพยาบาลที่สามารถดำเนินกิจการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประการแรก คือ ทำในสิ่งที่ถูกต้อง (Doing the right thing) โดยการดำเนินกิจการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นอยู่จริงของโรงพยาบาลในขณะนั้น รวมทั้งเหมาะสมกับกฎหมาย ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อของคนในชุมชนที่ตั้งของโรงพยาบาลด้วย ประการที่สอง คือ ทำให้ดี (Doing it well) โดยการดำเนินกิจการแล้วได้ผลดีในทุก ๆ ขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดของแต่ละกิจกรรม และประการสุดท้าย คือ เป็นที่พึงพอใจของผู้มาใช้บริการ (Satisfying the customers) การดำเนินกิจกรรมแล้วเป็นที่พึงพอใจของผู้มาใช้บริการทั้งผู้มาใช้บริการภายนอก (External customers) ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้มาใช้บริการภายใน (Internal customers) ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และ เจ้าของกิจการ (สมชาติ โตรักษา. 2544 : 35) ดังนั้น การรับรองคุณภาพ จึงครอบคลุมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. รับรองว่าโรงพยาบาลมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพ

ทุกคนในองค์กรรู้ว่าเป้าหมายอยู่ที่ใด บทบาทของตนคืออะไร มีความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2. รับรองว่าโรงพยาบาลมีกระบวนการทำงานที่มีมาตรฐาน

โรงพยาบาลมีมาตรฐานการทำงานของตนเอง โดยมีหลักประกันว่าจะไม่ให้เกิดความเสียหายกับผู้ป่วย เช่น มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรค มาตรฐานการรักษาผู้ป่วย เป็นต้น

3. รับรองว่าโรงพยาบาลมีระบบตรวจสอบตนเองที่น่าเชื่อถือ

โรงพยาบาลต้องแสดงให้เห็นว่า มีระบบการตรวจสอบตนเองที่น่าเชื่อถือ เช่น มีการแสดงให้เห็นว่ามีการปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้ และมีการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มีการนำปัญหามาทบทวน ปรึกษาในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการแก้ไขปรับปรุงที่ต่อเนื่อง

4. รับรองว่าโรงพยาบาลมีการบริหารงานที่เป็นระบบ และเป็นทีม

มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการวางระบบโครงสร้างของการทำงานร่วมกัน และมีการสนับสนุนการทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่อง และเป็นรูปธรรม

5. รับรองว่าโรงพยาบาลมีกำลังคน สถานที่ และเครื่องมือที่เหมาะสม

ความเหมาะสมของทรัพยากรทั้งบุคคล สถานที่ และเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ พิจารณาถึงความสอดคล้องกับพันธกิจ และขอบเขตของความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ร่วมกับการมีกระบวนการบำรุงรักษา และพัฒนา เพื่อให้ใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า

แนวคิดการรับรองคุณภาพเกิดขึ้นจากความต้องการของสังคมที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความมั่นใจในบริการที่ได้รับ ทั้งนี้เนื่องจากในสภาพปัจจุบันมีปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น

1. ผู้บริโภคขาดข้อมูลในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ข้อมูลจากผู้บริโภคเองไม่เพียงพอสำหรับการตัดสินใจ เพราะผู้บริโภคไม่สามารถประเมินคุณภาพในภาพรวมได้ ผู้ที่จะประเมินได้ทั้งหมดนี้คือบริการ คือ ผู้ประกอบวิชาชีพนั้น ๆ

2. โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีทิศทาง นโยบายการพัฒนาคุณภาพที่แตกต่างกัน

3. ผู้บริหารมอบความรับผิดชอบด้านคุณภาพแก่ผู้ประกอบวิชาชีพ

4. มีความเสี่ยงอยู่ทั้งในตัวระบบ และตัวผู้ประกอบวิชาชีพ เนื่องจากขาดระบบที่จะตรวจสอบตนเอง

จากแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล สรุปได้ว่าผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ สังคม โดยส่งผลให้สังคมเกิดความเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลต่าง ๆ มีระบบการทำงานที่ไว้วางใจได้ ประชาชน ประโยชน์ต่อการทราบข้อมูลเพื่อตัดสินใจว่าควรเลือกใช้บริการหรือให้ความไว้วางใจโรงพยาบาลใดบ้าง ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ส่งผลให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ไม่เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหรือจากการละเลยของผู้ประกอบวิชาชีพในขณะเดียวกัน ผู้ประกอบวิชาชีพ ได้ประโยชน์โดยในการ

ทำงานมีหลักประกันว่าทำงานภายใต้ความเสี่ยงในระดับที่ต่ำที่สุด มีความสะดวก รวดเร็ว และคล่องตัวในปฏิบัติงาน โรงพยาบาล ได้ผลประโยชน์จากการมีภาพลักษณ์ที่ดีทำให้ มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับ

ดังนั้น การพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน โรงพยาบาลคุณภาพสามารถเป็นหลักประกันที่สร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับกลุ่มบุคคลต่างๆ ได้แก่

1. ผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย มีความมั่นใจต่อคุณภาพการบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล
2. ผู้ให้บริการ หรือผู้ปฏิบัติงาน มีความมั่นใจในระบบการทำงานนี้ส่งเสริมความปลอดภัยต่อชีวิตละทิ้งภัยสิน
3. ผู้บริหารโรงพยาบาล มีความมั่นใจในศักยภาพขององค์กรว่าสามารถพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการบริการ

ความหมายของบริการ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน. 2546 : 607) ได้ให้ความหมายของคำว่า บริการ คือ “การรับใช้อำนวยความสะดวกให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล” เมื่อนำเอาคำว่า บริการมาผนวกกับประชาชนเป็น “การบริการประชาชน” หมายความว่า “การรับใช้ประชาชนการอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน และช่วยเหลือเกื้อกูลประชาชน”

วีระพงษ์ เกลิมจิระรัตน์ (2542 : 174) ให้ความหมายคำว่า บริการ หมายถึง พฤติกรรม กิจกรรมหรือการกระทำ ที่บุคคลหนึ่งทำให้อีกบุคคลหนึ่ง โดยมีเป้าหมายและมีความตั้งใจในการส่งมอบบริการนั้น หรือสิ่งที่จับ สัมผัส หรือและต้องได้ยาก เป็นสิ่งที่เสื่อมและสูญสลายได้ง่าย บริการจะได้รับการกระทำขึ้นโดยบริการ และจะส่งมอบสู่ผู้รับบริการ (ลูกค้า) เพื่อใช้สอยบริการนั้น ๆ

จากความหมายของบริการข้างต้นสรุปได้ว่า บริการ คือ กระบวนการในการส่งมอบกิจกรรม ที่สื่อออกมาในรูปของ พฤติกรรม และการกระทำจาก ผู้ให้บริการ ไปสู่ ผู้รับบริการโดยมีลักษณะที่เป็นการปฏิบัติรับใช้ และการให้ความสะดวกต่างๆ

ความสำคัญของการบริการ

จากการศึกษาความสำคัญของการบริการ พบว่า มีนักวิชาการได้กล่าวถึงความสำคัญของการบริการไว้ ดังนี้

สมชาติ กิจยรรยง (2543 : 15) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการบริการว่า การให้บริการที่ดี และมีคุณภาพจากตัวบุคคลซึ่งต้องอาศัยเทคนิค กลยุทธ์ ทักษะ และความแนบเนียนต่าง ๆ ที่จะให้ชนะใจลูกค้า ผู้ที่ติดต่อบริการหรือบุคคลทั่วไปที่มาใช้บริการจึงถือได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง การติดต่อโดยได้รับการบริการจากตัวบุคคลทุกระดับในองค์กรรวมทั้งผู้บริหารขององค์กรนั้น ๆ เป็นบริการที่ดีจะเป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้ติดต่อบริการหรือบุคคลเกิดความเชื่อถือ ศรัทธา และการสร้างภาพลักษณ์ซึ่งจะมีผลในการจัดซื้อหรือบริการอื่น ๆ ในโอกาสหน้าซึ่งการบริการอาจจะกระทำได้ในรูปแบบต่าง ๆ คือ

1. การต้อนรับและเอาใจใส่
2. การให้บริการทางโทรศัพท์
3. การให้บริการขายหน้าร้าน
4. การให้บริการทางร้านค้า หรือสำนักงาน
5. การบริการภายหลังการขาย
6. การบริการสำหรับพนักงานช่าง
7. ทักษะในการปฏิบัติงานเพื่อบริการในสำนักงาน

สมิต สัจฉกร (2546 : 14 - 15) ได้กล่าวถึง การบริการเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในงานด้านต่าง ๆ ฉะนั้นการบริการ คือ การให้ความช่วยเหลือหรือดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ไม่มีการค้าเนิ่นงานใด ๆ ที่ปราศจากการบริการทั้งในภาครัฐราชการ และภาคธุรกิจเอกชน การขายสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ใด ๆ ก็ต้องมีการบริการรวมอยู่ด้วยเสมอ ยิ่งเป็นธุรกิจบริการ ตัวบริการนั่นเอง คือ สินค้า การขายจะประสบความสำเร็จได้ต้องมีบริการที่ดี ธุรกิจการค้าจะอยู่ได้ต้องทำให้เกิดการ “ขายซ้ำ” คือ ต้องรักษาลูกค้าเดิม และเพิ่มลูกค้าใหม่ การบริการที่ดีจะช่วยรักษาลูกค้าเดิมไว้ได้ ทำให้เกิดการขายซ้ำแล้วซ้ำอีก และชักนำให้ลูกค้าใหม่ ๆ ตามมา เป็นความจริงว่า “เราสามารถพัฒนาคุณภาพสินค้าที่ละตัวได้ แต่การพัฒนาคุณภาพบริการต้องทำพร้อมกันทั้งองค์กร” การพัฒนาคุณภาพของการบริการเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกคนในองค์กรจะต้องถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน มิฉะนั้นจะเสียโอกาสแก่คู่แข่งหรือสูญเสียลูกค้าไป

ในการพิจารณาความสำคัญของการบริการ อาจพิจารณาได้ใน 2 ด้าน ได้แก่

1. ผลของการบริการที่ดี จะส่งผลให้ผู้มาใช้บริการมีทัศนคติ ทางด้านความคิด และความรู้สึก ทั้งต่อตัวผู้ให้บริการ และหน่วยงานที่ให้บริการเป็นไปในทางบวก คือ ความชอบ ความพึงพอใจ ดังนี้

มีความชื่นชมในตัวผู้ให้บริการ

มีความนิยมในหน่วยงานที่ให้บริการ

มีความระลึกถึง และยินดีมาขอรับบริการอีก

มีความประทับใจที่ดีไปอีกนานแสนนาน

มีการบอกกล่าวไปยังผู้อื่นแนะนำให้ผู้มาใช้บริการเพิ่มขึ้น

มีความภักดีต่อหน่วยงานที่ให้บริการ

มีการพูดถึงผู้ให้บริการ และหน่วยงานในทางที่ดี

2. ผลของการบริการที่ไม่ดี จะส่งผลให้ผู้มาใช้บริการมีทัศนคติทั้งต่อตัวผู้ให้บริการ และหน่วยงานที่ให้บริการเป็นไปในทางลบ มีความไม่ชอบ และความไม่พึงพอใจ ดังนี้

มีความรังเกียจตัวผู้ให้บริการ

มีความเสื่อมศรัทธาในหน่วยงานที่ให้บริการ

มีความผิดหวัง และไม่ยินดีมาใช้บริการอีก

มีความประทับใจที่ไม่ดีไปอีกนานแสนนาน

มีการบอกกล่าวไปยังผู้อื่น ไม่แนะนำให้ผู้มาใช้บริการอีก

มีการพูดถึงผู้ให้บริการ และหน่วยงานในทางที่ไม่ดี

จากความสำคัญของการบริการดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ความสำคัญของการบริการ อยู่ที่การให้บริการที่ดี และมีคุณภาพโดยอาศัยเทคนิค กลยุทธ์ ทักษะ และความแนบเนียนต่าง ๆ ที่จะให้ชนะใจลูกค้า ผู้ที่ติดต่อธุรกิจหรือบุคคลทั่วไปที่มาใช้บริการ ซึ่งถือได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการบริการที่ดีจะเป็นเครื่องช่วยให้ผู้ติดต่อกับองค์การธุรกิจเกิดความเชื่อถือ ศรัทธา และการสร้างภาพลักษณ์ซึ่งจะมีผลในการจัดซื้อ หรือใช้บริการอื่น ๆ ในโอกาสหน้า และการบริการที่ดีจะช่วยรักษาลูกค้าเดิมไว้ได้ ทำให้เกิดการขยายซ้ำแล้วซ้ำอีก และชักนำให้มีลูกค้าใหม่ ๆ ตามมา นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพของการบริการให้ดีขึ้นเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกคนในองค์การจะต้องถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน มิฉะนั้นจะเสียโอกาสแก่คู่แข่งอื่น หรือสูญเสียลูกค้าไป

ลักษณะของการบริการที่ดี

สมิต สัจฉกร (2546 : 17) ได้กล่าวถึง หลักการให้บริการมีข้อคำนึง ดังนี้

1. สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้มาใช้บริการ การให้บริการต้องคำนึงถึงผู้มาใช้บริการเป็นหลัก จะต้องนำเอาความต้องการของผู้มาใช้บริการมาเป็นข้อกำหนดในการให้บริการ แม้ว่าจะเป็นการให้ความช่วยเหลือที่เราเห็นว่าดี และเหมาะสมแก่ผู้มาใช้บริการเพียงใด แต่ถ้าผู้มาใช้บริการ ไม่สนใจให้ความสำคัญการบริการนั้นก็อาจจะไร้ค่า

2. ทำให้ผู้มาใช้บริการเกิดความพอใจ คุณภาพคือความพอใจของลูกค้าเป็นหลักเบื้องต้น เพราะฉะนั้นการบริการจะต้องมุ่งให้ผู้มาใช้บริการเกิดความพอใจและถือเป็นหลักสำคัญในการประเมินผลการให้บริการ ไม่ว่าเราจะตั้งใจให้บริการมากมายเพียงใด ก็เป็นเพียงด้านปริมาณ แต่คุณภาพของการบริการวัดได้ด้วยความพอใจของลูกค้า

นอกจากนี้ สมิต สัจฉกร (2546 : 175 - 176) ได้กล่าวถึง ลักษณะองค์การบริการที่ดีกว่า การให้บริการเป็นการกระทำของบุคคลซึ่งมีบุคลิกภาพ อุปนิสัย และอารมณ์แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และแต่ละสถานการณ์จึงมีการประพฤติปฏิบัติที่หลากหลายออกไป แต่อย่างไรก็ตาม การบริการที่ดีอันเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป มีดังนี้

1. ทำด้วยความเต็มใจ การบริการเป็นเรื่องของจิตใจ ถ้ามีความรักในงานบริการก็จะทำทุกสิ่งทุกอย่าง ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นด้วยความตั้งใจ และเต็มใจ ผลของการกระทำก็มักจะเกิดขึ้นด้วยดี

2. ทำด้วยความรวดเร็ว ผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในอาการรีบร้อน จึงต้องการความช่วยเหลือที่ทันอกทันใจ การแสดงออกอย่างสุภาพในการให้บริการ จึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้รับบริการมีความสุข และความพอใจ

3. ทำถูกต้อง ดังได้กล่าวไว้ในหลักของการให้บริการว่า การให้บริการที่ครบถ้วนสมบูรณ์ จะเป็นการสนองตอบความต้องการ และทำความพอใจให้แก่ผู้รับบริการอย่างชัดเจน การบริการที่ดีจึงต้องเน้นการทำให้ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ

4. ทำอย่างเท่าเทียมกัน คนส่วนมากต้องการสิทธิพิเศษ และเรียกร้องที่จะรับบริการที่ดีกว่า หรือเหนือกว่าผู้อื่น หากเราแสดงออกให้คนต่าง ๆ เห็นว่าเราให้บริการเป็นพิเศษแก่บางคน ก็เท่ากับเราไม่ให้บริการอย่างเป็นธรรม เป็นการสร้างความพอใจให้แก่คนเพียงคนเดียว แต่ทำความไม่พอใจให้แก่คนอื่นอีกจำนวนมาก เราอาจพูดพอได้ขึ้นกับลูกค้าบางคนว่า เราบริการให้เป็นพิเศษ แต่ต้องแสดงออกให้คนทั่วไปเห็นว่าเราบริการอย่างเสมอภาค

5. ทำให้เกิดความชื่นใจ การบริการที่ดีจะต้องทำให้ผู้มาใช้บริการมีความสุข ซึ่งทุกคนต่างตระหนักดีว่า เมื่อใดที่ผู้ให้บริการสนองตอบความต้องการให้ความช่วยเหลือจนผู้รับบริการชื่นใจ

จากลักษณะของการบริการที่ดีดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การบริการที่ดีมีลักษณะ 5 ลักษณะ ดังนี้ ลักษณะแรกทำด้วยความเต็มใจ คือ ทุกทำสิ่งทุกอย่างในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นด้วยความตั้งใจ และเต็มใจ ลักษณะที่สอง ทำด้วยความรวดเร็ว คือ แสดงออกอย่างถูกต้องในการให้บริการ จึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้รับบริการมีความสุข และพอใจ ลักษณะที่สามทำความถูกต้อง คือ ให้บริการที่ครบถ้วน สมบูรณ์ เป็นการสนองตอบความต้องการและทำความพอใจให้แก่ผู้รับบริการอย่างชัดเจน ลักษณะที่สี่ ทำอย่างเท่าเทียมกัน คือ ให้บริการอย่างเป็นธรรมและเสมอภาค ลักษณะที่ห้า ทำให้เกิดความชื่นใจ คือ ทำให้ผู้รับบริการมีความสุข สามารถสนองตอบความต้องการและให้ความช่วยเหลือจนผู้รับบริการชื่นใจ

3.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

ความหมายของคุณภาพและคุณภาพบริการสุขภาพ

คำว่า “คุณภาพ” วิฑูรย์ สิมะโชคดี (2542 : 43) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการและเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

นอกจากนี้ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน. 2546 : 253) ได้ให้ความหมายของคุณภาพว่า “คุณภาพ คือลักษณะของความดี ลักษณะประจำคนหรือสิ่งของ”

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543 : 16) ได้ให้นิยามของคุณภาพว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการอันเกิดจากความสามารถในการตอบสนองและความสอดคล้องกับความต้องการ ซึ่งหมายถึง “การจะบรรลุถึงคุณภาพได้นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อได้ทำให้สอดคล้องกับความต้องการที่ระบุไว้แล้ว”

ชัยสมพล ชาวประเสริฐ (2546 : 106) ได้ให้ความหมายคุณภาพของการบริการ (Service quality) ไว้ว่า หมายถึงการบริการที่ดีเลิศ (Excellent service) ตรงกับความต้องการหรือเกินความต้องการของลูกค้าจนทำให้ลูกค้าเกิดความพอใจ (Customer satisfaction) และเกิดความจงรักภักดี (Customer loyalty)

พิรุณ รัตนวณิช (2545 : 184) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการว่า เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่จะคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่ดีที่สุด เป็นบริการที่ถูกต้องตามหลักวิชาชีพ รวดเร็ว ค่าใช้จ่ายเหมาะสมและผู้รับบริการพึงพอใจ ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องตระหนักถึงความจำเป็น

และความสำคัญของการบริการที่มีคุณภาพ โดยการจ้ระบบบริหารจัดการทั้งทรัพยากร บุคลากร และสิ่งอำนวยความสะดวกในการบริการให้เพียงพอ มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มมาตรฐานบริการให้สูงขึ้น ทั้งนี้เพื่อคงไว้เพื่อบริการที่มีคุณภาพยั่งยืน

สำหรับความหมายของคุณภาพบริการสุขภาพ พบว่า มีนักวิชาการด้านสุขภาพให้ความหมายไว้ดังนี้

โดนาบีเดียน (Donabedian, 1980 : 145) ได้ให้ความหมายของการบริการทางสุขภาพหรือคุณภาพการดูแลว่าเป็นการดูแลที่คาดหวังไว้ว่ามีมาตรการที่จะช่วยทำให้เกิดความผาสุก และความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการ โดยได้ประเมินอย่างละเอียดถึงผลได้และผลเสีย ที่จะเกี่ยวข้องตามมาในการดูแล

ชาติริ บานชื่น (2541 : 88) ได้อธิบายความหมายของคุณภาพบริการสุขภาพว่า หมายถึง ภาวะที่เกื้อกูลต่อผู้รับบริการ ด้วยการตอบสนอง ความต้องการ หรือความคาดหวังของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ

1. ไม่มีปัญหา (Zero defect) คือ การที่ไม่มีความเสี่ยง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่แรกเริ่ม
2. ผู้มาใช้บริการพึงพอใจ ปัญหาได้รับการแก้ไข หรือได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ (Customer satisfaction)
3. ได้มาตรฐาน (Professional standard) ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ
4. เกิดผลลัพธ์ที่ดี (Good outcome) ผลลัพธ์ที่เกิดจากการบริการ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับความสะดวกสบาย และอบอุ่นในการรับบริการ
5. ทำในสิ่งที่ถูกต้อง (Doing the right thing) ได้แก่ การดำเนินกิจการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง และเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นจริงของโรงพยาบาลขณะนั้น รวมถึงเหมาะสมสอดคล้องกับขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม และความเชื่อของชุมชนในพื้นที่ตั้งโรงพยาบาลเป็นไปตามเงื่อนไขทางกฎหมาย
6. ทำให้ดี (Doing it well) ได้แก่ การดำเนินกิจการแล้วได้ผลดีในทุก ๆ ขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดของแต่ละกิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระบวนการให้บริการผู้ป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดเกิดขึ้น เนื่องจากการบริการทางสุขภาพเป็นบริการที่ทำกับชีวิตมนุษย์ เมื่อข้อผิดพลาดเกิดขึ้น อาจหมายถึงชีวิต หรือความสูญเสียต่าง ๆ ดังนั้น จึงต้องมีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานชัดเจน
7. ผู้มาใช้บริการพึงพอใจ (Satisfying the customers) ได้แก่ การดำเนินกิจการแล้วเป็นที่พึงพอใจของผู้มาใช้บริการทั้งผู้มาใช้บริการภายนอก (External customers) หมายถึง ผู้ป่วย

ครอบครัว ญาติและผู้มาใช้บริการภายใน (Internal customers) ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร หรือเจ้าของกิจการ เพื่อให้มองคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ได้ครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้น ควรมองคุณภาพให้ครอบคลุมถึงคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพที่ตั้งไว้ และคุณภาพตามการรับรู้ของผู้มาใช้บริการเพื่อให้การปฏิบัติงานของบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้มาใช้บริการหรือจัดบริการ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้มาใช้บริการเป็นสำคัญ การตอบสนองความต้องการของผู้มาใช้บริการจะต้องตอบสนองทั้งความต้องการของผู้มาใช้บริการภายนอก และผู้มาใช้บริการพึงพอใจ

จากความหมายของคุณภาพบริการสุขภาพดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า คุณภาพบริการสุขภาพ เป็นระบบการจัดการตามมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัย คือ ทำในสิ่งที่ถูกต้อง เกิดผลดีต่อผู้มาใช้บริการภายนอก และผู้มาใช้บริการภายใน

องค์ประกอบของคุณภาพบริการสุขภาพ

องค์ประกอบของคุณภาพบริการสุขภาพ มองได้หลายแง่มุมแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะของบริการแต่ละชนิด และบริการของสังคม

จากการศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพบริการสุขภาพ พบว่า มีนักวิชาการได้กล่าวถึงแนวคิดหรือองค์ประกอบของคุณภาพบริการสุขภาพ ไว้ดังนี้

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543 : 16-17) กล่าวว่า คุณภาพบริการในระบบสุขภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ

1. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ (Customer satisfaction) อันเกิดจากความสามารถในการตอบสนองความจำเป็นและความต้องการ
2. ปราศจากข้อผิดพลาด (Zero defect) ทำสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่ครั้งแรก(Right the first time)
3. การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐาน (Standard) ซึ่งอาจหมายรวมถึง มาตรฐานวิชาชีพ องค์ความรู้ทางวิชาการ จริยธรรม และแนวทางปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับทั่วไป
4. การเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต (Quality life) ของผู้ป่วย นั่นคือเกิดผลลัพธ์ที่ดี และพึงประสงค์ต่อสุขภาพในภาพรวม ไม่เพียงแต่หายจากโรคร้ายเท่านั้น

เสาวมาศ เกื่อนนาคี (2545 : 45) เสนอคุณลักษณะ 7 ประการของการบริการที่ดี ยึดหลัก SERVICE : 15 - 16)

S = Smiling & Sympathy หมายถึง ยิ้มแย้ม และเอาใจเขามาใส่ใจเรา เห็นอกเห็นใจ ต่อความลำบากยุ่งยากของผู้รับบริการ

E = Early response sympathy หมายถึง ตอบสนองต่อความประสงค์ของผู้รับบริการ อย่างรวดเร็วทันใจ โดยมีได้เอ่ยปากเรียกหา

R = Respectful หมายถึง แสดงออกถึงความนับถือ และให้เกียรติผู้รับบริการ

V = Voluntariness manner หมายถึง ลักษณะการให้บริการเป็นแบบสมัครใจ และเต็มใจทำมิใช่ทำแบบเสียมิได้

I = Image enhancing หมายถึง แสดงออกซึ่งรักษาภาพพจน์ของผู้ให้บริการ และเสริมภาพพจน์ขององค์การด้วย

C = Courtesy หมายถึง กิริยาอาการอ่อนโยน สุภาพ และมีมารยาทดี อ่อนน้อมถ่อมตน

E = Enthusiasm หมายถึง มีความกระตือรือร้น และกระตือรือร้นขณะบริการจะให้บริการมากกว่าที่คาดหวังเสมอ

อนูวัฒน์ ศุภชุติกุล (2542 : 45) กล่าวว่า สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลแคนาดา (Canadian Council for Health Care Services Accreditation (CCASA)) มีมติในการมองคุณภาพการบริการสุขภาพว่า จะต้องพิจารณาในสิ่งต่อไปนี้

1. Competence หมายถึง ความรู้และทักษะของผู้ให้บริการมีความเหมาะสมกับภาระหน้าที่และมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอ

2. Acceptability หมายถึง แต่ละกิจกรรมบริการที่จัดให้ตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ ครอบครัว ผู้ให้บริการ และผู้ให้เงินสนับสนุน

3. Effectiveness หมายถึง การรักษาหรือบริการทำให้มีอัตราการรอด หรือคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

4. Appropriateness หมายถึง การดูแลรักษาที่ให้ความถูกต้องเหมาะสม

5. Efficiency หมายถึง การใช้ทรัพยากร (เวลา การทดสอบ เครื่องมือ สถานที่) อย่างประหยัดที่สุดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

6. Accessibility หมายถึง การให้บริการในสถานที่ และเวลาที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงได้สะดวก

7. Safety หมายถึง การจัดระบบป้องกันความเสี่ยงให้เหลือน้อยที่สุด มีการอธิบายให้ผู้รับบริการและครอบครัวได้รับทราบ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543 : 51) ได้สรุปว่า คุณภาพบริการสุขภาพ สามารถเขียนเป็นมิติได้ดังนี้

1. ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ (Competency)
2. การเข้าถึงหรือมีบริการให้เมื่อต้องการ (Accessibility)
3. ความเหมาะสมของการดูแลรักษาเทียบกับมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดไว้ (Appropriateness)

4. ประสิทธิภาพของการดูแลรักษา คือการที่หาย ไม่ตาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Effectiveness)
5. ประสิทธิภาพหรือความคุ้มค่าในผลที่ได้รับเมื่อเทียบกับทรัพยากรที่ใช้ไป (Efficiency)
6. ความปลอดภัย (Safety)
7. ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (Continuity)
8. การยอมรับหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ (Acceptability)

จะเห็นว่า สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลแคนาดา และ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของประเทศไทย มองคุณภาพบริการสุขภาพครอบคลุมทั้งตัวผู้ให้บริการที่ต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะที่ดี และเพียงพอที่จะให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดบริการที่สะดวก ปลอดภัย วิธีการรักษาพยาบาลถูกต้องครบถ้วนตามหลักวิชาการ ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด และประการสำคัญ ต้องสร้างความพึงพอใจต่อทั้งผู้มาใช้บริการ ผู้ให้การสนับสนุนต่อองค์กร และผู้ให้บริการ

จากองค์ประกอบของคุณภาพบริการสุขภาพ ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพบริการสุขภาพนั้น จะต้องมองคุณภาพบริการให้มีความครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการ ผู้มาใช้บริการ และ ผู้ให้การสนับสนุน โดยผู้ให้บริการต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะที่ดี ตลอดจนการเป็นผู้ให้บริการด้วยความกระตือรือร้น มีอริยาสัยที่ดี สอดคล้องกับเวลา สถานการณ์ เป็นผู้ที่ให้เกียรติผู้รับบริการและผู้สนับสนุนองค์กรอย่างเท่าเทียมกัน อีกทั้งต้องมีการพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องกัน

3.4 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นทัศนคติที่เป็นนามธรรมไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปร่างได้ การที่เราจะทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจหรือไม่ สามารถสังเกตโดยการแสดงออกที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน จึงเป็นการยากที่จะวัดความพึงพอใจโดยตรง แต่สามารถวัดได้โดยทางอ้อม โดยการวัดความคิดเห็นของบุคคลเหล่านั้น และการแสดงความคิดเห็นนั้นจะต้องตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง จึงสามารถวัดความพึงพอใจนั้นได้ พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน. 2546 : 793) กล่าวไว้ว่า “พึง” เป็นคำช่วยกริยาอื่น หมายความว่า “ควร” เช่น พึงใจ หมายความว่า พอใจ ชอบใจ และคำว่า “พอ” หมายความว่า เท่าที่ต้องการ เต็มความต้องการ ถูกชอบ เมื่อนำคำสองคำมาผสมกัน “พึงพอใจ” จะหมายถึง ชอบใจ ถูกใจตามที่

ต้องการซึ่งสอดคล้องกับ Wolman (1973 : 587) กล่าวถึง ความพึงพอใจว่าเป็นความรู้สึกที่ได้รับความสำเร็จตามมุ่งหวังและความต้องการ

ความหมายของความพึงพอใจ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน. 2546 : 793) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจ หมายถึง พอใจ ชอบใจ

และมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของความพึงพอใจต่าง ๆ พอสรุปได้ดังนี้

ธนียา ปัญญาแก้ว (2541 : 12) ได้ให้ความหมายว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจจะเกี่ยวกันกับลักษณะของงาน ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่ความพอใจในงานที่ทำ ได้แก่ ความสำเร็จ การยกย่อง ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้า เมื่อปัจจัยเหล่านี้อยู่ต่ำกว่า จะทำให้เกิดความไม่พอใจงานที่ทำ ถ้าหากว่างานให้ความก้าวหน้า ความท้าทาย ความรับผิดชอบ ความสำเร็จและการยกย่องแก่ผู้ปฏิบัติงานแล้ว พวกเขาจะพอใจและมีแรงจูงใจในการทำงานเป็นอย่างมาก

วิรุฬ พรรณเทวี (2542 : 11) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะคาดหวังกับสิ่งหนึ่ง สิ่งใด อย่างไร ถ้าคาดหวังหรือมีความตั้งใจมากและได้รับการตอบสนองด้วยดี จะมีความพึงพอใจมาก แต่ในทางตรงกันข้ามอาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่ง เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตนตั้งใจไว้ว่าจะมีมากหรือน้อย

วิทวัส รุ่งเรืองผล (2546 : ออนไลน์) กล่าวว่า “ความพึงพอใจของลูกค้า” หรือ “Customer satisfaction” เป็นคำพหูพจน์ที่นักการตลาดพูดถึงกันอยู่เสมอเพราะพื้นฐานสำคัญในการทำงานทางการตลาด คือการทำให้ลูกค้าพอใจ ลูกค้าที่พอใจอยู่แล้วก็ต้องทำให้พอใจมากขึ้นหรือพอใจในสินค้าและบริการของเรามากกว่าของคู่แข่ง

กาญจนา อรุณสุขรุจิ (2546 : 5) กล่าวว่า ความพึงพอใจของมนุษย์ เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นนามธรรม ไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปร่างได้ การที่เราจะทราบว่าคุณคนมีความพึงพอใจหรือไม่ สามารถสังเกตโดยการแสดงออกที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน และต้องมีสิ่งเร้าที่ตรงต่อความต้องการของบุคคล จึงจะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นการสร้างสิ่งเร้าจึงเป็นแรงจูงใจของบุคคลนั้นให้เกิดความพึงพอใจในงานนั้น

อุทัยวรรณ สุกใจ (2549 : ออนไลน์) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคล ที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยอาจจะเป็นไปในเชิงประเมินค่า คล้ายกับ Wolman ที่กล่าวว่าความพึงพอใจหมายถึง ความรู้สึกมีความสุขเมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย ความต้องการและแรงจูงใจ และชริณี เดชจินดา ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ความรู้สึกพอใจจะ

เกิดขึ้นเมื่อความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนอง หรือบรรลุจุดหมายในระดับหนึ่ง ความรู้สึกจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้น หากความต้องการหรือจุดมุ่งหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง

แอปเปิ้ลไวท์ (Applewhite. 1965 : 6) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า เป็นความสุข ความสบายที่ได้รับจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เป็นความสุขความสบายที่เกิดจากการเข้าร่วม ได้รู้ได้เห็นในกิจกรรมนั้น ๆ

โวลแมน (Wolman. 1973 : 384) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า หมายถึง ท้าที่ทั่ว ๆ ไปที่เป็นผลมาจากท้าที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับกิจกรรม
2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคล
3. ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม

ริสเซอร์ (Risser. 1975 : 45-51) กล่าวว่า ความพึงพอใจของแต่ละคนเกิดจากการได้รับประสบการณ์ หรือบรรลุในสิ่งที่คาดหวัง

แคมป์เบลล์ (Campbell. 1976 : 117-124) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ หมายถึง ผู้บริการประสบความสำเร็จ ในการทำให้สมดุลระหว่างสิ่งที่ผู้มาใช้บริการให้ค่ากับความคาดหวังของผู้มาใช้บริการ และประสบการณ์นั้นเป็นไปตามความคาดหวัง

จากความหมายของความพึงพอใจที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปความหมายของความพึงพอใจได้ว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลในทางบวก ความชอบ ความสบายใจ ความสุขใจต่อสภาพแวดล้อมในด้านต่าง ๆ หรือเป็นความรู้สึกที่พอใจต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความชอบ ความสบายใจ และเป็นความรู้สึกที่บรรลุ ถึงความต้องการ

การวัดความพึงพอใจ

การวัดความพึงพอใจมีนักวิชาการได้ให้แนวทางดังนี้

ภนิตา ชัยปัญญา (2542 : 28) ได้กล่าวไว้ว่า การวัดความพึงพอใจนั้น สามารถทำได้หลายวิธี ดังต่อไปนี้

1. การใช้แบบสอบถาม โดยผู้ออกแบบสอบถาม เพื่อต้องการทราบความคิดเห็น ซึ่งสามารถกระทำได้ในลักษณะกำหนดคำตอบให้เลือก หรือตอบคำถามอิสระ คำถามดังกล่าว อาจถามความพอใจในด้านต่าง ๆ

2. การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการวัดความพึงพอใจทางตรง ซึ่งต้องอาศัยเทคนิคและวิธีการที่ดีจะได้ข้อมูลที่แท้จริง

3. การสังเกต เป็นวิธีวัดความพึงพอใจ โดยการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลเป้าหมาย ไม่ว่าจะแสดงออกจากการพูดจา กริยา ท่าทาง วิธีนี้ต้องอาศัยการกระทำอย่างจริงจัง และสังเกตอย่างมีระเบียบแบบแผน

วิทวัส รุ่งเรืองผล (2546 : ออนไลน์) ได้กล่าวไว้ว่า การวัดความพึงพอใจของลูกค้าอย่างมีหลักการนั้น กระบวนการทำงานควรมี ดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนว่าต้องการประเมินไปเพื่อประโยชน์อะไร เช่น หากต้องการเพียงเพื่อทราบความพึงพอใจในสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง โดยเฉพาะก็ไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงการวางกรอบการวัดอย่างต่อเนื่อง สามารถทำเป็นวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลได้เลยแต่ถ้ามีแผนงานที่จะพัฒนาเป็นดัชนีความพึงพอใจ (Customer Satisfaction Index) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของลูกค้าในแต่ละปีหรือเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงาน ระหว่างกลุ่มผลิตภัณฑ์ ระหว่างสาขาหรือระหว่างบริษัทที่ทำอยู่ในประเทศไทย กับที่อยู่ประเทศอื่นๆ รวมทั้งการเปรียบเทียบกับคู่แข่ง แนวทางการวัดความพึงพอใจก็จะเริ่มซับซ้อนขึ้นในขั้นตอนการวางกรอบและเกณฑ์การวัดเพื่อให้เกิดการเปรียบเทียบกันได้อย่างเป็นธรรม

2. กำหนดปัจจัยที่จะใช้วัดความพึงพอใจ โดยกำหนดว่าจะใช้ปัจจัยใดบ้างมาเป็นตัวชี้วัด คะแนนความพึงพอใจโดยรวมและควรให้นำหนักแต่ละปัจจัยเท่าไร การได้มาซึ่งปัจจัยที่จะใช้เป็นตัวชี้วัด เป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยความร่วมมือระดมความเห็นจากหลายฝ่ายและควรทำการทดสอบปัจจัยเหล่านี้ก่อนนำมาทำการประเมินจริงเพื่อให้แน่ใจว่า ปัจจัยที่กำหนดไม่ซ้ำซ้อนกันเกินไปหรือขาดปัจจัยสำคัญบางตัวไป รวมถึงควรทำการประเมินความสำคัญของปัจจัยแต่ละตัวเพื่อนำมาใช้ถ่วงน้ำหนักในการวัดความพึงพอใจรวมด้วย

3. กำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการวัด ปกติแล้ว จะใช้ Likert scale ด้วยการให้คะแนนความพึงพอใจในแต่ละปัจจัยจาก 1ถึง5 โดย 5 คือพอใจมากที่สุด 4 คือพอใจมาก 3 คือพอใจปานกลาง 2 คือพอใจน้อยและ 1 คือพอใจน้อยที่สุด ขณะที่บางบริษัทอาจให้ลูกค้าให้คะแนนโดยใช้ Scale จาก 1ถึง 3 หรือให้คะแนนจาก 1ถึง10 หรือเป็นเปอร์เซ็นต์ความพึงพอใจจากคะแนนเต็ม100

4. กำหนดวิธีการวัดความพึงพอใจ ในขั้นนี้ก็คือขั้นของการทำวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ที่ต้องกำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างในเชิงสถิติเพื่อให้เกิดการกระจายตัวของลูกค้าที่สุ่มมาทำการวัดความพึงพอใจ รวมถึงการกำหนดขนาดของตัวอย่างที่ใช้ในการวัดว่าควรมีจำนวนเท่าไร โดยอาศัยเทคนิคการวิจัย

จากการวัดความพึงพอใจข้างต้นที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การวัดความพึงพอใจสามารถทำได้หลายวิธี ทั้งจากการวัดด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์โดยตรง และการสังเกต โดยการวัดความพึงพอใจอย่างมีหลักการนั้นมีกระบวนการได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์ประสงค์ในการวัด กระบวนการกำหนดปัจจัยที่ใช้ในการวัด กระบวนการกำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการวัด และกระบวนการกำหนดวิธีการวัด ซึ่งแต่ละกระบวนการต้องทำอย่างรอบครอบ

ความพึงพอใจในบริการ

ความพึงพอใจ (Satisfaction) หมายถึง ระดับความรู้สึกของผู้มาใช้บริการ ที่มีผลมาจากการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่ได้รับกับสิ่งที่คาดหวัง ระดับความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการเกิดจากความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ได้รับกับสิ่งที่คาดหวัง (สมิต สัจฉกร. 2546 : 18) ซึ่งหากพิจารณาถึงความพึงพอใจของการบริการว่าจะเกิดความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด ถ้าได้รับการบริการต่ำกว่าความคาดหวัง ทำให้เกิดความไม่พอใจ แต่ถ้าระดับผลของการบริการสูงกว่าความคาดหวัง ก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจ ผู้มาใช้บริการก็จะเกิดทำให้เกิดความประทับใจ ส่งผลให้กลับมาใช้บริการซ้ำอีก

จึงสามารถกล่าวได้ว่า ความพึงพอใจในบริการ หมายถึง ภาวะการณแสดงออกถึงความรู้สึกในทางบวกของบุคคลอันเป็นผลมาจากการเปรียบเทียบ การรับรู้สิ่งที่ได้รับจากการบริการ ไม่ว่าจะเป็นการมาใช้บริการหรือการให้บริการในระดับที่ตรงกับการรับรู้สิ่งที่คาดหวังเกี่ยวกับการบริการนั้น ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการและความพึงพอใจในงาน ของผู้ให้บริการ

การเสริมสร้างความพึงพอใจในการให้บริการ

สมชาติ กิจขรรยง (2543 : 37) ได้กล่าวถึง การเสริมสร้างความพึงพอใจในการให้บริการว่า การปฏิบัติงานบริการ พนักงาน และผู้บริหารงานบริการต้องเสริมสร้างความต่อเนื่องหรือสร้างความประทับใจด้วยการให้บริการด้วยการติดตามผลงานบริการจากผู้มาใช้บริการ คือ

1. รับฟังความต้องการ หรือปัญหาจากลูกค้าหรือผู้มาใช้บริการ
2. ทำงานอย่างมีชีวิตและจิตใจ ใส่ความกระตือรือร้นในงาน
3. เตรียมคำตอบไว้ล่วงหน้าโดยสมมติคำถามจากผู้มาใช้บริการ
4. มุ่งการปฏิบัติงานบริการเป็นสำคัญ
5. บริการผู้มาใช้บริการ หรือลูกค้าอย่างใกล้ชิด
6. ใช้แนวทางบริการที่เข้าถึงงาน หรือเข้าถึงคน และสัมผัสกับงานอย่างใกล้ชิด

7. ตั้งใจฟังคำพูดของผู้มาใช้บริการเสมอ
8. ทบทวนข้อคิดเห็นต่าง ๆ จากผู้มาใช้บริการ
9. บอกตนเองเสมอว่า “ลูกค้าหรือผู้มาใช้บริการต้องประทับใจในงานบริการของเรา”
10. หัวหน้าหรือผู้นำต้องสร้างขวัญ และกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่บริการ

มิลเลท (Millet. 1954 : 433) ได้กล่าวถึง ความสามารถในการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ โดยพิจารณาจากองค์ประกอบ 5 ด้าน ดังนี้

1. การให้บริการอย่างเสมอภาค (Equitable services) หมายถึง ความยุติธรรมในการบริหารงานของรัฐที่มีฐานคติที่ว่าทุกคนเท่าเทียมกัน ดังนั้นประชาชนทุกคนจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันในแง่มุมของกฎหมาย ไม่มีการแบ่งแยกกีดกันในการให้บริการ ประชาชนจะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่ใช้มาตรฐานการให้บริการเดียวกัน

2. การให้บริการอย่างทันเวลา (Timely services) หมายถึง ในการบริการจะต้องมองว่าการให้บริการสาธารณะจะต้องตรงเวลา ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ จะถือว่าไม่มีประสิทธิผลเลยถ้าไม่มีการตรงต่อเวลา ซึ่งจะสร้างความไม่พึงพอใจให้แก่ประชาชน

3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (Amble services) หมายถึง การให้บริการสาธารณะต้องมีลักษณะจำนวนการให้บริการ และสถานที่ให้บริการอย่างเหมาะสม (The right quantity at the geographical) มิลเลท เห็นว่า ความเสมอภาค หรือการตรงต่อเวลาจะไม่มี ความหมายเลย ถ้ามีจำนวนการให้บริการที่ไม่เพียงพอ และสถานที่ตั้งที่ให้บริการสร้างความไม่ยุติธรรมให้เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ

4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous services) หมายถึง การให้บริการสาธารณะที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ โดยยึดประโยชน์ของสาธารณะเป็นหลักไม่ใช่ยึดความพอใจของหน่วยงานที่ให้บริการว่าจะให้หรือหยุดบริการเมื่อใดก็ได้

5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive services) หมายถึง การให้บริการสาธารณะที่มีการปรับปรุงคุณภาพ และผลการปฏิบัติงาน กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ การเพิ่มประสิทธิภาพหรือความสามารถที่จะทำหน้าที่ได้มากขึ้น โดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิม

แนวทางการสร้างความพึงพอใจในการบริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ต่างมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงานบริการ ดังนั้น การสร้างความพึงพอใจในการบริการ จำเป็นที่จะต้องดำเนินการควบคู่กันไปทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ดังนี้

1. การตรวจสอบความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ อย่างสม่ำเสมอ ผู้บริหารการบริการจะต้องใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่มีในการสำรวจความต้องการ คำนิยม

และความคาดหวังของผู้ใช้ที่มีต่อการบริการขององค์กรซึ่งสามารถกระทำได้โดยการใช้บัตรแสดงความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรบริการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนทั้งจากภายนอกและภายในองค์กรในการสะท้อนภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานบริการ ซึ่งจะเป็นตัวชี้ข้อบกพร่อง ข้อได้เปรียบขององค์กร เพื่อการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาคุณภาพของการบริการให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการ อันจะนำมาซึ่งความพอใจต่อการบริการ

2. การกำหนดเป้าหมายและทิศทางขององค์กรให้ชัดเจน ผู้บริหารการบริการจำเป็นต้องนำข้อมูลที่ระบุถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้ ข้อบกพร่อง ข้อได้เปรียบขององค์กร ต้นทุนของการดำเนินการ แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้บริโภคและข้อมูลอื่นที่เป็นประโยชน์มาประกอบการกำหนดนโยบาย เป้าหมายและทิศทางขององค์กร ซึ่งจะส่งผลต่อลักษณะของการให้บริการและคุณภาพของการบริการต่อผู้รับบริการ

3. การกำหนดกลยุทธ์การบริการที่มีประสิทธิภาพ ผู้บริหารการบริการต้องปรับเปลี่ยนการบริการที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับเป้าหมาย ทิศทางขององค์กร โดยใช้กลยุทธ์สมัยใหม่ ทั้งในด้านการบริหารการตลาด และการควบคุมคุณภาพการบริการ รวมทั้งการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการอำนวยความสะดวกในการบริการด้านต่าง ๆ เช่น การจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้ด้วยระบบฐานข้อมูล โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ การใช้ระบบโทรศัพท์อัตโนมัติในการต่อสายเชื่อมโยง การติดต่อกับหน่วยงานภายในองค์กรบริการ เป็นต้น ปัจจุบันผู้บริหารนิยมนำแนวคิดด้าน “การบริหารเชิงกลยุทธ์” ที่คำนึงถึงการให้ความสำคัญกับบรรยากาศการทำงานระหว่างพนักงานบริการภายในองค์กร เช่นเดียวกันกับการสร้างสายสัมพันธ์กับผู้ใช้ภายนอกให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน

จากการเสริมสร้างความพึงพอใจในการบริการและแนวทางการสร้างความพึงพอใจในการบริการดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การสร้างความประทับใจในการให้บริการ เช่น การรับฟังความต้องการหรือปัญหาจากลูกค้า หรือผู้รับบริการ การทำงานอย่างมีชีวิต กระตือรือร้น ใส่ใจให้บริการอย่างใกล้ชิด รวมทั้งองค์ประกอบที่สำคัญอีก 5 ด้าน ได้แก่ การให้บริการอย่างเสมอภาค การให้บริการอย่างทันเวลา การให้บริการอย่างเพียงพอ การให้บริการอย่างต่อเนื่อง การให้บริการอย่างก้าวหน้า จะสร้างความพึงพอใจให้ลูกค้าหรือผู้มารับบริการ และแนวทางการเสริมสร้างความพึงพอใจจำเป็นที่จะต้องดำเนินการควบคู่กันไปทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การตรวจสอบความคาดหวังของผู้มารับบริการ การกำหนดเป้าหมาย และการกำหนดกลยุทธ์

3.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ทฤษฎีของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg, 1959 : 79) แบ่งประเภทของความพึงพอใจออกเป็น 2 ลักษณะตามปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจได้แก่

1. ความพึงพอใจที่เกิดจากปัจจัยเบื้องต้น ได้แก่ ความพึงพอใจที่เกิดจากความมีสำนึกในการทำงาน ผลสัมฤทธิ์ ความเจริญเติบโตของงาน ความก้าวหน้า รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา เทคนิคการนิเทศงาน ความรับผิดชอบในการทำงาน นโยบายในการทำงาน นโยบายและการบริหารงานของหน่วยงาน สภาพของงาน ตัวของงานที่ทำ สภาพและปัจจัยส่วนตัวของผู้ทำงาน ตลอดจนความมั่นคงในการทำงาน ความพึงพอใจเบื้องต้นนี้สามารถสังเกตได้จากผลงานที่ทำ

2. ความพึงพอใจที่เกิดจากปัจจัยระดับสูง ส่วนใหญ่จะเป็นความพึงพอใจที่เกิดจากความรู้สึกร่วม เช่น ความรู้สึกอันเกิดจากสามัญสำนึกที่มีต่องานและผลสัมฤทธิ์ของงาน ความรู้สึกที่มีต่อความเจริญเติบโตของงาน ต่อความรับผิดชอบในการทำงาน ต่อกลุ่มผู้ร่วมงาน ต่อการเพิ่มหรือลดความมั่นคงในการทำงาน ความรู้สึกที่มีต่อความยุติธรรม ความรู้สึกภูมิใจต่อความเสมอภาคหรือรู้สึกละอายต่อความไม่เสมอภาค รวมทั้งความรู้สึกที่มีต่อรายได้ที่ได้รับ

ทฤษฎีความคาดหวังของ วรูม (Vroom, 1982 : 84) ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า ทฤษฎีความคาดหวังต้องขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ บุคคลต้องการสิ่งนั้นมากเพียงใด และเขาคิดว่าเขาจะได้สิ่งนั้นมากเพียงใด โดยมีสมมติฐาน 4 ประการ ดังนี้

1. พลังในตัวบุคคลประกอบด้วยพลังจากสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรม
2. บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนในองค์การ
3. บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องประเภทของความต้องการ ความปรารถนา และ

เป้าหมาย

4. บุคคลทำการตัดสินใจระหว่างแผนเพื่อเลือก หรือทางเลือกหลาย ๆ ทางของพฤติกรรม โดยอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้ของตนว่า พฤติกรรมเช่นนี้จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามปรารถนาหรือไม่

ธีรวิทย์ ฉายภมร (2544 : 25) กล่าวถึง ทฤษฎีแสวงหาความพอใจว่า บุคคลพอใจจะกระทำสิ่งใด ๆ ที่ให้ความสุขและจะหลีกเลี่ยงไม่กระทำสิ่งที่เขาจะได้รับความทุกข์หรือความลำบาก อาจแบ่งประเภทความพอใจกรณีนี้ได้ 3 ประเภท คือ

1. ความพอใจด้านจิตวิทยา (Psychological hedonism) เป็นธรรมชาติของความสุขใจว่ามนุษย์โดยธรรมชาติแล้วต้องแสวงหาความสุขส่วนตัว หรือหลีกเลี่ยงจากความทุกข์ใด ๆ

2. ความพอใจเกี่ยวกับตนเอง (Egoistic hedonism) เป็นทฤษฎีของความพอใจว่ามนุษย์จะพยายามแสวงหาความสุขส่วนตัว ไม่จำเป็นว่าการแสวงหาความสุขจะต้องเป็นธรรมชาติของมนุษย์เสมอไป

3. ความพอใจเกี่ยวกับจริยธรรม (Ethical hedonism) ทฤษฎีนี้ถือว่ามนุษย์แสวงหาความสุขเพื่อประโยชน์ของมวลมนุษย์ สังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ และจะเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์นี้ผู้หนึ่งด้วย

กิเวลเมอร์ (Gilmer. 1971 : 283) ได้จำแนกองค์ประกอบที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงานไว้ 10 ประการคือ

1. ความมั่นคงและความปลอดภัย ได้แก่ ความมั่นคงในการทำงาน การได้ทำงานตามหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ และได้รับความเป็นธรรม

2. โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน เช่น การมีโอกาสเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น การมีโอกาสได้รับสิ่งตอบแทนจากความสามารถในงานที่ทำ

3. พพอใจในการจัดการ ได้แก่ ความพึงพอใจในงานที่ทำและความพึงพอใจในการลดการ

4. ค่าจ้าง คือ มีความพึงพอใจในค่าจ้างที่ได้รับ และรู้สึกสมเหตุสมผลในสิ่งตอบแทนนั้น

5. ลักษณะของงานที่ทำ คือ ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงานที่ทำ หากได้ทำงานตรงความต้องการและความถนัด

6. การบังคับบัญชา มีส่วนทำให้เกิดความพอใจในการทำงานได้

7. ลักษณะทางสังคม หากผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานร่วมกับคนอื่น ๆ ได้อย่างมีความสุข ก็จะเกิดความพึงพอใจในการทำงานนั้น ๆ

8. การติดต่อสื่อสาร มีส่วนช่วยก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการทำงานมากขึ้นต่างกันได้ โดยถ้าสถานที่ทำงานมีการคมนาคมที่สะดวกสบาย บุคลากรย่อมจะมีความพึงพอใจมากกว่าบุคลากรที่มีสถานที่ทำงานอยู่ในถิ่นทุรกันดาร

9. สภาพของการทำงาน ได้แก่ แสง เสียง ให้อากาศ ชั่วโมงการทำงาน มีส่วนช่วยให้เกิดความพึงพอใจมากขึ้นต่างกันได้

10. สิ่งตอบแทนที่ได้จากการทำงาน เช่น เงินบำเหน็จตอบแทน เมื่อออกจากงาน การรักษาพยาบาล ที่อยู่อาศัย ก็มีมีส่วนให้เกิดความพอใจในการทำงานได้

ความพึงพอใจเป็นการที่มีความรู้สึกดี เมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยอาจแบ่งตามปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจได้ 2 แบบ คือ ความพึงพอใจที่เกิดจาก

ปัจจัยเบื้องต้น ได้แก่ ความพึงพอใจที่ได้ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และความพึงพอใจที่เกิดจากปัจจัยระดับสูง ได้แก่ ความพึงพอใจที่ได้ตอบสนองความรู้สึกภายใน เช่น ความรู้สึกรัก ชอบ โกรธเกลียด เป็นต้น

4. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลงานวิจัยในประเทศ

วนิดา อินทรสันติ (2545 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่องความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี สังกัด กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง 373 คน โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เพื่อศึกษาระดับปัจจัยแรงจูงใจและความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี สังกัด กระทรวงสาธารณสุข 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผลการศึกษา พบว่าระดับปัจจัยแรงจูงใจและความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี สังกัด กระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง ปัจจัยส่วนบุคคล เพศชาย และตำแหน่งข้าราชการทั่วไป มีผลต่อความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี สังกัด กระทรวงสาธารณสุข และสามารถทำนายความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ส่วนปัจจัยแรงจูงใจ ด้านสัมพันธภาพในการทำงาน สวัสดิการ นโยบายการบริหารงาน การปกครองบังคับบัญชา ความสำเร็จในการทำงาน และการยอมรับนับถือ มีผลต่อความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี สังกัด กระทรวงสาธารณสุข และสามารถทำนายความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ศวนิตย์ โพธิ์จันทร์ (2545 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยในและญาติต่อการให้บริการของโรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เพื่อระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในและญาติที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาลขอนแก่น 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในและญาติที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยในและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลขอนแก่นโดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงบริการ ด้านคุณภาพบริการ และด้านผู้ให้บริการอยู่ในระดับมาก โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดแต่ละด้านอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ความพึงพอใจในการ

รักษาโรคของแพทย์ ความพึงพอใจในอุปกรณ์เครื่องมือในการรักษาพยาบาลที่มีเพียงพอและพร้อมใช้งาน และความพึงพอใจในการให้บริการที่มีความเสมอภาคโดยไม่เลือกชั้นวรรณะ

2. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลขอนแก่น โดยรวมและรายด้าน

3. ด้าน คือ ด้านผู้ให้บริการ ด้านคุณภาพบริการ และด้านการเข้าถึงบริการมากกว่าญาติผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ข้อเสนอแนะที่สำคัญ คือ เจ้าหน้าที่บุคลากรไม่สุภาพ ไม่เหมาะสม ควรเพิ่มพัฒนาให้มากขึ้น ควรปรับปรุงที่พักญาติให้ดีกว่าเดิม และควรจัดให้มีที่สำหรับจอดรถแก่ญาติให้เพียงพอ

พิมตา พิสิฐพงษ์ (2550 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่องความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย ที่มีต่อการบริหารจัดการงานผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู.) โรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 384 คน โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยที่มีต่อการบริหารจัดการ ไอ.ซี.ยู. โรงพยาบาลอ่างทอง 2) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ ไอ.ซี.ยู. โรงพยาบาลอ่างทอง 3) เพื่อเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยที่มีต่อการบริหารจัดการ ไอ.ซี.ยู. โรงพยาบาลอ่างทอง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล 4) เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ ไอ.ซี.ยู. โรงพยาบาลอ่างทอง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล 5) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยที่มีต่อการบริหารจัดการ ไอ.ซี.ยู. โรงพยาบาลอ่างทองกับระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ ไอ.ซี.ยู. ซึ่งได้ใช้ เครื่องมือในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วยความพึงพอใจใน ด้านการรักษาพยาบาล ด้านเครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ ด้านอาคารสถานที่ และด้านเจ้าหน้าที่ด้านการวางแผน พบว่าระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการ ไอ.ซี.ยู. โรงพยาบาลอ่างทอง โดยเฉลี่ยรวมมีระดับความพึงพอใจในระดับมาก และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันมีระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ ไอ.ซี.ยู. โรงพยาบาลอ่างทอง ด้านการรักษาพยาบาล ด้านเครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ ด้านอาคารสถานที่ และด้านเจ้าหน้าที่แตกต่างกัน

นิตา ภู่อารณ์ (2550 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่องพฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อโรงพยาบาลอ่างทอง โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อโรงพยาบาลอ่างทอง 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อโรงพยาบาลอ่างทอง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล 3) เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่มีต่อโรงพยาบาลอ่างทอง ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ให้บริการมีความพึงพอใจโดยรวมและรายด้านในระดับมากทุกด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านเครื่องมือ/เครื่องใช้ ด้านอาคารสถานที่ และด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการ ในด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ

และรายได้ของผู้ใช้บริการแตกต่างกัน มีระดับ ความพึงพอใจต่อบริการ โรงพยาบาลอ่างทอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ศุภัญญา บุญน้อม (2550 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่องพฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการด้านการออกกำลังกายในศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬาจังหวัด สุพรรณบุรี โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยคือ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ใช้บริการด้านการออกกำลังกายในศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬาจังหวัด สุพรรณบุรี 2) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการด้านการออกกำลังกายในศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬาจังหวัด สุพรรณบุรี 3) เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการด้านการออกกำลังกายในศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬา จังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งผลการวิจัยพบว่าระดับความพึงพอใจในการมาใช้บริการด้านการออกกำลังกายในศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬาจังหวัด สุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าผู้ที่มีอายุแตกต่างกันมีระดับความพึงพอใจต่อเครื่องมือและอุปกรณ์ออกกำลังกายแตกต่างกัน

ลดา สรณารักษ์ (2543 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่องความพึงพอใจและความต้องการในคุณภาพงานบริการพยาบาลของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่มีต่อแผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลขอนแก่น 2) เพื่อศึกษาระดับความต้องการของผู้รับบริการ ที่มีต่อแผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลขอนแก่น 3) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจกับระดับความต้องการของผู้รับบริการ ที่มีต่อแผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุดในการจัดบริการตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย มีความพึงพอใจระดับมากในระบบบริการบัตร ระบบบริการพยาบาลและระบบการจัดบริการสิ่งแวดล้อม แต่มีความต้องการระดับมากที่สุด ในการจัดบริการสิ่งแวดล้อมและการจัดบริการตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย มีความต้องการระดับมาก ในการจัดบริการระบบบัตรและระบบบริการพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างความพึงพอใจกับความต้องการตามระบบบริการบัตร ระบบบริการพยาบาล การจัดบริการสิ่งแวดล้อม และการจัดบริการตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจมีน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการในงานคุณภาพบริการพยาบาลทุกด้าน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลงานวิจัยภายในประเทศที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานบริการสาธารณะ ได้แก่หน่วยงานในโรงพยาบาล ศูนย์ออกกำลังกาย ซึ่งผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันมีระดับความพึงพอใจในบริการแต่ละด้าน ทั้งด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่ และด้านเจ้าหน้าที่แตกต่างกัน ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบริการสาธารณะ หรือความสามารถใน

การที่จะพิจารณาว่า บริการสาธารณะนั้นจะเป็นที่พึงพอใจก็ให้พิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ คือ การให้บริการต้องมีความพร้อมและสมบูรณ์ในด้านต่างๆ ได้แก่ คุณภาพของบุคลากรผู้ให้บริการ ต้องเป็นผู้ให้บริการอย่างเสมอภาค บริการรวดเร็วทันเวลา บริการด้วยความสุภาพเป็นมิตร คุณภาพการรักษาพยาบาล ต้องให้บริการที่ปลอดภัย บริการที่เป็นกันเอง บริการที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ สำหรับคุณภาพด้านอาคารสถานที่และเครื่องมือ นั้น ต้องมีความปลอดภัย สามารถตอบสนองความสะดวกสบายแก่ผู้มารับบริการ