

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่รวบรวมได้มา สรุปสาระสำคัญในประเด็นที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ โดยมีลำดับการนำเสนอ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ
2. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความคาดหวัง และการรับรู้
3. ข้อมูลของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตบางนา กรุงเทพมหานคร
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ

1.1 คุณภาพการบริการ

1.1.1 ความหมายของคุณภาพการบริการ

ความหมายของคุณภาพการบริการ ได้มีผู้กล่าวไว้หลายทัศนะด้วยกัน ดังนี้ คุณภาพ ตามความหมายของพจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 หมายถึง ลักษณะของความดี ลักษณะประจำ และลักษณะสำคัญหรือลักษณะของความดีเลิศ พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (1988: 1099) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง ระดับความเป็นเลิศหรือสิ่งที่ดีกว่าอื่นๆ

อนุวัฒน์ ศุภคติกุล (2536: 124-134) ให้ความหมายว่า ความสอดคล้องกับความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บริการหรือลูกค้า

วิไล ฤกษ์นัย (2538: 234) กล่าวว่า คุณภาพการบริการ หมายถึง คุณสมบัติหรือคุณลักษณะที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ของการบริการที่ผู้ใช้บริการ (ลูกค้า) รับรู้ว่ามีคุณค่าเด่นตรงไหนหรือเกิดความคาดหวังเป็นที่น่าสนใจจากการที่ผู้ใช้บริการได้จ่าย แลกเปลี่ยน สัมผัส มีประสบการณ์ หรือทดลองใช้ เป็นต้น

จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์ (2547: 171) ให้ความหมายว่า คุณภาพการบริการ ในแนวคิดทางการตลาด คือ ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ นั่นคือ เป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้บริการหรือลูกค้า (Conformance to Requirement) ซึ่งเป็นผู้รับ ประโยชน์จากสินค้าหรือบริการนั้นๆ เนื่องจากคุณสมบัติของบริการ 4 ประการ คือ บริการไม่มีตัวตน มีความหลากหลายในตัวเอง ไม่สามารถแบ่งแยกได้ และเก็บรักษาไม่ได้ทำให้คุณภาพของบริการ ถูกประเมินจากทั้งกระบวนการให้บริการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริการนั้น (Outcome) โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ

อนุวัฒน์ ศุภขติกุล (2542: 4) ให้นิยามคุณภาพบริการ หมายถึง การตอบสนอง ความต้องการที่จำเป็นของลูกค้าโดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ

พาราสุราแมน และคณะ (1988: 12) ได้ให้ความหมายของคุณภาพการบริการ ว่าเป็นความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2539: 291) ได้กล่าวว่า ในธุรกิจการให้บริการ เป็นสิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจการให้บริการ คือ การรักษาระดับการให้ บริการที่เหนือกว่าคู่แข่ง โดยเสนอคุณภาพการให้บริการตามที่ผู้ใช้บริการคาดหวังไว้ ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการที่ผู้ใช้บริการต้องการจะได้รับรับจากประสบการณ์ในอดีต จากการพูด ปากต่อปาก จากการโฆษณาของธุรกิจการให้บริการ ผู้ใช้บริการจะพอใจถ้าได้รับในสิ่งที่ต้องการ (Want) มีความต้องการ (When) ณ สถานที่ที่ผู้ใช้บริการต้องการ (Where) ในรูปแบบที่ต้องการ (How)

ณัฐพัชร ถ้อยประดิษฐ์พงษ์ (2549: 12) ให้ความหมายของคุณภาพไว้ว่า สิ่งใด ก็ตามที่ลูกค้ารู้สึกพึงพอใจ และพูดถึงอยู่เสมอ เมื่อได้ใช้สินค้าและบริการ ซึ่งไม่ได้คำนึงถึงแต่ ประโยชน์การใช้สอย แต่รวมถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้บริโภค ความประทับใจ ความพึงพอใจ ไปจนถึง ความภักดีของลูกค้า

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพการบริการ หมายถึง คุณลักษณะของ บริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต และตอบสนองความต้องการเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

1.2 เกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพ

ศิริพร ดันติพลูวินัย (2538: 18) ได้แบ่งเกณฑ์บ่งชี้คุณภาพออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1.2.1 มาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ (Technical or professional standard)

การกำหนดคุณภาพตามมาตรฐานของวิชาชีพซึ่งแบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ

1) มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure standard) เป็นการกำหนด มาตรฐาน โดยคำนึงถึงระบบบริการพยาบาล ได้แก่ ปรัชญา จุดประสงค์ นโยบายการปฏิบัติงาน

รวมทั้งทรัพยากรต่างๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ อาคารสถานที่ ตลอดจนแหล่งช่วยเหลือทางด้านความรู้ต่างๆ รวมทั้งการวางแผน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ การกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างนี้จะมุ่งประสิทธิภาพ คือ บรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ และมีประสิทธิผล คือ ประหยัดในแง่ใช้แรงงาน เวลา งบประมาณ และทรัพยากรต่างๆ

2) *มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process standard)* เป็นกิจกรรมที่ครอบคลุมแผนของการปฏิบัติงาน โดยบอกวิธีการปฏิบัติอย่างละเอียด ระบุกิจกรรมที่พึงประสงค์ และไม่ควรปฏิบัติ ทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกเห็นได้ชัดเจน และพฤติกรรมที่ไม่แสดงออก เช่น การตัดสินใจที่รวดเร็ว เงียบขาด ทันต่อเหตุการณ์ รวมถึงคุณภาพของการติดต่อสื่อสารและบันทึกด้วย

3) *มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome standard)* เป็นกิจกรรมที่ตั้งไว้เป็นบรรทัดฐานบ่งชี้พฤติกรรมที่มีลักษณะเจาะจงของผู้ใช้บริการตามที่คาดหวังภายหลังได้ใช้บริการแล้ว

1.2.2 *มาตรฐานเชิงการรับรู้หรือการแสดงออก (Expressive standard)* เป็นการกำหนดคุณภาพตามความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ใช้บริการ เนื่องจากผู้ใช้บริการไม่มีความรู้เรื่องของวิชาชีพ จึงประเมินคุณภาพบริการจากสิ่งที่ได้เห็น สัมผัส และรู้สึกได้ขณะเข้ามาใช้บริการ และการที่จะเกิดคุณภาพบริการนั้นจะคำนึงถึงคุณภาพเชิงวิชาชีพ ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพกำหนดแต่เพียงอย่างเดียวไม่ได้ คอทเลอร์ (Kotler, 1994: 8) อธิบายว่าผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีแบบแผนการรับรู้และการประเมินคุณภาพที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ให้บริการจะประเมินคุณภาพการบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่ผู้ใช้บริการไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพ จึงไม่สามารถรับรู้ถึงคุณภาพเชิงวิชาชีพได้ จึงประเมินคุณภาพบริการจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการในขณะรับบริการ ดังนั้นการประเมินเพียงแค่มาตรฐานเชิงวิชาชีพนั้น ผู้ใช้บริการจึงยังไม่เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับซึ่งจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพเชิงการรับรู้ควบคู่ไปด้วยจึงเรียกว่ามีคุณภาพโดยแท้จริง

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2541: 340-342) ได้กล่าวไว้ในการบริหารความแตกต่างทางการแข่งขัน (Managing Competitive Differentiation) งานการตลาดที่ขายสินค้าที่เป็นบริการจะต้องทำให้ผลิตภัณฑ์มีความแตกต่างจากคู่แข่ง เป็นการลำบากที่จะสร้างให้เป็นข้อแตกต่างของบริการอย่างชัดเจนในความรู้สึก การพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่งสามารถทำได้ในลักษณะต่างๆ ดังนี้

1) *คุณภาพการบริการ (Service Quality)* เป็นสิ่งที่สำคัญสิ่งหนึ่งในการสร้างความแตกต่างทางธุรกิจ คือ การรักษาระดับการให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่ง โดยเสนอคุณภาพการบริการตามที่ถูกคาดหวัง ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการที่ถูกคาดหวัง จะได้จาก

ประสบการณ์ในอดีต จากการพูดปากต่อปาก จากการโฆษณาของธุรกิจ โดยทั่วไปไม่ว่าธุรกิจแบบใดก็ตามคุณภาพการให้บริการ มีหลักการให้บริการดังนี้

2) *บริการที่เสนอ (Offer)* โดยพิจารณาความคาดหวังของลูกค้า ซึ่งประกอบด้วย 2 กระบวนการ คือ

(1) การให้บริการพื้นฐาน (Primary Service Package) ได้แก่ สิ่งที่ลูกค้าคาดว่าจะได้รับจากการบริการ

(2) ลักษณะการให้บริการเสริม ได้แก่ บริการที่มีกิจกรรมเพิ่มเติมให้ นอกจากบริการพื้นฐานทั่วไป

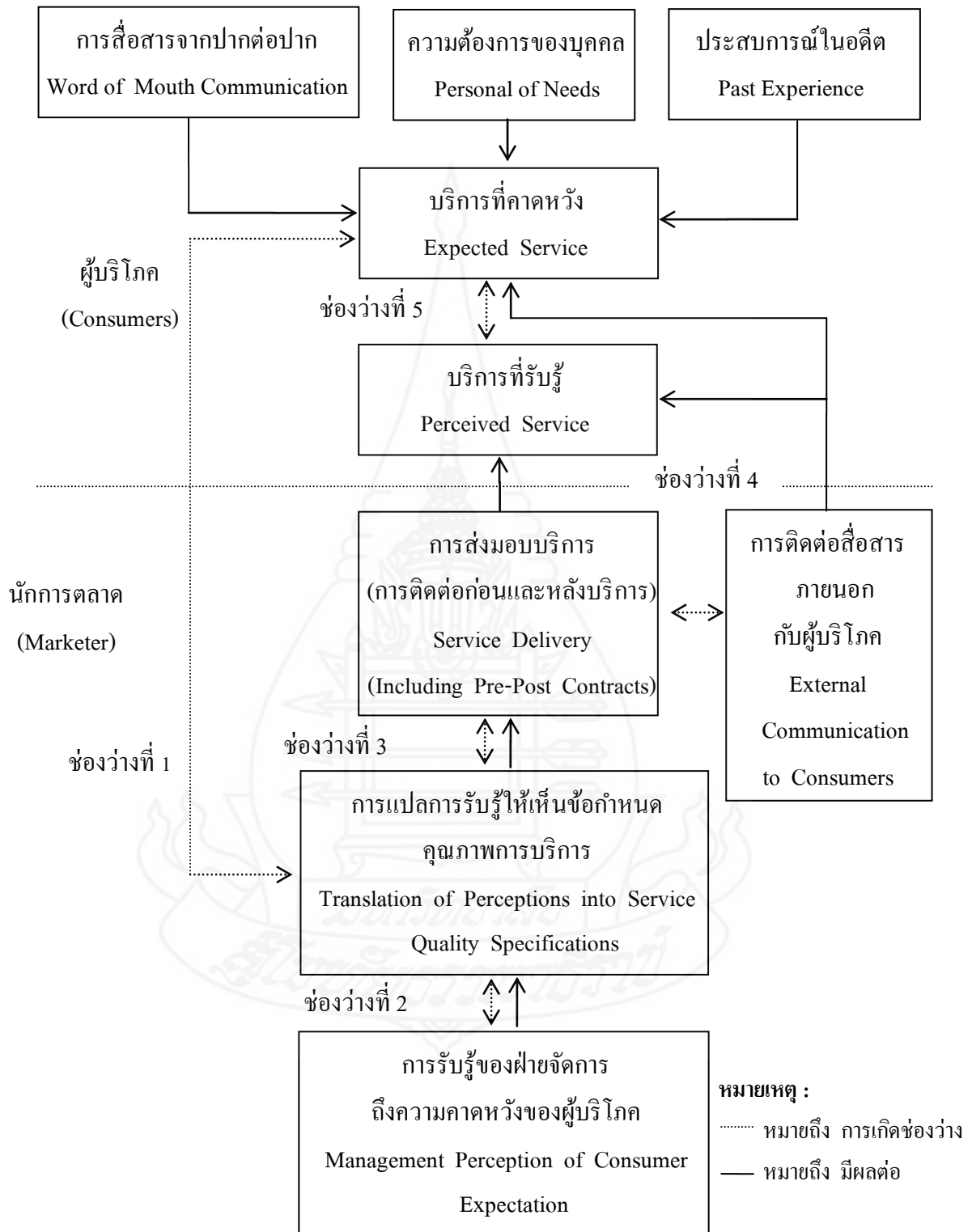
3) *การส่งมอบบริการ (Delivery)* ที่มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอเหนือกว่าคู่แข่ง โดยตอบสนองต่อความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการของผู้บริโภค

4) *การสร้างภาพลักษณ์ (Image)* การสร้างภาพลักษณ์สำหรับองค์กร ที่ให้บริการโดยอาศัยสัญลักษณ์ตราสินค้า โดยอาศัยเครื่องมือการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ และสื่อสารทางการตลาดอื่นๆ

5) *สัญลักษณ์ด้านนวัตกรรม (Innovative Feature)* เป็นการนำเสนอ ในลักษณะที่มีแนวคิดริเริ่มแตกต่างจากการบริการของกลุ่มคู่แข่งทั่วไป

โมเดลคุณภาพของการบริการ (Service Quality Model) ได้กำหนด โมเดลคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งเน้นความต้องการที่มีความสำคัญโดยการส่งมอบคุณภาพการ บริการที่คาดหวัง ซึ่งเป็นสามารถทำให้การส่งมอบบริการคุณภาพไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งแสดงช่องว่าง 5 ประการ ดังนี้

A Conceptual Model of Quality Service



ภาพที่ 2.1 แสดงโมเดลคุณภาพการบริการ (Service Quality Model)

ที่มา: Kotler and Maketin (2003: 594)

ช่องว่างที่ 1 คือ ช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้บริโภค และการรับรู้ของผู้บริหารกิจการ (The Management Perception Gap) ช่องว่างนี้ผู้บริหารอาจไม่เข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของลูกค้า เพราะผู้บริหารมีข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ทำให้การตีความข้อมูลที่ได้รับเกิดความผิดพลาดได้

ช่องว่างที่ 2 คือ มาตรฐานคุณภาพของการบริการที่กำหนดขึ้นไม่ตรงกับความต้องการของลูกค้าที่ฝ่ายบริหารรับรู้ (The Quality Specification Gap) ช่องว่างนี้ผู้บริหารอาจเข้าใจอย่างถูกต้องตามความต้องการของผู้บริโภค แต่ไม่มีการกำหนดมาตรฐานหรือหลักเกณฑ์ในการทำงานที่ชัดเจน รวมทั้งผู้บริหารไม่ให้การสนับสนุนอย่างเพียงพอในการวางแผนคุณภาพของการบริการ

ช่องว่างที่ 3 คือ การให้บริการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการที่กำหนดไว้ (Service Delivery Gap) ช่องว่างนี้จะเกี่ยวข้องกับพนักงานของธุรกิจบริการโดยตรง ซึ่งมาจากวิธีการและวิธีปฏิบัติที่ไม่มีคุณภาพ ไม่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนความสามารถในการทำงาน ซึ่งจะรวมถึงแนวความคิดทางเทคนิค และทักษะการให้บริการ รวมทั้งการตลาดภายในองค์กรที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ

ช่องว่างที่ 4 คือ การนำเสนอบริการให้กับลูกค้าไม่ตรงกับที่ได้ให้สัญญาไว้กับลูกค้า (The Marketing Communication Gap) ช่องว่างนี้เป็นความคาดหวังของผู้บริโภคที่ควรได้รับการบริการตามที่ทางองค์กรได้ลงในสื่อโฆษณาขององค์กรที่ปรากฏออกมา แต่เมื่อมารับบริการกลับทำให้ผู้บริโภคไม่ได้รับการบริการอย่างที่คาดหวังไว้

ช่องว่างที่ 5 คือ การบริการที่ลูกค้ารับรู้ หรือได้รับ ไม่ตรงกับบริการที่ลูกค้าคาดหวังไว้ (The Perceived Service Quality Gap) ช่องว่างนี้จะปรากฏขึ้นต่อเมื่อผู้บริโภคได้รับการบริการที่แตกต่างกับการบริการที่คาดหวังไว้ ซึ่งการบริการต่างๆ จะอยู่ตามช่องว่างที่ 1 ถึงช่องว่างที่ 4

ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพบริการจะเกิดขึ้นจากข้อผิดพลาดระหว่างความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (Consumer) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงจากผู้ให้บริการ (Marketer) เพื่อเป็นการกั้นช่องว่างดังกล่าว และทำให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจมากที่สุด ความคาดหวังของลูกค้าจะมีบทบาทสำคัญมาก เพราะคุณภาพเป็นสิ่งที่ลูกค้ามาสามารถเปรียบเทียบกันได้ คือ คุณภาพที่ลูกค้าได้รับ (Perceived Quality) จากการให้บริการเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่ลูกค้าได้คาดหวังไว้ (Customer Expectations) (Kotler and Maketin, 2003)

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ เป็นสิ่งสำคัญหนึ่งในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจการให้บริการ คือ การรักษาระดับการให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่ง โดยเสนอคุณภาพการให้บริการตามลูกค้าคาดหวังไว้ ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการที่ลูกค้าต้องการ จะได้จากประสบการณ์ในอดีตจากการพูด ปากต่อปาก จากการโฆษณาของธุรกิจให้บริการ ลูกค้าจะพอใจถ้าเขาได้รับในสิ่งที่เขาต้องการ เมื่อเขามีความต้องการ ในรูปแบบที่ต้องการ ดังนั้นจึงต้องคำนึงถึงคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งการบริการที่ประสบความสำเร็จจะต้องประกอบด้วยคุณสมบัติสำคัญต่างๆ เหล่านี้ คือ ประการแรก ความเชื่อถือได้ อันประกอบด้วย ความสม่ำเสมอ ความพึงพอใจได้ ประการที่สอง การตอบสนอง ประกอบด้วย ความเต็มใจที่จะให้บริการ ความพร้อมที่จะให้บริการและการอุทิศเวลา มีการติดต่ออย่างต่อเนื่องปฏิบัติต่อผู้ให้บริการเป็นอย่างดี ประการที่สาม ความสามารถ ประกอบด้วยสามารถในการให้บริการ สามารถในการสื่อสาร สามารถในความรู้ วิชาการที่จะให้บริการ ประการที่สี่ การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย ผู้ให้บริการเข้าใช้หรือรับบริการได้สะดวก ระเบียบขั้นตอนไม่ควรมามากมายซับซ้อนเกินไป ผู้ให้บริการใช้เวลารอคอยน้อย เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่สะดวกสำหรับผู้ให้บริการ อยู่ในสถานที่ที่ผู้ให้บริการติดต่อได้สะดวก ประการที่ห้า ความสุภาพอ่อนโยน ประกอบด้วยการแสดงความสุภาพต่อผู้ให้บริการ ให้การต้อนรับที่เหมาะสม ผู้ให้บริการมีบุคลิกภาพดี ประการที่หก การสื่อสาร ประกอบด้วย มีการสื่อสารชี้แจงขอบเขตและลักษณะงานบริการ มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ ประการที่เจ็ด ความซื่อสัตย์ คุณภาพของงานบริการมีความเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ ประการที่แปด ความมั่นคง ประกอบด้วยความปลอดภัยทางกายภาพ เช่นเครื่องมือ อุปกรณ์ ประการที่เก้า ความเข้าใจ ประกอบด้วย การเรียนรู้ผู้ให้บริการ การให้คำแนะนำ และเอาใจใส่ผู้ให้บริการ การให้ความสนใจต่อผู้ให้บริการ และประการสุดท้าย การสร้างสิ่งที่จับต้องได้ ประกอบด้วย การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ ให้พร้อมสำหรับให้บริการ การเตรียมอุปกรณ์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ให้บริการ การจัดสถานที่ให้บริการสวยงาม สะอาด โดยคุณภาพการให้บริการเป็นแนวคิดในการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่

1.3 การวัดคุณภาพบริการตามความคาดหวัง การวัดหรือประเมินว่าบริการนั้น มีคุณภาพ ผู้ใช้บริการก่อนที่จะมารับบริการคาดหวังไว้ว่าจะได้รับบริการเป็นไปตามความคาดหวังและความต้องการของตนอยู่แล้ว ดังนั้นได้มีผู้ที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบของการบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการไว้ จากผลการวิจัยของพาราสุราแมน (Parasuraman, 1988) ได้ศึกษารูปแบบของการบริการที่เกี่ยวกับปัจจัยการกำหนดคุณภาพและช่องว่าง 5 ประการ ที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ จากการศึกษาของ (นวลลักษณ์ นุษบบง, 2541) โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group interview) ผลการศึกษาพบว่าในการรับบริการนั้นผู้ให้บริการจะใช้เกณฑ์ 10 ประการ ในการกำหนดคุณภาพบริการ คือ

1. ความเป็นรูปธรรมในบริการ (tangibles) หมายถึง ลักษณะสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ อุปกรณ์เครื่องมือ บุคลากร และวัสดุในการติดต่อสื่อสาร
2. ความไว้วางใจได้ (reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการตามที่ให้สัญญาไว้และมีความน่าเชื่อถือ
3. การตอบสนองต่อผู้ให้บริการทันที (responsiveness) หมายถึง ความยินดีที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการ และพร้อมที่จะให้บริการได้ในทันที
4. สมรรถนะของผู้ให้บริการ (competence) หมายถึง การมีความรู้และความสามารถทักษะในการบริการที่ให้และสามารถแสดงออกมาให้ผู้รับบริการประจักษ์ได้
5. ความมีอัธยาศัย (courtesy) หมายถึง ความสุภาพอ่อนโยน ให้เกียรติ มีน้ำใจ และเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ
6. ความน่าเชื่อถือ (credibility) หมายถึง ความน่าไว้วางใจ เชื่อถือได้ซึ่งเกิดจากความซื่อสัตย์ และความจริงใจของผู้ให้บริการ
7. ความปลอดภัย (security) หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัย ในชีวิตทรัพย์สิน ชื่อเสียง ปราศจากความรู้สึกเสี่ยงอันตราย และข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งการรักษาความลับของผู้รับบริการ
8. การเข้าถึงบริการ (access) หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมารับบริการ
9. การติดต่อสื่อสาร (communication) หมายถึง การให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้รับบริการ ใช้สื่อสารด้วยภาษาที่ผู้รับบริการเข้าใจและรับฟังเรื่องราวต่างๆ จากผู้รับบริการ
10. การเข้าใจและรู้จักผู้ให้บริการ (understanding the customer) หมายถึง การทำความเข้าใจ และรู้จักผู้รับบริการ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการของตนเอง

ต่อมาในปี ค.ศ.1995 พาราสุราแมน (Parasuraman, 1995) ได้ทำการศึกษาวิจัยใหม่ โดยได้พัฒนารูปแบบของกรอบแนวคิดของคุณภาพบริการที่ใช้วัดการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการ โดยได้สรุปรวมหมวดที่ 4-7 เป็นหมวดเดียวกัน คือ หมวดความน่าเชื่อถือได้ (assurance) และในหมวดที่ 8-10 รวมกันเป็นหมวดการเข้าใจและรู้จักผู้ให้บริการ (empathy) เนื่องจากในบางด้านมีความซ้ำซ้อนกัน และมีรายละเอียดมากเกินไปทำให้ยากในการใช้ประเมิน โดยรวมเป็น 5 หมวด และเรียกเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการว่า SERVQUAL (Service Quality) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) หมายถึง บริการที่ให้กับผู้ใช้บริการ ต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจน สามารถจับต้องสัมผัสได้ เช่น มีที่จอดรถที่เพียงพอ สถานที่ให้บริการที่อำนวยความสะดวก เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ลักษณะบุคลิกของผู้ให้บริการ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร

2. ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability) หมายถึง บุคลากรผู้ให้บริการมีความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกว่าเป็นที่พึ่งได้ และการให้บริการมีความถูกต้อง แม่นยำ สม่าเสมอ

3. การตอบสนองในการให้บริการ (responsiveness) หมายถึง บุคลากรผู้ให้บริการมีความพร้อมและเต็มใจที่จะให้บริการและเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้ใช้บริการได้ทันทีทันใด เป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้บริการ

4. การสร้างความมั่นใจในการบริการ (Assurance) หมายถึง บุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้ มีมนุษยสัมพันธ์ดีในการให้บริการ และสามารถทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความเชื่อถือ มาใช้บริการมากขึ้น

5. ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) หมายถึง บุคลากรผู้ให้บริการจะต้องเข้าใจถึงจิตใจของผู้ใช้บริการและแสดงพฤติกรรมให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ผู้ใช้บริการด้วย

สรุปได้ว่า SERVQUAL เป็นแนวคิดสำหรับวัดคุณภาพการบริการตามความคาดหวังของลูกค้า ซึ่งเกิดจากการวิจัยศึกษาทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบ โดยการสัมภาษณ์ลูกค้าในธุรกิจบริการหลายประเภท

2. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความคาดหวัง และการรับรู้

2.1 ความหมายของความคาดหวัง ได้มีผู้กล่าวถึงในทฤษฎีที่แตกต่างกัน ดังนี้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster, 1988: 478) ให้ความหมายของความคาดหวังว่า หมายถึง การคาดการณ์อนาคตที่ดี โดยที่ความคาดหวังนั้น อาจเป็นการคาดการณ์ในอนาคตในสิ่งที่ดีหรือไม่ดีก็ได้

เคลย์ (Clay, 1988: 252) ได้กล่าวถึงความคาดหวังต่อการกระทำ หรือสถานการณ์ว่าเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอนาคตที่ดี หรือเป็นความมุ่งหวังที่ตึงตามเป็นระดับ หรือค่าความน่าจะเป็นของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มุ่งหวังไว้

พจนานุกรมของออกฟอร์ด (Oxford University, 1989: 281) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า เป็นสภาวะทางจิตซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิด หรือเป็นความคิดเห็นอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่าควรจะมี หรือควรจะเป็นหรือควรเกิดขึ้น

ชิษณุกร พรภาณวิษญ์ (2540: 6) อธิบายว่า ความคาดหวัง หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ การตีความ หรือการคาดการณ์ต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้นของบุคคลอื่นที่คาดหวังในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตน โดยคาดหวังหรือต้องการให้บุคคลนั้นประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ตนต้องการหรือคาดหวังเอาไว้

ไพรพนา ศรีเสน (2544: 14) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความคิด ความรู้สึกอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่า ควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรเกิดขึ้นในอนาคตตามความจำเป็น และความเหมาะสมของสถานการณ์ ซึ่งการคาดการณ์นี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์ หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ใช้บริการที่คาดการณ์ล่วงหน้า ต่อการเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาล

2.2 ความคาดหวังของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความคาดหวัง ซึ่งเกิดจากผู้ให้บริการเองนั้นมี 3 องค์ประกอบ คือ คำบอกเล่าปากต่อปาก (Word of Mouth Communication) ความต้องการส่วนบุคคล (Personal Need) และประสบการณ์ในอดีต (Past Experience) และอีกองค์ประกอบหนึ่งเกิดจากผู้ให้บริการ ซึ่งเกิดจากการสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ไปสู่ผู้ใช้บริการ (External Communications to Customer) องค์ประกอบเหล่านี้มีผลต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อบริการที่ได้รับ (Zeithamal and et al., 1990: 20) ความคาดหวังของผู้ใช้บริการนี้แบ่งได้เป็น 2 ระดับ ซึ่งแตกต่างกันระหว่างระดับบริการ

ที่ปรารถนา และระดับบริการที่เคยได้รับ ในระดับแรก เกิดจากผู้ใช้บริการหวังว่าควรได้รับ หรือ ควรจะเป็น ส่วนระดับที่สอง ผู้ใช้บริการได้รับบริการเหมือนที่ผ่านมาในครั้งก่อนๆ ก็จะยอมรับ ในบริการนี้ได้ (Berry and Parasuraman, 1991: 58-59) ซึ่งในสถานบริการสุขภาพหรือในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังต่อบริการที่ได้รับโดยแปรตามทัศนคติ ประสบการณ์ที่เคยรับบริการ การ ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารจากผู้ให้บริการ และลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล แล้วนำมาคาดการณ์ ว่าจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลตามความคาดหวังไว้ในเรื่องรักษาพยาบาล พฤติกรรมการให้บริการ และกระบวนการบริการ อาจคลาดเคลื่อนไปจากมาตรฐานของการรักษาพยาบาลที่กำหนดไว้ มีผล ทำให้เกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ (Oberst, 1984: 2347)

โอลิเวอร์ (Oliver, 1980: 460-469) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ใช้บริการจะประเมินคุณภาพ บริการโดยการเปรียบเทียบบริการที่ได้รับจากประสบการณ์เดิมกับบริการที่คาดหวัง ถ้าเท่ากับหรือ สูงกว่าความคาดหวังก็จะมีความรู้สึกในทางบวก ทำให้เกิดความพึงพอใจ และประเมินว่าบริการนั้น มีคุณภาพ แต่ถ้าบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวังก็จะมีความรู้สึกในทางลบ ทำให้เกิดความ ไม่พึงพอใจ และก็จะประเมินว่าบริการนั้นไม่มีคุณภาพ

บราวน์ (Brown, 1991: 181-182) ได้กล่าวไว้ว่า ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ต่อบริการที่ได้รับว่าควรเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่งความคาดหวังนี้เกิดจากประสบการณ์ การได้รับบริการที่ผ่านมา ประสบการณ์อื่นๆ และการบริหารทางการตลาดของบริการนั้น ซึ่งใน การตลาดของบริการต้องมีการสื่อสาร หรือการประชาสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ใช้บริการรับทราบ ถึงบริการที่เป็นจริง ถ้าเกินความเป็นจริงจากบริการที่ได้รับผู้ใช้บริการก็จะรู้สึกผิดหวัง แต่ถ้าน้อยกว่า ความเป็นจริง ก็ยากที่จะดึงดูดใจให้มีผู้มารับบริการ ผู้ใช้บริการจะประเมินคุณภาพของบริการตาม ความพึงพอใจที่มีต่อบริการที่ได้รับ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ : ด้อยคุณภาพ

ระดับที่ 2 ผู้ใช้บริการพึงพอใจ : มีคุณภาพ

ระดับที่ 3 ผู้ใช้บริการประทับใจ : คุณภาพสูง

เทนเนอร์และดีโทโร (Tennner and Detoro, 1992: 68-70) ได้กล่าวว่า ผู้ใช้บริการ มีความต้องการที่ให้ความคาดหวังของตนเองบรรลุอย่างครบถ้วน และมีแนวโน้มที่จะยอมรับ บริการนั้นได้ โดยการเปรียบเทียบประสบการณ์จริงที่เคยได้รับกับบริการจริงก่อนที่จะชำระค่าบริการ การตัดสินใจว่าบริการใดไม่เป็นที่พึงพอใจก็คือ ความคาดหวังนั้นไม่ได้รับการตอบสนองนั่นเอง ผู้ใช้บริการจะเกิดความพึงพอใจก็ต่อเมื่อได้รับการตอบสนอง และมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น เมื่อ ผู้ให้บริการสามารถตอบสนองความคาดหวังได้มากที่สุด ดังนั้น ในหน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จ

ในการบริการจะต้องเป็นหน่วยงานที่สามารถทำนายลักษณะความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้อย่างครบถ้วนทุกครั้ง โดยมีปัจจัยที่กำหนดความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ดังนี้

1. ลักษณะบริการที่ผู้ให้บริการต้องการ
2. ระดับของการปฏิบัติงานที่ผู้ให้บริการรู้สึกพึงพอใจ
3. ความสัมพันธ์ของลักษณะงานบริการที่สำคัญ
4. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อผลการปฏิบัติงานในปัจจุบัน

นอกจากนี้แล้ว เทนเนอร์และดีโทโรยังกล่าวว่า ความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่มีต่อผลิตภัณฑ์สินค้าหรือบริการมี 3 ระดับ คือ

1. ความคาดหวังขั้นพื้นฐานระดับต่ำสุด ที่แสดงถึงลักษณะของบริการที่ได้รับอยู่เสมอและถ้าไม่ได้รับก็จะเกิดความไม่พอใจ
2. ความคาดหวังที่เหนือขึ้นมา ซึ่งแสดงถึงลักษณะเฉพาะและความต้องการของผู้ใช้บริการที่จะเลือกรับบริการได้
3. ความคาดหวังที่อยู่ในระดับสูงสุด ซึ่งมีค่ามากกว่าลักษณะเฉพาะและเป็นจุดเด่นของบริการที่ผู้ให้บริการไม่ได้คาดหวัง ผู้ใช้บริการจะเกิดความประทับใจ

รัสท์ และโอลิเวอร์ (Rust and Oliver 1994: 108-110) ได้กล่าวว่า ผู้ใช้บริการประเมินคุณภาพบริการจากความพึงพอใจที่มีต่อการบริการ โดยประเมินจากความคาดหวังที่คาดการณ์ไว้กับบริการที่ได้รับ ถ้ามีความแตกต่างกันก็จะไม่พึงพอใจ และประเมินว่าบริการนั้นคือคุณภาพความคาดหวังของผู้ใช้บริการนั้นได้ผ่านการคิดอย่างมีวิจารณญาณแล้ว โดยการพิจารณาจากประสบการณ์การรับรู้ของตนเองในบริการที่ได้รับครั้งก่อน และการได้รับข่าวสาร เช่น จากหนังสือพิมพ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ถึงแม้ว่าบริการนั้นจะดีเพียงใด เมื่อได้รับข่าวสารที่ไม่ตรงกันบ่อยครั้ง ผู้ใช้บริการจะเกิดอคติต่อบริการนั้นได้

สเตมาติส (Stamatis, 1996: 159-160) ได้กล่าวว่า บริการที่จะทำให้ผู้ให้บริการพึงพอใจ ต้องตอบสนองต่อความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการต้องทราบถึงระดับความคาดหวังที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจด้วย และระดับความคาดหวังของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับคุณภาพมี 3 ระดับ ดังนี้

1. ความคาดหวังระดับปกติธรรมดาที่เป็นไปตามข้อกำหนด หรือตามที่สันนิษฐานไว้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องได้รับเลือดต้องได้รับเลือดที่ถูกต้อง
2. ความคาดหวังที่มากกว่าระดับที่ 1 คือ บริการนั้นมากกว่าความต้องการ และลักษณะเฉพาะของบริการ มีผลทำให้ผู้ให้บริการพึงพอใจ เช่น ผู้ป่วยคิดว่าหลังผ่าตัดต้องปวดแผลแต่ไม่ปวด และยังได้รับใบแจ้งคำรักษาที่ถูกต้อง

3. เป็นความคาดหวังที่มากกว่า 1 และ 2 ถ้าบริการนั้นทำให้เกิดความพึงพอใจมากหรือประทับใจ แสดงว่าบริการนั้นดี และดึงดูดใจให้กลับไปใช้บริการนั้นอีก เช่น ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างดีจากทุกคนที่เกี่ยวข้องจนกลับบ้าน และต้องประหลาดใจที่ในวันต่อมาบุคคลเหล่านั้นไปเยี่ยมเขาถึงบ้าน นอกจากนี้แล้วประชาชนยังคาดหวังเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

1. บริการด้านสุขภาพอนามัยที่จัดเตรียมไว้ พร้อมทั้งจะให้บริการประชาชนอย่างสม่ำเสมอ และตลอดเวลา

2. เป็นลักษณะบริการเฉพาะบุคคล ตามสถานภาพความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นๆ มากกว่าจะเป็นบริการในลักษณะงานประจำ

3. เป็นบริการที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ตามค่านิยม และความเชื่อของสังคมนั้นๆ ด้วย

4. เข้ารับบริการได้โดยง่ายไม่ว่าเป็นสถานที่ การกำหนดตารางเวลาทั้งในยามปกติ และยามฉุกเฉิน

5. มีการประสานงานที่ดีทางการส่งข่าวสารข้อมูล ทางการรักษาพยาบาล ไม่ควรมีการขาดตกบกพร่อง แยกแยก หรือซ้ำซ้อน

6. เป็นบริการที่มีความสมบูรณ์แบบ ผู้ใช้บริการ ได้รับครบถ้วนทั้งด้านการดูแลรักษาป้องกันฟื้นฟูสภาพ คงไว้ซึ่งการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในการประเมินคุณภาพการบริการสุขภาพจากมุมมองผู้ใช้บริการนั้น ผู้ใช้บริการจะประเมินคุณภาพบริการ โดยการเปรียบเทียบความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อบริการที่ได้รับ หากบริการที่ได้รับสามารถตอบสนองต่อความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ใช้บริการได้ จะถือว่าบริการนั้นเป็นบริการที่มีคุณภาพ

2.3 ประเภทของความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

ความคาดหวังของผู้รับบริการมีความสำคัญเนื่องจากสามารถนำมาใช้เปรียบเทียบกับบริการในปัจจุบัน และบริการที่จัดในอนาคต เป็นการพัฒนาให้ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อบริการ ความคาดหวังของผู้ใช้บริการสามารถจำแนกได้ 3 ประเภท คือ (Hoffman and Bateson, 1997: 283-285)

2.3.1 Predicted Service หรือบริการที่คาดว่าจะได้รับ ซึ่งเป็นความคาดหวังตามโอกาสความน่าจะเป็น (Probability expectation) หรือความเชื่อของผู้ใช้บริการต่อบริการที่จะเกิดขึ้น การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ได้จากการเปรียบเทียบการรับรู้ต่อบริการที่ได้รับจริง ว่าตรงกับบริการที่คาดว่าจะได้รับหรือไม่ หากได้รับรู้ว่าบริการที่ได้รับจริง ตรงกับบริการ

ที่คาดว่าจะได้รับ จะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ หากบริการที่ได้รับจริงต่ำกว่าที่คาดว่าจะได้รับจะเกิดความไม่พึงพอใจ

2.3.2 Desired Service หรือบริการที่ปรารถนา เป็นความคาดหวังบริการตามอุดมคติ (Ideal expectation) ที่มีจะสูงกว่าบริการที่ได้รับ เช่น ผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลอาจมีความหวังต่อบริการที่ปรารถนาที่สูงกว่าบริการที่คาดว่าจะได้รับ คือ ต้องการให้แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และให้คำแนะนำในประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติมจากบริการที่คาดหวังจะได้รับทั่วไป ซึ่งการที่ผู้ใช้บริการเปรียบเทียบบริการที่ได้รับจริงกับบริการที่ปรารถนาจะใช้การจัดการรับรู้บริการที่เหนือชั้น (Perceived service superiority)

2.3.3 Adequate Service or Minimum Tolerable Expectation หรือความคาดหวังบริการขั้นต่ำที่ยอมรับได้ ซึ่งความคาดหวังนี้พัฒนามาจากประสบการณ์การรับบริการที่ผ่านมาหรือบรรทัดฐานทางสังคมที่ยอมรับได้ต่อบริการดังกล่าว เช่น ผู้ใช้บริการคาดหวังบริการขั้นต่ำของโรงพยาบาลรัฐว่า สถานที่ต้องสะอาด มีแพทย์และพยาบาลให้บริการด้วยความสุภาพ ระยะเวลาในการให้บริการตั้งแต่ยื่นบัตรจนกระทั่งได้รับยากลับบ้านไม่ควรเกินครึ่งวัน เป็นต้น การเปรียบเทียบการรับรู้ต่อบริการที่ได้รับจริงกับบริการขั้นต่ำที่ยอมรับได้ เป็นการประเมินการรับรู้บริการขั้นต่ำที่ยอมรับได้ (Perceive service adequacy)

จากการที่ผู้ใช้บริการมีประสบการณ์จากผู้ให้บริการหลายคน และในเวลาที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ใช้บริการเรียนรู้ที่จะมีความคาดหวังการบริการที่หลากหลาย ทำให้เกิดเป็นพื้นที่บริการที่ทนได้ (Zone of Tolerance) ซึ่งเป็นความคาดหวังที่อยู่ระหว่างบริการที่คาดหวังกับบริการที่ยอมรับได้ ดังภาพประกอบที่ 2



ภาพที่ 2.2 ความคาดหวังและพื้นที่บริการที่ทนได้

ที่มา: Zeithaml, Berry and Parasuraman (1993) อ้างถึงใน นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2554: 21-22 หน่วยที่ 5

2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

2.4.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการในด้านบริการที่ปรารถนา

และบริการที่คาดว่าจะได้รับ เกิดจากปัจจัย 6 ด้าน คือ (Hoffman and Bateson, 1997: 286-290 อ้างถึงใน นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2554: 22-25 หน่วยที่ 5)

1) ความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นของบุคคล (Enduring Service Intensifier)

เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังบริการที่ปรารถนา ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย คือ

(1) ความคาดหวังที่ถูกสร้างขึ้นโดยผู้อื่น (Derived Expectations) เช่น สามีของหญิงตั้งครรภ์ ตั้งความหวังว่าตนเองมีความต้องการเข้าไปสังเกตการณ์และถ่ายภาพขณะภรรยาคลอดลูก ส่งผลให้ภรรยาพยายามทำให้ความคาดหวังของสามีบรรลุ จึงมีการเพิ่มความคาดหวังต่อบริการคลอดที่โรงพยาบาลจัดให้สูงกว่าปกติ

(2) แนวคิดต่อบริการนั้นๆ ของบุคคล (Personal Service Expectations)

ผู้ให้บริการให้ความหมายต่อบริการและการแสดงออกของผู้ให้บริการที่ควรจะเป็น เช่น ผู้ให้บริการที่ทำงานในภาคบริการโรงแรมของเอกชน จะมองภาพบริการของโรงพยาบาลและพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ที่ควรจะเป็นตามแบบที่ตนให้บริการที่โรงแรม โดยเน้นความสะดวกสบายรวดเร็ว และมองผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางมากกว่าผู้ให้บริการที่ทำงานในหน่วยราชการ

2) ความต้องการของบุคคล (Personal Needs) ได้แก่ ความต้องการของร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งแต่ละบุคคลมีความต้องการแตกต่างกันไป โดยผู้ให้บริการบางรายอาจมีความ

ต้องการในบางด้านสูงกว่าผู้ให้บริการรายอื่นๆ เช่น บางรายอาจต้องการให้โรงพยาบาลมีสถานที่จอดรถที่สะดวก ห้องผู้ป่วยมีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน ตกแต่งอย่างหรูหรา และมีพื้นที่กว้างขวางสำหรับญาติและผู้มาเยี่ยม ในขณะที่บางรายต้องการเพียงให้โรงพยาบาลอยู่ในจุดที่มีการคมนาคมสะดวกสามารถเดินทางโดยรถสาธารณะได้ และห้องผู้ป่วยมีเตียงนอนและอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นเท่านั้น

3) คำสัญญาต่อบริการที่ชัดเจน (Explicit Service Promise) ข้อมูลการบริการที่หน่วยงานหรือโรงพยาบาลมีการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ ตัวแทนขาย หรือการสื่อสารรูปแบบอื่นๆ ให้เป็นที่รับรู้อย่างชัดเจน จะเป็นพื้นฐานที่ให้บริการคาดหวังว่าจะได้รับบริการตามนั้น และนำมาใช้เปรียบเทียบกับบริการที่ได้รับจริง เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อบริการ เช่น การประชาสัมพันธ์ว่าโรงพยาบาลให้บริการรักษาโรคหัวใจแบบครบวงจรด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือที่ทันสมัย จะทำให้ผู้ใช้บริการที่ป่วยด้วยโรคหัวใจคาดหวังว่าจะพบแพทย์เฉพาะทางที่เชี่ยวชาญโรคหัวใจ มีเครื่องมือตรวจวินิจฉัย และการรักษาที่ทันสมัย ทำได้รวดเร็ว และให้ผลถูกต้อง

4) คำสัญญาต่อบริการที่ไม่ชัดเจน (Implicit Service Promise) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและราคาบริการนับเป็นคำสัญญาต่อบริการที่ไม่ชัดเจน ที่ผู้ใช้บริการอาจนำไปเชื่อมโยงกับบริการที่คาดหวังว่าจะได้รับ เช่น ราคาบริการที่สูงขึ้นจะทำให้ผู้ใช้บริการคาดหวังที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงขึ้นด้วย หรือโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ และมีการตกแต่งสถานที่อย่างหรูหราจะทำให้ผู้ใช้บริการคาดหวังว่าจะได้ใช้บริการที่มีคุณภาพสูงขึ้นด้วย

5) การสื่อสารแบบปากต่อปาก (Word-of-Mouth Communication) ข้อมูลที่ได้จากการพูดแบบปากต่อปากมีอิทธิพลต่อความคาดหวังบริการของผู้ใช้บริการ โดยทั่วไปบุคคลจะเชื่อถือข้อมูลที่ได้รับฟังจากบุคคลมากกว่าข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เพราะมองว่าเป็นประสบการณ์ตรงของผู้อื่น ข้อมูลที่ได้รับจากปากต่อปาก นอกจากจะมีผลต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการแล้ว ผู้ใช้บริการยังใช้ประกอบในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ เพราะคุณภาพการบริการจะไม่สามารถประเมินก่อนที่จะไปรับบริการ ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จากปากต่อปากจึงใช้ประกอบการตัดสินใจดังกล่าว ซึ่งข้อมูลที่ได้รับอาจเป็นคนที่ครอบครัว เพื่อน ผู้เชี่ยวชาญ หรือรายงานผู้บริโภค

6) ประสบการณ์ที่ผ่านมา (Past Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาที่มีอิทธิพลทั้งต่อบริการที่ปรารถนา และบริการที่คาดว่าจะได้รับ ปกติบุคคลจะประเมินคุณภาพบริการที่ได้รับกับบริการที่ผ่านมาจากผู้ให้บริการรายเดิม หรือผู้ให้บริการรายอื่น

2.4.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการในด้านบริการที่ยอมรับได้

เกิดจากปัจจัย 5 ด้าน คือ

1) การเปลี่ยนแปลงความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นของบุคคล (*Transitory Service Intensifier*) ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นในระยะสั้น มีอิทธิพลให้ความคาดหวังต่อบริการเปลี่ยนแปลงไป

2) การรับรู้บริการทางเลือก (*Perceived Service Alternatives*) ความคาดหวังของผู้ใช้บริการในด้านบริการที่ยอมรับได้ ส่วนหนึ่งเกิดจากการรับรู้บริการทางเลือก กรณีที่ผู้ใช้บริการเชื่อว่ามีบริการเช่นเดียวกันในที่อื่นๆ หรือโรงพยาบาลอื่นๆ อีกมาก จะเพิ่มความคาดหวังต่อบริการที่ยอมรับได้ที่สูงขึ้น และลดพื้นที่บริการที่ทนได้ลดลง

3) การรับรู้บทบาทการบริการของตน (*Self-Perceived Service Role*) หากผู้ใช้บริการมีการรับรู้ว่ามีบทบาทสำคัญในขั้นตอนของการจัดบริการซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของบริการที่ได้รับ โดยผู้ใช้บริการได้แสดงบทบาทของตนเต็มที่แล้ว ย่อมคาดหวังต่อบริการที่ยอมรับได้สูงขึ้น

4) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (*Situational Factors*) โดยภาพรวมผู้ใช้บริการจะมีความเข้าใจถึงปัจจัยด้านสถานการณ์บางอย่าง ซึ่งเกินการควบคุมของผู้ให้บริการ ที่ส่งผลให้คุณภาพการบริการต่ำลง ทำให้ยอมรับได้กับบริการที่ได้รับ และพื้นที่บริการที่ทนได้กว้างขึ้น

5) บริการที่คาดว่าจะได้รับ (*Predicted Service*) เกิดจากคำสัญญาบริการทั้งที่ปรากฏชัดแจ้งหรือไม่ชัดแจ้ง คำพูดปากต่อปาก และประสบการณ์การใช้บริการที่ผ่านมา สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ใช้บริการนำมาตัดสินบริการที่คาดหวังว่าจะได้รับ และบริการที่ยอมรับได้

2.5 ความหมายของการรับรู้

ความหมายของการรับรู้ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายทฤษฎี ดังนี้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster 1988: 1002) ได้ให้ความหมาย ของการรับรู้ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจ ของตนเอง

กรรณิการ์ สุวรรณโคตร (2536: 464) ได้กล่าวว่าการรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคล ใช้เลือกและแปลความหมายของสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้นประสาทสัมผัสและพาดพิงข้อมูลนี้ ไปสู่การกระทำที่มีความหมาย

กัญญา สุวรรณแสง (2536: 127) การรับรู้ คือ การใช้ประสบการณ์เดิมในการตีความหมาย สิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึกตระเลารู้ความหมายเป็นอย่างไร

ประเทือง สูงสุวรรณ (2534: 24) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความสามารถในเรื่องต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคล

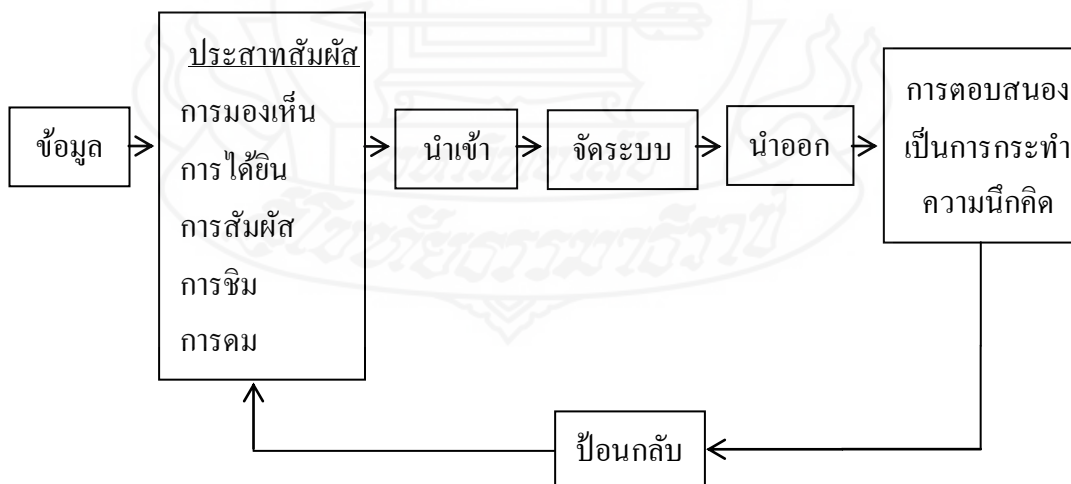
อันเนื่องมาจากการตีความหรือแปลความอาการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

เนช และคณะ (Knech and et. al, 1962: 56 อ้างถึงใน อรุณทิพย์ วรชิวาน, 2545) ได้ให้ความหมายของคำว่า การรับรู้หมายถึง สภาพความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด เกิดขึ้นจากการได้รับสัมผัสจากสิ่งเร้าภายนอกผ่านประสาทสัมผัสของร่างกาย แล้วแปลความหมายจนเป็นความรู้ความเข้าใจ

ชิฟแมน และ คานุก (Schiffman and Kanuk, 2000: 146) การรับรู้ คือ กระบวนการที่บุคคลแต่ละคนมีการเลือก การประมวลผลและการตีความเกี่ยวกับตัวกระตุ้นออกมา ให้ความหมายและได้ภาพของโลกที่มีเนื้อหา

บรรยงค์ โตจินดา (2543: 287) ให้ความหมายการรับรู้ว่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับตีความและตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้น การรับรู้แบ่งได้เป็น 2 กิจกรรม คือ การรับข้อมูล และการแปลข้อมูลให้เป็นข้อความตามความเข้าใจ การรับรู้จะต้องคำนึงถึงความรู้ความเข้าใจในข้อมูลข่าวสาร ความสนใจและประสบการณ์จึงสามารถทำให้แปลความถูกต้อง

ฮูส และ โบว์ดิทซ์ (Huse and Bowditch, 1977: 127) กล่าวว่า บุคคลเปรียบเสมือนระบบที่สามารถรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ โดยผ่านประสาทสัมผัส การเห็น ได้ยิน และการดม แล้วนำข้อมูลที่ได้มาจัดระบบ แปลเป็นสิ่งที่รับรู้ และตอบสนองออกเป็นการกระทำ ความนึกคิด และแนวคิด ดังภาพประกอบที่ 2



ภาพที่ 2.3 กระบวนการรับรู้ของฮูส และโบว์ดิทซ์

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปความหมายของการรับรู้ได้ดังนี้ การรับรู้ คือ กระบวนการที่บุคคลรับสัมผัสกับสิ่งเร้าภายนอก แล้วแปลความหมายนั้นโดยอาศัยประสบการณ์เดิม หรือความรู้เดิมเป็นเครื่องช่วยในการแปลความหมายสิ่งนั้นๆ ออกมาเป็นความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึนึกคิดของตนเอง หรือความหมาย ความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึนึกคิดที่เกิดขึ้นใจจิตใจของแต่ละบุคคล อันเนื่องมาจากการตีความหรือแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางระบบประสาทสัมผัสของร่างกาย แล้วสมองแปลความหมายของการสัมผัสนั้น และนำไปสู่การรับรู้ โดยอาศัยประสบการณ์เดิมในการช่วยเหลือ ตีความ หรือแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นๆ ซึ่งองค์ประกอบของการรับรู้แต่ละบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ สถานการณ์ ความต้องการ และหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคล

2.6 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้

กันยา สุวรรณแสง (2536: 132-138) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.6.1 ลักษณะของผู้รับรู้ การที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งใดก่อน-หลัง มาก-น้อย อย่างไร ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้รับรู้เป็นสำคัญประการหนึ่ง ปัจจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ แบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ

1) **ด้านกายภาพ** หมายถึง เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา และอวัยวะสัมผัส เช่น หู ตา จมูก และอวัยวะสัมผัสอื่นๆ ปกติหรือไม่ มีความรู้สึกรับสัมผัสสมบูรณ์เพียงใด ถ้าผิดปกติหรือหย่อนสมรรถภาพก็ย่อมทำให้การรับสัมผัสผิดไป ด้อยสมรรถภาพในการรับรู้ลงไป ความสมบูรณ์ของอวัยวะรับสัมผัสจะทำให้รับรู้ได้ดี การรับรู้บางอย่างเกิดจากอวัยวะสัมผัส 2 ชนิดทำงานร่วมกัน เช่น ลิ้น และจมูกช่วยกันรับรู้สัมผัส การรับรู้จะมีคุณภาพดีขึ้น ถ้าเราได้รับสัมผัสหลายทาง เช่น เห็นภาพ และได้ยินเสียงในเวลาเดียวกัน ทำให้เราแปลความหมายของสิ่งเร้าได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

2) **ด้านจิตวิทยา** ปัจจัยด้านจิตวิทยาของคนที่มียุทธพลต่อการรับรู้มีหลายประเภท เช่น ความจำ ความพร้อม อารมณ์ สติปัญญา การสังเกตพิจารณา ความสนใจ ความตั้งใจ ทักษะ ค่านิยม วัฒนธรรม ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้เดิม

2.6.2 ลักษณะของสิ่งเร้า การที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งใดก่อน-หลัง มาก-น้อย อย่างไร ขึ้นอยู่กับว่าสิ่งเร้าดึงดูดความสนใจ ความตั้งใจมากน้อยเพียงใดหรือไม่ ลักษณะของสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้มีดังนี้

1) **สิ่งเร้าต่อภายนอกที่ดึงดูดความสนใจและความตั้งใจ** ได้แก่ คุณสมบัติและคุณลักษณะของสิ่งเร้าที่จะทำให้เกิดการรับรู้ตนเอง ซึ่งถ้าสิ่งเร้ามีคุณลักษณะที่สนองธรรมชาติในการรับรู้ของคน ก็จะทำให้มีความตั้งใจในการรับรู้ดีขึ้น

(1) ขนาดความเข้ม หรือความหนักเบาของสิ่งเร้า ถ้าสิ่งเร้ามีความเข้มมากที่รับรู้ได้มาก ในสิ่งเร้าชนิดเดียวกันบุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งเร้าที่มีความเข้มมากกว่า ก่อนสิ่งเร้าที่มีความเข้มน้อยกว่า

(2) ความเปลี่ยนแปลงหรือความเคลื่อนไหวของสิ่งเร้า สิ่งเร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งเคลื่อนไหวจะดึงดูดความสนใจได้ดีกว่าสิ่งเร้าที่มองไม่มีการเปลี่ยนแปลง สิ่งเร้าดึงดูดความตั้งใจได้ดีกว่าของที่อยู่ในลักษณะหยุดนิ่ง

(3) การกระทำซ้ำๆ ของสิ่งเร้า สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นซ้ำซาก เรียกร้องความสนใจให้เราสนใจได้มาก

(4) ความกว้างขวางหรือขนาดของสิ่งเร้า ถ้าสิ่งเร้ามีขอบเขตจำกัดเกินไป ผู้ใช้บริการจะได้รับสัมผัสได้ยาก ผู้ใช้บริการจะรับสัมผัสได้ดีกว่าถ้าสิ่งเร้ามีขนาดหรืออาณาเขตกว้างพอสมควร สิ่งเร้ามีขนาดใหญ่จะน่าสนใจกว่าสิ่งที่มีขนาดเล็ก

(5) ความแปลกใหม่ สิ่งเร้าที่ไม่เป็นไปตามปกติ ทำให้เกิดความตั้งใจมากกว่า

(6) ความคงทน สิ่งเร้าที่เร้าในระยะสั้น จะทำให้ผู้ใช้บริการรับสัมผัสได้ยาก ผู้ใช้บริการจะรับสัมผัสได้ถ้าสิ่งเร้านั้นอยู่นานพอสมควร

(7) ระยะทาง เป็นระยะทางพอสมควร ไม่ใกล้หรือไกลเกินไป

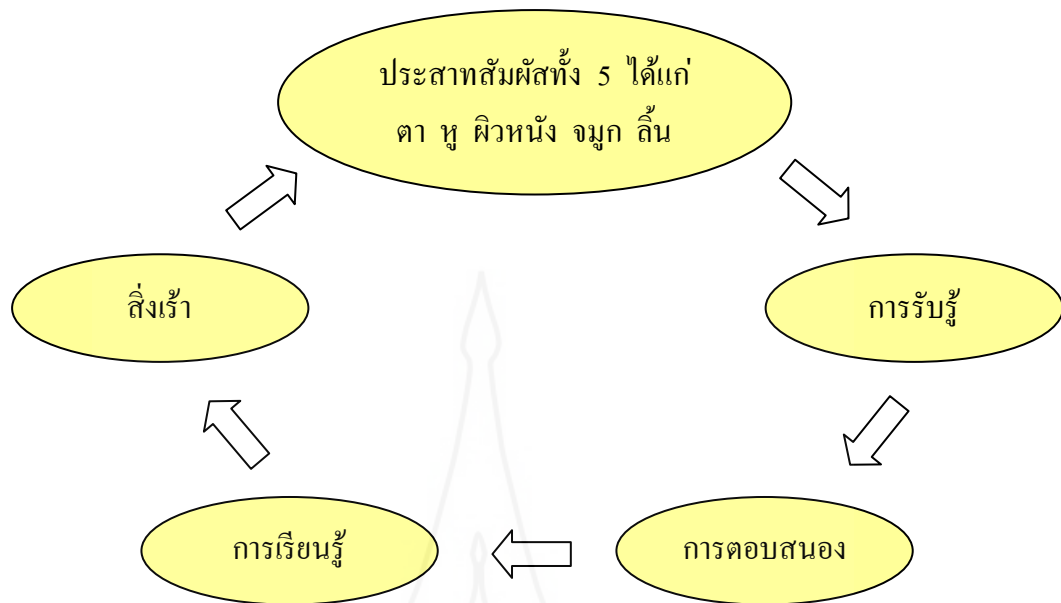
(8) ลักษณะการตัดกันของสิ่งเร้า (Contrast)

2.7 กระบวนการของการรับรู้

ศักดิ์ไทย สุรกิจบรร (2545: 82-83) กล่าวว่า การรับรู้จะเกิดจากความสัมพันธ์กลมกลืนระหว่างสิ่งเร้าภายนอกที่เราเลือกเข้ามาจัดระบบเข้ากับสิ่งเร้าภายในที่เรามีอยู่แล้วในขณะเดียวกันก็นำเอาประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมผสมผสาน เพื่อทำความเข้าใจ จัดระบบความรู้ แปลความหมาย ซึ่งอาจแตกต่างกัน ความแตกต่างนี้เป็นเพราะสิ่งเร้าภายในของผู้รับรู้แตกต่างกัน

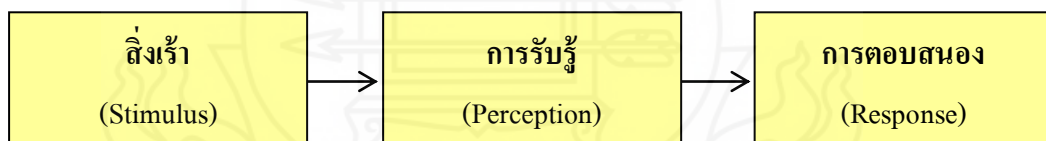
สิ่งเร้าภายนอก (External Stimuli) ได้แก่ สิ่งที่ได้ยิน ได้เห็น ได้คลำ และสัมผัส เป็นต้น

สิ่งเร้าภายใน (Internal Stimuli) ได้แก่ เจตคติ ความต้องการ ความหิว ประสบการณ์ เป็นต้น



ภาพที่ 2.4 แสดงกระบวนการของการรับรู้

กันยา สุวรรณแสง (2536: 130-131) กล่าวว่า ในกระบวนการแห่งการรับรู้ ถ้าพิจารณาในแง่ของพฤติกรรม “การรับรู้” แทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองต่อสิ่งเร้า



ภาพที่ 2.5 กระบวนการแห่งการรับรู้

กระบวนการแห่งการรับรู้ ประกอบด้วย

1. มีสิ่งเร้าที่จะรับรู้ (stimulus) เช่น รูป รส กลิ่น เสียง
2. ประสาทสัมผัส (Sense Organs) และความรู้สึกลักษณะ เช่น หู ตา จมูก ลิ้น ผิวหนัง
3. ประสบการณ์เดิม หรือความรู้เดิมเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่ได้สัมผัส เช่น รู้มาก่อนแล้วว่า การยกมือไหว้ คือ การแสดงความเคารพ
4. การแปลความหมายจากสิ่งที่ได้สัมผัส

ลำดับขั้นของกระบวนการรับรู้ การรับรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการ ดังนี้

ขั้นที่ 1 สิ่งเร้ามากระทบอวัยวะสัมผัส

ขั้นที่ 2 กระแสประสาทสัมผัสวิ่งไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีศูนย์กลางที่สมอง

ขั้นที่ 3 สมองแปลความหมายออกมาเป็นความรู้ ความเข้าใจ โดยอาศัยความรู้เดิม ประสบการณ์เดิม ความจำ เจตคติ ความต้องการ ปทัสถาน บุคลิกภาพ เชาว์ปัญญา

3. ข้อมูลของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตบางนา กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาวิจัย เป็นโรงพยาบาลประกอบกิจการโรงพยาบาลเอกชนแห่งแรกในย่านกรุงเทพตะวันออก ได้เปิดดำเนินการเมื่อ วันที่ 14 มิถุนายน 2536 ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา พร้อมเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งอยู่ที่แขวงบางนา เขตบางนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล โดยเปิดบริการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ตลอดจนผู้ป่วยฉุกเฉิน พร้อมด้วยบริการรถพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังให้บริการตรวจสุขภาพทั้งในและนอกสถานที่ ปัจจุบันโรงพยาบาลมีแพทย์ประจำและแพทย์นอกเวลาประมาณ 260 คน พยาบาลวิชาชีพประจำประมาณ 185 คน มีเตียงสำหรับการบริการผู้ป่วยใน 190 เตียง และสามารถรองรับบริการผู้ป่วยได้ประมาณ 2,000 คนต่อวัน โดยขยายเวลาให้บริการคลินิกนอกเวลาจนถึง 22.00 น. การให้บริการสามารถแบ่งตามลักษณะผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการรักษาพยาบาลเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก หรือ Out Patient Department (OPD) คิดเป็นร้อยละ 59.0 และผู้ป่วยใน หรือ In Patient Department (IPD) คิดเป็นร้อยละ 41.0 ของรายได้จากการประกอบการประกอบกิจการโรงพยาบาลรวม (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2555)

ทิศทางการขับเคลื่อนของโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรที่เติบโตอย่างยั่งยืน และสามารถแข่งขันกับโรงพยาบาลเอกชนอื่นได้นั้น ทางโรงพยาบาลได้มีการปรับแผนธุรกิจและกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์แข่งขันที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความท้าทายหลักของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ยังคงมีแนวโน้มการแข่งขันที่รุนแรง โดยเฉพาะการแข่งขันในประเทศ เพื่อชิงผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติ ทั้งนี้ โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ต้องเผชิญกับการแข่งขันที่รุนแรงระหว่างโรงพยาบาลเอกชนด้วยกันเอง รวมทั้งการแข่งขันกับโรงพยาบาลรัฐบาล

ที่หันมาพัฒนาบริการเพื่อการแข่งขันกับโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากยิ่งขึ้น เช่น การให้บริการคลินิกพิเศษในช่วงหลังเวลาทำงานปกติ ส่งผลให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มีการปรับกลยุทธ์ในการแข่งขัน เช่น ปรับปรุงการบริการให้ลูกค้าเกิดความประทับใจ การลดราคาค่าห้องพัก และการจัดแพ็คเกจรักษาในราคาประหยัด หรือแบบเหมาจ่ายในราคาพิเศษ รวมถึงการสร้างธุรกิจในรูปแบบของเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจ โดยผ่านการซื้อหรือการรวมกิจการ เพื่อลดต้นทุนในการดำเนินการ ลดค่าใช้จ่ายที่ซับซ้อน และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับโรงพยาบาลที่ทำการวิจัย มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพ สร้างภาพลักษณ์ กระตุ้นการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โดยการชูจุดแข็งด้วยการทำงานเชิงบูรณาการจากทีมแพทย์สหสาขาในการทำการหัตถการที่ซับซ้อนผ่านศูนย์หรือคลินิกเฉพาะทาง โดยใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่ทันสมัยและครบวงจร ครอบคลุมการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความซับซ้อน เพื่อทำให้เกิดความเชื่อมั่นและประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ให้บริการ สร้างมูลค่าเพิ่มด้วยคุณภาพบริการที่อบอุ่น สะดวกสบาย และรวดเร็ว ในปีที่ผ่านมาจากการที่โรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการทำการตลาดมากขึ้น เพื่อรองรับการขยายตัวและการเติบโตของประชากร โดยเน้นการทำการตลาดเชิงรุกที่เข้าถึงลูกค้ากลุ่มเป้าหมายโดยตรง อาทิ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในลักษณะของการสร้างเสริมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพสุขภาพให้แก่ชุมชนโดยรอบโรงพยาบาล และโครงการที่พักอาศัยใหม่ บริเวณโดยรอบโซนกรุงเทพฝั่งตะวันออก อาทิ บางนา อ่อนนุช ประเวศ ลาดกระบัง บางพลี บางบ่อ บางเสาธง และเมืองสมุทรปราการ

3.1 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD)

การให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยนอก แบ่งออกเป็นแผนกต่างๆ ได้แก่

- | | |
|------------------------|---------------------------------------|
| 1. แผนกอายุรกรรม | 11. แผนกกายภาพบำบัด |
| 2. แผนกศัลยกรรม | 12. ศูนย์ผิวหนังและเลเซอร์ |
| 3. แผนกกุมารเวชกรรม | 13. แผนกฉุกเฉิน |
| 4. ศูนย์หัวใจ | 14. ศูนย์กระดูกและข้อ |
| 5. แผนกตา หู คอ จมูก | 15. ฝ่ายรังสีวินิจฉัย |
| 6. แผนกสูติ-นรีเวชกรรม | 16. ฝ่ายวิเคราะห์โรค |
| 7. คลินิกแพทย์แผนจีน | 17. ศูนย์มะเร็งโสตศาด |
| 8. ศูนย์ทันตกรรม | 18. คลินิกสราญรมย์ |
| 9. ศูนย์ตรวจสุขภาพ | 19. คลินิกตับ ทางเดินน้ำดี และตับอ่อน |
| 10. ศูนย์ไตเทียม | |

3.1.1 แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีบริการจัดแพทย์ประจำด้านอายุรกรรม แพทย์หัวใจ ศัลยแพทย์ สูติแพทย์ และกุมารแพทย์ พร้อมด้วยรถพยาบาลฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง

3.1.2 การบริการผู้ป่วยนอก ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ตรวจรักษาโรคทั่วไป ทุกสาขาพร้อมด้วยศูนย์รักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ เช่น

1) **ศูนย์โรคหัวใจ** ให้บริการการรักษาโรคด้วยยา การรักษาด้วยการผ่าตัด โดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยบอลลูน

2) **ศูนย์กระดูกและข้อ** ให้บริการด้านการผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา กระดูกแตก กระดูกหัก ข้อเคลื่อนหลุด ปัญหาเรื่องข้อเสื่อม ปวดหลัง หมอนรองกระดูกเสื่อมและ กดทับเส้นประสาท การบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา ความพิการผิดรูปของเท้า

3) **ศูนย์มะเร็งโสตติต** ให้บริการเฉพาะด้านมะเร็ง โดยทำการตรวจวินิจฉัย มะเร็งตั้งแต่เริ่มแรก คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงเป็นมะเร็ง

4) **แผนกอายุรกรรม** ให้บริการรักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค ได้แก่ โรค ของระบบประสาท โรคระบบทางเดินอาหาร โรคโลหิตวิทยา และโรคไขข้อ

5) **แผนกศัลยกรรม** ให้บริการรักษาโรคทางศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรม ระบบทางเดินปัสสาวะ การศัลยกรรมตกแต่ง

6) **แผนกกุมารเวชกรรม** บริการดูแลทารกแรกเกิดถึงอายุ 13 ปี มีแพทย์ เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ได้แก่ หัวใจ ทางเดินอาหารเด็ก ทารกแรกเกิด โรคภูมิแพ้ในเด็ก โรคต่อมไทรอยด์ โดยเปิดให้บริการคลินิกเด็กสุขภาพดีแยกจากผู้ป่วยเด็กทั่วไป

7) **แผนกหู ตา คอ จมูก** ให้บริการรักษาโรคทางหู ตา คอ จมูก ทั่วไป พร้อมกับการรักษาต้อกระจกด้วยอัลตราซาวด์โดยเครื่อง Phacoemulsifier การรักษาจอเรตินา ตรวจ การได้ยินและตรวจการทรงตัว

8) **แผนกสูติ - นรีเวชกรรม** บริการฝากครรภ์และคลอด ให้คำปรึกษาเรื่อง การมีบุตรยาก การเตรียมตัวก่อนคลอด การป้องกันและรักษาโรคทางสูติ-นรีเวชกรรม

9) **แผนกไตเทียม** ให้บริการรักษาพยาบาลด้านโรคไต โดยการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม

10) **คลินิกแพทย์แผนจีน** ให้การบริการรักษาด้วยวิธีฝังเข็ม การนวดกดจุด และใช้สมุนไพรจีนในการรักษาโรค และบรรเทาอาการต่างๆ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต อาการปวด โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ เบาหวาน และโรคกระเพาะ เป็นต้น โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์จากกระทรวงสาธารณสุข

11) แผนกทันตกรรม ให้บริการด้านทันตกรรม สำหรับเด็ก และผู้ใหญ่ โดยครอบคลุมทุกสาขา

12) แผนกตรวจสุขภาพ ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับบุคคลทั่วไป บริษัทคู่สัญญา

13) แผนกกายภาพบำบัด ให้บริการเพื่อบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพร่างกาย

14) แผนกผิวหนัง ให้บริการรักษาโรคผิวหนังต่างๆ รวมทั้งให้บริการด้านสุขภาพผิวและความงามด้วยเลเซอร์ การใช้ประจุไฟฟ้า Iontophoresis

15) แผนกรังสีวินิจฉัย ให้บริการตรวจพิเศษและทั่วไป และ CT –SCAN

16) แผนกวิเคราะห์โรค และธนาคารเลือด

3.2 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD)

โรงพยาบาลได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทรับผู้ป่วยในไว้ค้างคืน โดยปัจจุบันมีเตียงรองรับผู้ป่วยในสำหรับการรักษาพยาบาล จำนวน 190 เตียง โดยมีห้องสำหรับให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแบ่งออกเป็น

3.2.1 หอผู้ป่วยใน 5 ให้การบริการผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ผู้ป่วยหัวใจเป็นหลัก

3.2.2 หอผู้ป่วยใน 7 ให้การบริการผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นหลัก

3.2.3 หอผู้ป่วยใน 8 ให้การบริการผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยหู ตา คอ จมูกเป็นหลัก

3.2.4 หอผู้ป่วยใน 9 ให้การบริการผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นหลัก

3.2.5 หอผู้ป่วยใน 10 ให้การบริการผู้ป่วยอายุรกรรม และผู้ป่วยมะเร็งเป็นหลัก

3.2.6 ห้องผ่าตัด (OR)

3.2.7 ห้องผ่าตัดเฉพาะโรคหัวใจ

3.2.8 ห้องคลอด และห้องรอกคลอด

3.2.9 หออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ICU)

3.2.10 หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (CCU)

3.2.11 แผนกวิสัญญีและห้องพักฟื้น

3.2.12 ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ (Cath. Lab.)

3.3 วิสัยทัศน์ (Vission)

เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ด้วยการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐานระดับสากล ให้บริการอุ่นใจคุณญาติมิตร ราคาเป็นธรรม บริหารจัดการโปร่งใส มีประสิทธิภาพและบุคลากรมีความสุข

3.4 พันธกิจ (Mission)

โรงพยาบาลได้กำหนดพันธกิจ ไว้ดังนี้

- 3.4.1 พัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ มีความสุข และภาคภูมิใจในองค์กร
- 3.4.2 พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาด้วยมาตรฐานระดับสากล
- 3.4.3 พัฒนาองค์กรก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องและมั่นคง
- 3.4.4 พัฒนาการบริการที่อบอุ่น ประทับใจ คุณาติมิตร
- 3.4.5 บริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล

3.5 ค่านิยมในการทำงานร่วมกัน (Core Values)

โรงพยาบาลได้กำหนดค่านิยมในการทำงานร่วมกัน ไว้ดังนี้

- 3.5.1 ทำงานเป็นทีม และมุ่งสร้างคุณค่าให้บุคลากร (Teamwork and Staff value)
- 3.5.2 เรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Non-stop learning and Improvement)
- 3.5.3 ดูแลอย่างอบอุ่นและมีคุณภาพ (Hospital and Quality care)

3.6 เป้าหมายการดำเนินธุรกิจ

การที่จะขับเคลื่อนโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรที่เติบโตอย่างยั่งยืน และสามารถแข่งขันกับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้นั้น ทางโรงพยาบาลได้มีการปรับแผนธุรกิจและกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพการณ์แข่งขันที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนี้

3.6.1 เป้าหมายในการพัฒนาบุคลากร บุคลากรเป็นทรัพยากรที่องค์กรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นที่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทุกสาขาอาชีพ โรงพยาบาล มีแผนในการส่งเสริมพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพ โดยการพัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะทาง ให้สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร พร้อมสร้างจิตสำนึกในการให้บริการโดยได้กำหนดมาตรฐานการบริการของโรงพยาบาล (Standard Procedure for Excellence Service) รวมถึงการปลูกจิตสำนึก ให้บุคลากรมีความสุขและภาคภูมิใจในองค์กร

3.6.2 เป้าหมายด้านการบริหารจัดการ มุ่งเน้นการพัฒนาการบริการให้ผู้ใช้บริการมีความสะดวก รวดเร็ว แม่นยำมากยิ่งขึ้น ดังนี้

- การใช้ระบบนัดหมายซึ่งผู้ให้บริการจะสามารถแจ้งการนัดหมายเข้ามารับการตรวจรักษาจากแพทย์ได้ตามเวลาที่เหมาะสม เพื่อลดระยะเวลาารอคอย
- พัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) บันทึกการส่งยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะทำให้ข้อมูลมีความถูกต้อง รวดเร็ว
- การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย เพื่อการสื่อสารภายในองค์กรมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และการบริการ

- พัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสรับการตรวจรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคมากที่สุด

3.6.3 เป้าหมายด้านการแข่งขัน ความท้าทายหลักของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนยังคงเป็นแนวโน้มการแข่งขันที่รุนแรง โดยเฉพาะการแข่งขันในประเทศ เพื่อดึงคนไข้ชาวไทยและต่างชาติ ทั้งนี้ โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ต้องเผชิญกับการแข่งขันที่รุนแรงระหว่างโรงพยาบาลเอกชนด้วยกันเอง รวมทั้งการแข่งขันกับโรงพยาบาลรัฐบาลที่หันมาพัฒนาตัวเอง เพื่อแข่งขันกับโรงพยาบาลเอกชนมากยิ่งขึ้น เช่น การให้บริการคลินิกพิเศษในช่วงหลังเวลาทำงานปกติ ส่งผลให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มีการปรับกลยุทธ์ในการแข่งขัน เช่น การปรับปรุงการบริการให้ลูกค้าเกิดความประทับใจ การลดราคาค่าห้องพัก และการจัดแพ็คเกจรักษาในราคาประหยัด หรือแบบเหมาจ่ายในราคาพิเศษ รวมถึงการสร้างธุรกิจในรูปแบบของเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจ โดยผ่านการซื้อหรือการควบรวมกิจการ เพื่อลดต้นทุนการดำเนินการ ลดค่าใช้จ่ายที่ซ้ำซ้อน และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับโรงพยาบาลจะมุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพ สร้างภาพลักษณ์ กระตุ้นการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โดยการชูจุดแข็งด้วยการทำงานเชิงบูรณาการจากทีมแพทย์สหสาขาในการทำหัตถการที่ซับซ้อนผ่านศูนย์/คลินิกเฉพาะทาง โดยใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่ทันสมัยและครบวงจร ครอบคลุมการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความซับซ้อน เพื่อทำให้เกิดความเชื่อมั่นและประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ให้บริการ สร้างมูลค่าเพิ่มด้วยคุณภาพการบริการที่อบอุ่น สะดวกสบาย และรวดเร็ว

3.7 สภาพการแข่งขัน กลยุทธ์ทางการตลาด และโครงการในอนาคต

3.7.1 ภาวะอุตสาหกรรม เนื่องจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น รวมถึงปัจจัยอื่นที่สนับสนุน เช่น แผนการกระตุ้นเศรษฐกิจของภาครัฐ ทำให้ประชาชนมีกำลังการซื้อเพิ่มมากขึ้น ทำให้ดัชนีความเชื่อมั่นของผู้บริโภคสูงขึ้น รูปแบบการดำเนินชีวิตของประชากรซึ่งมีรายได้ที่เพิ่มมากขึ้นได้ส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้ง่ายขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ จากเดิมที่มักจะเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย กลับหันมาสู่การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคภัยไข้เจ็บแทน ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชน มีโอกาสให้บริการที่ครอบคลุมความต้องการที่เพิ่มสูงขึ้น เพื่อให้ผู้บริโภคยังสามารถเข้าถึงข้อมูล และมีทางเลือกที่ดีกว่าเพื่อสุขภาพด้วย

3.7.2 สภาพการแข่งขัน เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่บนพื้นที่ที่มีการขยายตัวของประชากร ที่พักอาศัย รวมถึงการขยายตัวของอุตสาหกรรม และมีแหล่งการขนส่งมวลชนที่เข้าถึง เช่น รถไฟฟ้า จึงทำให้มีโอกาสนในการรองรับผู้ให้บริการที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตามการแข่งขันของ

โรงพยาบาลเอกชนในบริเวณใกล้เคียงก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน โรงพยาบาลจึงได้เปิดศูนย์ และคลินิกเฉพาะทางที่เน้นการรักษาแบบองค์รวม คือ รักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟู จากทีม แพทย์สหสาขาวิชาชีพ ทีมพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ รวมทั้งเครื่องมือเทคโนโลยี การแพทย์ที่มีมาตรฐาน เพื่อสร้างความแตกต่าง ได้แก่ ศูนย์หัวใจ ศูนย์กระดูกและข้อ ศูนย์ มะเร็งโอดิสติก คลินิกตับ ทางเดินน้ำดี และตับอ่อน เป็นต้น

3.7.3 กลยุทธ์ทางการตลาด โรงพยาบาลตั้งเป้าหมายการเติบโตด้านรายได้ และการขยายฐานลูกค้า โดยใช้กลยุทธ์ “เจาะตลาดกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจน” (Segmentation Marketing) เลือกไลฟ์สไตล์ของผู้ใช้บริการเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้ตรงกับความต้องการของลูกค้า นอกจากนี้ ยังเน้นการทำประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อและการทำกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ เพื่อตอกย้ำการจดจำ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ โดยการทำประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ เพื่อเน้นการสร้าง ความเชื่อมั่นแก่ผู้ใช้บริการ รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งลูกค้าเป้าหมาย ดังนี้

1) **กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป** ซึ่งเป็นกลุ่มที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เอง เข้ามาใช้บริการจากการบอกต่อ รับรู้จากสื่อประชาสัมพันธ์ และกิจกรรมการตลาดที่เข้าถึงกลุ่ม เป้าหมายโดยตรง เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มผู้ป่วยทั่วไปเข้ามาใช้บริการ จึงได้จัดกิจกรรมในรูปแบบของ การส่งเสริมและให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพโดยเน้นการให้ข้อมูลทางการแพทย์เพื่อตอกย้ำ การรับรู้ในความเชี่ยวชาญของแพทย์เฉพาะทาง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพการรักษาที่ได้ มาตรฐานเหนือคู่แข่ง

2) **กลุ่มสมาชิกของโรงพยาบาล** เป็นกลุ่มลูกค้าทั่วไปที่มาใช้บริการอย่าง สม่าเสมอ และมีความภักดีต่อโรงพยาบาล จึงมีการนำระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมาใช้ เสริมศักยภาพในการสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า (Customer Relationship Management: CRM) สร้าง ความเชื่อมั่น สิทธิประโยชน์ บริการที่ประทับใจ เพื่อให้ลูกค้ามีความผูกพันกับโรงพยาบาลอย่าง ยั่งยืน

3) **กลุ่มบริษัทคู่สัญญาที่มีสวัสดิการให้พนักงาน** เนื่องจากขยายตัวของ อุตสาหกรรมในเขตกรุงเทพตะวันออก ส่งผลให้มีผู้ประกอบการรายใหม่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงเป็น โอกาสทางการตลาดในการขยายฐานลูกค้าบริษัทคู่สัญญา อันนำมาซึ่งกลุ่มผู้ใช้บริการจำนวนมาก

4) **กลุ่มผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันสุขภาพ** ซึ่งบริษัทประกันชีวิตจะรับผิดชอบ ค่ารักษาพยาบาลแทนตามสัญญากรมธรรม์ แนวโน้มผู้ป่วยจะใช้บริการผ่านระบบประกันสุขภาพ มากขึ้น จะใช้กิจกรรมการตลาดที่เข้าถึงลูกค้าเป้าหมายโดยผ่านช่องทางพันธมิตรทางธุรกิจ

3.7.4 กิจกรรมทางการตลาดเพื่อสร้างความแตกต่าง จากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจและความผันผวนทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้บริโภคมีความกังวลและชะลอเรื่องการใช้จ่าย รวมทั้งการแข่งขันในอุตสาหกรรมบริการแพทย์ที่รุนแรงมากขึ้น โรงพยาบาลจึงสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้บริโภคเล็งเห็นถึงความคุ้มค่า โดยการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ภายใต้แนวคิด “สุขภาพดี มีได้ทุกที่” เพื่อตระหนักถึงโรคต่างๆ รอบตัว ด้วยการให้ความรู้ในการป้องกัน และวิธีการรักษาตนเองและครอบครัว เช่น โครงการ Happy Life in The Garden, โครงการ Happy Life in The Workplace, Happy Life in the Hospital และ Healthy Society เป็นต้น

3.8 สถิติการใช้บริการของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาวิจัย

3.8.1 จำนวนผู้มาใช้บริการ แนวโน้มของจำนวนผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตั้งแต่เปิดให้บริการ ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 สถิติจำนวนผู้ใช้บริการของโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี 2547-2555

จำนวนผู้ให้บริการ (คน)	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555
ผู้ป่วยนอก	377,687	381,249	388,103	431,515	465,063
ผู้ป่วยใน	14,708	13,237	13,582	13,851	15,052

ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

3.8.2 ประเภทสิทธิการรักษาของผู้ป่วยในที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลเป็นเอกชนที่ไม่รับโครงการประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากข้อมูลปี 2554-2555 มีกลุ่มผู้ให้บริการจำแนกตามสิทธิการรักษา ได้ดังนี้

ตารางที่ 2.2 สถิติจำนวนผู้ใช้บริการประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล ตั้งแต่ปี 2554-2555

สิทธิการรักษาพยาบาล	ปี 2554	ปี 2555
ผู้ป่วยทั่วไป	3,307	3,666
กลุ่มสมาชิกของโรงพยาบาล	3,465	3,122
กลุ่มบริษัทคู่สัญญาที่มีสวัสดิการให้พนักงาน	1,681	2,285
กลุ่มผู้ถือกรมธรรม์ประกันสุขภาพ	4,653	5,749
สิทธิการรักษาอื่นๆ	745	230

ที่มา: ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาล

3.8.3 ประเภทกลุ่มคลินิกของผู้ป่วยในที่มาใช้บริการ จากข้อมูล ปี 2554-2555 สามารถจำแนกผู้ป่วยในตามกลุ่มอาการทางคลินิก ได้ดังนี้

ตารางที่ 2.3 สถิติจำนวนผู้ใช้บริการประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำแนกตามกลุ่มอาการทางคลินิก ตั้งแต่ปี 2554-2555

กลุ่มอาการทางคลินิก	ปี 2554	ปี 2555
อายุรกรรม	7,724	7,193
ศัลยกรรม	1,310	1,383
สูติ-นรีเวชกรรม	849	1,020
กุมารเวชกรรม	2,879	3,232
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	650	649
ตา หู คอ จมูก	388	390
คลินิกอื่นๆ	51	35

ที่มา: ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาล

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เฮย์ และแอนเดอร์สัน (Hay and Anderson, 1996) ได้ศึกษาร่วมกับโครงการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างการฟื้นฟูสุขภาพที่โรงเรียนพยาบาล มหาวิทยาลัยวอร์ชิงตัน เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย โดยการรวบรวมข้อมูลจากบทความ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประสบการณ์ของความเจ็บป่วย หรือความพิการ ซึ่งเขียนโดยผู้มีประสบการณ์เหล่านี้ เพื่อศึกษาว่าพยาบาลได้ตอบสนองความต้องการเพียงใดในความรู้สึกของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคต่างๆ จำนวน 14 โรค จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการดังต่อไปนี้ ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา เรียนรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้รับการช่วยเหลือคำปรึกษาพยาบาล การช่วยเหลือตัวเองได้และอยู่ในสังคมได้ ได้รับการยอมรับจากสังคมในการเจ็บป่วยหรือพิการ ได้รับการรักษาพยาบาล อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีอุปกรณ์เครื่องมือช่วยชดเชย ต้องการประสบความสำเร็จในชีวิต มีความสุขสบายด้านจิตใจลดความวิตกกังวล ได้รับกำลังใจและความเข้าใจ สังคมได้รับรู้ว่าเขาได้รับการช่วยเหลือ

ประไพ น้อยจ้อย (2540) ได้ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรม ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า ความต้องการการพยาบาลผู้ป่วยรับรู้ความต้องการ 3 อันดับแรก คือ การดูแลช่วยเหลือให้ขับถ่ายเป็นปกติ การดูแลช่วยเหลือให้ได้นอนหลับพักผ่อน และการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมสะอาด อากาศถ่ายเทดี ส่วนพยาบาลรับรู้กิจกรรมการพยาบาลทั้ง 3 ว่าผู้ป่วยมีความต้องการเป็นอันดับที่ 10, 4 และ 3 ตามลำดับ ด้านการป้องกันโรคและด้านการฟื้นฟูสุขภาพทั้งผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ความต้องการด้านการป้องกันโรค 2 อันดับแรกตรงกัน คือ จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย จัดของใช้ที่จำเป็นอยู่ใกล้มือ ส่วนความต้องการด้านการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย และพยาบาลรับรู้ความต้องการทุกอันดับตรงกัน ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยรับรู้ความต้องการ 3 อันดับแรก คือ บอกให้ทราบวัตถุประสงค์ หรือเหตุผลก่อนให้การพยาบาล อธิบายให้ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย และอธิบายถึงผล และฤทธิ์ข้างเคียงของยา ส่วนพยาบาลรับรู้กิจกรรมการพยาบาลทั้ง 3 ว่าผู้ป่วยสูงอายุมีความต้องการเป็นอันดับที่ 8, 10 และ 14 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันรับรู้ความต้องการด้านการฟื้นฟูสุขภาพแตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันรับรู้ความต้องการด้านการป้องกันโรคแตกต่างกัน ผู้ป่วยและพยาบาลมีการรับรู้ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแตกต่างกันในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และโดยรวม

พัชรี ทองแผ่ (2540) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน เขต 2 โดยใช้แบบประเมิน SERVQUAL สำรวจผู้ใช้บริการจาก 2 โรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 390 คน พบว่า คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนดีเด่น และโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ไม่พึงพอใจ คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนดีเด่น และโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป โดยรวมจำแนกตามรายด้านและรายข้อ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมรายด้าน และรายข้อ โดยค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนทั่วไป มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนดีเด่น

ไพเราะ กลอนาวัง (2543) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 6 แห่ง โดยสุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดคุณภาพ SERVQUAL ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ทั้งโดยรวม รายด้านและรายข้อ

นกุลยา ส่งสวัสดิ์ (2544) ได้ศึกษาความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพการบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ โดยสุ่มเก็บข้อมูลจำนวน 100 คน พบว่าความสัมพันธ์ของคุณภาพบริการระหว่างการให้บริการในปัจจุบันกับความคาดหวังในอนาคตนั้น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือการได้รับความพึงพอใจจะมากหรือน้อยไม่มีผลต่อความคาดหวัง

วงรัตน์ ใสสุข (2545) ได้ศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต และครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย มีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมาก ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อการตอบสนอง และส่งเสริมการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย และครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยอาศัยองค์ประกอบ ที่สำคัญมากที่สุดคือ การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ การสื่อสาร พูดคุยกับผู้ป่วย และครอบครัว การอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวในการทำพิธีกรรมทางศาสนา และความเชื่อ การแสดงออกถึงการยอมรับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น สุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ดี การกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ คำติชม และสัมพันธภาพที่ดี

โสภิตา ชันแก้ว (2546) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือตอนบน โดยสุ่มตัวอย่างจากผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือตอนบน ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค จำนวน 400 คนโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน ภาคเหนือตอนบน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cronin and Taylor (1992) แล้วนำมาปรับให้สอดคล้องกับแนวคิดของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2544) โดยกำหนดคุณภาพบริการพยาบาล 9 ด้าน คือ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) 2) ความน่าเชื่อถือในการให้บริการ (Reliability) 3) การตอบสนองในการให้บริการ (Responsiveness) 4) การสร้างความมั่นใจให้ผู้รับบริการ (assurance) 5) ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) 6) การเข้าถึงบริการ (Access) 7) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) 8) สิทธิและความเสมอภาค (Rights and Equity) และ 9) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Out pocket cost) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือตอนบน อยู่ในระดับสูง ผู้ใช้บริการที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และถิ่นที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกันจะมีระดับการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยผู้ให้บริการที่มีอายุมากกว่าจะมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลสูงกว่าผู้ให้บริการที่มีอายุน้อย ผู้ใช้บริการที่มีระดับการศึกษาค่ำกว่าจะมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลสูงกว่าผู้ให้บริการที่มีระดับการศึกษาสูง และผู้ให้บริการที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล มีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลสูงกว่าผู้ให้บริการที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาล/สุขาภิบาล ส่วนผู้ให้บริการที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ รวมทั้งปัจจัยในด้านการมารับบริการ ได้แก่ ระยะทางในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ และจำนวนครั้งในการมารับบริการที่แตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน

ประเทือง เจริญตน และอารีรัตน์ ขำอยู่ (2547) ได้ศึกษาความพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาลของผู้ป่วยในตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี สุ่มตัวอย่างสอบถามจำนวน 167 ราย โดยใช้แบบสอบถาม SERVQUAL พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาชีพ มีระดับความพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของท่านอื่นๆ หลายท่าน ที่ทำการศึกษาทั้งในโรงพยาบาลรัฐบาล และเอกชน

พิรุณ คำพรมมา (2548) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการของพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกหักในโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของพาราสุราแมน และคณะ (SERVQUAL) พบว่าระดับความคาดหวัง

ต่อคุณภาพการบริการของผู้ป่วยกระดูกหักในโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก และเมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังกับการรับรู้คุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ และด้านความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจได้ของพยาบาล ที่ระดับการรับรู้สูงกว่าระดับความคาดหวัง

จิตติมา ชีรพันธ์เสถียร (2549) การศึกษาคุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว สาขาพร้อมมิตร พบว่ามุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการ มีระดับความคาดหวังต่อการบริการสูงกว่าระดับการรับรู้ต่อการบริการ โดยความสัมพันธ์ระหว่างระดับความคาดหวังและระดับการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการบริการเป็นดังนี้ ด้านอรรถาธิบายของผู้ให้บริการ ด้านความเป็นรูปธรรมในการ ด้านการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา และด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการ

นงนุช โกมลหิรัญย์ (2550) ศึกษาการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยใช้แนวคิดเครื่องชี้วัดคุณภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2544) พบว่าสถานภาพสมรรถคูมีระดับการรับรู้ต่ำกว่าสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง และประสบการณ์ในการมาใช้บริการที่มากกว่ามีระดับการรับรู้ต่ำกว่าผู้ใช้บริการที่มีจำนวนครั้งของการมาใช้บริการน้อยกว่า

จรรยา พรหมมาลี (2551) ศึกษาคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่กลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยการสำรวจผู้ใช้บริการ จำนวน 400 คน พบว่าความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังแตกต่างกับการรับรู้ในด้านความเชื่อไว้วางใจได้ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ และด้านการตอบสนอง แต่ความคาดหวังไม่มีความแตกต่างกับการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการบริการในด้านรูปธรรมของบริการ และด้านความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ใช้บริการที่มีอายุ อาชีพ และการใช้สิทธิของผู้ใช้บริการที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพการบริการที่ต่างกัน ผู้ใช้บริการที่มีเพศ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งที่มารับบริการต่างกันจะมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพการบริการที่ไม่แตกต่างกัน และผู้ใช้บริการที่มีระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่มาใช้บริการ และสิทธิการรักษาที่แตกต่างกัน จะมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการบริการที่ต่างกัน ผู้ใช้บริการที่มีเพศ อายุต่างกันจะมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการบริการที่ไม่แตกต่างกัน

วรรณา สุขสบาย และสิวพร ทองสุข (2552) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณลักษณะทางจริยธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาล โดยสุ่มตัวอย่างจำนวน 265 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดระหว่างเดือนสิงหาคม 2547 - มกราคม 2548 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาล แบบประเมินการรับรู้ต่อคุณลักษณะทางจริยธรรมของพยาบาล ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมโดยผู้รับบริการของสภาการพยาบาล พบว่า พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณลักษณะทางจริยธรรมของพยาบาลทั้งรายชื่อ และโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ผู้ป่วยร้อยละ 68.3 มีความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาลในระดับมาก และพบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณลักษณะทางจริยธรรมของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการ อีกทั้งการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณลักษณะทางจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญ และพิเศษมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามพบว่า ปัจจัยคัดสรรเกี่ยวกับเพศ ภูมิลำเนา หอผู้ป่วยที่ให้บริการ และจำนวนครั้งที่มาใช้บริการต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อคุณลักษณะทางจริยธรรมของพยาบาล และระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาล

ณชาดา เนินไธสง (2553) ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลวิสัญญีตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการการผ่าตัดทางกระดูกและข้อ โรงพยาบาลตำรวจ โดยสุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการการผ่าตัดทาง กระดูกและข้อ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 139 ราย พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความคาดหวังสูงต่อการรับบริการบริการวิสัญญีในการผ่าตัดทางกระดูกและข้อของ โรงพยาบาลตำรวจ และเมื่อรับบริการไปแล้วพบว่า ผู้ให้บริการมีการรับรู้ต่อการบริการในระดับสูงเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าการบริการของพยาบาลวิสัญญีในการผ่าตัดทางกระดูกและข้อมีคุณภาพการให้บริการที่ดี มีคุณภาพและจากการเปรียบเทียบความคาดหวังต่อการบริการก่อนที่จะเข้ารับบริการกับการรับรู้การบริการหลังเข้ารับบริการแล้ว พบว่าผู้เข้ารับบริการมีความคาดหวังแตกต่างกับการรับรู้การบริการวิสัญญีในการผ่าตัดกระดูกและข้อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วาริ วณิช-ปัญญาผล (2539) ที่ได้ศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลและการรับรู้ของผู้ให้บริการพยาบาลต่อความคาดหวังของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตริณัฐ จำปาทอง (2553) ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้โดยเปรียบเทียบคุณภาพบริการก่อนและหลังใช้บริการของผู้ใช้บริการของผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของพาราสุราแมน และคณะ โดยสุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยนอก จำนวน 400 คน พบว่า ผู้ใช้บริการมีระดับการรับรู้ก่อนและหลังการให้บริการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ส่วนระดับความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านความน่าเชื่อถือที่อยู่ในระดับสูงมาก การรับรู้คุณภาพการบริการก่อนใช้บริการจำแนกตามระดับการศึกษาและรายได้ มีความแตกต่างกัน การรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้บริการจำแนกตามอายุ และคลินิกที่มาใช้บริการ มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ก่อนและหลังใช้บริการ พบว่ามีความแตกต่างกัน

เปรมจิต จิณวลิน (2553) ได้ศึกษาการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกเวลาราชการของสถาบันโรคผิวหนัง ในกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกเวลาราชการของสถาบันโรคผิวหนัง จำนวน 385 คน พบว่าการวิเคราะห์การรับรู้ต่อคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการโดยรวม ส่วนใหญ่ด้านการให้บริการของพยาบาล ด้านอัตราค่าบริการในการรักษาพยาบาล ด้านคุณภาพแพทย์ผู้รักษา ด้านอุปกรณ์การแพทย์ ด้านการให้บริการของพนักงานต้อนรับ มีระดับการรับรู้คุณภาพการบริการในระดับดี และด้านเวลาในการใช้บริการ ด้านอาคารสถานที่และบริเวณที่จอดรถ มีระดับการรับรู้คุณภาพการบริการในระดับปานกลาง การวิเคราะห์ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกเวลาราชการของสถาบันโรคผิวหนัง พบว่าส่วนใหญ่พึงพอใจในระดับมาก ความจงรักภักดีของผู้ใช้บริการพบว่าส่วนใหญ่มีความจงรักภักดีมาก และการรับรู้คุณภาพบริการด้านการให้บริการของพยาบาล ด้านคุณภาพแพทย์ผู้รักษา ด้านอุปกรณ์การแพทย์ ด้านเวลาในการใช้บริการ ด้านการให้บริการของพนักงานต้อนรับ ด้านอาคารสถานที่ และบริเวณที่จอดรถ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจโดยรวม

มนทิพพา นิมนันท์ (2553) ได้ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณภาพงานบริการผู้ป่วยในของศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ด้วยเครื่องมือ SERVQUAL ผลการศึกษา พบว่าระดับความคาดหวังในคุณภาพงานบริการผู้ป่วยใน โดยรวมแล้วอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีความคาดหวังในระดับมากที่สุด คือ ด้านความมั่นใจ รองลงมา คือ ด้านความรับผิดชอบ ด้านความมีตัวตนจับต้องได้ และด้านความน่าเชื่อถือ ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีความคาดหวังระดับมาก คือ ด้านความเอาใจเขามาใส่ใจเรา ระดับการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการผู้ป่วยในที่ได้รับจริง โดยรวมแล้วอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีการรับรู้ในระดับมากที่สุด คือ ด้านความมั่นใจ ส่วนด้านที่มีการรับรู้ระดับมาก คือ ด้านความมีตัวตนจับต้องได้ รองลงมา คือ ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านความรับผิดชอบ และด้านการเอาใจเขามาใส่ใจเรา โดยมีระดับความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้ในคุณภาพบริการโดยรวม และในแต่ละด้านมีความแตกต่างกัน โดยความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้ โดยรวมแล้วมีความแตกต่างกัน ซึ่งด้านที่มีความแตกต่างกันมากที่สุด คือ ด้านความรับผิดชอบ รองลงมา คือ ด้านการเอาใจเขามาใส่ใจเรา ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านความมั่นใจ และด้านความมีตัวตนจับต้องได้ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อย่อย พบว่าความคาดหวังในคุณภาพการบริการของผู้ป่วย มีระดับสูงกว่าระดับการรับรู้เกือบทุกเรื่อง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นการมีเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ที่มีระดับความคาดหวังเท่ากับการรับรู้ และไม่มีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

กนกพร ลีลาเทพินทร์ และคณะ (2554) ศึกษาระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ โดยใช้แบบจำลอง SERVQUAL โดยภาพรวมผู้ใช้บริการมีระดับค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในการบริการมากกว่าการรับรู้จากบริการที่ได้รับ ความคาดหวัง แสดงว่าผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้รับหรือการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐบาล หากพิจารณาในแต่ละมิติพบว่าในปัจจัยด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ พบว่าระดับค่าเฉลี่ยของการรับรู้ในการบริการมากกว่าระดับความคาดหวัง แสดงว่าผู้ใช้บริการเห็นว่ามีความคุณภาพในการบริการในด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการโดยมีระดับคุณภาพการบริการอยู่ในระดับปานกลาง แต่ในอีก 4 ด้าน คือ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการตอบสนองในการให้บริการ ด้านการสร้างความมั่นใจในบริการ และด้านความเห็นอกเห็นใจ กลับมีค่าเฉลี่ยในการรับรู้ต่ำกว่าความคาดหวัง แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้บริการเห็นว่าไม่มีคุณภาพในการบริการที่ดีในด้านดังกล่าว

บุญเรือง โรจนศิริ และดารณี พิมพ์ช่างทอง (2554) ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ประกันตนต่อการให้บริการของโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม จังหวัดปทุมธานี โดยสุ่มตัวอย่างจากผู้ใช้บริการ จำนวน 400 ตัวอย่าง พบว่าผู้ประกันตนมีความคาดหวังคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้จริงอยู่ในระดับปานกลาง ผลการทดสอบสมมุติฐานพบว่า อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และโรงพยาบาลเลือกสิทธิประกันสังคมที่แตกต่างกัน มีผลต่อระดับความคาดหวังคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลแตกต่างกัน ส่วนระดับการศึกษา งานที่ปฏิบัติ ระยะเวลาการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน และโรงพยาบาลที่เลือกตามสิทธิประกันสังคมที่แตกต่างกัน มีผลต่อระดับการรับรู้คุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์และความถดถอยพหุคูณ พบว่าการรับรู้สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคมด้านการรักษามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความคาดหวัง และการรับรู้จริงของคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลในภาพรวม ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าความคาดหวังและการรับรู้จริงของคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน โดยความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าการรับรู้จริงในทุกด้าน

สุพรรณวดี ภิญโญ และคณะ (2554) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการของผู้ป่วยและญาติ จำนวน 800 คน เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเพชรบุรี พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยระดับการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ส่วนกลุ่มญาติผู้ป่วยระดับการรับรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ระดับความคาดหวังทั้งผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้และความคาดหวังผลลัพธ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่าญาติมีระดับการรับรู้และความคาดหวังดีกว่าผู้ป่วย แต่ปัจจัยเพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา ระดับการรับรู้ที่ไม่แตกต่างกัน