

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมากำหนดสมมติฐาน ตัวแปร กรอบแนวคิดในการวิจัยโดยนำเสนอ ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของบริการ คุณภาพบริการและความพึงพอใจ
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบริการ คุณภาพบริการและความพึงพอใจ
3. การประเมินเกี่ยวกับบริการ คุณภาพบริการและความพึงพอใจ
4. ข้อมูลเบื้องต้นโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายของบริการ คุณภาพบริการและความพึงพอใจ

1.1 ความหมายของบริการ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2536: 577) ให้ความหมายของบริการว่า หมายถึง ปฏิบัติ รับผิดชอบ ให้ความสะดวกต่างๆ

รัชชา กุลวานิชไชยนันท์ (2535: 13) กล่าวว่า บริการเป็นงานที่มีการผลิตและการบริโภคเกิดขึ้นพร้อมกัน ไม่อาจกำหนดความต้องการที่แน่นอนได้ เป็นงานที่ไม่มีตัวสินค้า ไม่มีผลผลิต ไม่อาจกำหนดปริมาณล่วงหน้าได้ เป็นงานที่ต้องตอบสนองทันที ผู้ให้บริการต้องพร้อมที่จะตอบ สนองตลอดเวลาและสิ่งที่ผู้รับบริการจะได้คือความพึงพอใจ ความรู้สึกคุ้มค่าที่มาใช้บริการ ดังนั้นคุณภาพของงานจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก

สุจิตรา ชานีวิทย์กรณ์ (2535: 1-2) ให้ความหมายว่าบริการหมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติอันแสดงออกในรูปของความสะดวกสบาย ความปลอดภัย

สุขุม นวลสกุล (2538: 16-21) กล่าวว่าคำว่าบริการน่าจะเป็นคำที่มีคุณค่าและชวนให้ภูมิใจเพราะคำว่าบริการนั้นหมายถึง การทำประโยชน์ให้กับคนอื่น ให้คนอื่นมีความสุข ความพอใจ ซึ่งคนที่ทำก็น่าจะมีความสุขที่ตนเองมีคุณค่าแก่คนอื่น ฉะนั้นถ้าเรากำลังดำเนินการไว้ว่างานของเราเป็นงานบริการแล้ว งานที่เราทำจะเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการเสมอ ผู้ที่มีหัวใจ

บริการจริงๆนั้นต้องแสวงหาความรู้รอบตัวเพื่อจะได้ใช้ความรู้นั้นมาให้บริการเขาได้ ความเจริญรุ่งเรืองของธุรกิจหรือองค์กรไม่ได้ขึ้นอยู่กับระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพหรือสินค้าที่มีคุณภาพเท่านั้น การพัฒนาให้มีหัวใจบริการกับคนในองค์กรก็เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ละเลยไม่ได้

เกียรติภูมิ วงศ์รจิต (2538: 2-3) กล่าวว่างานบริการคือ การทำให้ลูกค้าพอใจ (Customer's Satisfaction) ลูกค้าทุกคนมีความแตกต่างกันไป ดังนั้นเราต้องให้บริการที่ดีให้เขาพอใจจึงจะเป็นงานที่มีคุณภาพ

คณะกรรมการมาตรฐานบริการสาธารณสุข (2546) ให้ความหมายของคำว่าบริการคือ ผลลัพธ์ของกิจกรรมที่กระทำขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า เป็นนามธรรม เกิดและสัมผัสได้ ณ จุดสัมผัสบริการ เก็บกักตุนไว้ไม่ได้ แต่สัมผัสและวัดคุณภาพได้ด้วยความรู้สึของผู้รับบริการอาจแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ 1) บริการที่ผู้รับบริการได้รับจากการที่ผู้ให้บริการกระทำผลงานขึ้นแล้วโดยกาย วาจาหรือสติปัญญาเรียกว่างานบริการ (Personalized Service) 2) บริการที่ผู้รับบริการได้รับจากการใช้หรือบริโภคเครื่องใช้ อุปกรณ์ สถานที่ ฯลฯ ที่ผู้ให้บริการเตรียมไว้ให้ใช้ และเมื่อได้ใช้สิ่งนั้นแล้ว สิ่งดังกล่าวยังเป็นของผู้ให้บริการเรียกว่า บริการเครื่องอุปโภค (Mechanized Service) เช่น บริการห้องพักผู้ป่วย บริการเตียงนอนผู้ป่วย เป็นต้น 3) ผลลัพธ์ในบริการ (Product Content in Service) หมายถึงผลลัพธ์ที่ผู้รับบริการได้รับติดตัวไปหรือได้รับจากผู้ให้บริการเช่น ยา อาหาร น้ำเกลือ ฟันปลอม ไหมเย็บแผล เป็นต้น

ตามมาตรฐานอุตสาหกรรมของญี่ปุ่น (2548: 111-112) กล่าวถึงลักษณะของงานบริการที่แตกต่างจากสินค้าคือ เป็นงานหรือการกระทำของคนคือตัวสินค้า งานบริการไม่สามารถจัดเก็บไว้ได้ การผลิตและการบริโภคในงานบริการเกิดขึ้นในเวลาและสถานที่เดียวกัน งานบริการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามแต่ละสถานการณ์ (โดยอาศัยความตระหนัก การสังเกตและความตั้งใจ) และต้องการการคิดไปข้างหน้า การวัดผลของงานบริการด้วยเครื่องมือเป็นเรื่องที่ทำได้ยากและการประเมินผลของคุณภาพงานบริการปกติจะมาจากลูกค้าโดยตรง ผลลัพธ์ของงานบริการขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของผู้ให้บริการแต่ละคน สิทธิในความเป็นเจ้าของไม่ได้ถ่ายทอดผ่านการซื้อหรือขาย การตัดสินใจว่างานบริการนั้นมีคุณค่าหรือไม่ อย่างไร จะขึ้นอยู่กับความชื่นชมของลูกค้า สภาพแวดล้อมหรือบรรยากาศสามารถนำมาเป็นหัวข้อในการประเมินได้ การเก็บข้อมูลทำได้ยากเนื่องจากหลักฐานของงานบริการจะหายไปทันทีที่การบริการเกิดขึ้น ลักษณะของข้อมูลที่ได้รับไม่ใช่ค่าในเชิงตัวเลข แต่เป็นค่าในเชิงภาษา และลักษณะของกระบวนการในการบริการไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นซ้ำๆแต่เป็นกระบวนการที่มีความหลากหลาย

สิทธิการ ชูทรัพย์ (2549: 23) ให้ความหมายของบริการว่าหมายถึง การกระทำที่บุคคลหนึ่งหรือคณะหนึ่งทำให้บุคคลอื่น ซึ่งเป็นลักษณะที่เป็นบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้กับบุคคลอื่นๆ

ไม่ใช่เป็นการสร้างสิ่งของ ลักษณะการให้บริการมีดังนี้คือ การบริการไม่สามารถจับต้องมองเห็นได้ ก่อนซื้อหรือรับบริการ แต่รู้สึกว่าบริการดีหรือไม่ดีเมื่อใช้บริการนั้นแล้ว (Intangibility) การบริการไม่สามารถแบ่งแยกได้ จึงต้องทำไปพร้อมๆกันระหว่างการให้และการรับบริการ (Inseparability) การบริการมีความไม่แน่นอน (Variability) การบริการไม่สามารถควบคุมคุณภาพได้อย่างเดียวกันกับการควบคุมคุณภาพของสินค้า ทั้งนี้เพราะการบริการใช้คนเป็นปัจจัยสำคัญในการบริการ จึงไม่สามารถควบคุมคุณภาพของการบริการได้สม่ำเสมอขึ้นกับบุคคลที่ให้บริการ การบริการกำหนดมาตรฐานได้ยาก การจัดมาตรฐานจึงสามารถทำได้โดยใช้การรับรู้ของบุคคลผู้รับบริการเป็นสำคัญ (Heterogeneous) การบริการไม่สามารถเก็บไว้ได้ (Perish ability) การบริการไม่สามารถเก็บสะสมไว้ได้ เพราะในการให้บริการสามารถทำได้โดยดำเนินการเป็นครั้งๆไปไม่สามารถเก็บสะสมไว้ได้ ทั้ง 5 ประการมุ่งเน้นการสร้างคามพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ผลของการบริการจะทำได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการเป็นสิ่งสำคัญ

ศูนย์กลางการจัดการความรู้ สถาบันการศึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2549) ได้กล่าวถึงการมีจิตใจในการให้บริการที่ดี (Service Mind) ไว้ว่ามีความหมายโดยการแยกอักษรของคำว่า “Service” ออกเป็นความหมายดังนี้

S = Smile แปลว่า ยิ้มแย้ม

E = Enthusiasm แปลว่า ความกระตือรือร้น

R = Rapidness แปลว่า ความรวดเร็ว

V = Value แปลว่า มีคุณค่า

I = Impression แปลว่า ประทับใจ

C = Courtesy แปลว่า ความสุภาพอ่อนโยน

E = Endurance แปลว่า ความอดทน เก็บอารมณ์

และคำว่า “Mind” สามารถแยกความหมายได้ดังนี้

M = Make believe แปลว่า มีความเชื่อ

I = Insist แปลว่า ยืนกราน/ขอมรับ

N = Necessitate แปลว่า การให้ความสำคัญ

D = Devote แปลว่า อุทิศตน

รวมความหมายได้ว่า การบริการที่ดีนั้นผู้ให้บริการต้องมีจิตใจในการให้บริการคือ ต้องมีจิตใจหรือมีใจรัก มีความเต็มใจในการบริการ การทำงานโดยมีจิตใจรักจะแสดงออกมาทางกายโดยการทำงานด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส มีอารมณ์ร่าเริงและควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ไม่ขึ้นเสียงกับผู้มารับบริการ

คำว่า“Service Mind” อาจหมายถึง การบริการที่ดีแก่ลูกค้าหรือทำให้ลูกค้าได้รับความพึงพอใจ มีความสุขและได้รับผลประโยชน์อย่างเต็มที่ การให้บริการที่ดีนั้นมักจะให้ความสำคัญกับแนวทางสองประการ ประการแรกคือลูกค้าเป็นผู้ถูกเสมอหรือเห็นว่าลูกค้าต้องได้รับการเอาอกเอาใจ ถือว่าถูกต้องและเป็นหนึ่งเสมอ หากต้องการให้บริการที่ดีต้องให้ลูกค้าได้รับความสะดวกสบาย ใจว่าจากที่ไฟเราะ ให้คำแนะนำด้วยการยกย่องลูกค้าตลอดเวลา ประการที่สองคือต้องให้เกียรติลูกค้า ต้องไม่เป็นการบังคับขู่เข็ญ ทำให้ลูกค้ามีความพึงพอใจเกิดความเชื่อถือนอกจากพฤติกรรมของผู้ให้บริการแล้วกลับมาใช้บริการอีก การบริการที่ดีและมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศถือว่าผู้ปวยเป็นบุคคลพิเศษ

การให้บริการที่ดีต้องมีจิตใจของการเป็นผู้ให้ และการที่มีจิตใจของการเป็นผู้ให้หรือจิตสำนึกของการบริการ จิตจะส่งผลหรือเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมดังต่อไปนี้

- แสดงออกถึงความพร้อมและความเต็มใจในการให้บริการแก่ลูกค้าก่อนเสมอ
- สามารถควบคุมกิริยาท่าทางและน้ำเสียงได้อย่างเหมาะสมเมื่อลูกค้าซักถามข้อมูลอยู่บ่อยครั้ง
- สามารถฟังข้อร้องเรียนในเรื่องต่างๆจากลูกค้าโดยไม่แสดงกิริยาท่าทางหรือน้ำเสียงที่ไม่พอใจ
- มีเทคนิคและคำพูดในการสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจแก่ลูกค้า
- สามารถเสนอแนะบุคคลที่สามารถให้บริการแก่ลูกค้าในเรื่องอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานของตนได้

- แสวงหาโอกาสที่จะรับฟังข้อมูลป้อนกลับในการให้บริการของตนจากลูกค้า

จากพฤติกรรมที่แสดงออกดังกล่าวย่อมส่งผลบวกคือมีจิตใจลูกค้า การบริการที่ดีย่อมผูกใจลูกค้าให้เกิดความจงรักภักดี (Loyalty) กลับมาใช้บริการอีก นอกจากนี้พวกเขาจะช่วยประชาสัมพันธ์ พูดต่อปากต่อปากให้ลูกค้ารายใหม่มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น ย่อมหมายถึงรายได้และผลกำไรขององค์กรที่จะมากขึ้นตามไปด้วย การบริการที่ดีจะเป็นเสน่ห์ที่ช่วยเสริมบารมีทำให้ได้รับความร่วมมือและความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง พบว่าบุคคลที่มีจิตสำนึกของการบริการจะเป็นคนที่ใครใครอยากอยู่ใกล้ อยากคบหาสมาคมด้วย อยากผูกมิตรไมตรีและมอบความเป็นเพื่อนที่ดีให้ การให้บริการที่ดีกับลูกค้าแล้วลูกค้าจะไม่ได้มองไปที่ตัวบุคคล แต่จะมองภาพรวมจากการทำงานของหน่วยงานย่อมจะทำให้เกิดภาพพจน์ที่ดีกับหน่วยงานด้วยเช่นกัน

กล่าวโดยสรุปความหมายของบริการคือ การปฏิบัติ รับใช้ หรือให้ความสะดวกสบาย โดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลหนึ่งกระทำให้กับบุคคลอื่น และการบริการที่ดีนั้นผู้ให้บริการต้องมีพฤติกรรมของการเป็นผู้ให้บริการที่ดีคือการที่ผู้ให้บริการมีจิตใจพร้อมที่จะให้ผู้รับบริการได้รับ

ความสะดวกสบาย ความสุข ประโยชน์และความพึงพอใจ โดยแสดงเป็นพฤติกรรมที่ได้ออกมาทั้งทางกาย วาจา และใจ เช่นการแสดงความเต็มใจ กระตือรือร้น เอาใจใส่ มีความสุภาพอ่อนโยนและให้เกียรติกับผู้รับบริการด้วยความเสมอภาคและมีความเป็นธรรม เป็นต้น

1.2 ความหมายของคุณภาพบริการ

พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ (2530: 116, 318) กล่าวว่าคุณภาพหมายถึง ลักษณะของความคิด ลักษณะประจำของบุคคลหรือสิ่งของ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537: 171) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการในแนวคิดทางการตลาดว่า คือความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ นั่นคือเป็นไปตามความต้องการของผู้รับบริการหรือลูกค้า (Conformance to Requirement) ซึ่งเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากสินค้าหรือบริการนั้นๆ

ประวิทย์ จงวิศาล (2539: 105) นิยามคำว่าคุณภาพหมายถึง สินค้าและบริการตามที่ลูกค้าคาดหวังหรือต้องการเพื่อความพึงพอใจของลูกค้า สินค้าหรือบริการเกินที่ลูกค้าคาดหวังเพื่อสร้างความประทับใจ

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2541: 45) กล่าวถึงความหมายของคุณภาพที่เน้นถึงผู้รับบริการว่าเป็นสถานะที่เกื้อกูลต่อผู้รับบริการหรือลูกค้า ด้วยการตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการหรือลูกค้าอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัย

ชาติรี บานชื่น (2541: 27-38) ได้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพตามทัศนะของระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาลว่าหมายถึง การทำงานที่ดีที่สุด มีมาตรฐานในการทำงานซึ่งอาจยึดตามมาตรฐานวิชาชีพหรือแนวปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ เป็นการบริการที่ยึดผู้รับบริการหรือผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยพร้อมตอบสนองเท่าที่จะกระทำได้ เป็นการบริการที่ไม่มีข้อผิดพลาดหรือความเสี่ยง เป็นการบริการที่มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยในภาพรวมและต่อคุณภาพชีวิตเป็นสำคัญ

ประสิทธิ์ ชนะรัตน์ (2543: 49-55) ให้ความหมายของคุณภาพว่าหมายถึง ผลงานที่ได้ตรงตามมาตรฐาน (Fitness to Standard) ตรงตามการใช้งานและประโยชน์ใช้สอย (Fitness to Use) เหมาะสมกับต้นทุนและราคา (Fitness to Cost) และตรงตามที่ผู้รับบริการพอใจ (Fitness to Customer Satisfaction)

คณะทำงานมาตรฐานบริการสาธารณสุข (2546) ให้ความหมายของคุณภาพว่าหมายถึง คุณลักษณะของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ตอบสนองต่อข้อกำหนดของลูกค้า สามารถสร้างความรู้สึกได้ 3 ประการใน 3 โอกาสคือ 1) เป็นที่ยอมรับของผู้ที่ยังไม่เกิดความต้องการชนิดจำเป็น (Needs) ในผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้น 2) เป็นที่ยอมรับของผู้ที่มีความต้องการชนิดจำเป็นซึ่งมี

ทางเลือก 3) เป็นที่ชื่นชมของลูกค้าที่ได้รับหรือบริโภคผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นแล้ว ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพบริการสาธารณะสุขได้แก่ การมีสถานที่ที่ดี มีเครื่องมือเครื่องใช้อุปกรณ์ที่ดี มีสิ่งของหรือวัสดุที่พร้อมทั้งข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องครบถ้วน ผู้ปฏิบัติงานมีคุณสมบัติ คุณลักษณะ และบุคลิกภาพที่ดี มีวิธีการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง มีอากัปกริยาที่น่าประทับใจ และผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจที่ดีต่อผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง

พาราสูรามาน และคนอื่นๆ (Parasuraman, et.al., 1985: 41) กล่าวว่าคุณภาพบริการคือความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ เมื่อพิจารณาจากคุณภาพของสินค้ามักจะพิจารณาจากตัวของสินค้าและยึดถือผลที่สินค้าตอบสนองความต้องการเป็นสำคัญ ไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงกระบวนการผลิต แต่สำหรับคุณภาพของบริการแล้วจะมีความแตกต่างออกไปเนื่องจากลักษณะของบริการ 4 ประการคือ บริการเป็นสิ่งที่ไม่สามารถจับต้องได้ มีความหลากหลายในตัวเอง ไม่สามารถถูกแบ่งแยก และเก็บรักษาไม่ได้ ทำให้คุณภาพของกระบวนการถูกประเมินทั้งจากกระบวนการให้บริการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริการนั้น โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

ฮันท์ (Hunt, 1992: 56) กล่าวว่าคุณภาพบริการหมายถึง สิ่งที่ได้มาจากการประเมินของผู้รับบริการ ได้แก่ คุณภาพการผลิต คุณภาพกระบวนการผลิต คุณภาพที่ต้องมีด้วยตัวของมันเอง และคุณภาพที่ดีเลิศ

จูราน และกรัยนา (Juran & Gryna, 1993: 3) นิยามว่าคุณภาพคือ ความพึงพอใจของลูกค้า โอ๊กแลนด์ (Oakland, 1993: 5) นิยามว่าคุณภาพคือ การบรรลุความต้องการของลูกค้า อัดัมส์และวิลสัน (Adams & Wilson, 1995: 27-34) ได้กล่าวถึงความหมายของคุณภาพเน้นที่ผู้รับบริการว่า เป็นระดับของการไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของผู้รับบริการ

โคมาเรค (Komarek, 1996: 84) กล่าวว่าคุณภาพบริการคือ สิ่งที่รวมความเป็นรูปธรรมและนามธรรม รูปธรรมของคุณภาพบริการวัดโดยใช้มาตรฐานเป็นตัวชี้วัด ส่วนนามธรรมของคุณภาพบริการวัดจากการรับรู้ของผู้รับบริการ

กล่าวโดยสรุปว่าคุณภาพหมายถึง คุณลักษณะของควมดีของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และก่อให้เกิดผลลัพธ์ในทางบวกต่อผู้รับบริการคือทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

1.3 ความหมายของคุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการ

จันทพงษ์ ะสี (2539: 63) นิยามว่าคุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการหมายถึง ความพึงพอใจของผู้รับบริการในกระบวนการปฏิบัติทั้งหมด และผลงานที่ยอมรับว่าตรงกับความต้องการ หวังหรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ งานบริการลักษณะเดียวกัน ในแต่ละสถานการณ์ย่อมมี

มาตรฐานแตกต่างกัน ถ้าเป็นงานอย่างเดียวกันที่มีผู้ให้บริการหลายแห่งแข่งขันกัน ผู้รับบริการย่อมมีโอกาสเปรียบเทียบและเลือกมาตรฐานตามต้องการ

อานนท์ บุญยรัตเวช (2539: 58) ให้ความหมายของคุณภาพการให้บริการทางห้องปฏิบัติการว่า หมายถึง คุณภาพของผลการวิเคราะห์ที่ส่งกลับไปให้แพทย์ที่มีความถูกต้อง แม่นยำ ทันเวลา และต้องมีความหมายในเชิงการแปลผลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ นอกจากนี้ยังรวมถึง คุณภาพในการคัดเลือกวิธีการวิเคราะห์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม มีความจำเพาะต่อสิ่งที่ต้องการวิเคราะห์ ตลอดจนครอบคลุมถึงคุณภาพของบุคลากรและระบบการจัดการห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐาน

กุลนารี สิริสาตีและ ไพโรจน์ ลีพหกุล (2540: 1-2) กุลนารี สิริสาตีและคนอื่นๆ (2547: 2) กล่าวว่า คุณภาพในการให้บริการทางห้องปฏิบัติการขึ้นอยู่กับความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการหรือความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือจะต้องทราบว่า ใครคือผู้รับบริการของเรา ผู้รับบริการของห้องปฏิบัติการที่สำคัญได้แก่ แพทย์ ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง การที่จะตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการได้นั้น จะต้องประเมินความคาดหวังของผู้รับบริการว่ามีความคาดหวังอะไรต่อการให้บริการทางห้องปฏิบัติการและนำมากำหนดเป็นกลยุทธ์ในการให้บริการ จากนั้นจึงทำการประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อพัฒนางานบริการให้ดียิ่งขึ้น ตามลำดับ ความคาดหวังของแพทย์ต่อการบริการทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความถูกต้อง แม่นยำ เป็นที่เชื่อถือได้ของผลการวิเคราะห์ มีการควบคุมคุณภาพทุกขั้นตอนการทำงาน ความรวดเร็ว ทันเวลาของการให้บริการ คู่มือการใช้บริการง่ายต่อการปฏิบัติ เป็นที่ปรึกษาได้เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ใช้ตัวอย่างส่งตรวจน้อยที่สุดในการวิเคราะห์ มีการทดสอบที่หลากหลายให้เลือกส่งตรวจได้ครบ ราคาต่ำตรวจที่ยุติธรรมและบุคลากรทางห้องปฏิบัติการให้บริการด้วยความเป็นกันเอง มีอัธยาศัยไมตรีที่ดีในการให้คำปรึกษาทางห้องปฏิบัติการแก่แพทย์ เพื่อประกอบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบางกรณี ส่วนความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการบริการทางห้องปฏิบัติการได้แก่ การได้รับบริการที่รวดเร็ว ตรงตามกำหนดเวลาที่นัดหมาย ความถูกต้อง แม่นยำ เป็นที่เชื่อถือได้ของผลการวิเคราะห์ การรักษาความลับของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลการวิเคราะห์ การสื่อสารที่เข้าใจง่าย การได้รับคำอธิบายที่ชัดเจน การได้รับเอกสารรายงานผลการวิเคราะห์ที่เหมาะสม เชื่อถือได้ ค่าบริการที่ยุติธรรมและการให้บริการที่สุภาพ อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจ ซึ่งการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ของการการให้บริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งทางด้านวิชาการ ด้านการบริการ ด้านการบริหารจัดการ และบุคลากรทางห้องปฏิบัติการต้องพัฒนาตนเองให้มีจิตใจที่พร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย

ชัยยศ คุณานูนันท์ (2541: 101-7) ให้ความหมายของคุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการไว้ว่าเป็นสถานการณ์ซึ่งความต้องการของผู้รับบริการหรือลูกค้าได้รับการตอบสนองอย่างเป็นที่พอใจ ลูกค้าของห้องปฏิบัติการมีทั้งผู้ป่วยที่รับการตรวจและบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องการผลตรวจเหล่านั้น ความถูกต้อง แม่นยำ ทันต่อเวลาของผลการตรวจเป็นความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์ ความสะดวกสบาย ไม่ต้องรอนาน ไม่เจ็บปวด เป็นความต้องการของผู้ป่วยที่มารับการตรวจ ในขณะที่เดียวกันค่าใช้จ่ายในการตรวจที่ต่ำที่สุดและการใช้แรงงานคน วัสดุสิ้นเปลือง ตลอดจนใช้พลังงานให้น้อยที่สุดเป็นความต้องการร่วมกันของทุกฝ่าย

นพวรรณ จารุรักษ์ (2547 : 70-4) กล่าวว่าไว้ว่าคุณภาพเป็นภารกิจที่เกิดจากความมุ่งมั่นและตั้งใจของทุกคนที่เกี่ยวข้อง คุณภาพจะดำรงอยู่ได้เมื่อทุกคนรู้บทบาทหน้าที่และปฏิบัติตามระบบที่วางไว้ และคุณภาพจะพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้เมื่อทุกคนที่เกี่ยวข้องต้องการสิ่งที่ดีกว่าเดิม การพัฒนาให้มีระบบคุณภาพในห้องปฏิบัติการขึ้นในห้องปฏิบัติการไม่ได้หมายความว่าห้องปฏิบัติการนั้นมีคุณภาพ แต่หมายความว่าห้องปฏิบัติการนั้นมีระบบคุณภาพ ส่วนห้องปฏิบัติการนั้นจะมีคุณภาพหรือไม่เพียงใดอยู่ที่บุคลากรทุกคนได้ปฏิบัติตามระบบคุณภาพที่วางไว้หรือไม่อย่างไร

พลวรรต ทองสุข (2550) กล่าวว่า การปฏิบัติงานตรวจวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการภาครัฐ ถือเป็นงานบริการวิชาชีพต่อประชาชนหรือผู้ป่วย ดังนั้นเป้าหมายสูงสุดของงานบริการคือความพึงพอใจต่องานบริการและคุณภาพผลงานที่ส่งมอบ ซึ่งสังคมให้ความสนใจมาโดยตลอดและพยายามพิสูจน์หรือหาหลักประกันการทำงานของหน่วยงานภาครัฐเช่นเดียวกับงานบริการอื่นๆ ทำให้ต้องเกิดองค์กรตัวกลางเพื่อที่จะช่วยพิสูจน์คุณภาพงานบริการวิชาชีพว่าทำได้ดีเพียงใด ปัจจุบันจึงทำให้ห้องปฏิบัติการทุกแห่งในโรงพยาบาลภาครัฐ ต้องดำเนินการในระบบคุณภาพเพื่อเตรียมขอการรับรองคุณภาพและประกาศให้ผู้มารับบริการทราบ

สรุปคุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการ จะต้องประกอบด้วยความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Client Satisfaction) ซึ่งเกิดจากความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การปราศจากข้อบกพร่อง (Zero Effect) คือ การทำสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่แรกที่ทำให้บริการไม่มีความเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ (Professional Standard) หมายถึง การปฏิบัติตามองค์ความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัยตามจริยธรรมและแนวปฏิบัติทั่วไปที่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ต่อสุขภาพ

1.4 ความหมายของความพึงพอใจ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2537:659) ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า หมายถึง ชอบ ชอบใจ พึงใจ สมใจ จูใจ

มอร์ส (Morse, 1953: 27) กล่าวว่าความพึงพอใจหมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่สามารถลดความตึงเครียดของบุคคลให้น้อยลงได้ ถ้าความตึงเครียดมีมากก็จะทำให้เกิดความไม่พอใจ ซึ่งความตึงเครียดนี้เป็นผลมาจากความต้องการของมนุษย์ หากมนุษย์มีความต้องการมากก็จะเกิดปฏิกิริยาเรียกร้อง แต่ถ้าเมื่อใดความต้องการได้รับการตอบสนองก็จะทำให้เกิดความพอใจ

วรูม (Vroom, 1953: 328) ให้ความหมายความพึงพอใจว่า เป็นทัศนคติและความพึงพอใจในสิ่งหนึ่ง สามารถใช้แทนกันได้เพราะทั้งสองคำนี้หมายถึงผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น ทัศนคติด้านบวกจะแสดงให้เห็นสภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้นและทัศนคติด้านลบจะแสดงให้เห็นสภาพความไม่พึงพอใจ

เดวิส (Davis, 1967: 61) กล่าวว่าพฤติกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจของมนุษย์คือความพยายามที่จะขจัดความตึงเครียด หรือความกระวนกระวาย หรือภาวะไม่ได้ดุลยภาพในร่างกาย เมื่อมนุษย์สามารถจัดสิ่งต่างๆดังกล่าวได้แล้ว มนุษย์ย่อมได้รับความพึงพอใจในสิ่งที่ตนต้องการ

โวลแมน (Wolman, 1973: 384) กล่าวว่าความพึงพอใจ หมายถึงความรู้สึก (Feeling) มีความสุขเมื่อคนเราได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Goal) ความต้องการ (Wants) หรือแรงจูงใจ (Motivation)

อเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1975: 4) ให้ความหมายความพึงพอใจว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคน ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้รับบริการเข้าไปในสถานที่ที่ให้บริการนั้นๆและประสบการณ์นั้นเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งความพึงพอใจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกัน

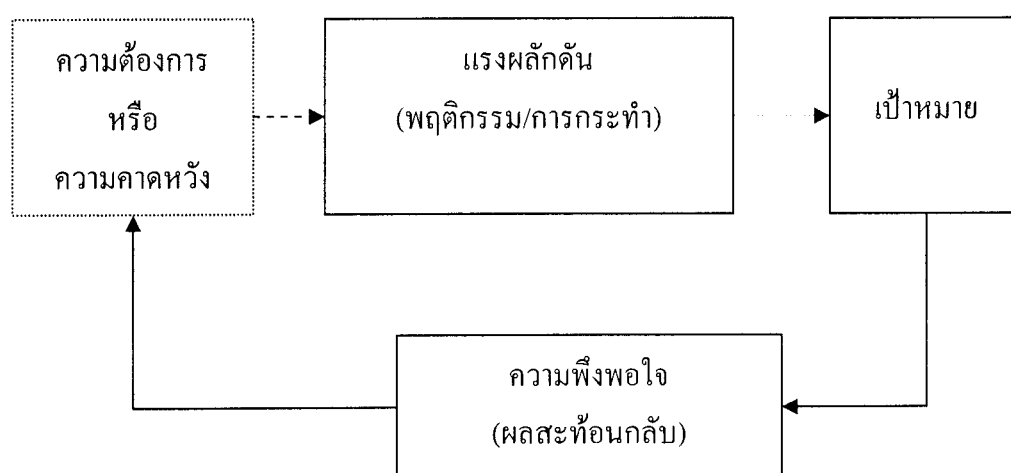
ริสเซอร์ (Risser, 1975: 46) กล่าวว่าความพึงพอใจเป็นระดับของความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการหรือผู้ปวยต่อการดูแลการให้บริการที่ได้รับตามความเป็นจริง

เอร์เนสต์และอีลเจน (Ernest & Ilgen, 1980: 309) กล่าวว่าความพึงพอใจเป็นแรงจูงใจของมนุษย์ที่ตั้งอยู่บนความต้องการพื้นฐาน มีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิดกับผลสัมฤทธิ์และแรงจูงใจและพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งไม่ต้องการ

ฮินชอร์และแอทวูด (Hinshaw & Atwood, 1982: 170-1) ได้ให้ความหมายความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือผู้ปวยว่า เป็นความคิดเห็นของผู้รับบริการหรือผู้ปวยต่อการดูแลที่ได้รับจากผู้ให้บริการและจัดเป็นเกณฑ์ประเมินด้านผลลัพธ์ด้วย

เดรฟเวอร์ (Drever, 1983: 256) กล่าวว่าความพึงพอใจ เป็นสภาวะของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการบรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายใดๆก็ได้ หรือสภาพสุดท้ายของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการบรรลุผลสำเร็จ โดยแรงกระตุ้นของวัตถุประสงค์ตามความรู้สึกนั้น

มัลลินส์ (Mullins, 1985: 280) กล่าวว่าความพึงพอใจเป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ หลายๆ ด้าน เป็นสภาพภายในที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เกิดจากมนุษย์มีแรงผลักดันบางประการในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากการที่ตนเองพยายามจะบรรลุถึงเป้าหมายบางอย่าง เพื่อจะสนองตอบต่อความต้องการหรือความคาดหวังที่มีอยู่ และเมื่อบรรลุเป้าหมายนั้นแล้วก็จะเกิดความพอใจเป็นผลสะท้อนกลับไปยังจุดเริ่มต้นเป็นกระบวนการหมุนเวียนต่อไปอีก ดังแสดงในแผนภาพที่ 3



ภาพที่ 2.1 การเกิดความพึงพอใจของบุคคล

ที่มา: Mullin, Luare J. (1985) *Management and Organization Behavior*. London : Pitman

เรดเบิร์ด (Redbird, 1988: 31) ให้ความคิดเห็นว่า ความพึงพอใจของลูกค้าเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการต้องรู้และถือว่าเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่ต้องไปให้ถึงและครอบคลุมให้ทั่วและที่สำคัญที่สุดคือ ต้องรู้ว่าลูกค้าคาดหวังและต้องการอะไรจากเรา

บราวน์, ฟรานโกและฮาร์ทเซล (Brown, Franco & Hatzel, 1992) กล่าวว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยมีความสำคัญ เพราะหากผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการก็จะยอมให้ทำการรักษาและรับบริการสุขภาพ ดังนั้นคุณภาพบริการ ความสามารถในการให้บริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและชุมชนต้องการรับรู้และต้องการได้รับ ซึ่งจะช่วยลดอาการและป้องกันภาวะเจ็บป่วย มิติของคุณภาพจึงมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยและมีอิทธิพลต่อสวัสดิภาพของสุขภาพชุมชน

จันทพงษ์ ะสี (2539: 64) กล่าวถึงความคาดหวังในงานบริการด้านเวชศาสตร์ชั้นสูงไว้ ดังนี้ ด้านบุคลากรต้องการผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ทันสมัย รับผิดชอบ มีมนุษยสัมพันธ์และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ที่มาติดต่อ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ต้องมีการตรวจสอบการทำงาน ดูแลรักษา น้ำยาทดสอบต้องผ่านมาตรฐานที่กำหนด ตัวอย่างตรวจสอบต้องเก็บส่งจากตำแหน่งที่ถูกต้องตามวิธีที่กำหนดและมีการปิดฉลาก ส่งถึงห้องปฏิบัติการอย่างถูกต้อง ทันเวลา ด้านกระบวนการทดสอบต้องทำอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง มีการควบคุมการทดสอบร่วมด้วย ด้านการรายงานผลต้องรวดเร็ว ถ้ามีข้อสงสัยในผลที่ได้รับ ผู้ส่งตรวจและผู้ตรวจต้องติดตามสอบถามและแก้ไขปัญหา ด้านความแม่นยำ ผลการตรวจต้องถูกต้อง แม่นยำ เมื่อทำซ้ำหรือส่งห้องปฏิบัติการอื่นก็ได้ผลการตรวจตรงกัน ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ถ้าพบสิ่งผิดปกติ ผลการตรวจที่น่าสนใจ การตรวจพบใหม่ ควรมีการให้ข้อมูลข่าวสารตามลำดับขั้นตอนเพื่อประโยชน์ในการทำงานร่วมกัน

จรัส พร้อมมาศ (2539: 71) กล่าวว่าความคาดหวังของผู้รับบริการทางห้องปฏิบัติการ มิได้หมายถึงเพียงบุคคลภายนอกที่มาใช้บริการ (External Customer) เท่านั้น หากหมายรวมถึงผู้ใช้บริการภายในหน่วยงาน (Internal Customer) อันได้แก่ แพทย์ ผู้บริหาร โรงพยาบาล เป็นต้น ผู้รับบริการเหล่านี้ย่อมมีความคาดหวังอันเป็นสากลว่า ผลการตรวจที่ได้จากห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์ต้องรวดเร็ว ทันการใช้งาน มีความถูกต้องเชื่อถือได้ มีผลลบและบวกลงต่ำที่สุด มีคุณค่าพอในการแปลผลและช่วยในการตัดสินใจ คุ่มค่าและคุ้มประโยชน์ต่อการสังตรวจ

จรี ไววนิชกุลและคณะ (2546: 1-2) ได้กล่าวถึงความคาดหวังของผู้บริจาคลอहितกับการให้บริการ โดยเน้นด้านบุคลากรที่ให้บริการไว้ว่า บุคลากรที่ทำหน้าที่คัดเลือกผู้บริจาคควรเป็น แพทย์ พยาบาลหรือผู้ที่ผ่านการอบรมให้มีความรู้ ความสามารถในการให้คำปรึกษา แนะนำ ตอบ ข้อข้องใจ การตัดสินใจให้บริจาคหรือการให้งดบริจาคอย่างถาวรหรือชั่วคราว ต้องมีความรู้ทาง การแพทย์ สามารถอธิบายให้ผู้บริจาคโลหิตเข้าใจถึงความไม่เหมาะสมที่จะบริจาคโลหิต ต้องพูดจา ด้วยความนุ่มนวล เห็นอกเห็นใจ บุคลากรที่ทำหน้าที่เจาะเก็บโลหิต มีบุคลิกกิริยา ท่าทางเป็นมิตร มีความสามารถและทักษะความชำนาญในการเจาะเก็บโลหิต คล่องแคล่วในการปฏิบัติงาน เอาใจใส่ เฝ้าระวังสม่ำเสมอ ซึ่งจะมีผลต่อความรู้สึกของผู้บริจาคโลหิต บุคลากรที่ดูแลภายหลังบริจาคโลหิต จะต้องได้รับการอบรมให้สังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีความคล่องตัว ว่องไวต่อ สถานการณ์ สามารถป้องกันและช่วยเหลือมิให้เกิดอุบัติเหตุได้ทันทั่วทั้งที่

กล่าวโดยสรุปความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นความรู้สึกของบุคคลซึ่งรับรู้และตัดสินใจโดยเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่คาดหวังและสิ่งที่รับรู้ ดังนั้นความพึงพอใจของผู้รับบริการจึงเป็นความรู้สึกของผู้รับบริการที่เปรียบเทียบบริการที่ตนคาดหวังกับบริการที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ ซึ่งถ้าบริการที่รับรู้น้อยกว่าบริการที่คาดหวัง ผู้รับบริการจะไม่เกิดความพึงพอใจ แต่ถ้าบริการ

ที่รับรู้เกินกว่าบริการที่คาดหวังผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจ ถ้าเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจะเป็นความจงรักภักดีต่อสถานบริการและจะเป็นประชาสัมพันธ์ที่ดีขององค์กรต่อไป

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบริการ คุณภาพบริการและความพึงพอใจ

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบริการสุขภาพ

แอนเดอร์สันและคนอื่นๆ (Anderson, Kravits & Anderson, 1975 อ้างใน กุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย, 2537: 6-7) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับกรอบของการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพไว้ว่า การตัดสินใจในการแสวงหาบริการทางการแพทย์และปริมาณการใช้บริการจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลักๆ 3 ประการคือ

1. ปัจจัยโน้มนำที่มีอยู่ก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วย ได้แก่ปัจจัยทางประชากรเช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัว ปัจจัยทางสังคม เช่น การศึกษา อาชีพ ศาสนา เชื้อชาติ และความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น ความเชื่อว่าการรักษาด้วยแผนปัจจุบันสามารถรักษาการเจ็บป่วยได้ดีกว่าการรักษาด้วยแผนโบราณ
2. ปัจจัยสนับสนุน หมายถึงปัจจัยที่บ่งบอกหรือเสริมความสามารถของแต่ละบุคคลในการใช้บริการสุขภาพ ทั้งความสามารถเชิงเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการ เช่น รายได้ การประกันสุขภาพ ที่อยู่อาศัย และทรัพยากรชุมชน เช่น การมีสถานบริการและประชาชนในชุมชน
3. ปัจจัยด้านความจำเป็น ประกอบด้วยความจำเป็นที่เกิดจากการรับรู้ของแต่ละบุคคล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความจำเป็นที่ได้รับการประเมินสุขภาพจากระบบบริการ เช่น แพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง

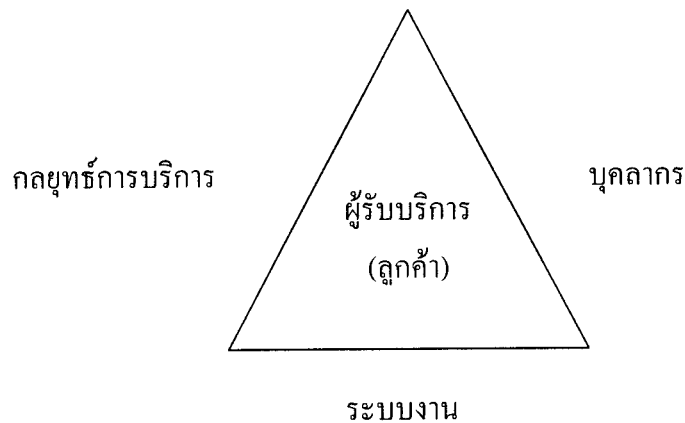
แอนเดอร์สันและแอนเดอร์สัน (Anderson & Anderson, 1975 อ้างใน กุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย, 2537: 8) ได้สรุปแนวคิดของนักวิจัยหลายๆคนเกี่ยวกับกลุ่มของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่ใช้ในการกำหนดการใช้บริการสุขภาพออกเป็น 7 กลุ่มคือ

1. ตัวแปรด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัว
2. ตัวแปรด้านโครงสร้างสังคม ได้แก่ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ
3. ตัวแปรด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ การรับรู้ว่าเจ็บป่วย การรับรู้ถึงอาการรุนแรงของโรค ความคาดหวังประโยชน์ของการไปรับบริการ และแนวทางที่นำไปสู่การใช้บริการ
4. ตัวแปรด้านทรัพยากรของครอบครัว ได้แก่ รายได้ ความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ การมีสถานบริการที่ไปใช้เป็นประจำ

5. ตัวแปรด้านทรัพยากรของชุมชน ได้แก่ อุปทานของบริการสุขภาพในชุมชน เขตที่อยู่อาศัย ลักษณะของชุมชน และการเข้าถึงบริการของชุมชน

6. ตัวแปรด้านองค์กร ได้แก่ แบบแผนของผู้ให้บริการ ลักษณะของระบบบริการ ลักษณะของสถานบริการ บุคลากรที่ผู้ป่วยพบเป็นด่านแรก

7. ระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ นโยบายด้านสาธารณสุขและระบบเศรษฐกิจโดยรวม ปัจจัยสำคัญของการให้บริการที่ดีนั้นประกอบด้วยหลักการสำคัญ 3 ประการตามทฤษฎีสามเหลี่ยมบริการ (Service Triangle) (อ้างใน กุลนารี สิริสาตีและไพโรจน์ ลิพกุล, 2540: 4) คือ



ภาพที่ 2.2 ทฤษฎีสามเหลี่ยมบริการ (Service Triangle)

1. กลยุทธการบริการ คือ แนวทางในการปฏิบัติงานที่องค์กรที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้น เพื่อตอบสนองการทำให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งควรจะเป็นกลยุทธ์ที่อยู่บนพื้นฐานการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และเป็นไปได้ดีในเชิงปฏิบัติ

2. ระบบงานบริการจะต้องเป็นระบบที่เรียบง่าย ไม่ซับซ้อน ผู้มารับบริการสามารถเข้าใจและเข้าถึงได้ง่าย มีความคล่องตัวสูง ระเบียบต่างๆเอื้ออำนวยต่อการให้บริการที่ดี และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

3. บุคลากร เป็นบุคคลที่มีจิตสำนึกที่ดีต่องานบริการ มีบุคลิกภาพของผู้ให้บริการ มีเมตตา และ ปิยวาจา

ประเวศ วะสี (2549) กล่าวถึงแนวคิดระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ไว้ว่า ถ้าโรงพยาบาลที่มีน้ำใจหรือมีหัวใจของความเป็นมนุษย์ มีความเข้าใจมิติความเป็นคนของคนไข้ กล่าวคือรู้ว่าคนมีทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความรู้สึกนึกคิด มี

อารมณ์ชอบหรือไม่ชอบ มีครอบครัว มีเศรษฐกิจ มีวัฒนธรรมเหล่านี้เป็นต้น รู้ว่าการรักษาคอนไค์ต้องรักษาคอนไค์ทุกคน ไม่ใช่รักษาแต่ไค์ การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยความสุภาพ อ่อนโยน เห็นใจ เอื้ออาทร เข้าใจความทุกข์ทุกๆ มิติไม่ใช่เฉพาะโรคเท่านั้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและผู้รักษาเกิดความสุข ความพอใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์คุณภาพจะสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายจะลดลงและการฟ้องร้องจะไม่เกิดขึ้น คุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์อยู่ที่การปรับจากการรักษาโรคไปสู่การรักษาคอนไค์ ถ้าการแพทย์ปรับตัวไปรักษาคอนไค์ทุกคนจะเปลี่ยนมุมมองและวิถีคิดใหม่ที่มีผลกระทบทุกด้านรวมทั้งกระทบต่อผู้ให้การรักษาด้วยคือ ความเป็นคนของผู้รักษาจะเพิ่มขึ้น ไม่ถูกกักขังบีบคั้นอยู่แต่ในโรคของเทคนิคเท่านั้น จะเป็นอิสระ มีความสุข มีความเมตตา มีการเรียนรู้และมีปัญญามากขึ้น ถ้าระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์เข้าไปเยียวยาคน เยียวยาสังคมด้วยน้ำใจระบบนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมไปในทางที่ดีขึ้น

ประสิทธิ์ วัฒนาภา (2550) กล่าวถึงประสบการณ์และบทเรียนจากแนวคิดการดำเนินงานบริการสุขภาพในโรงพยาบาลศิริราช โดยการให้บริการที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไว้ว่าต้องพิจารณาปริมาณและความเหมาะสมของทรัพยากรที่ใช้ในการบริหารจัดการทุกประเภท การให้บริการที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไม่ได้หมายถึงการให้ทุกอย่างที่ผู้รับบริการร้องขอ การให้บริการที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางต้องมีการจัดลำดับความต้องการของผู้รับบริการเพื่อจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการ ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในการให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญและปัจจัยเริ่มต้นของการให้บริการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้สิ่งที่ผู้รับบริการมีความจำเป็นต้องได้รับ (Needs) เป็นเป้าหมายหลักของการให้บริการที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง แต่การให้ในสิ่งที่ร้องขอ (Demands) ถือเป็นเพียงสิ่งเสริม ความพึงพอใจและความจงรักภักดีของผู้รับบริการ (Customer Satisfaction/Loyalty) และความพึงพอใจของบุคลากรที่ให้บริการ (Employee Satisfaction) เกิดขึ้นพร้อมกันได้และเป็นสิ่งจำเป็นในธุรกิจประเภทบริการ คุณค่าของธุรกิจโรงพยาบาลคือการให้บริการดังนั้นผู้รับบริการจึงเป็นหัวใจของธุรกิจและความจงรักภักดีของผู้รับบริการเป็นปัจจัยบ่งชี้ความสำเร็จขององค์กรในระยะยาว นอกจากนี้ความพึงพอใจและความจงรักภักดีของผู้รับบริการจะแปรตามความคาดหวังของผู้รับบริการด้วย

สรุปการให้บริการสุขภาพนั้นมีแนวคิดที่จะให้เป็นการบริการที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและมีความจงรักภักดีจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ตามความพึงพอใจของผู้ให้บริการในการให้บริการและการให้บริการของผู้ให้บริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ก็เป็นจุดเริ่มต้นที่จะ

ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและมีความจงรักภักดีเกิดขึ้นนอกเหนือจากปัจจัยทางด้านประชากร สังคมและปัจจัยทั่วไปอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพ

กุลนารี สิริสาตีและไพโรจน์ ลีพกุล (2540: 1-2) อธิบายว่า งานทางห้องปฏิบัติการจัดเป็นงานบริการ เนื่องจากมีส่วนที่ต้องสัมผัสกับผู้รับบริการคือ ผู้ป่วยและแพทย์ ผู้ป่วยเข้ามาพบบุคลากรทางห้องปฏิบัติการโดยตรงที่ห้องเจาะเลือด เพื่อเจาะเก็บตัวอย่างเลือดหรือเก็บตัวอย่างส่งตรวจอื่นๆสำหรับการตรวจวิเคราะห์ เป็นช่วงเวลาที่จะมีโอกาสได้พบปะสนทนา สร้างความพึงพอใจและความประทับใจในการให้บริการ ในทางตรงกันข้ามหากการกระทำของบุคลากรที่ห้องเจาะเลือด สร้างความไม่พึงพอใจให้กับผู้ป่วย ก็จะส่งผลเสียตามมาอย่างมากมาย ผู้รับบริการอีกส่วนหนึ่งของห้องปฏิบัติการ ได้แก่ แพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นผู้รับผลงานของห้องปฏิบัติการคือ ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการไปใช้ในการวางแผน ดูแลรักษาผู้ป่วย เมื่อแพทย์มีปัญหาหรือข้อข้องใจในผลการวิเคราะห์ หากได้รับการบริการที่ตรงตามความต้องการและประทับใจ เช่น ได้รับคำตอบที่เกิดความแน่ใจว่าผลการวิเคราะห์นั้นมีความถูกต้อง แม่นยำ และยังได้รับข้อมูลที่ก่อให้เกิดความรู้ลึก ความเข้าใจ และเป็นประโยชน์ต่อการดูแล รักษาผู้ป่วย ก็จะส่งผลถึงความเชื่อถือต่อการให้บริการ นอกจากนี้หากสามารถส่งผลการวิเคราะห์ได้รวดเร็ว ทันเวลา เพื่อให้แพทย์สามารถใช้ผลการวิเคราะห์ตัดสินใจในการวางแผนการรักษาได้ทันที ก็จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการทางห้องปฏิบัติการด้วย

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคนอื่นๆ(2543) กล่าวถึงมุมมองต่อคุณภาพของผู้ให้บริการไว้ว่า ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมักให้ความสำคัญหมายคุณภาพในลักษณะที่เป็นคุณสมบัติอันเนื่องมาจากการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยเน้นคุณภาพด้านเทคนิค (Technical Quality) และคุณภาพด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ คุณภาพด้านเทคนิคมี 2 มิติคือ มิติเกี่ยวกับความเหมาะสมของบริการที่จัดและมิติเกี่ยวกับความชำนาญที่กระทำต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม คุณภาพด้านเทคนิคที่ดีนั้นต้องประกอบด้วย การกระทำสิ่งที่ถูกต้องด้วยวิธีการและในเวลาที่เหมาะสม ส่วนคุณภาพด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการขึ้นอยู่กับพื้นฐานหลายๆอย่างเช่น การสื่อสาร ความน่าเชื่อถือและความสามารถของผู้ให้บริการที่มีความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ความซื่อสัตย์ รู้กาลเทศะและไวต่อการรับรู้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย

ส่วนมุมมองต่อคุณภาพของผู้ใช้บริการนั้น จะเห็นว่าในปัจจุบันแนวคิดการบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการที่ตอบสนองต่อความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยแต่ละคน โดยพื้นฐานแล้วคุณภาพตามความต้องการของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการไม่ได้แตกต่างกันมากนัก โดยเฉพาะด้านการมีปฏิสัมพันธ์ส่วนบุคคล ผู้ให้บริการ

ยอมรับว่าคุณภาพการดูแลที่อยู่ในระดับสูงนั้นเกิดจากการทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับหนึ่ง แต่ผู้ให้บริการมักจะลืมนึกถึงความคิดเห็นของผู้รับบริการในส่วนของคุณภาพด้านเทคนิคซึ่งมักมีความคิดเห็นว่าผู้รับบริการไม่มีความรู้ความเข้าใจเพียงพอ

Bertalanffy (1968, อ้างใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) ได้นำแนวคิดของทฤษฎีระบบ (System Theory) มาประยุกต์ใช้ในเรื่องของคุณภาพ โดยให้ความสนใจกับองค์รวมคือ แทนที่จะสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นส่วนๆแต่ให้คำนึงถึงสิ่งต่างๆเหล่านั้นเป็นองค์รวม กำหนดระบบเสมือนองค์ประกอบย่อยๆที่มีความสัมพันธ์กัน

ในปัจจุบันการให้บริการทางห้องปฏิบัติการมีการพัฒนาขยายกว้างออกไปมาก การที่จะดำเนินการให้ห้องปฏิบัติการสามารถให้บริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ คุณภาพในการให้บริการทางห้องปฏิบัติการสามารถประเมินบนพื้นฐานของทฤษฎีระบบ ซึ่งอาจจำแนกได้เป็น 3 องค์ประกอบคือ ด้านโครงสร้าง (Structure) หรือองค์ประกอบพื้นฐานขององค์กร เช่น บุคลากร หรือคน (Man) เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ (Machine) รูปแบบการจัดการ (Management) เงินงบประมาณ (Money) อาจประเมินจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ต่างๆ จำนวนเครื่องมือที่จำเป็นในการวิเคราะห์ เป็นต้น ด้านกระบวนการ (Process) กระบวนการทำงานเป็นกิจกรรมต่างๆที่ทำการหรือดำเนินการ เช่น กระบวนการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกระบวนการทำงานร่วมกัน เป็นต้น อาจประเมินความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในห้องปฏิบัติการ ประเมินระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการเจาะเลือด ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานผลการวิเคราะห์ เป็นต้น และด้านผลลัพธ์ (Outcome) เป็นผลของการดำเนินกิจกรรมหรือการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ อาจประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการ เป็นต้น

เทอร์เนอร์ (Turner, 1993: 160-3) ได้อธิบายแนวคิดเรื่องคุณภาพว่า มีส่วนประกอบ 3 เรื่องคือ 1) เรื่องคุณภาพสูงกับคุณภาพดี คุณภาพสูง หมายถึงคุณสมบัติที่ดีที่สุด แต่อาจจะแพงและไม่ตรงกับความต้องการของลูกค้า แต่คุณภาพที่ดีนั้นขึ้นกับลูกค้า 2) ความเหมาะสมตามเป้าประสงค์ คุณภาพจะดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการใช้สำคัญ ผู้ที่จะบอกได้ดีที่สุดคือ ลูกค้า 3) การทำตามความต้องการของลูกค้า

คอตเลอร์ (Kotler, 1994 : 85) ได้กล่าวถึงคุณภาพบริการตามแนวคิดทางการตลาดว่า ในการแข่งขันด้านธุรกิจบริการ ผู้ให้บริการต้องสร้างบริการให้เท่าเทียมกับหรือมากกว่าคุณภาพบริการที่ผู้รับบริการคาดหวัง ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการของผู้รับบริการมาจากประสบการณ์เดิม เมื่อผู้รับบริการมารับบริการก็จะเปรียบเทียบบริการที่ตนได้รับจริงกับบริการที่คาดหวัง ผู้รับบริการจะไม่พึงพอใจ ถ้าพบว่าบริการที่ได้รับจริงในสถานการณ์นั้นน้อยกว่าบริการที่

คาดหวัง ในทางตรงกันข้ามถ้าบริการที่ได้รับจริงเท่ากับหรือมากกว่าบริการที่คาดหวัง ผู้รับบริการ จะเกิดความพึงพอใจ ประทับใจและกลับมาใช้บริการอีก

สรุปแนวคิดของคุณภาพบริการนั้น นักวิชาการมีความเห็นว่าการให้บริการสุขภาพต้องมี คุณภาพทั้งทางด้านเทคนิคซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพและด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการกับผู้ป่วยที่เป็นผู้รับบริการ โดยการให้บริการนั้นต้อง ตอบสนองต่อความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

แนวคิดในเรื่องความพึงพอใจ มีนักวิชาการให้ความคิดเห็นไว้ดังนี้

อาทิตย์ อุไรรัตน์และอดุลย์ศักดิ์ ถิระจินดา (2527: 74) พงษ์ศักดิ์ วิทยากร (2533: 56) กล่าวถึงหลักการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจสูงสุด โดยการจัดบริการดังนี้

1. การดูแลต้อนรับ เอาใจใส่และอำนวยความสะดวกด้วยอัธยาศัยไมตรี เป็นกันเอง และสุภาพเรียบร้อย

2. ความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถและประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลของ บุคลากรในโรงพยาบาล

3. ความสะดวกสบาย บรรยากาศดี ตลอดจนความสะดวกของสถานที่ใน โรงพยาบาล

4. ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ไม่สูงกว่าบริการที่ได้รับ

รัชยา กุลวานิชไชยนันท์ (2535: 20) ให้แนวความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของ ผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์ตามนโยบายประกันสังคมไว้ 6 ด้านดังนี้

1. การบริการด้วยอัธยาศัยที่ดี ได้แก่ การแสดงท่าทีเป็นกันเอง เจ้าหน้าที่มีหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส แสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ประกันตนที่ไปรับบริการ

2. การให้บริการที่รวดเร็วทันเวลา ได้แก่ การให้บริการตามลักษณะความจำเป็น รีบด่วน ใช้เวลาในการรอคอยน้อย

3. การให้บริการอย่างเพียงพอ ได้แก่ ความเพียงพอด้านอาคารสถานที่ บุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษา ตลอดจนเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพเพียงพอตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ประกันตน

4. การให้บริการที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกันตน ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ สามารถที่จะไปใช้บริการได้ง่าย มีห้องพักที่สะอาด สะดวกสบาย

5. ค่าใช้จ่ายที่เสียไปเพื่อเข้ารับบริการ ได้แก่ เงินสมทบที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเป็นรายเดือนเข้ากองทุนประกันสังคม ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและอื่นๆ

6. การให้บริการที่มีคุณภาพต่อผู้ประกันตน ได้แก่ แพทย์ให้ความสนใจตรวจร่างกายอย่างละเอียด ให้คำแนะนำในการรักษาสุขภาพ ตลอดจนมีการติดตามการรักษาจนกว่าผู้ประกันตนจะหายป่วย

พิชาย รัตนคติถ ฌ ฎเกิด (2537, 149-152) เสนอแนวคิดที่ว่า ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเป็นสาเหตุทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในการรับบริการ ประกอบด้วยตัวแปร 3 ด้านคือ ด้านระบบการให้บริการ ด้านกระบวนการให้บริการ และด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ตัวแปรด้านระบบการให้บริการ ประกอบด้วยองค์ประกอบและโครงข่ายที่มีความสัมพันธ์ของกิจกรรมบริการต่างๆตัวชี้วัดด้านนี้ ได้แก่

1.1 ความสะดวกในเงื่อนไขการขอรับบริการ ซึ่งจะดูความยากง่ายและความมากน้อยของเงื่อนไขที่ทำให้เกิดสิทธิในการรับบริการ หากเงื่อนไขมีน้อยโอกาสที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจสูง

1.2 ความเพียงพอทั่วถึงของบริการที่ให้ จะพิจารณาปริมาณของบริการที่ให้นั้นมีความครอบคลุมพื้นที่หรือกลุ่มบุคคลต่างๆได้อย่างทั่วถึง

1.3 ความมีคุณค่าใช้สอยของบริการที่ได้รับ จะพิจารณาผลลัพธ์ของบริการที่ถูกผลิตขึ้นมาในขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการนั้นๆว่ามีประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการมากน้อยเพียงใด

1.4 ความคุ้มค่ายุติธรรมในราคาของระบบบริการที่ให้ หมายถึง ความรู้สึกเหมาะสมหรือไม่กับค่าบริการที่จ่ายไป

1.5 ความก้าวหน้าและการพัฒนาระบบบริการที่ให้เมื่อเปรียบเทียบกับในอดีตดีขึ้นในเชิงปริมาณและคุณภาพมากน้อยเพียงใด

2. ตัวแปรด้านกระบวนการให้บริการ หมายถึง ขั้นตอนต่างๆของการบริการที่ต่อเนื่องกันตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการให้บริการ ตัวชี้วัดด้านนี้ ได้แก่

2.1 ความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการ ได้แก่ ความยากง่ายในการขอรับบริการ

2.2 ความรวดเร็วในขั้นตอนในการบริการ ได้แก่ ความมากน้อยของจำนวนขั้นตอนและเวลาที่ใช้ในการรอคอยของการให้บริการในขั้นตอนต่างๆ

2.3 ความสม่ำเสมอต่อเนื่องของบริการที่ให้ ได้แก่ ความคงเส้นคงวาของบริการที่ให้ เป็นแบบต่อเนื่องตลอดเวลาหรือแบบหยุดๆให้ๆ

2.4 ความปลอดภัยของบริการที่ให้ ได้แก่ ความเสี่ยงหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ในขั้นตอนต่างๆของการบริการ

3. ตัวแปรด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรที่รับผิดชอบในกิจกรรมต่างๆของโรงพยาบาล ตัวชี้วัดด้านนี้ได้แก่

3.1 ความเอาใจใส่ในงานของเจ้าหน้าที่ หมายถึง ความสนใจและตั้งใจในหน้าที่บริการ

3.2 ความเสมอภาคของบริการที่ให้ หมายถึง การแสดงออกต่อผู้รับบริการในลักษณะ ยิ้มแย้มแจ่มใสหรือบึ้งตึง รวมทั้งการพูดจาแบบสุภาพอ่อนโยนหรือกระด้างหยาบคาย เป็นต้น

3.3 ความซื่อสัตย์สุจริตของผู้ให้บริการ หมายถึง ความไว้วางใจเชื่อใจได้และตรงไปตรงมาต่อหน้าที่ โดยไม่เรียกร้อยประโยชน์อันมิพึงได้จากผู้รับบริการ

จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2538: 27-28) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ได้แก่

1. ผลลัพธ์ของบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับบริการที่มีลักษณะคุณภาพและระดับการให้บริการตรงกับความต้องการ ความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ และคุณภาพของบริการ

2. ราคาค่าบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการขึ้นอยู่กับราคาค่าบริการที่ผู้รับบริการยอมรับหรือพิจารณาว่าเหมาะสมกับคุณภาพของการบริการตามความเต็มใจที่จะจ่าย (Willingness Pay) ของผู้รับบริการ ทั้งนี้เจตคติของผู้รับบริการที่มีต่อราคาค่าบริการกับคุณภาพการบริการแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป

3. สถานที่บริการ การเข้าถึงบริการได้สะดวกเมื่อผู้รับบริการมีความต้องการย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการ ทำเลที่ตั้งและการกระจายสถานที่ให้บริการให้ทั่วถึงเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการจึงเป็นเรื่องสำคัญ

4. การส่งเสริมแนะนำบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเกิดขึ้นได้จากการได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือบุคคลอื่นกล่าวถึงคุณภาพบริการในทางบวก ซึ่งหากตรงกับความเชื่อที่มีอยู่ ก็จะมีทัศนคติกับบริการดังกล่าว อันเป็นแรงจูงใจผลักดันให้มีความต้องการการบริการตามมาได้

5. ผู้ให้บริการ เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงานบริการให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ผู้บริหารมีหน้าที่วางนโยบายการบริการ โดยคำนึงถึงความสำคัญของผู้รับบริการเป็นหลัก ย่อมสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจได้ง่าย

6. สภาพแวดล้อมของการบริการ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศของการบริการมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

7. กระบวนการให้บริการ วิธีการนำเสนอบริการในกระบวนการบริการเป็นส่วนสำคัญในการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการจัดระบบบริการส่งผลให้การ

ปฏิบัติงานบริการแก่ผู้รับบริการมีความคล่องตัว และสนองตอบความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง

ชัยศ คุณานุสนธิ์ (2541: 104) กล่าวว่าความพอใจของลูกค้าเป็นหัวใจของความสำเร็จในกิจการธุรกิจ โดยเฉพาะในตลาดการแข่งขันเสรี แต่การให้บริการสุขภาพบางอย่างไม่เอื้ออำนวยให้สร้างความพอใจได้เต็มที่ เนื่องจากข้อจำกัดทางเทคโนโลยี ทรัพยากรหรือการจัดการ ในสถานะดังกล่าว การบรรลุถึงความพอใจสูงสุดโดยไม่จำเป็นต้องเป็นความพอใจสมบูรณ์ก็เป็นสิ่งที่ดำเนินการได้เสมอ เป็นที่ทราบแล้วว่าความพอใจนั้นแปรเปลี่ยนได้ตามลักษณะบริการและความรู้สึกของผู้รับบริการ ดังนั้นการสื่อสารที่ดีซึ่งสามารถกล่าวให้ผู้รับบริการหรือลูกค้าทราบถึงข้อจำกัดในการให้บริการ ก็อาจทำให้เกิดความพอใจสูงสุดเทียบเท่ากับความพอใจสมบูรณ์

มิลเลทท์ (Millet, 1954: 397-400) ได้เสนอแนวคิดในการสร้างความพึงพอใจในบริการได้แก่

1. การให้บริการที่เสมอภาค (Equitable Service) หมายถึง การให้บริการประชาชนทุกคนเท่าเทียมกัน ใช้กฎระเบียบและมาตรฐานการให้บริการเดียวกัน
2. การให้บริการที่ตรงเวลา (Timely Service) หมายถึง การให้บริการที่ตรงเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการของภาครัฐที่ต้องปฏิบัติงานให้ตรงเวลา
3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample Service) หมายถึง การให้บริการด้านวัสดุอุปกรณ์สถานที่ เวลา อย่างเพียงพอและเหมาะสม นอกจากมีปริมาณที่เพียงพอแล้ว บริการที่ให้แก่ประชาชนต้องมีคุณภาพด้วย
4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Service) หมายถึง การให้บริการตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นสถานะเช่นใดและดูแลจนกว่าผู้ป่วยจะหายจากโรค
5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive Service) หมายถึง การให้บริการที่มีการพัฒนาคุณภาพและความสามารถ มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย สนองต่อความต้องการของประชาชนอยู่เสมอ

อเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1978: 28) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เมื่อปีค.ศ.1970-1975 พบว่าเรื่องที่ประชาชนไม่พอใจต่อสถานบริการสาธารณสุขมากที่สุดคือ ความไม่สะดวกในการบริการและค่าใช้จ่าย และได้เสนอความสำคัญพื้นฐาน 6 ประการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้รับบริการกับความพึงพอใจต่อบริการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขว่าสามารถเข้าถึงประชาชนหรือไม่ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ให้บริการ (Convenience) ได้แก่ การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office Waiting Time) การได้รับการดูแลเมื่อต้องการ (Available of Care When Need) ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of Getting to Care)

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ (Coordination) ได้แก่ การให้บริการทุกประเภทในสถานบริการ ณ จุดบริการเดียว (Getting All Needs Met at One Place) แพทย์ให้ความสนใจทั้งหมดของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of Doctors for Overall Health) และแพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา (Follow-Up Care)

3. ความพึงพอใจต่อการให้เกียรติของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอภัยสัย์ท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical Information) ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย (Information about What Was Wrong) ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about Treatment)

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of Care) ได้แก่ คุณภาพการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการ โรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of Pocket Cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ผู้ป่วยจ่ายให้กับการรักษาความเจ็บป่วย

โทมัสและเอิร์ล (Thomas & Earl, 1995: 88-9) ให้แนวคิดความพึงพอใจว่า การวัดความพึงพอใจเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้กันอยู่เพื่อทราบผลของการให้บริการที่ดีเลิศ ที่ทำให้ลูกค้าพึงพอใจ เป็นสิ่งที่บริษัทเชื่อมั่นว่ามีคุณค่าและควรให้ความเข้าใจในความต้องการและปัญหาของลูกค้าในการให้บริการด้านสุขภาพ ผู้บริหารขององค์กรต้องมีความรับผิดชอบในการปรับปรุงคุณภาพให้เกิดประสิทธิผล และได้ผลคืออย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการด้านบริการสุขภาพ

นอแมนและกิล (Naumann & Giel, 1995: 218-219) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของลูกค้าว่า ความพึงพอใจจะขึ้นกับประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต มีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่

1. คุณภาพของสินค้าและบริการ (Quality Product and Service) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของลูกค้า เมื่อลูกค้ารับรู้ว่าคุณภาพหรือบริการที่ได้รับมีคุณภาพดี ก็จะรู้สึกพอใจในสินค้าหรือบริการนั้น โดยทั่วไปลูกค้าจะดูคุณภาพจากรายละเอียดหรือตัวอย่างของสินค้าหรือบริการ

2. ราคา (Price) เป็นองค์ประกอบที่ 2 ที่ทำให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจ เมื่อลูกค้าได้เปรียบเทียบความยุติธรรมของราคา ลักษณะของสินค้าและเห็นว่ามีความเหมาะสม ลูกค้าก็จะเกิดความพึงพอใจ แต่เมื่อลูกค้ารู้สึกว่าสินค้านั้นไม่เหมาะสมกับราคาก็จะเกิดความไม่พอใจ

3. ภาพลักษณ์ร่วม (Corporate Image) เป็นองค์ประกอบที่ 3 การมีภาพลักษณ์ร่วมกันควรเป็นที่รู้จักกันทั้งการดำเนินธุรกิจ การมีคุณธรรม และความรับผิดชอบต่อสังคม

โลเคนและคนอื่นๆ (Loeken, et al., 1997: 731-741) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยจำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. ด้านโครงสร้าง (Structure) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความสะอาดสบาย และความสามารถในการเข้าถึงบริการ
2. ด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่ ทักษะในด้านมนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ การประสานงาน ความสามารถทางด้านเทคนิคการบริการ
3. ความไม่สบาย (Discomfort) ได้แก่ ความไม่สบายทั้งทางกายและใจของผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจทั่วไป (General Satisfaction) ได้แก่ ความพึงพอใจในปัจจุบันและส่งผลต่อไปในอนาคต

ฟอร์ด, แบคซ์และฟอร์ทเตอร์ (Ford, Bach & Fotter, 1997) กล่าวว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นการวัดคุณภาพที่ท้าทายผู้บริหารด้านบริการสุขภาพให้มีการปรับปรุงวิธีการและควบคุมคุณภาพสินค้าที่มีลักษณะเฉพาะให้มีความถูกต้องครบถ้วน ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกี่ยวกับสถานที่ตรวจโรค ห้องพักรักษา วิธีการตรวจโรคหรือประสบการณ์การดูแลสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้เห็นอย่างตรงไปตรงมา ดังนั้นข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจและความเข้าใจการรักษาพยาบาล การวางแผน การประเมินผลและการปรับปรุงคุณภาพ เป็นสิ่งที่กำหนดว่าบริการนั้นจะล้มเหลวหรือรุ่งเรือง องค์กรที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพจึงต้องมีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่จะพิสูจน์ว่ามีความสัมพันธ์กับปัญหาผู้ป่วยและเป็นขั้นตอนในการรักษาโรคต่อไป

ฮอยส์ซิงตัน (Hoisington, 1998: 29) กล่าวว่า ความพึงพอใจของลูกค้าเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการต้องปฏิบัติให้ครบถ้วนสมบูรณ์

โรเชสเตอร์ (Rochester, 1998: 29) กล่าวว่า ในปัจจุบันการตัดสินใจในการดำเนินธุรกิจทุกด้านจะตั้งอยู่บนพื้นฐานความพอใจและความไม่พอใจของลูกค้า

สรุปแนวคิดความพึงพอใจในการให้บริการด้านสุขภาพนั้นควรตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของผู้รับบริการ โดยเฉพาะหน่วยให้บริการต้องมีความพร้อมในด้านปัจจัยนำเข้าของบริการ ได้แก่ ความเพียงพอและมีจิตใจพร้อมที่จะให้บริการของผู้ให้บริการ ความเพียงพอและพร้อมใช้งานของวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ ความเพียงพอของสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย ในด้านกระบวนการให้บริการ ได้แก่ ขั้นตอนและวิธีการให้บริการต้องสะดวก เข้าถึงได้ง่าย ไม่รอนาน และควรมีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นระยะๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพบริการ

3. การประเมินเกี่ยวกับบริการ คุณภาพบริการและความพึงพอใจ

3.1 การประเมินบริการที่ดี (Service Mind) และเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Customer Focus)

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้กำหนดเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ของบุคลากรในการให้บริการที่ดีไว้ 6 ระดับ (2549: 51) ดังนี้

ระดับ 0 ไม่แสดงสมรรถนะด้านนี้อย่างชัดเจน

ระดับที่ 1 แสดงความเต็มใจในการให้บริการ โดยให้การบริการที่เป็นมิตร สุภาพ เต็มใจต้อนรับ ให้บริการด้วยอัธยาศัยไมตรีที่ดีและสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการ ให้คำแนะนำและคอยติดตามเรื่อง เมื่อผู้รับบริการมีคำถาม ข้อเรียกร้องที่เกี่ยวข้องกับการกิจของหน่วยงาน

ระดับที่ 2 แสดงสมรรถนะระดับที่ 1 และสามารถให้บริการที่ผู้รับบริการต้องการได้ สามารถให้ข้อมูล ข่าวสาร ของการบริการที่ถูกต้องชัดเจนแก่ผู้รับบริการได้ตลอดการให้บริการ แจ้งให้ผู้รับบริการทราบความคืบหน้าในการดำเนินเรื่องหรือขั้นตอนงานต่างๆที่ให้บริการอยู่ ประสานงานภายในหน่วยงานและกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ต่อเนื่องและรวดเร็ว

ระดับที่ 3 แสดงสมรรถนะระดับที่ 2 และเต็มใจช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้บริการได้ โดยรับเป็นธุระ ช่วยแก้ปัญหาหรือหาแนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว เต็มใจ ไม่บ่ายเบี่ยง ไม่แก้ตัวหรือปิดการะ คอยดูแลให้ผู้รับบริการได้รับความพอใจและนำข้อขัดข้องในการให้บริการไปพัฒนาการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น

ระดับที่ 4 แสดงสมรรถนะระดับที่ 3 และให้บริการที่เกินความคาดหวังในระดับทั่วไป แม้ต้องใช้เวลาหรือความพยายามอย่างมาก กล่าวคือใช้เวลาแก่ผู้รับบริการ โดยเฉพาะเมื่อผู้รับบริการประสบความยากลำบาก เช่น ให้เวลาและความพยายามพิเศษในการให้บริการเพื่อช่วยผู้รับบริการแก้ปัญหา คอยให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับงานที่กำลังให้บริการอยู่ ซึ่งเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการแม้ว่าผู้รับบริการจะไม่ได้ถามถึงหรือไม่ทราบมาก่อน

ระดับที่ 5 แสดงสมรรถนะระดับที่ 4 และสามารถเข้าใจให้บริการที่ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการได้ กล่าวคือ เข้าใจความจำเป็นหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ และ/หรือ ใช้เวลาแสวงหาข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการ เพื่อตอบสนองความจำเป็นหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ

ระดับที่ 6 แสดงสมรรถนะระดับที่ 5 และสามารถให้บริการที่เป็นประโยชน์อย่างแท้จริง และยั่งยืนให้กับผู้รับบริการ กล่าวคือ เล็งเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการในระยะยาวและสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีหรือขั้นตอนการให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการได้ประโยชน์สูงสุด ปฏิบัติตนเป็นที่ปรึกษาที่ผู้รับบริการไว้วางใจ ตลอดจนมีส่วนช่วยในการตัดสินใจของผู้รับบริการ สามารถให้ความเห็นส่วนตัวที่อาจแตกต่างไปจากวิธีการหรือขั้นตอนที่ผู้รับบริการต้องการ เพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็น ปัญหา โอกาส ฯลฯ เพื่อประโยชน์อย่างแท้จริงหรือในระยะยาวแก่ผู้รับบริการ

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้กำหนดเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ของบุคลากรในการให้บริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไว้ 5 ระดับ (2549: 55) ดังนี้

ระดับ 0 ไม่แสดงสมรรถนะด้านนี้อย่างชัดเจน

ระดับที่ 1 รับรู้ความต้องการของผู้รับผลงานในส่วนที่ตนรับผิดชอบ กล่าวคือรับรู้ความต้องการของผู้รับผลงานในส่วนที่ตนได้รับมอบหมายอย่างไม่เป็นทางการ ทำงานในส่วนที่ตนเองได้รับมอบหมายได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับผลงาน

ระดับที่ 2 แสดงสมรรถนะระดับที่ 1 และรับรู้/ตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานของหน่วยงานที่สังกัด กล่าวคือ รับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานในหน่วยงานของตนโดยไม่ต้องร้องขอ รับรู้ผลประโยชน์ของผู้รับผลงานอย่างไม่เป็นทางการ และนำผลลัพธ์ดังกล่าวมาพัฒนา/ปรับปรุงให้ดีขึ้น

ระดับที่ 3 แสดงสมรรถนะระดับที่ 2 และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน กล่าวคือ รับรู้และตอบสนองความต้องการ รวมทั้งความคาดหวังของผู้รับผลงานในหน่วยงานของตนโดยไม่ต้องร้องขอได้ดียิ่งขึ้นทำให้ผู้รับผลงานเกิดความพึงพอใจ ใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน รับรู้ผลประโยชน์ของผู้รับผลงานที่ทำในหน่วยงาน และนำผลลัพธ์ดังกล่าวมาพัฒนา/ปรับปรุงให้ดีขึ้น

ระดับที่ 4 แสดงสมรรถนะระดับที่ 3 และนำจุดเน้นในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลไปสู่การปฏิบัติจนส่งผลให้ผู้รับผลงานพึงพอใจ เป็นตัวอย่างที่ดีให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนา/ปรับปรุงคุณภาพการให้บริการแก่ผู้รับผลงาน ประยุกต์เอาจุดเน้นในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความต้องการ/ความคาดหวังของผู้รับผลงานไปสู่การปฏิบัติ จนส่งผลให้ผู้รับผลงานประทับใจ รับรู้ผลประโยชน์ของผู้รับผลงานที่ทำโดยหน่วยงาน และนำผลลัพธ์ดังกล่าวมาพัฒนา/ปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ระดับที่ 5 แสดงสมรรถนะระดับที่ 4 และเป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างความประทับใจในบริการที่ดีให้แก่ผู้รับผลงาน ส่งเสริมความสามัคคีเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันในทีม โดยไม่คำนึงถึงความชอบหรือไม่ชอบส่วนตัว ช่วยประสานรอยร้าวหรือคลั่งคลายแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นในทีม

ประสานสัมพันธ์ ส่งเสริมขวัญกำลังใจของทีมเพื่อรวมพลังกันในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ ให้บรรลุผล

สรุปจากแนวคิดการให้บริการสุขภาพโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางทำให้โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ากำหนดเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ของบุคลากรในการให้บริการที่ดีและการบริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ด้วยการวางแผนในการประเมินเป็นระยะๆ เพื่อให้มีการพัฒนาบุคลากรที่ให้บริการมีสมรรถนะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

3.2 การประเมินคุณภาพบริการ

ในเรื่องการประเมินคุณภาพบริการทางสุขภาพนั้น มีนักวิชาการให้ความคิดเห็นไว้ดังนี้

นพพรณ จารุรักษ์ (2544) กล่าวถึงการพัฒนาคุณภาพของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์โดยใช้ดัชนีคุณภาพไว้ว่า การพัฒนาคุณภาพนั้นสิ่งที่สำคัญคือต้องมีทิศทางที่ชัดเจน ต้องรู้ว่าพัฒนาอะไรก่อนอะไรหลังหรืองานอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องพัฒนา เพื่ออะไร อย่างไร เมื่อไร โดยมีดัชนีคุณภาพเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและติดตามว่า การพัฒนาคุณภาพนั้นได้ดำเนินไปตามที่ต้องการหรือไม่และอยู่ในระดับใด การติดตามทบทวนดัชนีคุณภาพยังช่วยให้ทราบว่า มีอะไรที่จะต้องแก้ไขปรับปรุงต่อไป และเป็นการทำให้การพัฒนาคุณภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่องบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดัชนีคุณภาพในอุดมคตินั้นต้องมีคุณสมบัติที่วัดได้ง่าย วัดได้บ่อย มีความน่าเชื่อถือ มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง ต้องสามารถสะท้อนถึงพันธกิจหลัก สอดคล้องกับลักษณะงานที่จะพัฒนา สะท้อนความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการและควรครอบคลุมกระบวนการทำงานที่ต้องการพัฒนา นอกจากนี้ดัชนีคุณภาพยังเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้เกิดกระบวนการคุณภาพที่เรียกว่าวงจรเดมมิง (Deming Cycle) ประกอบด้วย Plan Do Check Act (PDCA)

ตัวอย่างดัชนีคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ (2547: 21) ได้แก่

1. ผลการควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ เช่น อัตราความถูกต้องในการควบคุมคุณภาพภายใน
2. ผลการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการหรือการสอบเทียบผลวิเคราะห์ระหว่างห้องปฏิบัติการ เช่น อัตราของรายการทดสอบที่เข้าร่วมเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ
3. จำนวนข้อร้องเรียนและผลการจัดการกับข้อร้องเรียน เช่น อัตราการตอบสนองต่อข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ
4. ผลการแก้ไขข้อปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดในมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ เช่น ร้อยละของข้อบกพร่องที่ได้รับการแก้ไข

5. ผลการประเมินงานบริการ เช่น ระยะเวลารอคอย ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ความถูกต้องของการรายงานผล ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเจาะเลือดเพื่อเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด จำนวนการส่งตรวจซ้ำเพราะเก็บตัวอย่างไม่ถูกต้อง จำนวนตัวอย่างที่ส่งผิด จำนวนใบรายงานผลวิเคราะห์ที่สูญหาย

6. ผลการปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนดไว้ เช่น ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมตามแผน อัตราการบำรุงรักษาเครื่องมือที่สำคัญ อัตราการสอบเทียบเครื่องมือตามแผนที่กำหนดไว้ อัตราการตรวจติดตามภายในครอบคลุมหน่วยงานตามแผน

7. ผลการเยี่ยมชมสำรวจ ผลการประเมินระบบคุณภาพภายในและภายนอกหน่วยงาน เช่น อัตราของปฏิบัติการแก้ไขหรืออัตราการตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาจากรายงานผลการเยี่ยมชมภายในและภายนอก

8. ผลการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านต่างๆ เช่น อัตราการชี้บ่งสิ่งส่งตรวจผิดพลาด อัตราการรายงานผลด่วนอยู่ในระยะเวลาประกัน ค่าเฉลี่ยของเวลารอคอยที่ลดลง

9. ผลการสำรวจความเสี่ยงและกำหนดตัวชี้วัดต่อความเสี่ยงด้านต่างๆ เช่น อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน

10. การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ เช่น อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการเจาะเลือด อัตราความพึงพอใจของแพทย์ต่อบริการทางห้องปฏิบัติการ

โคร์เนน (Koernen, 1985: 299-321) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพบริการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย

1. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย (Patient-Provider Interaction)
2. ความรู้ของผู้ให้บริการ (Knowledge of Provider)
3. คุณภาพการรักษาพยาบาล (Quality of Care)
4. การสอนสุขศึกษา (Health Teaching)
5. สิ่งแวดล้อม (Environment)
6. ข้อมูลในการเข้ารับการรักษาพยาบาล (Admission Data)

พาราสุรามาน, เซทามล์และเบอรี่ (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985: 41-50) ได้ทำการวิจัยทางการตลาดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ แล้วนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบของการบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งมีข้อบ่งชี้คุณภาพบริการ 10 ด้านดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ อุปกรณ์เครื่องมือ บุคลากร และวัสดุในการติดต่อสื่อสาร

2. ความเชื่อมั่นวางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการตามที่ให้สัญญาไว้ และมีความน่าเชื่อถือ

3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความยินดีที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการและพร้อมที่จะให้บริการได้ในทันที

4. สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence) หมายถึง การมีความรู้ ความสามารถ ทักษะในการบริการที่สามารถแสดงออกมาให้ผู้รับบริการประจักษ์ได้

5. ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy) หมายถึง ความสุภาพอ่อนโยน ให้เกียรติ มีน้ำใจ และเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ

6. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความน่าไว้วางใจ เชื่อถือได้ ซึ่งเกิดจากความซื่อสัตย์และความจริงใจของผู้ให้บริการ

7. ความมั่นคงปลอดภัย (Security) หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน ชื่อเสียง ปราศจากความรู้สึกเสี่ยงอันตรายและข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งการรักษาความลับของผู้รับบริการ

8. การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมารับบริการ

9. การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง การให้ข้อมูลต่างๆแก่ผู้รับบริการโดยใช้การสื่อสารด้วยภาษาที่ผู้รับบริการเข้าใจ และการรับฟังเรื่องราวต่างๆจากผู้รับบริการ

10. การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding the Customer) หมายถึง การทำความเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการที่ตนเองให้บริการอยู่

อิริคเซน (Eriksen, 1988: 523-537) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพบริการ ประกอบด้วย

1. ศิลปะในการดูแล (Art of Care)
2. คุณภาพในทางเทคนิคในการดูแล (Technical Quality of Care)
3. การจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment)
4. ความพร้อมในการให้บริการ (Availability)
5. ความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of Care)
6. ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริการ (Efficacy)

เนลสันและนิตเคอเบอร์เกอร์ (Nelson & Niederberger, 1990: 409-427) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพบริการ ประกอบด้วย

1. การเข้าถึงบริการ (Access)

2. การบริหารจัดการ (Administrative Management)
3. การบริหารคลินิก (Clinical Management)
4. การบริหารงานระหว่างบุคคล (Interpersonal Management)
5. ความต่อเนื่องในการให้การรักษ (Continuity of Care)
6. ความพึงพอใจกับสภาพทั่วไป (General Satisfaction)

Omachonu (1990, อ้างในจิรุตม์ รัตนบัลล์และคนอื่นๆ 2543) กล่าวว่าไว้ว่าคุณภาพของบริการดูแลสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนั้นมียุทธศาสตร์ประกอบที่สำคัญอยู่ 2 ส่วนคือ คุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติ หมายถึงการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กลุ่มวิชาชีพตั้งไว้ และคุณภาพตามการรับรู้ หมายถึง คุณภาพที่เป็นไปตามความคาดหวังของบริการ คุณภาพทั้งสองส่วนนี้ทำให้ความหมายคุณภาพโรงพยาบาลนั้นมีความสมบูรณ์ อาจกล่าวได้ว่าคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติเพียงอย่างเดียวมันไม่เพียงพอที่จะนำมาประเมินคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลได้ เนื่องจากไม่ได้นำความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเข้ามาเกี่ยวข้อง คุณภาพของการดูแลตามการรับรู้ของผู้ที่เข้ามาใช้บริการจะมีความสำคัญเท่ากับคุณภาพตามมาตรฐานและเป็นส่วนที่กำลังได้รับความสนใจมากในปัจจุบันเพราะทำให้ความหมายของคุณภาพมีความสมบูรณ์มากขึ้น

เซทามล์และคนอื่นๆ (Zeithaml, *et.al.*, 1990: 25-26) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพบริการ โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า RATER (Reliability, Assurance, Tangibles, Empathy & Responsive ness) ซึ่งผู้รับบริการประเมินคุณภาพบริการจากเกณฑ์วัดคุณภาพ 5 ด้านดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangible) หมายถึงลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ได้แก่ เครื่องมืออุปกรณ์ บุคลากรและการใช้สัญลักษณ์หรือเอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารให้ผู้รับบริการได้สัมผัส และการบริการนั้นเป็นรูปธรรมสามารถรับรู้ได้
2. ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการนั้นตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งมีความถูกต้องเหมาะสม และมีความสม่ำเสมอ ทุกครั้งของการบริการ ที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้
3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน

4. การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึง ผู้ให้บริการมีทักษะ ความรู้ความสามารถในการให้บริการ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยคุณภาพ มีกิริยาท่าทาง และมารยาทที่ดีในการให้บริการ สามารถที่จะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่ดีที่สุด

5. การเข้าใจและเห็นอกเห็นใจเอาใจใส่ (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลความเอื้ออาทรเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการแต่ละคน

Barber (1996, อ้างในจิรุตม์ รัตนบัลล์และคนอื่นๆ 2543) ได้สรุปแนวคิดหลักที่นำมาประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลไว้ดังต่อไปนี้

1. เน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางในการให้บริการ การจัดบริการสุขภาพจะต้องนำความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยเข้ามาร่วมในการตัดสินใจ

2. มีความเป็นผู้นำ ผู้บริหารระดับสูงและผู้บริหารในระดับต่างๆกำหนดทิศทางของการปฏิบัติงานโดยเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง การกำหนดทิศทางจะต้องมีค่านิยม มองเห็นพันธกิจที่ชัดเจนเพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมีการอุทิศตนในการทำงานและมีส่วนร่วมในการทำงาน

3. มีการปรับปรุงพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ กระบวนการปรับปรุงคุณภาพนั้นจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน มีข้อเท็จจริงเป็นข้อมูลพื้นฐาน มีระบบรองรับการทำงานต่างๆและมีการปรับปรุงการทำงานอยู่ตลอด โดยเรียนรู้จากประสบการณ์และการประเมินจากผู้ป่วย ผู้ร่วมงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

4. เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร องค์กรที่ประสบความสำเร็จนั้นปรับปรุงการปฏิบัติงานโดยอาศัยสมรรถนะ ความชำนาญและแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร โดยให้โอกาสเจ้าหน้าที่มีการพัฒนาการปฏิบัติและมีความรู้ในประสบการณ์ใหม่ๆ

5. บริหารงานโดยอาศัยข้อเท็จจริง การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องสร้างอยู่บนกรอบ มีการประเมินข้อมูลข่าวสารและการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการตัดสินใจและวางแผนงานเพื่อปรับกลยุทธ์ขององค์กร

6. มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ผลของการปฏิบัติงาน กระบวนการปฏิบัติงานขององค์กรจะต้องมุ่งไปที่ผลลัพธ์ โดยสะท้อนกลับให้เห็นถึงความสมดุล ความต้องการของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ การทบทวนถึงผลของการปฏิบัติงานทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน เป็นการตรวจสอบถึงกระบวนการทำงานด้วย

7. มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของชุมชนและสาธารณะ องค์กรทางด้านสุขภาพจะต้องอุทิศตนเองเพื่อยกระดับสุขภาพของชุมชนที่ตนดำรงอยู่นั้น โดยการทำงานร่วมกับผู้นำในชุมชน จัด

ให้มีบริการการดูแลด้านต่างๆ มาตรการการป้องกันโรค ให้สุขศึกษาต่อคนในชุมชนและควบคุมผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อมจากการดำเนินงานของโรงพยาบาล

8. มีการพัฒนาเพื่อร่วมดำเนินงาน คุณภาพจะบรรลุได้เมื่อมีการพัฒนาดำเนินงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร การพัฒนาดำเนินงานภายในองค์กรทำเพื่อลูกค้าภายในคือผู้ปฏิบัติงานในด้านต่างๆ ส่วนภายนอกองค์กรนั้นทำเพื่อร่วมงานกับบริษัทต่างๆ องค์กรสุขภาพในชุมชนและองค์กรทางสังคม

9. มีการออกแบบระบบและการป้องกันที่คำนึงถึงคุณภาพ การวางรูปแบบหรือการปรับรูปแบบการให้บริการควรคำนึงถึงคุณภาพและค่านิยมต่างๆร่วมด้วย องค์กรควรจะพัฒนาความชำนาญด้านต่างๆเพื่อสร้างโครงการพัฒนาที่รวมเอาสหวิทยาการต่างๆเข้ามา โดยนำองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกมาพิจารณา ในระหว่างการพัฒนาการจัดการบริการสุขภาพรูปแบบใหม่

10. มองการณ์ไกลไปยังอนาคต การให้บริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านโครงสร้างขององค์กร ความกดดันด้านการแข่งขัน ด้านสังคม ด้านการเงิน ด้านเทคโนโลยี การวางแผนระยะสั้นต้องทำควบคู่กับการวางแผนอนาคตและคาดการณ์ถึงการเปลี่ยนแปลงล่วงหน้า ก่อนที่สิ่งต่างๆเหล่านั้นจะเข้ามามีผลกระทบต่อองค์กร องค์กรสุขภาพที่ประสบความสำเร็จในปัจจุบัน โดยต้องจ่ายค่าความเสียหายในอนาคตนั้นจะไม่ใช่ที่ยอมรับของชุมชนและสังคม

11. สนองตอบด้วยความรวดเร็ว องค์กรที่สามารถจะปรับเปลี่ยนให้บริการรวดเร็วโดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี จะสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้มาใช้บริการได้และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ

อารี ชิวเกษมสุขและจินตนา ยูนิพันธ์ (2005: 621) ได้สรุปสาระสำคัญของเกณฑ์บ่งชี้คุณภาพการบริการจากทัศนะของนักวิชาการและงานวิจัยต่างๆไว้ดังนี้

1. สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ เข้าใจและรู้จักผู้ป่วย
2. ได้รับการเอาใจใส่ดูแลอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอและเป็นระบบระเบียบ
3. ได้รับการรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ ถูกต้อง มั่นคง ปลอดภัยและไม่มีข้อผิดพลาด
4. บุคลากรต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ดี รวมทั้งมีบุคลิกลักษณะที่ดี
5. ให้บริการที่เป็นรูปธรรม
6. ให้บริการที่น่าเชื่อถือ โดยปฏิบัติได้ตามมาตรฐานที่กำหนด
7. สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้ใช้บริการได้ดี รวมทั้งพูดจาสุภาพและเหมาะสม
8. ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพ
9. จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีและเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการบรรเทาจากโรคหรือความเจ็บป่วย

10. คู่มือผู้ใช้บริการแบบองค์รวม

สรุปการประเมินคุณภาพบริการการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการของโรงพยาบาล จำเป็นที่จะต้องประเมินในส่วนของคุณภาพตามมาตรฐานของแต่ละสาขาวิชาชีพทางการแพทย์และประเมินคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการในทุกๆด้านว่าเป็นไปตามความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือไม่ ซึ่งจำเป็นต้องกำหนดและสร้างตัวชี้วัดคุณภาพที่เหมาะสมสำหรับติดตามคุณภาพว่าพัฒนาขึ้นไปอยู่ในระดับที่ต้องการหรือไม่

3.3 การประเมินการบริหารจัดการตามมาตรฐานคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ

ระบบบริหารจัดการคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ในระยะเริ่มแรกเป็นการปรับนำมาตรฐานสากล ISO 9000 series, ISO/IEC Guide 25: 1990, ISO/IEC 17025: 1999 และ GLP (Good Laboratory Practice) มาใช้ เมื่อมีการจัดทำมาตรฐานสากลเฉพาะสำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ขึ้น เรียกว่ามาตรฐานสากล ISO 15189:2003 จึงใช้มาตรฐานนี้ในการบริหารจัดการคุณภาพห้องปฏิบัติการ สำหรับมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการของประเทศไทยได้พัฒนามาจากมาตรฐานสากลดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้เหมาะสมกับประเทศไทยและมีความเป็นสากลได้แก่ มาตรฐานบริการพยาธิวิทยาคลินิกซึ่งอยู่ในมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล HA ของสถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2547 สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ จัดทำโดยสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย

ข้อกำหนดในมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2547 มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านองค์กรและการบริหาร

- มีการจัดทำหรือแสดงโครงสร้างภายในฝ่ายงาน แสดงความสัมพันธ์ของตำแหน่งต่างๆ
- กำหนดผู้จัดการหรือผู้รับผิดชอบด้านคุณภาพของกลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน
- กำหนดแผนคุณภาพ การบำรุงรักษาและพัฒนาคุณภาพ
- กำหนดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพประจำปี
- มีคู่มือคุณภาพที่ระบุนโยบายคุณภาพของกลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน ครอบคลุมถึงขอบเขต

มาตรฐานงาน ระเบียบปฏิบัติและระบบคุณภาพของกลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน

- มีการกำหนดผู้รักษาการแทนในกรณีที่หัวหน้าไม่อยู่/ไม่สามารถปฏิบัติงานได้
- มีการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ
- กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพของกลุ่มงาน/ฝ่าย/งานและใช้ประโยชน์ในการติดตามระดับของ

คุณภาพทุกช่วงเวลาที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง

- กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน มีนโยบายในการจัดสรร สนับสนุนทรัพยากรให้บุคลากรดำเนินการ

ระบบคุณภาพ

- มีบันทึกรายงานการประชุมภายในกลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน หรือแสดงวิธีการสื่อสารต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ: ที่กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน ให้งานให้ผู้ปฏิบัติทราบและเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพงานบริการ
- มีบันทึกการทบทวนระบบบริหารคุณภาพและนำผลการทบทวนมาพัฒนางานอย่างน้อยปีละครั้ง

2. ด้านบุคลากร

- มีแผนและนโยบายด้านการพัฒนาบุคลากร
- มีการกำหนดบุคลากรให้มีจำนวนเหมาะสมในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- มีการกำหนดคุณสมบัติและหน้าที่ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่มีผลกระทบต่อคุณภาพหรือปฏิบัติงานในตำแหน่งสำคัญ
- กำหนดแผนการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่มีผลกระทบต่อคุณภาพ มีแผนพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง หรือแผนการศึกษาต่อเนื่อง
- มีการกำหนดบุคลากรที่สามารถแก้ไขข้อมูลผู้ป่วย เปลี่ยนแปลงระบบข้อมูลเครื่องมือ
- มีการควบคุมควบคุมดูแลบุคลากรที่มีคุณสมบัติไม่ครบถ้วน โดยผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญและมีประสบการณ์
- มีการกำหนดคุณสมบัติและหน้าที่หัวหน้าห้องปฏิบัติการ
- มีการฝึกอบรมบุคลากรด้านการประกันคุณภาพ ความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุ
- มีการประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นระยะ
- มีการกำหนดความจำเป็นของการฝึกอบรมเพิ่มเติม
- มีบันทึกบุคลากรทุกคน (ประวัติด้านการศึกษาอบรม ความสามารถ ประสบการณ์ การรับวัคซีน ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน ผลการตรวจสุขภาพและอื่นๆ

3. ด้านเครื่องมือ

- มีเครื่องมือห้องปฏิบัติการที่จำเป็นและเหมาะสมกับการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ
- เครื่องมือมีคุณสมบัติเหมาะสม พร้อมใช้งาน
- มีการตรวจสอบสถานะ ความพร้อมใช้งานของเครื่องมือที่ส่งไปซ่อมหรือส่งไปรับบริการอื่นๆ
- มีแผนการสอบเทียบเครื่องมือที่มีผลกระทบต่อคุณภาพ ระบุเงื่อนไขความถี่ระยะเวลาของการตรวจสอบ ผู้รับผิดชอบ มีบันทึกการสอบเทียบเครื่องมือ
- มีแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมีการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของเครื่องมือ
- มีบันทึกการบำรุงรักษาเครื่องมือ

- เก็บรักษาเครื่องมือให้อยู่ในสถานะและสถานที่ที่ปลอดภัย มีระบบป้องกันไฟฟ้าลัดวงจร และระบบไฟฟ้าสำรอง

- มีรายชื่อช่าง บริษัทที่ดูแลซ่อมบำรุงรักษาเครื่องมือ
- มีการระบุผู้ใช้เครื่องมือสำคัญ
- มีคู่มือวิธีการใช้เครื่องมือและการบำรุงรักษาเครื่องมือ
- มีรหัสการชี้บ่งครุภัณฑ์ประจำเครื่องมือหลักที่ใช้งานทุกเครื่อง (รวมถึงครุภัณฑ์ที่ยืมหน่วยงานอื่นมาใช้) รวมทั้งการชี้บ่งอุปกรณ์ วัสดุอ้างอิง น้ำยาตรวจที่มีผลกระทบต่อคุณภาพ
- มีฉลาก ป้าย บันทึกรายชื่อ วันที่สอบเทียบ กำหนดการสอบเทียบครั้งต่อไปของเครื่องมือที่มีผลกระทบต่อคุณภาพ

- เครื่องมือที่ชำรุด มีป้ายบ่งชี้สถานะ “ชำรุด ห้ามใช้”
- มีการป้องกันการปรับแก้ไขโปรแกรม Parameter ของการทดสอบหรือการปรับเปลี่ยนคุณสมบัติของ Calibrator/Standard/Reagent ที่ใช้

4. ด้านการจัดซื้อและใช้บริการภายนอก

- กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน มีหลักเกณฑ์ในการจัดซื้อน้ำยาตรวจและวัสดุอุปกรณ์
- มีบัญชีรายชื่อผู้ผลิต ตัวแทนจำหน่าย รายการวัสดุที่จัดซื้อ
- มีการตรวจรับวัสดุตามเกณฑ์ที่กำหนด ลงนามผู้รับและวันที่รับ และมีการประเมินผู้ขาย
- กรณีส่งต่อห้องปฏิบัติการภายนอก มีเกณฑ์พิจารณาความสามารถของห้องปฏิบัติการที่ส่งต่อ และจัดทำบัญชีรายชื่อไว้
- กรณีส่งต่อห้องปฏิบัติการภายนอกวิเคราะห์ มีการตรวจสอบความถูกต้องของรายงานผลส่งต้นฉบับให้ลูกค้าและเก็บสำเนาไว้ที่หน่วยงาน

5. ด้านการควบคุมกระบวนการ

5.1 ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม

- พื้นที่ปฏิบัติงานเพียงพอ สะดวกในการปฏิบัติงาน สภาวะแวดล้อมเหมาะสมไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพและมีความปลอดภัย
- ออกแบบ จัดสถานที่เพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยแยกพื้นที่ส่วนปฏิบัติการทดสอบสิ่งส่งตรวจออกจากส่วนธุรการหรือเอกสารหรือส่วนที่พักของบุคลากร
- แยกพื้นที่ส่วนปฏิบัติงานส่วนปฏิบัติการที่ไม่สามารถอยู่ร่วมกันได้ หากอยู่ร่วมกันอาจกระทบต่อคุณภาพการวิเคราะห์

- ควบคุมอุณหภูมิของผู้เย็นเก็บน้ำยาตรวจวิเคราะห์ เลือดและส่วนประกอบของเลือด
- Calibrator/Control material วัสดุทางห้องปฏิบัติการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพ
- พื้นที่จัดเก็บตัวอย่าง สะดวก เหมาะสม ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพ
 - การรักษาพื้นที่ปฏิบัติงานให้สะอาด เรียบร้อยตามหลักวิชาการ
 - มีวิธีการจัดเก็บและทำลายสารอันตราย มีวิธีการป้องกันการติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อ
- ในสิ่งแวดล้อม

5.2 ด้านการประกันคุณภาพการวิเคราะห์

- มีการทำ Internal Quality Control (IQC) ที่สามารถแสดงบันทึกผล IQC
 - กรณีผล IQC ไม่อยู่ในเกณฑ์ มีบันทึกปฏิบัติการแก้ไข
 - มีการเข้าร่วมโครงการ External Quality Control (EQC) สามารถแสดงบันทึกผล EQC
- และกรณีไม่มี EQC มีกลไกการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการเช่น การแลกเปลี่ยนตัวอย่างระหว่างห้องปฏิบัติการและบันทึกผลไว้

- มีระบบการวิเคราะห์ที่สอบกลับได้ถึงค่ามาตรฐานสากล มีการบันทึกเกี่ยวกับรายละเอียด
- Calibrator/Control Material ที่ใช้

- มีบันทึกปฏิบัติการแก้ไข ในกรณีผลดำเนินการสอบกลับไม่อยู่ในเกณฑ์หรือการ
- เปรียบเทียบผลมีปัญหา
- วัสดุอ้างอิง (Standard/Calibrator) มีคุณสมบัติเหมาะสม มีใบรับรองคุณลักษณะหรือ
- ข้อมูลอ้างอิงจากผู้ผลิต

- กรณีทำการทดสอบชนิดเดียวกัน แต่ใช้หลายเครื่องมือ ควรมีการเปรียบเทียบผลและ
- บันทึกผลไว้

5.3 ขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์

- มีคู่มือการจัดเก็บตัวอย่างแจกให้กับหน่วยงานต่างๆ ที่เก็บตัวอย่างมาส่งที่ห้องปฏิบัติการ
- มีระเบียบปฏิบัติในการเตรียมตัวอย่างในขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์
- มีระเบียบปฏิบัติในการรับทำการวิเคราะห์ด้วยวาจาหรือทางโทรศัพท์
- ตัวอย่าง ใบนำส่งตรวจ ตัวอย่างที่แบ่งมา สามารถสอบกลับไปยังตัวอย่างเริ่มต้นได้
- มีการตรวจสอบตัวอย่างตรวจที่มีคุณสมบัติไม่เหมาะสม
- มีบันทึกการปฏิเสธตัวอย่างที่มีคุณสมบัติไม่เหมาะสม
- กรณีที่ยังไม่ทำการวิเคราะห์ในทันที มีวิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง

5.4 ขั้นตอนการวิเคราะห์

- ใช้วิธีการวิเคราะห์ที่เป็นมาตรฐานหรือเป็นวิธีอ้างอิง

- กรณีดัดแปลงวิธีวิเคราะห์มีข้อมูลการ validate
- มีการทวนสอบและบันทึกวิธีการวิเคราะห์ที่เลือกใช้ อย่างน้อยปีละครั้ง
- มีการทบทวนค่าอ้างอิงเป็นระยะ
- แจ้งวิธีวิเคราะห์ให้ผู้ให้บริการทราบ ถ้าเปลี่ยนแปลงวิธีวิเคราะห์ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์ มี

บันทึกการแจ้ง

- มีคู่มือการปฏิบัติงาน การวิเคราะห์ ณ จุดที่ปฏิบัติงาน (อาจเป็นแผ่นป้ายย่อ)
- ระบุระยะเวลาในการวิเคราะห์ทุกชนิด (Turnaround Time)

5.5 ขั้นตอนหลังการวิเคราะห์

- มีการทดสอบผลการวิเคราะห์โดยผู้ที่ได้รับมอบหมาย และลงนามในใบรายงานผลทุกครั้งตามกำหนด

- ระบุระยะเวลา วิธีการในการเก็บตัวอย่างชนิดต่างๆหลังการวิเคราะห์

5.6 การรายงานผล

- มีระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการรายงานผล (ระยะเวลา วิธีการ ผู้รับ รวมทั้งวิธีการรายงานผลทางโทรศัพท์และโทรสาร

- กรณีพบค่าวิกฤติ มีวิธีการรายงานผลและบันทึกในกรณีมีปัญหา
- เก็บสำเนารายงานผลในช่วงเวลาที่เหมาะสม สามารถเรียกกลับมาใช้งานได้อีก
- กรณีจำเป็นต้องวิเคราะห์ตัวอย่างที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรับตัวอย่าง มีการระบุสภาพ

ปัญหาและข้อควรระวังในการแปลผลไว้ในใบรายงานผล

5.7 การเปลี่ยนแปลงการแก้ไขรายงานผล

- มีวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายงานผลที่เป็นระบบเอกสารและระบบคอมพิวเตอร์ที่สามารถสอบกลับได้ถึงผู้แก้ไข
- มีการกำหนดชนิดและลำดับขั้นตอนของเอกสาร ตามระบบเอกสารของโรงพยาบาลหรือห้องปฏิบัติการ

6. ด้านเอกสารคุณภาพ

- เอกสารคุณภาพที่จัดทำขึ้นต้องระบุหัวข้อเรื่อง วันที่ออกเอกสาร ฉบับที่ วันที่ทบทวนจำนวนหน้า ผู้ออกเอกสาร รหัสของเอกสาร

- มีวิธีการตรวจและรับรองเอกสาร เอกสารเก่าไม่ปะปนกับฉบับที่ใช้งานจริงในปัจจุบัน
- มีวิธีการจัดเก็บ เรียงลำดับ การเข้าถึง ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาเก็บรักษาสืบค้นคุณภาพแต่

ละชนิดเช่น สำเนารายงานผลการวิเคราะห์ ทะเบียนผล รายการสั่งซื้อน้ำยาสารเคมี ประวัติบุคลากร การ Calibrate เครื่องมือ

- บันทึกต้องอ่านง่าย สืบค้นง่าย มีระบบการเก็บรักษาที่ปลอดภัย
- กำหนดระยะเวลาจัดเก็บเอกสารและบันทึกคุณภาพ

7. ด้านการควบคุมสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด

- มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการแก้ไขข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดระบุผู้แก้ไขและวิธีการแก้ไข
- มีการบันทึกข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

8. ด้านการตรวจติดตามภายใน

- มีการตรวจติดตามระบบบริหารจัดการคุณภาพที่กำหนดไว้ในกลุ่มงาน/ฝ่ายงาน
- มีการจัดทำบันทึกผลการติดตามภายใน
- มีบันทึกผลการแก้ไขสิ่งที่พบจากการติดตามภายใน
- มีการประเมินผลการตรวจติดตามภายในและสรุปผลเพื่อเสนอผู้บริหาร

9. ด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

- มีการกำหนดกิจกรรมปฏิบัติการแก้ไข โดยพิจารณาจากผลการตรวจติดตามภายใน ตัวชี้วัด ความเสี่ยง กระบวนการหลัก ปัญหา
- กรณีที่ปฏิบัติการแก้ไขมีผลกระทบต่อขั้นตอนการปฏิบัติงาน ต้องแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ
- การติดตามผลการแก้ไข เพื่อให้มั่นใจได้ว่าปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว
- มีแผนการทบทวนระบบคุณภาพเกี่ยวกับ นโยบายคุณภาพ วัตถุประสงค์ด้านคุณภาพ ความเสี่ยง โอกาสพัฒนา อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง
- มีการนำผลการทบทวนระบบคุณภาพเสนอต่อที่ประชุมผู้บริหารเพื่อพิจารณาสนับสนุนทรัพยากร และ/หรือปรับเปลี่ยนระบบคุณภาพโดยรวม
- มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน/ทีม
- มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงาน/ระหว่างทีมหรือระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ
- กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ

10. ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ

- กำหนดให้มีผู้รับผลงาน/ลูกค้าภายใน/นักวิชาการเช่น แพทย์สาขาต่างๆที่ใช้บริการทางห้องปฏิบัติการหรือนักวิชาการ มาให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความเหมาะสมของบริการที่ทำอยู่
- มีระเบียบปฏิบัติ/วิธีปฏิบัติในการรับประเมินและวิธีการจัดเก็บข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ

- มีการประเมินอัตราการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

สรุปข้อกำหนดในมาตรฐานการบริหารจัดการคุณภาพทางห้องปฏิบัติการเป็นไปเพื่อประกันว่าห้องปฏิบัติการที่มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดและธำรงรักษาคุณภาพดังกล่าว จะมีผลการวิเคราะห์ที่ถูกต้องแม่นยำ มีการรายงานผลการวิเคราะห์อยู่ในระยะเวลาประกัน บุคลากรทางห้องปฏิบัติการมีทักษะความรู้ความชำนาญในการให้บริการและมีแนวทางการพัฒนาคุณภาพที่ตอบสนองต่อผู้รับบริการในด้านต่างๆ

3.4 การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการห้องเจาะเลือดและห้องปฏิบัติการ

ความพึงพอใจของผู้มารับบริการเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพของงานบริการสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาได้ของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจในบริการส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องในการมารับบริการครั้งต่อไปและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำซึ่งเป็นผลลัพธ์ในเชิงของความเป็นมนุษย์ (Humanistic Outcome) ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการวัดผลงานบริการสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการนั้นจำเป็นต้องสร้างเครื่องมือมาตรฐานเพื่อใช้สำหรับวัดความพึงพอใจ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัดโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ต้องกำหนดรูปแบบของตัวเลือกหรือมาตรวัด Ware และ Hays เสนอแนะว่าเครื่องมือวัดความพึงพอใจควรมีการแบ่งระดับคะแนนความพึงพอใจเป็น 5 ระดับโดยเริ่มจาก 5 = ดีมาก จนถึง 1 = ควรปรับปรุง เพราะจะตรงกับพฤติกรรมความพึงพอใจของผู้มารับบริการมากกว่าการแบ่งระดับคะแนนเป็น 6 ระดับโดยเริ่มจาก 1 = พึงพอใจอย่างมาก 2 = พอใจมาก 3 = ค่อนข้างพอใจ 4 = เฉยๆ 5 = ค่อนข้างไม่พอใจ และ 6 = ไม่พอใจมาก นอกจากนี้ถ้าจำนวนตัวเลือกมีน้อยอาจไม่สามารถให้ความสม่ำเสมอ (Consistency) ในการตอบได้ทุกครั้ง ซึ่งค่าความเที่ยงจะต่ำ

การสร้างข้อคำถามเพื่อนำมาวัดความพึงพอใจนั้น ทำได้ใน 4 ลักษณะดังนี้

1. การประเมินความพึงพอใจจากความแตกต่างระหว่างความคาดหวังของผู้มารับบริการกับบริการที่ได้รับจริง (Disconfirmation of Expectation)
2. ความชอบที่มีต่อการบริการที่ได้รับ (Affect-Based Assessment)
3. การที่ผู้มารับบริการได้รับบริการที่คุ้มค่ากับเวลาที่เสียไป (Equity-Based Assessment)
4. การประเมินลักษณะเฉพาะจากงานบริการด้านต่างๆที่ผู้มารับบริการได้รับอยู่ในปัจจุบัน (Performance Evaluation) แนวคิดพื้นฐานของการวัดความพึงพอใจแบบนี้มีข้อดีคือ สามารถวัดผลในระยะยาวได้และผลการวัดไม่แปรปรวนไปตามอารมณ์ของผู้ตอบมากนัก แต่มีข้อจำกัดที่เป็นการ

ประเมินของผู้มารับบริการในหัวข้อซึ่งผู้ทำการวิจัยเป็นผู้กำหนดขึ้น ดังนั้นถ้าผู้ตอบไม่เข้าใจหรือไม่ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการอย่างชัดเจนแล้วจะไม่สามารถระบุความคิดเห็นหรือประเมินความพึงพอใจได้ตรงนัก ในขณะที่ตัวกันผู้ใช้เครื่องมือเองก็ไม่ทราบถึงความต้องการของผู้มารับบริการที่แอบแฝงอยู่หรือมาตรฐานในใจของผู้มารับบริการเนื่องจากไม่มีข้อคำถามที่จะวัดอย่างไรก็ตามการประเมินความพึงพอใจในลักษณะเช่นนี้มักเป็นลักษณะที่ใช้กันมากที่สุดในงานวิจัย ดังนั้นการสร้างเครื่องมือควรให้มีข้อคำถามในปริมาณที่มากพอเพื่อให้ครอบคลุมแนวคิดในหลายๆด้าน (2548: 87-104)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพบริการห้องเจาะเลือดนั้น Cembrowski และคนอื่นๆ(1995: 198-208) ได้ทำการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามระดับความพึงพอใจที่มีมาตรวัด 5 ระดับคือ 5 = มีความพึงพอใจมากที่สุด จนถึง 1 = ไม่พึงพอใจมากที่สุด แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วนมีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับห้องรอกยเจาะเลือด

1. ความเป็นส่วนตัวเมื่อกำลังพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ต้อนรับ
2. ความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่ต้อนรับ
3. ระยะเวลาในการรอกยในห้องรอกยเจาะเลือด
4. เก้าอี้ที่นั่งสบาย
5. มีหนังสือ วารสารและสารคดีบันเทิงให้อ่าน

6. ความสามารถตอบคำถามของเจ้าหน้าที่ต้อนรับ

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับห้องเจาะเลือด

7. ความเป็นส่วนตัวระหว่างการเจาะเลือด
8. สถานที่สำหรับวางสิ่งของของผู้ป่วย เช่น หนังสือ กระเป๋า
9. ความสะอาดของพื้นที่ห้องเจาะเลือด
10. การเจาะเลือดสำเร็จโดยแทงเข็มเพียงครั้งเดียว
11. จำนวนครั้งที่รู้สึกเจ็บเมื่อถูกเข็มแทง
12. มีเตียงให้ผู้ป่วยได้นอนเจาะเลือด
13. ความสามารถของเจ้าหน้าที่เจาะเลือดในการทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
14. ความสามารถของเจ้าหน้าที่เจาะเลือดในการตอบคำถาม

ส่วนที่ 3 - ข้อคำถามหลังการเจาะเลือด

15. การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับเวลาที่จะได้รับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
16. การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการลดขนาดของรอยจ้ำเขียวหลังการเจาะเลือด

17. ขนาดของรอยชำร่วยหลังการเจาะเลือด

18. ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการมารับบริการเจาะเลือด

งานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจของแพทย์ต่อคุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการทางคลินิกในประเทศสหรัฐอเมริกา มีวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาเป็นองค์กรกลางที่ทำหน้าที่สำรวจและจัดทำแบบสอบถามมาตรฐานขึ้น เนื่องจากมีข้อกำหนดให้ห้องปฏิบัติการทุกแห่งต้องสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อย 2 ปีต่อครั้ง เพื่อให้ห้องปฏิบัติการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งข้อคำถามในแบบสอบถามจะใช้มาตรวัดระดับความพึงพอใจ 6 ระดับคือ 5 = ดีเยี่ยม 4 = ดี 3 = ปานกลาง 2 = ต่ำกว่าปานกลาง 1 = ไม่ดี และ 0 = ไม่เหมาะสม ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อดังนี้

1. การรายงานผลด่วนทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยในอยู่ในระยะเวลาประกัน
2. การรายงานผลด่วนทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยนอกอยู่ในระยะเวลาประกัน
3. การรายงานผลตรวจประจำวันทางห้องปฏิบัติการอยู่ในระยะเวลาประกัน
4. การรายงานผลการตรวจที่ไม่ได้ตรวจทุกวันหรือส่งไปตรวจที่อื่นอยู่ในระยะเวลา

ประกัน

5. คุณภาพของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ความถูกต้องและเชื่อถือได้)
6. การรายงานหรือแจ้งผลการตรวจที่อยู่ในคำวิฤติ
7. การให้บริการส่งส่งส่งตรวจไปตรวจที่อื่นและติดตามรับผลการตรวจ
8. การให้บริการห้องเจาะเลือด
9. รายการทดสอบทางห้องปฏิบัติการมีครบ เพียงพอกับความต้องการของแพทย์
10. ความสุภาพของบุคลากรทางห้องปฏิบัติการ

นอกจากนี้ในแบบสอบถามมีข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 6 ข้อดังนี้

1. ในกรณีที่การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติไม่อยู่ในระยะเวลาที่ประกันไว้ กรุณา

ระบุขั้นตอนการทดสอบ

2. ในกรณีที่การให้บริการทางห้องปฏิบัติการท่านให้ความพึงพอใจต่ำกว่าปานกลาง กรุณา

ระบุปัญหา อุปสรรคและให้ข้อเสนอแนะ

3. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการให้บริการ
4. การให้บริการทางห้องปฏิบัติการที่ท่านชอบและมีความพึงพอใจมากที่สุด
5. การให้บริการทางห้องปฏิบัติการที่ท่านไม่ชอบและมีความพึงพอใจน้อยที่สุด
6. ความคิดเห็นพิเศษเพิ่มเติม

งานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพบริการทาง
ห้องปฏิบัติการทางคลินิกนั้น Jones , Walsh และ Ruby (2006: 1756-1761) ได้ทำการศึกษาโดยใช้
แบบสอบถามวัดระดับความพึงพอใจที่มีมาตรวัด 5 ระดับคือ 5 = มีความพึงพอใจมาก 4 = โดยปกติ
มีความพึงพอใจ 3 = บางครั้งมีความพึงพอใจ 2 = ไม่ค่อยพึงพอใจ และ 1 = ไม่มีความพึงพอใจ ข้อ
คำถามมีทั้งหมด 13 ข้อดังนี้

1. ความถูกต้องของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 2. การรายงานผลด่วนทางห้องปฏิบัติการอยู่ในระยะเวลาประกัน
 3. การจัดการทางห้องปฏิบัติการสามารถเข้าถึงบริการได้
 4. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการกระตือรือร้นในการรับโทรศัพท์
 5. การแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ
 6. การรายงานผลตรวจประจำวันทางห้องปฏิบัติการอยู่ในระยะเวลาประกัน
 7. ความสามารถตอบคำถามทางโทรศัพท์
 8. การจัดการทางห้องปฏิบัติการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ
 9. ความสุภาพในการติดต่อทางโทรศัพท์
 10. การทดสอบสนับสนุนที่สามารถทำได้ในหอผู้ป่วย (point of care testing)
 11. ความสุภาพของเจ้าหน้าที่เจาะเลือดต่อพยาบาล
 12. ความสุภาพของเจ้าหน้าที่เจาะเลือดต่อผู้ป่วย
 13. การตอบสนองของเจ้าหน้าที่เจาะเลือดต่อใบสั่งเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- สรุปได้ว่าการประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการห้องเจาะเลือดและ

ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ จำเป็นที่ผู้ทำวิจัยจะต้องทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษา
แนวคิดทฤษฎีของการให้บริการ คุณภาพบริการและความพึงพอใจ เพื่อสร้างเครื่องมือแบบ
สอบถามที่ได้มาตรฐานขึ้นมาใช้วัด นอกจากนี้ยังต้องกำหนดตัวเลือกของมาตรวัดคะแนนความพึง
พอใจให้เหมาะสมและควรมีข้อคำถามปลายเปิดไว้เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีอิสระในการแสดง
ความคิดเห็นส่วนตัว ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับการพัฒนาการให้บริการต่อไป

4. ข้อมูลเบื้องต้นโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

4.1 ประวัติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

พระราชวังพญาไทในอดีตเคยเป็นที่ประทับของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว และพระราชวงศ์ชั้นสูงสร้างขึ้นด้วยสถาปัตยกรรมในยุคนีโอคลาสสิกหรือภาพเขียนบนผนังปูนเปียก และเคยเป็นสวนผัก เป็นโรงนา เป็นโฮเต็ลพญาไทและเป็นสถานีวิทยุกระจายเสียงพญาไท ต่อมาพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯพระราชทานวังพญาไทให้เป็นสถานพยาบาลของทหาร ในครั้งนั้นการรักษาพยาบาลทหารเจ็บป่วย จะรักษากันเองในกรมกองทหาร หากมีอาการหนักจึงจะส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาราชมนตรีและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2475 พ.ต.หลวงธีรไวทวิเศษ นายทหารประจำกองทหาร วังปารุสกวัน ได้พิจารณาเห็นว่ากองทัพบกควรจะมีสถานพยาบาลเป็นของตนเอง เพื่อให้การรักษาทหาร ข้าราชการกลาโหมและครอบครัว จึงได้ปรึกษารื้อกับ พ.อ.พระยาทรงสุรเดช และพิจารณาสถานที่โฮเต็ลพญาไทจัดตั้งเป็นกองเสนารักษ์ทหาร มณฑลทหารบกที่ 1

กองทัพบกได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการรักษาพยาบาลทหาร ครอบครัวและประชาชนทั่วไป รวมทั้งการศึกษาแพทย์ที่เข้ามามีบทบาทในการรักษาพยาบาลและการส่งกลับ จึงซื้อวังอัศวิน เนื้อที่ 17 ไร่ 1 งาน 90 ตารางวา ซึ่งอยู่ติดกับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทางทิศตะวันตก หลังจากสงครามยุติลง กองทัพบกจึงได้แปรสภาพกองเสนารักษ์ทหาร มณฑลทหารบกที่ 1 เป็นโรงพยาบาลทหารบก เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2489 ขึ้นตรงต่อกรมแพทย์ทหารบก เปิดดำเนินการรักษาพยาบาล โดยมีขีดความสามารถรับผู้ป่วยได้ 200 เตียง เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ.2479 ได้มีการกระทำพิธีเปิดป้ายชื่อ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยจอมพลผิน ชุณหะวัณ ผู้บังคับบัญชาการทหารบก เป็นประธานในพิธี ซึ่ง พล.ต.ถนอม อุปถัมภ์านนท์ นายแพทย์ใหญ่ทหารบก ได้ดำริเห็นสมควรอัญเชิญพระนามาภิไธยของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเป็นนามของโรงพยาบาล ในปัจจุบันโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกองทัพบก ขึ้นตรงต่อศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก

4.2 โครงสร้างการบริหารงาน

การบริหารงานของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประกอบด้วย

4.2.1. ผู้บังคับบัญชาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (1)
- รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2)

4.2.2. หน่วยขึ้นตรงต่อโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่

หน่วยขึ้นตรงต่อกองอำนวยการ	กองต่างๆของโรงพยาบาล
-แผนกงบประมาณ	-กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู
-แผนกธุรการและกำลังพล	-กองเภสัชกรรม
-แผนกการเงิน	-กองจักษุกรรม
-แผนกพลาธิการ	-กองโสต ศอ นาสิก
-แผนกขนส่ง	-กองอายุรกรรม
-แผนกยุทธโยธา	-กองศัลยกรรม
-แผนกเวชระเบียนและสถิติ	-กองรังสีกรรม
-แผนกสังคมสงเคราะห์	-กองสูตินรีเวชกรรม
-สำนักงานผู้บังคับบัญชา	-กองทันตกรรม
-สำนักงานวิชาการ	-กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก
-ศูนย์คอมพิวเตอร์	-กองออร์โธปิดิกส์
-แผนกสวัสดิการ	-กองจิตเวชและประสาทวิทยา
-นายทหารพระธรรมนูญ	-กองกุมารเวชกรรม
-ศูนย์บริหารงานประชาสัมพันธ์	-กองวิสัญญีและห้องผ่าตัด
-หน่วยระบาดวิทยา	-กองพยาธิวิทยา
-แผนกเวชบริภัณฑ์กลาง	-กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน
-กองรื้อยพลเสนารักษ์	-กองการพยาบาล
-ส่วนเงินรายรับสถานพยาบาล	
-สำนักงาน 30 บาท, ประกันสังคม	

4.3 จำนวนบุคลากร

เจ้าหน้าที่หรือกำลังพลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สํารวจเมื่อเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.

2550 ประกอบด้วย

-แพทย์	169	คน
-ทันตแพทย์	32	คน
-เภสัชกร	21	คน
-พยาบาล	605	คน
-นายทหารพยาบาล	56	คน
-นายทหารเทคนิคการแพทย์	16	คน
-นายทหารสังคมสงเคราะห์	5	คน
-นายทหารวิทยาศาสตร์รังสี	6	คน
-นายทหารปฏิบัติการรังสี	11	คน
-นายทหารเวชกรรมป้องกัน	2	คน
-นายทหารจิตวิทยา	3	คน
-นายทหารพลศึกษา	1	คน
-นายทหารงบประมาณ	2	คน
-นายทหารอื่นๆ	59	คน
-นายทหารเหล่าอื่นๆ	23	คน
-นายทหารประทวน	590	คน
-ผู้ช่วยพยาบาล (นายสิบ)	231	คน
-ผู้ช่วยพยาบาล (ลูกจ้างประจำ)	24	คน
-พลทหาร	383	คน
-ลูกจ้างประจำ	683	คน
-ลูกจ้างชั่วคราว	633	คน
-อาสาสมัคร	780	คน
-พนักงานราชการ	12	คน
รวม	4,347	คน

4.4 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าประสงค์ (2550)

วิสัยทัศน์

เป็นศูนย์การแพทย์ทหารที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการและงานบริการเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและระดับภูมิภาค

พันธกิจ

-ให้บริการสุขภาพที่ประทับใจและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพแก่ทหาร ครอบครัว ข้าราชการและประชาชน

-จัดฝึกศึกษาให้นักเรียนแพทย์ทหาร นักเรียนพยาบาล แพทย์ประจำบ้านตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับให้เพียบพร้อมด้วยคุณธรรม จริยธรรมและความรู้ความสามารถในทางการแพทย์

-ผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับสากลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบริการสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้ป่วย

-ปฏิบัติการกิจตามที่ได้รับมอบหมายจากกองทัพกองอย่างมีประสิทธิภาพ

-ส่งเสริมธำรงรักษานับธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมไทย

สมรรถนะหลักที่พึงประสงค์

ภาวะผู้นำ หมายถึง ความตั้งใจหรือความสามารถในการเป็นผู้นำของกลุ่มคนในปกครอง รวมถึงการกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์ เป้าหมาย วิธีการทำงาน ให้ผู้ใต้บังคับบัญชาหรือทีมงาน ปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่น เต็มประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

การบริการที่ดี หมายถึง ความตั้งใจและความพยายามของข้าราชการในการให้บริการ เพื่อสนองความต้องการของประชาชนตลอดจนหน่วยงานภาครัฐอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

การมุ่งผลสัมฤทธิ์ หมายถึง ความมุ่งมั่นจะปฏิบัติราชการให้ดีขึ้นหรือให้เกินมาตรฐานที่มีอยู่ โดยมาตรฐานนี้อาจเป็นผลการปฏิบัติที่ผ่านมาของตนเองหรือเกณฑ์วัดผลสัมฤทธิ์ที่ส่วนราชการ กำหนดขึ้น อีกทั้งยังหมายรวมถึงการสร้างสรรค์พัฒนาผลงานหรือกระบวนการปฏิบัติงานตาม เป้าหมายที่ยากและท้าทายชนิดที่อาจไม่เคยมีผู้ใดสามารถกระทำได้มาก่อน

การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ หมายถึง ความขวนขวาย สนใจใฝ่รู้ เพื่อส่งเสริม พัฒนาศักยภาพ ความรู้ ความสามารถของตนในการปฏิบัติราชการ ด้วยการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งรู้จักพัฒนา ปรับปรุง ประยุกต์ใช้ความรู้เชิงวิชาการและเทคโนโลยี ต่างๆเข้ากับการปฏิบัติงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์

การเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง หมายถึง ความตั้งใจหรือความสามารถในการนำความต้องการและความคาดหวังของผู้รับผลงานมาตอบสนอง โดยการใช้ข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์ มีการประเมินและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ความร่วมมือร่วมใจ หมายถึง ความตั้งใจที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งในทีมงาน หน่วยงานหรือองค์กร โดยผู้ปฏิบัติมีฐานะเป็นสมาชิกในทีม มีใช้ในฐานะหัวหน้าทีมและความสามารถในการสร้างและดำรงรักษาสัมพันธภาพกับสมาชิกในทีม

วัฒนธรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง หมายถึง ความขวนขวาย สนใจใฝ่รู้ พัฒนาศักยภาพความรู้ ความสามารถของตนในการปฏิบัติราชการ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งรู้จักพัฒนา ปรับปรุง ประยุกต์ใช้ความรู้เชิงวิชาการและเทคโนโลยีต่างๆเข้ากับการปฏิบัติงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์

วัฒนธรรมคุณภาพ ประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ความเข้าใจในแนวคิดคุณภาพ สามารถวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับผลงานทั้งภายในและภายนอก และตอบสนองความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รับฟังเสียงสะท้อนเพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่องให้บรรลุเป้าหมายทั้งในระดับหน่วยงานและองค์กร

จริยธรรม หมายถึง การครองตนและประพฤติปฏิบัติถูกต้องเหมาะสมทั้งตามหลักกฎหมายและคุณธรรมจริยธรรม ตลอดจนหลักแนวทางในวิชาชีพของตนโดยมุ่งประโยชน์ของประเทศชาติมากกว่าประโยชน์ส่วนตน ทั้งนี้เพื่อธำรงรักษาศักดิ์ศรีแห่งอาชีพราชการ อีกทั้งเป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนผลักดันให้ภารกิจหลักภาครัฐบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ความท้าทายขององค์กร

สภาพการแข่งขันของโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในระดับใกล้เคียงและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในปัจจุบันโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิที่มีขีดความสามารถในการดูแลรักษาโรคและความผิดปกติที่ซับซ้อนในระดับที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ทั้ง 6 แห่ง (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลวชิรพยาบาล) โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ (โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สถาบันประสาทวิทยา สถาบันมะเร็ง สถาบันโรคผิวหนัง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี) โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต (สถาบันจิตเวชเด็กฯ สถาบันจิตเวชสมเด็จพระยา) โรงพยาบาลในสังกัดกรมควบคุมโรค (สถาบันบำราศนราดูร) โรงพยาบาลในสังกัด

กรุงเทพมหานคร (โรงพยาบาลกลาง) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม (โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช) โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (โรงพยาบาลตำรวจ) เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่ เครือข่ายโรงพยาบาลกองทัพบก และหน่วยสายแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับกรมแพทย์ทหารบก ซึ่งส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับการรักษาในระดับตติยภูมิเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เครือข่ายสถานพยาบาลตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วยหน่วยตรวจโรคของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขของกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ประชาชื่น เครือข่ายโรงพยาบาลของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับการรักษาในระดับตติยภูมิเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เครือข่ายโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในหัวข้อเกี่ยวกับการบริหารจัดการและการจัดบริการสุขภาพ เครือข่ายที่เป็นพันธมิตร ได้แก่ โรงพยาบาลทหารผ่านศึก

ปัจจัยหลักที่ช่วยให้โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าประสบความสำเร็จเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่นๆ คือ การนำอย่างมีวิสัยทัศน์ของผู้นำทุกระดับโดยการชี้นำ ผลักดันและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมพัฒนา เรียนรู้ สร้างนวัตกรรมและใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน การเป็นองค์กรที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมบรรยากาศของความร่วมมือร่วมใจในการสร้างสรรค์บริการที่เน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง การสร้างนวัตกรรมและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ซึ่งใช้ Balanced Scorecard เป็นเครื่องมือในการกำหนดเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ ที่ครอบคลุมทั้งมุมมองของผู้รับบริการ การเงิน การจัดการภายในและการเรียนรู้และเติบโต นอกจากนี้ยังใช้ในการสื่อสารเป้าหมายร่วมของทีมต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยมีเจ้าภาพที่รับผิดชอบทำแผนปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะศูนย์บริหารงานระดับโรงพยาบาล คณะกรรมการที่นำเฉพาะด้านและทีมงานทางคลินิก ความมุ่งมั่นของบุคลากรทุกคนในการผลักดันให้เกิดกิจกรรมต่างๆตามจุดเน้นในการพัฒนาของโรงพยาบาล โดยเฉพาะจุดเน้นในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร การลดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ และการจัดการความรู้ภายในองค์กร ความสามัคคี การร่วมกันทำงานเป็นทีม การบริหารต้นทุนที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะโรคและหัตถการที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแนวทางการดูแลรักษาที่จัดทำขึ้น

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ด้านการแข่งขัน ได้แก่ การผลักดันให้ Center of Excellence ทั้ง 5 ศูนย์ (Cardiac center, Cancer center, Trauma center, Transplant center และ Military medicine center)

มีผลงานวิจัยและผลลัพธ์การรักษาที่ดีและเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและภูมิภาค เพื่อช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลที่ต้องการเป็นศูนย์การแพทย์ทหารที่มีความเป็นเลิศด้านวิชาการและงานบริการ เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและภูมิภาค การพัฒนาศักยภาพของบริการสุขภาพที่เปิดบริการให้มีความทันสมัย ครบวงจรและตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ด้านการปฏิบัติการ ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความปลอดภัยและคุณภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความประทับใจให้แก่ผู้มารับบริการ การพัฒนาระบบการส่งกำลังบำรุงให้มีความทันสมัย มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และการมุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์เชิงรุก เพื่อให้สังคมรับรู้ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล โดยเฉพาะผลการวิจัยทางการแพทย์ กิจกรรมที่ช่วยสร้างสรรค์สังคมที่ดีและกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ต่างๆ ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ด้านทรัพยากรบุคคล ได้แก่ การสรรหาและบรรจุบุคลากรให้สอดคล้องกับภาระงาน เพื่อธำรงรักษาผลิตภาพให้อยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาสมรรถนะทางเทคนิคของบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลให้สอดคล้องกับทิศทางของการพัฒนาโรงพยาบาล ซึ่งเน้นการเป็นศูนย์การแพทย์ระดับตติยภูมิและ Center of Excellence และการสรรหาและบรรจุบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีความรู้ความสามารถ เพื่อดำรงความมุ่งหมายในการเป็นเลิศด้านการจัดองค์กร

ข้อจำกัด

โครงสร้างทางกายภาพมีข้อจำกัดเนื่องจากการทำลายตึกตรวจโรคเดิม เพื่อเปิดพื้นที่สำหรับการก่อสร้างอาคารตรวจรักษาโรคเอนกประสงค์ (ตึกเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา) ทำให้หน่วยงานและหอผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องย้ายไปยังสถานที่ชั่วคราวในระหว่างการก่อสร้าง ซึ่งเมื่ออาคารใหม่ก่อสร้างแล้วเสร็จจะทำให้โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีโครงสร้างทางกายภาพที่ดีขึ้น ข้อจำกัดเรื่องอัตราค่าสิ่งปลูกสร้างที่ไม่สอดคล้องกับภาระงาน โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ระดับวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นอกจากนี้แผนการลดกำลังพลของกองทัพบกและการเปลี่ยนแนวทางการรับราชการจากทหารที่มีชั้นยศไปเป็นข้าราชการประเภทใหม่ในลักษณะเดียวกับพนักงานของรัฐ เพื่อแก้ไขปัญหาอัตราค่าจ้างพลกำลังในแต่ละชั้นยศ บันทอนขวัญและกำลังใจของกำลังพล ข้อจำกัดเรื่องเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูง มีอายุการใช้งานมานาน บางส่วนจำเป็นต้องมีการจัดหาทดแทน แต่เนื่องจากงบประมาณที่ต้องใช้สูงมากและมีความล่าช้าในกระบวนการพิจารณาสนับสนุนจากหน่วยเหนือ ทำให้ศักยภาพ

ในการดูแลรักษาในบางสาขาประสบความสำเร็จอย่างมาก และแนวคิดของกองทัพบกที่จะให้โรงพยาบาลพึ่งพาตนเองโดยอาศัยเงินนอกงบประมาณจากรายรับสถานพยาบาล ส่งผลกระทบต่อการวางแผนระยะยาวของโรงพยาบาล

4.5 เป้าหมายทางกลยุทธ์ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ การบริการตรวจรักษาที่มีประสิทธิภาพการรักษายอดเยี่ยม บริการสุขภาพที่ทันสมัย ครบวงจรแบบองค์รวม ให้บริการที่มีคุณภาพแบบมืออาชีพ การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรอบรู้ คุณธรรมและจริยธรรม การให้บริการทางวิชาการและผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ได้แก่ การพัฒนากระบวนการดูแลรักษาให้ได้มาตรฐานและสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการ การพัฒนา Center of Excellence ให้ทันสมัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ผลักดันให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก การพัฒนาระบบประกันคุณภาพการศึกษาหลังปริญญาให้ตอบสนองต่อผู้เรียนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การพัฒนางานบริการทางวิชาการให้มีความหลากหลายและตอบสนองต่อกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาระบบงานสนับสนุนการวิจัยให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การพัฒนาระบบงานสนับสนุนการจัดการภายในให้ทันสมัยและมีประสิทธิภาพสูง ดำรงความมุ่งมั่นในการเป็นองค์กรที่มีคุณภาพที่ดี การพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มช่องทางการสร้างรายได้และการจัดเก็บรายได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการลงทุนอย่างชาญฉลาด บริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ การเป็นองค์กรที่ดีของสังคม ได้แก่ การเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย การพัฒนางานสื่อสารองค์กรให้เกิดผลสัมฤทธิ์ การผลักดันองค์กรให้เข้มแข็ง ได้แก่ การพัฒนาบัณฑิตยสถานบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย สร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการศึกษาวิจัย ส่งเสริมการมีส่วนร่วม การใช้ความคิดอย่างสร้างสรรค์ของบุคลากร การพัฒนาองค์กรโดยการปลูกฝังค่านิยมหลักขององค์กรที่มุ่งเน้นสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ ดำรงความมุ่งมั่นในการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างยั่งยืน และการพัฒนาระบบสารสนเทศให้ตอบสนองต่อการปฏิบัติการและการเรียนรู้

จุดเน้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประจำปีงบประมาณ 2550 ประกอบด้วย

1. การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ได้แก่ ความปลอดภัยของระบบยาและความปลอดภัยของการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
2. การพัฒนาระบบผู้ป่วยสัมพันธ์ (Customer Relation management) ได้แก่ การพัฒนาระบบการรับข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการและการพัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศของบุคลากร

3. การบริหารทรัพยากรบุคคล ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการทรัพยากรบุคคล การเพิ่มพูนความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพของบุคลากรและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากร
4. การจัดการความรู้ภายในองค์กร (Knowledge Management) ได้แก่ การส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อการเรียนรู้ การใช้ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม
5. การลดขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ (Cycle Reduction)
6. การประกันคุณภาพการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (Postgraduate Medical Education)

4.6 สถิติการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 2.1 สถิติการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างปีงบประมาณ 2546-2549

สถิติการรักษาพยาบาล	ปีงบประมาณ			
	2546	2547	2548	2549
ผู้ป่วยนอก (คน)	893,804	942,808	929,843	963,534
ผู้ป่วยใน (คน)	26,379	27,335	25,861	24,007
อัตราครองเตียง (ร้อยละ)	81.00	85.29	86.08	82.90
จำนวนเตียง	961	973	930	911
จำนวนวันเฉลี่ยในการรักษา (วัน)	11.63	11.46	11.24	11-12
ทารกแรกเกิดมีชีวิต (คน)	3,069	2,935	2,719	2,087
จำนวนผู้ป่วยถึงแก่กรรม (คน)	1,089	1,060	1,041	881
อัตราการตาย (ร้อยละ)	4.2	4.0	4.0	3.7
ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพ 30 บาท				
-ผู้ป่วยนอก (คน)	39,610	40,566	52,477	19,426
-ผู้ป่วยใน (คน)	2,240	5,591	5,318	1,787
ผู้ป่วยบัตรประกันสังคม				
-ผู้ป่วยนอก (คน)	15,461	16,664	30,164	14,966
-ผู้ป่วยใน (คน)	616	1,517	1,144	482

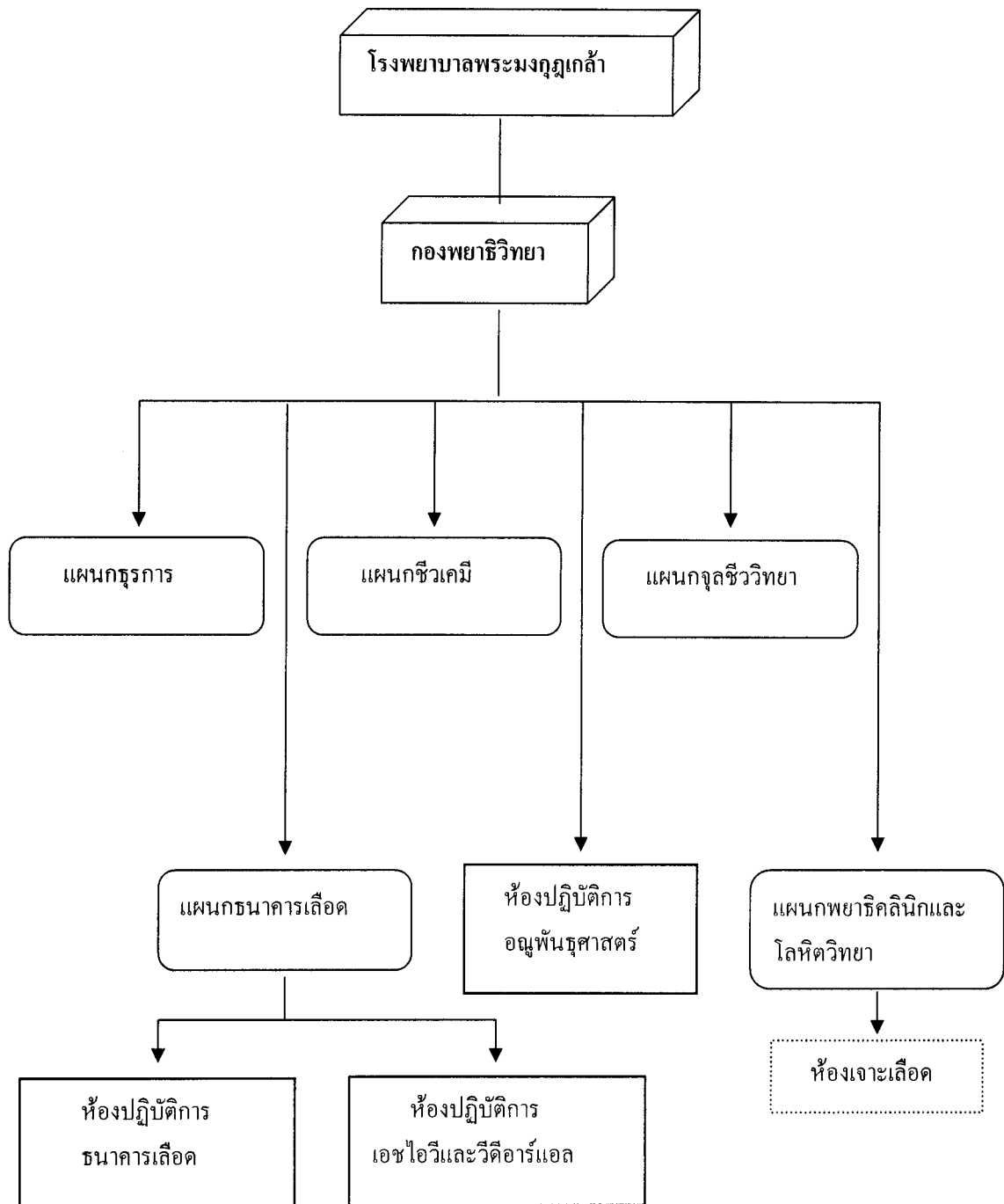
จากสถิติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าแสดงในตารางที่ 2.1 พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2549 มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2546-2548 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะทางโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเริ่มเปิดให้บริการคลินิกนอกเวลาราชการ ส่วนจำนวนผู้ป่วยในในปีงบประมาณ 2549 มีจำนวนลดลงจากปีงบประมาณ 2546-2548 อาจเป็นเพราะจำนวนเตียงผู้ป่วยในลดจำนวนลง จำนวนวันเฉลี่ยในการรักษาผู้ป่วยในอยู่ระหว่าง 11-12 วัน จำนวนทารกที่เกิดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในปีงบประมาณ 2549 มีจำนวนลดลงจากปีงบประมาณ 2546-2548 และจำนวนผู้ป่วยถึงแก่กรรมในปีงบประมาณ 2549 มีจำนวนลดลงจากปีงบประมาณ 2546-2548 โดยมีอัตราการตายอยู่ที่ร้อยละ 3.7 นอกจากนี้พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอก

และผู้ป่วยในที่มีบัตรประกันสุขภาพ 30 บาทและบัตรประกันสังคมในปีงบประมาณ 2549 มีจำนวนลดลงจากปีงบประมาณ 2546-2548

สรุปโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ สังกัดศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก เป็นโรงพยาบาลของกองทัพบกที่มีขนาดใหญ่ที่สุดจากจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 900-1,000 เตียง จำนวนบุคลากรที่มี 4,347 คน การให้บริการผู้ป่วยนอกได้ปีละประมาณ 960,000 คนและผู้ป่วยในปีละประมาณ 24,000 คน มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลด้านสุขภาพของข้าราชการกลาโหมและครอบครัวตลอดจนบุคคลพลเรือนทั่วไป หน้าที่ในราชการสนาม หน้าที่ในด้านการเรียนการสอนนักเรียนแพทย์ทหาร แพทย์ประจำบ้าน นักเรียนพยาบาล กองทัพบกและฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ของสถาบันต่างๆ เป็นโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องและได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลมาตรฐาน HA จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

4.7 กองพยาธิวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เป็นหน่วยงานระดับกองของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประกอบด้วยหน่วยงานย่อยๆ คือ แผนกธุรการ แผนกชีวเคมี แผนกพยาธิคลินิกและโลหิตวิทยา แผนกธนาคารเลือด แผนกจุลชีววิทยาและห้องปฏิบัติการอนุพันธุศาสตร์ ดังแสดงในแผนภาพที่ 4



ภาพที่ 2.3 การจัดองค์กรกองยาชีววิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ภารกิจ วิสัยทัศน์ คำขวัญ ของกองพยาธิวิทยา

ภารกิจ คือ การให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิกและการให้บริการทางธนาคารเลือด แก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพด้วยวิธีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

วิสัยทัศน์ คือ ให้บริการทางพยาธิวิทยาคลินิกและธนาคารเลือดแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ภายใต้ระบบควบคุมและประกันคุณภาพ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ทั้งนี้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

คำขวัญ คือ บริการดี มีมาตรฐาน สมานสามัคคี มีวินัย

หน่วยงานระดับย่อยของกองพยาธิวิทยา

แผนกธุรการ

แผนกธุรการ มีหน้าที่เกี่ยวกับ การให้บริการงานด้านธุรการ กำลังพล ตามมาตรฐาน ถูกต้อง รวดเร็ว ทัวถึงและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตของการให้บริการ คือ การรับ-ส่งเอกสารทางราชการ ดำเนินงานด้านธุรการและกำลังพล งานด้านการส่งกำลังบำรุง สวัสดิการ การฝึกศึกษาของบุคลากรในกองพยาธิวิทยา

แผนกชีวเคมี

แผนกชีวเคมี มีหน้าที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านชีวเคมี ด้วยวิธีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและวิทยาการที่ทันสมัย ถูกต้อง รวดเร็ว เชื่อถือได้ สร้างความประทับใจ

ขอบเขตการให้บริการ คือ การให้บริการตรวจทางด้านชีวเคมีแก่ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตลอดจนหน่วยงานอื่นๆที่ร้องขอ สนับสนุนการฝึกศึกษาแก่นักเรียนแพทย์ทหารของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าและแพทย์ประจำบ้าน นิสิตและนักศึกษาเทคนิคการแพทย์ของสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และสนับสนุนการทำวิจัยทางคลินิก

แผนกพยาธิคลินิกและโลหิตวิทยา

แผนกพยาธิคลินิกและโลหิตวิทยามีหน้าที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านโลหิตวิทยา ด้านจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก และการตรวจปัสสาวะ ด้วยวิธีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและวิทยาการที่ทันสมัย ตลอดจนดำเนินการส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการภายนอกด้วย

ขอบเขตการให้บริการคือ ให้บริการตรวจด้านโลหิตวิทยา จุลทรรศณศาสตร์คลินิก และ ปัสสาวะ แก่ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตลอดจนหน่วยงานอื่นๆที่ร้องขอ สนับสนุนการฝึกศึกษาแก่นักเรียนแพทย์ทหารของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าและ แพทย์ประจำบ้าน นิสิตและนักศึกษาเทคนิคการแพทย์ของสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และสนับสนุนการทำวิจัยทางคลินิก

นอกจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว แผนกโลหิตวิทยายังมีหน้าที่รับผิดชอบบริการ ห้องเจาะเลือดด้วย

ห้องเจาะเลือด

เป็นส่วนบริการผู้ป่วยนอกทางห้องปฏิบัติการ มีหน้าที่ให้บริการเจาะเลือดและเก็บส่งส่งตรวจอื่นๆ เพื่อให้ได้ส่งตรวจที่เหมาะสม ถูกต้องสำหรับการตรวจวิเคราะห์

ขอบเขตการให้บริการคือ ให้บริการเก็บส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่ผู้ป่วยนอก ได้แก่ การเจาะเก็บเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ และเสมหะ เป็นต้น คิคราค่าบริการ ลงทะเบียนการ ตรวจ ออกใบนัดรับผลการตรวจและจ่ายผลการตรวจให้กับผู้ป่วยนอก

แผนกจุลชีววิทยาคลินิก

แผนกจุลชีววิทยาคลินิก มีหน้าที่ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางด้านจุลชีววิทยาคลินิก ด้วย วิธีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและวิทยาการที่ทันสมัย

ขอบเขตการให้บริการคือ ให้บริการตรวจด้านจุลชีววิทยาคลินิกแก่ผู้ป่วยในและผู้ป่วย นอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตลอดจนหน่วยงานอื่นๆที่ร้องขอ สนับสนุนการฝึกศึกษาแก่นักเรียนแพทย์ทหารของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าและแพทย์ประจำบ้าน นิสิตและ นักศึกษาเทคนิคการแพทย์ของสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และสนับสนุนการทำวิจัยทางคลินิก

แผนกธนาคารเลือด

แผนกธนาคารเลือด ประกอบด้วย ห้องปฏิบัติการธนาคารเลือดและห้องปฏิบัติการเอชไอวีและวีดีอาร์แอล

ห้องปฏิบัติการธนาคารเลือด มีหน้าที่ให้บริการโลหิตและส่วนประกอบโลหิต ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการธนาคารเลือด โดยคำนึงถึงมาตรฐานให้ได้ระดับสากล มีความปลอดภัย ทันสมัย ยึดถือประโยชน์และความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ห้องปฏิบัติการเอชไอวีและวีดีอาร์แอล มีหน้าที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสเอดส์และซิฟิลิส

ขอบเขตการให้บริการคือ การตรวจทางธนาคารเลือดเพื่อการให้โลหิตและส่วนประกอบโลหิต ตลอดจนการบริหารปริมาณโลหิตสำรองให้เพียงพอในทุกสถานการณ์ การตรวจการติดเชื้อไวรัสเอดส์และซิฟิลิส แก่ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตลอดจนหน่วยงานอื่นๆที่ร้องขอ สนับสนุนการฝึกศึกษาของนักเรียนแพทย์ทหารของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าและแพทย์ประจำบ้าน นิสิตและนักศึกษาเทคนิคการแพทย์ของสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และสนับสนุนการทำวิจัยทางคลินิก

ห้องปฏิบัติการอนุพันธุศาสตร์

ห้องปฏิบัติการอนุพันธุศาสตร์ มีหน้าที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยถึงระดับพันธุกรรมของโรคธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ

การให้บริการห้องเจาะเลือด

ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยนอก

ระยะเวลาการให้บริการ เริ่มตั้งแต่ 06.30-15.00 น. ในเวลาราชการ

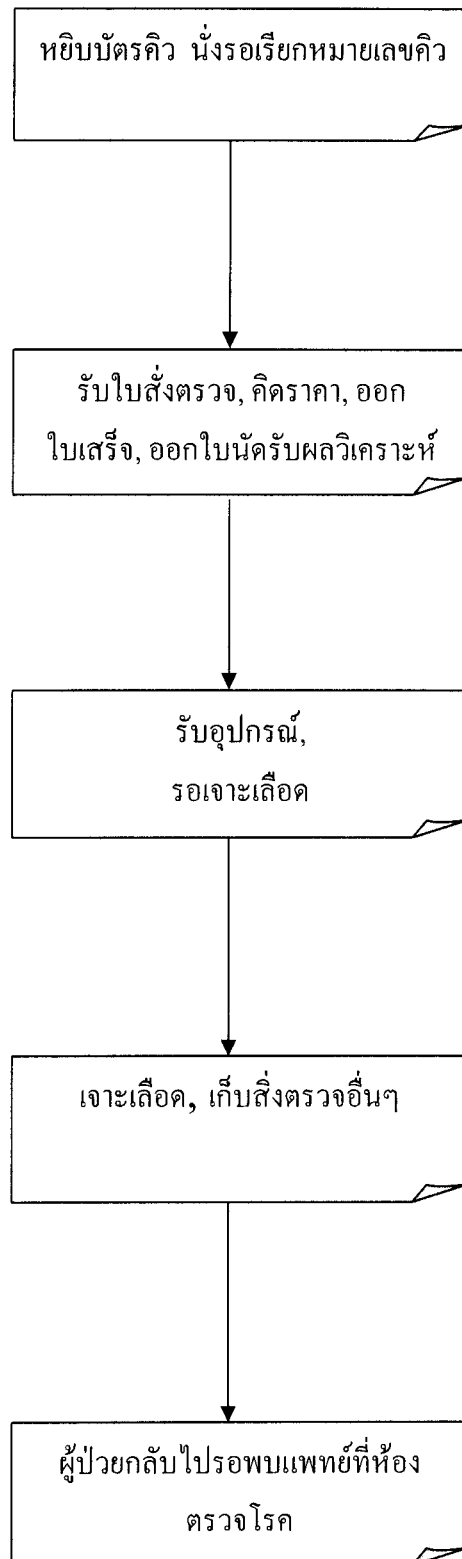
ขั้นตอนการให้บริการห้องเจาะเลือด ประกอบด้วย การรับบัตรคิว การคิดเงินค่าตรวจ การเก็บเงินค่าตรวจ การรับอุปกรณ์เก็บเลือดและใบนัดรับผลการตรวจ การเจาะเลือด ดังแสดงในแผนภาพที่ 5

การให้บริการทางห้องปฏิบัติการ

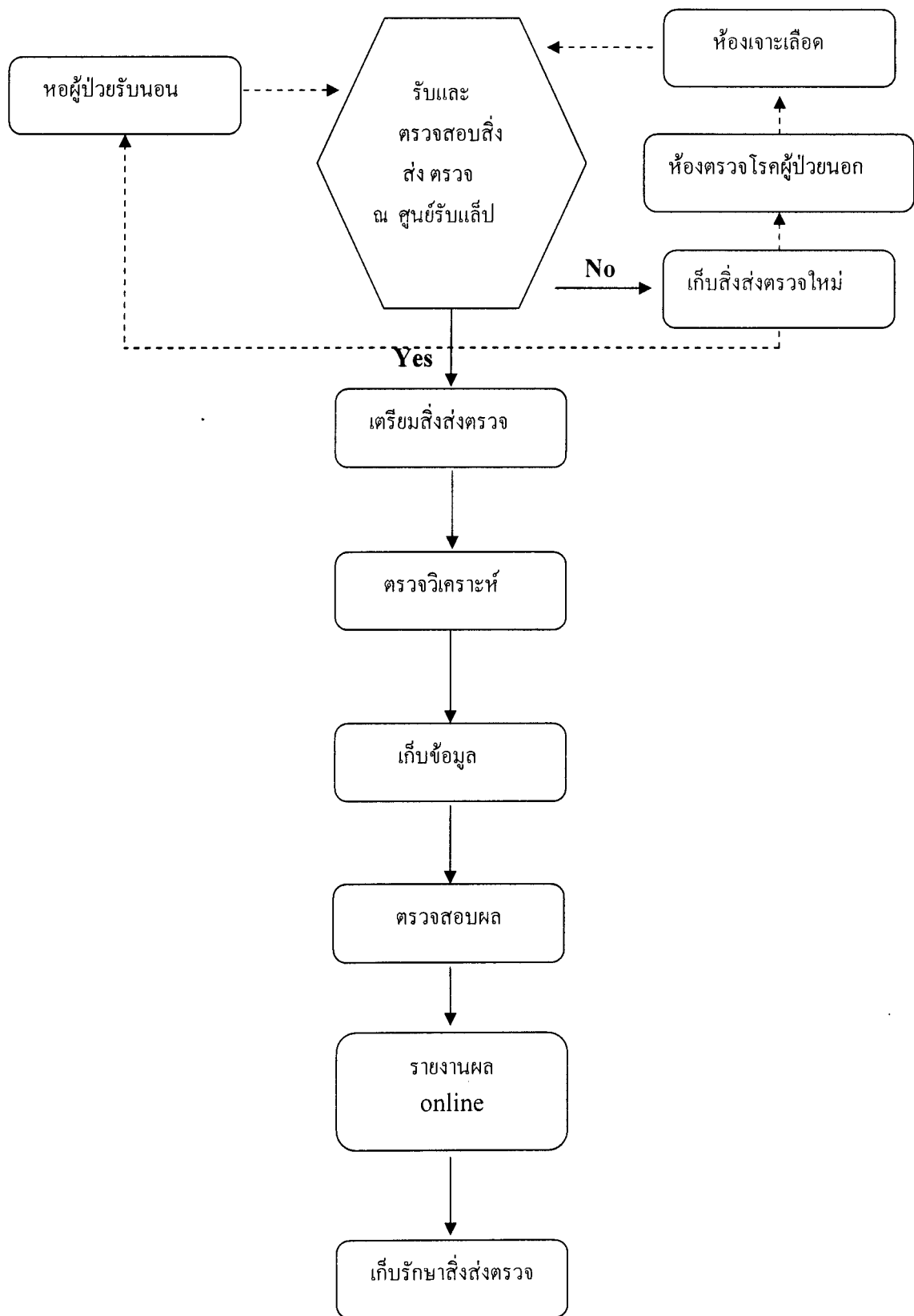
ผู้รับบริการ คือ แพทย์ พยาบาลและผู้ป่วย

ระยะเวลาการให้บริการ 24 ชั่วโมงของทุกวัน

ขั้นตอนการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย การรับส่งส่งตรวจจากหอผู้ป่วยและห้องเจาะเลือด การตรวจสอบส่งตรวจและใบส่งตรวจ การลงทะเบียนรับส่งตรวจในคอมพิวเตอร์ การพิมพ์ barcode ติดที่หลอดเลือด การปั่นแยกเลือด การนำเข้าเครื่องวิเคราะห์ การตรวจสอบผล การส่งผลการวิเคราะห์รายงานผ่านระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ดังแสดงในแผนภาพที่ 6



ภาพที่ 2.4 ขั้นตอนการให้บริการห้องเจาะเลือด



ภาพที่ 2.5 ขั้นตอนการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ

สถิติการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 2.2 สถิติการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ กองพยาธิวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ระหว่างปีงบประมาณ 2546-2549

ห้องปฏิบัติการ	ปีงบประมาณ			
	2546	2547	2548	2549
แผนกชีวเคมี				
จำนวนสิ่งส่งตรวจ (ราย)	169,404	192,124	224,822	228,321
จำนวนรายการส่งตรวจ (การทดสอบ)	881,703	979,073	1,193,121	1,261,980
แผนกพยาธิคลินิกและโลหิตวิทยา				
จำนวนสิ่งส่งตรวจที่เป็นเลือด (ราย)	132,760	118,737	135,151	136,926
จำนวนสิ่งส่งตรวจที่เป็นปัสสาวะ (ราย)	49,853	182,358	61,970	193,948
จำนวนรายการส่งตรวจ (การทดสอบ)	294,117	333,728	385,224	387,637
แผนกธนาคารเลือด				
จำนวนสิ่งส่งตรวจ (ราย)	26,192	25,456	25,187	22,349
จำนวนรายการส่งตรวจ (การทดสอบ)	32,648	29,918	31,014	27,713
แผนกจุลชีววิทยา				
จำนวนสิ่งส่งตรวจ (ราย)	24,395	10,803	26,963	22,028
จำนวนรายการส่งตรวจ (การทดสอบ)	39,937	43,421		

การให้บริการทางห้องปฏิบัติการแผนกต่างๆของกองพยาธิวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2.2 จะพบว่าห้องปฏิบัติการแผนกชีวเคมีจะมีจำนวนสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและรายการที่แพทย์ส่งตรวจมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี รองลงมาเป็นห้องปฏิบัติการแผนกพยาธิคลินิกและโลหิตวิทยา เนื่องจากบริการทางห้องปฏิบัติการของสองแผนกนี้รายการทดสอบส่วนใหญ่แพทย์มักจะใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยและติดตามการรักษาผู้ป่วย ส่วนการให้บริการทางห้องปฏิบัติการแผนกธนาคารเลือดจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเลือด ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดซึ่งใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือดในการรักษาและแผนกจุลชีววิทยาจะให้บริการเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียและจุลชีพอื่นๆ จึงมีจำนวนสิ่งส่งตรวจและรายการส่งตรวจน้อยกว่า

สรุปกองพยาธิวิทยาเป็นหน่วยงานระดับกองของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่มีบทบาทต่อการดูแลผู้ป่วยในด้านการให้บริการเจาะเลือดแก่ผู้ป่วยนอกเพื่อเก็บส่งตรวจที่เป็นเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการสาขาต่างๆเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรค การติดตามผลการรักษา การพยากรณ์โรคของแพทย์และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นอกจากนี้งานตรวจทางห้องปฏิบัติการสาขาต่างๆของกองพยาธิวิทยายังสนับสนุนด้านการเรียน การสอนและการวิจัยของแพทย์ ตลอดจนการฝึกปฏิบัติงานด้านห้องปฏิบัติการของนิสิตและนักศึกษาเทคนิคการแพทย์ การให้บริการห้องเจาะเลือดและห้องปฏิบัติการของกองพยาธิวิทยามีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและได้รับการรับรองคุณภาพด้านวิชาการจากราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

สรุปรวมข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก กระทรวงกลาโหม ให้การรักษาผู้ป่วยทหารและครอบครัว ตลอดทั้งผู้ป่วยพลเรือน มีขนาด 900-1,200 เตียง นอกจากนี้หน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยในยามปกติและสงครามแล้ว ยังเป็นแหล่งฝึกอบรมนักเรียนแพทย์ทหารและนักศึกษาแพทย์จากวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า แพทย์ประจำบ้าน นักเรียนพยาบาลกองทัพบกและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ กองพยาธิวิทยา เป็นหน่วยงานย่อยของโรงพยาบาลที่มีหน้าที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านพยาธิวิทยาคลินิกและให้บริการโลหิตกับผู้ป่วย การให้บริการห้องเจาะเลือดแก่ผู้ป่วยนอกเป็นการเก็บตัวอย่างเลือดผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแพทย์นำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไปใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค ติดตามผลการรักษาและพยากรณ์การดำเนินของโรค

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษารายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการห้องเจาะเลือดและห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ พบว่ามีผู้ทำการวิจัยและนำเสนอข้อมูลการวิจัยด้านนี้น้อยมาก ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการห้องเจาะเลือด

วิโรจน์ ไวนิชกิจ (2544:22-26) ได้ทำการสำรวจความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบริการหน่วยเจาะเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 200 รายและแพทย์ประจำโรงพยาบาล 30 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 62 มีระดับความพึงพอใจปานกลางต่อการให้บริการ โดยที่พฤติกรรมในการให้บริการของเจ้าหน้าที่เป็นประเด็นสำคัญในการให้ระดับคะแนนความพึงพอใจใน

ขั้นสูงหรือต่ำ สำหรับกลุ่มแพทย์ประจำโรงพยาบาลให้คะแนนระดับความพึงพอใจที่สูงต่อหน่วยงานโดยไม่มีเหตุผลประกอบ

Howanitz, Cembrowski และ Bachner (1991 : 867-872) ได้ศึกษาความพึงพอใจ อาการข้างเคียงและความไม่สบายจากการเจาะเลือด โดยส่งไปรษณียบัตรสอบถามผู้ป่วยที่เคยมารับบริการห้องเจาะเลือด 630 แห่งจำนวน 29,700 คนมีผู้ส่งไปรษณียบัตรกลับมา 23,783 คน (ร้อยละ 80.1) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 98.6 มีความพึงพอใจต่อการให้บริการของห้องเจาะเลือด เวลาที่ใช้ในการให้บริการเจาะเลือดเริ่มตั้งแต่การลงทะเบียนจนกระทั่งเจาะเลือดเสร็จใช้เวลาเฉลี่ย 18.8 นาที ส่วนเวลามัธยฐานเท่ากับ 6 นาทีเนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 25 ใช้เวลาในการเจาะเลือดน้อยกว่า 5 นาที และร้อยละ 10 ใช้เวลาในการเจาะเลือดมากกว่า 21 นาที ผู้ป่วยร้อยละ 97.3 สามารถเจาะเลือดครั้งเดียวสำเร็จ ร้อยละ 2.3 ต้องเจาะ 2 ครั้ง และร้อยละ 0.4 (95 คน) ต้องเจาะ 3-11 ครั้ง จากการเจาะเลือด 24,343 ครั้งพบรอยชำรุด 4,048 ครั้ง (ร้อยละ 16.1) มีขนาดเฉลี่ย 15.1 มิลลิเมตรและขนาดมัธยฐาน 10.0 มิลลิเมตร และผู้ป่วยร้อยละ 35.3 มีความรู้สึกเจ็บจากการเจาะเลือดมากกว่าที่คาดหวังไว้ คณะผู้วิจัยได้สรุปว่า ทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการเจาะเลือดและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการให้บริการห้องเจาะเลือดและควรจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บน้อยลงจากการเจาะเลือด

Cembrowski, et al.(1995 : 198-208) ได้สำรวจความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการห้องเจาะเลือดที่ Nicollet Clinic, Health System Minnesota, Minneapolis, Minnesota สหรัฐอเมริกา จำนวน 196 คนจากห้องเจาะเลือดขนาดใหญ่ (ขนาด 300 ตารางฟุต มีที่เจาะเลือด 7 ที่และให้บริการประมาณ 260 คนต่อวัน) จำนวน 96 คนและห้องเจาะเลือดขนาดเล็ก (ขนาดประมาณ 72 ตารางฟุต มีที่เจาะเลือด 2 ที่และให้บริการ 25 คนต่อวัน) จำนวน 100 คน อายุเฉลี่ย 51.9 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 72 พบว่าคุณภาพบริการห้องเจาะเลือด 9 ใน 18 ข้อที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดที่มีค่าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 4 จากมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ความสะอาดของพื้นที่ห้องเจาะเลือด ความสามารถของเจ้าหน้าที่เจาะเลือดครั้งเดียวสำเร็จ ความสามารถของเจ้าหน้าที่เจาะเลือดในการทำให้ผู้รับบริการคลายความวิตกกังวลจากการเจาะเลือด การให้ข้อมูลผู้รับบริการเกี่ยวกับผลการตรวจวิเคราะห์ ความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่ต้อนรับ การตอบคำถามของเจ้าหน้าที่ต้อนรับ ความเจ็บปวดจากการเจาะเลือดและสายรัดแขน ระยะเวลาการรอคอยและการตอบคำถามของเจ้าหน้าที่เจาะเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าอายุเฉลี่ย 51.9 ปีต้องการใช้เวลารอคอยเจาะเลือดสั้นลงและต้องการความเป็นส่วนตัว ในขณะที่เจาะเลือด เพศหญิงมีความคาดหวังในคุณภาพบริการห้องเจาะเลือด 14 ใน 18 ข้อสูงกว่าเพศชาย และผู้รับบริการห้องเจาะเลือดขนาดเล็กจะมีระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการห้องเจาะเลือด 18 ใน 18 ข้อสูงกว่าผู้รับบริการจากห้องเจาะเลือดขนาดใหญ่

Elaine Moore (2007) เป็นผู้จัดการคุณภาพแผนกพยาธิวิทยา โรงพยาบาลแอชฟอร์ด ในสหรัฐอเมริกา ได้ทำการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มาใช้บริการเจาะเลือดระหว่างวันที่ 22 และ 23 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2007 จำนวน 142 รายพบว่าร้อยละ 82 ใช้เวลารอคอยเจาะเลือดน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 17 ใช้เวลารอคอยนาน 30-60 นาทีและร้อยละ 1 ใช้เวลารอคอยนานมากกว่า 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยร้อยละ 93 แสดงความคิดเห็นว่าสถานที่เจาะเลือดสะอาด เป็นระเบียบและให้ความสะดวกสบาย ผู้ป่วยร้อยละ 97 เคยมีประสบการณ์มาใช้บริการที่ห้องเจาะเลือด ผู้ป่วยร้อยละ 69 มีความคิดเห็นว่าห้องเจาะเลือดให้บริการดีกว่าครั้งที่ผ่านมาร้อยละ 27 มีความคิดเห็นว่าให้บริการเหมือนเดิมและร้อยละ 4 มีความคิดเห็นว่าให้บริการไม่ดีเท่าเดิม ผู้ป่วยร้อยละ 98 มีความเห็นว่าคุณภาพการทำหน้าที่เจาะเลือดเป็นมืออาชีพและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ผู้ป่วยร้อยละ 53 อยากให้มีระบบนัดเวลามาเจาะเลือด ที่เหลืออีกร้อยละ 47 ชอบที่จะมารอคอยรับบริการ

สรุปความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการที่ห้องเจาะเลือด มีการศึกษาพบว่าเกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในขั้นตอนการเจาะเลือดและเก็บส่งตรวจเริ่มตั้งแต่เวลาที่มาติดต่อกับเจ้าหน้าที่ห้องเจาะเลือดจนกระทั่งเจาะเลือดเสร็จเรียบร้อย ขนาดและจำนวนของผู้ป่วยที่เกิดรอยช้ำเขียวหลังเจาะเลือด (ecchymoses หรือ bruises) ซึ่งผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการมักจะแจ้งให้แพทย์ทราบถึงปัญหาการเกิดรอยช้ำเขียวหลังการเจาะเลือด จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยถูกแทงเข็มมากกว่า 1 ครั้งห้องปฏิบัติการใดมีจำนวนครั้งที่สูงก็จะมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย จำนวนของผู้ป่วยที่ต้องมาเจาะเลือดเป็นครั้งที่ 2 เนื่องจากห้องปฏิบัติการเกิดปัญหากับเลือดของผู้ป่วย เช่น หลอดแก้วที่เก็บตัวอย่างเลือดผู้ป่วยแตกหรือมีการสูญหายหรือเจาะเก็บเลือดไม่เพียงพอสำหรับการตรวจวิเคราะห์ คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่เจาะเลือดต้องมีความพึงพอใจ ความรู้และทักษะ เช่น สามารถแยกได้ว่าสิ่งที่สัมผัสเป็นเส้นเลือดหรือเส้นเอ็น สามารถเลือกเส้นเลือดที่จะเจาะได้อย่างเหมาะสม มีความสุภาพและกิริยามารยาทที่ดี มีสุขลักษณะและการแต่งกายที่ดี สามารถชี้บ่งผู้ป่วยได้ถูกต้องก่อนทำการเจาะเลือด ไม่รับประทานอาหารในห้องเจาะเลือด ไม่ใช้มือหยิบสำลีจากกระปุกโดยตรง สามารถให้ข้อมูลหรือตอบคำถามผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้อุปกรณ์การเจาะเลือดต้องสะอาดและได้มาตรฐาน

5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการห้องปฏิบัติการ

กฤษณี โพธิ์ชนะพันธ์ (2542:1-91) ได้ศึกษาระดับความพึงพอใจต่อบริการของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคผิวหนัง จำนวน 302 คน พบว่าความพึงพอใจต่อความสะดวกในการรับบริการห้องชันสูตรโรคของผู้รับบริการอยู่ในระดับมากร้อยละ 14.6 ระดับปานกลางร้อยละ 74.5 และระดับน้อยร้อยละ 10.9 มีความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำขั้นตอนการ

บริการชั้นสูตร โดยเจ้าหน้าที่ระดับมากที่สุดร้อยละ 53.3 และมีความพึงพอใจต่อบริการชั้นสูตร โรคระดับมากที่สุดร้อยละ 54.3

วิโรจน์ ไววนิชกิจ (2545:85-89) ได้ทำการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลพาลงกรณ์ ภายใต้ระบบอนุกรมคุณภาพหมายเลข 9002 ระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2544 จำนวน 96 แบบสอบถาม พบว่าค่าความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ใช้บริการเท่ากับร้อยละ 63.9 โดยแบ่งเป็น ความพึงพอใจโดยทั่วไปร้อยละ 66.5 ความพึงพอใจต่อสถานที่ร้อยละ 64.8 ความพึงพอใจต่อมารยาทผู้ให้บริการร้อยละ 67.9 ความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำร้อยละ 67.9 และความพึงพอใจต่อระยะเวลาการคอยร้อยละ 51.0

กนกวรรณ เทียนมณี (2545:1-79) ได้ศึกษาระดับความพึงพอใจของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเคมีคลินิก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ก่อนและหลังการดำเนินกลยุทธ์รูปแบบการลดต้นทุนที่เกิดจากการสูญเสียโดยการใช้วัสดุและน้ำยาอย่างไม่เหมาะสม พบว่าระดับความพึงพอใจของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการก่อนและหลังดำเนินการไม่แตกต่างกัน แต่ห้องปฏิบัติการสามารถลดต้นทุนค่าน้ำยา ลดระยะเวลาประกัน (Turnaround Time) ในการรายงานผลการตรวจ โดยที่คุณภาพผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดีขึ้น

สุกมล วงศ์คุณและคณะ (2548:41-48) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 225 คน พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมมารยาทของเจ้าหน้าที่ห้องชั้นสูตรระดับดีมากร้อยละ 15.2 และระดับดีร้อยละ 76.4

Howanitz และ Miller (2003 : A17) ได้ศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ต่อคุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร 153 แห่ง โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้กับแพทย์ 25,461 คน แบบสอบถามถูกตอบส่งกลับมา 4,598 ฉบับ พบว่าเมื่อให้แพทย์เลือกคุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการที่ให้ความสำคัญมากที่สุดเพียงข้อเดียว ร้อยละ 76.2 ให้ความสำคัญกับคุณภาพของผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 11.6 ให้ความสำคัญกับระยะเวลาประกันในการรายงานผลด่วนการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยในและร้อยละ 6.8 ให้ความสำคัญกับระยะเวลาประกันในการรายงานผลการวิเคราะห์ในงานประจำวัน คุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการที่แพทย์ให้ความสำคัญน้อยที่สุด ได้แก่ความสุภาพของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ การให้บริการห้องเจาะเลือดและระยะเวลาประกันในการรายงานผลวิเคราะห์ที่ไม่ได้ทำการวิเคราะห์ประจำวัน ระดับความพึงพอใจของแพทย์ต่อคุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการที่ตนเองใช้บริการอยู่ พบว่าคะแนนความพึงพอใจที่มีค่ามัธยฐานในระดับดีมากและดี ได้แก่คุณภาพของผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ความสุภาพของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และความ

เพียงพอของรายการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ คะแนนความพึงพอใจที่มีค่ามัธยฐานในระดับปานกลาง ได้แก่การแจ้งผลการวิเคราะห์ที่ผิดปกติมากหรืออยู่ในค่าวิกฤตให้ทราบ และการให้บริการห้องเจาะเลือด คะแนนความพึงพอใจที่มีค่ามัธยฐานในระดับต่ำ ได้แก่ ระยะเวลาประกันในการรายงานผลด่วนการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยใน การให้บริการส่งเอกสารทางห้องปฏิบัติการ ระยะเวลาประกันในการรายงานผลวิเคราะห์ที่ไม่ได้ทำการวิเคราะห์ประจำวัน ระยะเวลาประกันในการรายงานผลด่วนการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยนอก และ ระยะเวลาประกันในการรายงานผลวิเคราะห์ที่ไม่ได้ทำการวิเคราะห์ประจำวัน ในภาพรวมความพึงพอใจของแพทย์ต่อคุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.0 (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.0-4.6) จากมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

Jones, waish และ Ruby (2006 : 1756-1761) ได้ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาล 162 แห่ง จากการสอบถามพยาบาล 7,033 คนพบว่าภาพรวมความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีค่าคะแนนมัธยฐานอยู่ที่ 3.9 (ช่วงคะแนน 2.5-4.6) คุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการที่พยาบาลให้ระดับความพึงพอใจมากที่สุดได้แก่ ความถูกต้องของผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ความสุภาพของเจ้าหน้าที่ห้องเจาะเลือดต่อพยาบาลและผู้ป่วยที่มาใช้บริการ และการแจ้งผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติมากหรืออยู่ในช่วงวิกฤตให้ทราบ คุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการที่พยาบาลให้ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุดได้แก่ ระยะเวลาประกันในการรายงานผลด่วนการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ การจัดการทางห้องปฏิบัติการที่ตอบสนองต่อผู้รับบริการ และการเข้าถึงบริการ การตอบสนองของเจ้าหน้าที่ห้องเจาะเลือดเมื่อมีการส่งเจาะเลือด และ ระยะเวลาประกันในการรายงานผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในงานประจำวัน สำหรับคุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการที่พยาบาลให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ระยะเวลาประกันในการรายงานผลด่วนการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ถึงแม้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่จะมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับความถูกต้องของผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ แต่ยังมีคุณภาพบริการที่ต้องพัฒนาให้ดีขึ้นได้แก่ ความล่าช้าในการรายงานผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และการจัดการทางห้องปฏิบัติการที่ตอบสนองต่อผู้รับบริการและการเข้าถึงบริการ

สรุปความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการทางห้องปฏิบัติการที่แพทย์ให้ความสำคัญมากที่สุดคือ คุณภาพของผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการซึ่งหมายถึงความถูกต้องแม่นยำและเชื่อถือได้ของผลการวิเคราะห์และความรวดเร็วในการรายงานผลการวิเคราะห์ให้อยู่ในระยะเวลาประกัน ส่วนพยาบาลจะให้ความสำคัญมากที่สุดเกี่ยวกับความเร็วในการรายงานผลการวิเคราะห์ให้อยู่ในระยะเวลาประกันและความถูกต้องแม่นยำของผลการวิเคราะห์ นอกจากนี้ทั้งแพทย์และพยาบาล

ยังให้ความสำคัญในเรื่องของการติดต่อสื่อสารให้ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการแจ้งผลการตรวจที่อยู่ในช่วงค่าวิกฤติ คำแนะนำในการเก็บและนำส่งสิ่งส่งตรวจ การสอบถามเวลาที่จะได้รับผลการวิเคราะห์ ตลอดจนการแสดงความสุภาพในการให้บริการของบุคลากรทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะการใช้โทรศัพท์

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยและความพึงพอใจ

ตัวแปรลักษณะสังคมประชากรกับความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ จากการศึกษาของนักวิจัยในต่างประเทศพบว่าปัจจัยส่วนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ เช่น

ฮอลล์และดอร์เนน (Hall & Dorman, 1990) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะสังคมประชากร ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ เพศ สถานภาพทางสังคม (อาชีพ รายได้ การศึกษา) สถานภาพสมรส และขนาดของครอบครัวของผู้รับบริการกับความพึงพอใจในบริการทางการแพทย์ พบว่าลักษณะสังคมประชากรที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้รับบริการที่มีอายุมากขึ้น ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผู้รับบริการที่มีสถานะทางสังคมที่ดีและผู้รับบริการที่แต่งงานแล้ว ส่วนลักษณะสังคมประชากรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ได้แก่ เชื้อชาติ เพศ รายได้ และขนาดครอบครัว

คาเยทและซอลเตอร์ (Khayat & Salter, 1994) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไป พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไปน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น

ฮอลล์และเพรส (Hall & Press, 1996) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของแผนกฉุกเฉิน พบว่า อายุและเพศไม่มีอิทธิพลต่อระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีความสำคัญกับความพึงพอใจของผู้ป่วย ได้แก่ การให้บริการของแพทย์ พยาบาลและทีมงาน รวมทั้งระยะเวลารอคอย

แดนสกายและไมลส์ (Dansky & Miles, 1997) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการสุขภาพ พบว่าเวลาที่ใช้ในการรอคอยเพื่อพบแพทย์ที่รักษาเป็นตัวชี้วัดความพึงพอใจที่สำคัญ ถ้าหากไม่สามารถทำให้เวลารอคอยลดลงได้ ต้องบริหารจัดการผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้นจะช่วยพัฒนาระดับความพึงพอใจให้ดีขึ้นได้

สรุปลักษณะสังคมประชากรอาจเป็นเพียงปัจจัยส่วนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการทางด้านสุขภาพ ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญกับระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการนั้นมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการกับผู้รับบริการ และเกี่ยวข้องกับระยะเวลารอคอยในการรับบริการ

สำหรับการศึกษาความพึงพอใจกับลักษณะสังคมประชากรของผู้รับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลของประเทศไทยนั้น มีข้อมูลดังนี้

5.3.1 ความพึงพอใจกับอายุ

ผลการวิจัยที่พบว่าอายุที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อระดับความพึงพอใจได้แก่ การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อบริการของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดบุรีรัมย์ ของ เบญญา ลวกไธสง (2541) พบว่า อายุของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อบริการของ โรงพยาบาลชุมชน การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการต่อการดำเนินงานตาม นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลศรีสะเกษของตรูตา มีธรรม (2545) พบว่า อายุของผู้ป่วยนอกไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลศรีสะเกษ การศึกษาความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ของ ประเทือง เขียมตนและอารีรัตน์ จำอยู่ (2547) พบว่า อายุแตกต่างกันมีความพึงพอใจในคุณภาพ บริการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยที่พบว่าอายุที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับความพึงพอใจได้แก่ การศึกษา คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี ของทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์ (2541) พบว่า อายุของผู้ป่วยที่ต่างกันมีความคาดหวัง เกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่ต่างกันแต่มีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการที่ต่างกันโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่ม อายุ 41-50 ปีจะมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ที่ต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่นๆทั้งนี้เพราะมีอาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้าง และรายได้ต่ำ การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ของอนงค์ เอื้อวัฒนา (2542) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุพรรณบุรี ของบัญชา วิจิตรพานิชกุล (2545) พบว่า อายุมี ความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ น้อย การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ของอารมณีย์ ปานภักดี (2547) พบว่าผู้รับบริการที่มีอายุต่างกันมี ความพึงพอใจในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชแตกต่างกัน โดยผู้รับบริการที่มีช่วงอายุ 10-20 ปีมีความพึงพอใจมากกว่าช่วงอายุ 21-30 ปี, 31-40 ปี และ 41-50 ปี ตามลำดับ และผู้รับบริการที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีความพึงพอใจมากกว่าช่วงอายุ 21-30 ปี, 31-40 ปี และ 41-50 ปีตามลำดับ การศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อการบริการ โรงพยาบาล ลาตยาว อำเภอลาตยาว จังหวัดนครสวรรค์ ของทักษ์ไญ่ ตั้งมันคงวรกุลและคนอื่นๆ (2007) พบว่า

อายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ใช้บริการที่มีอายุมักมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ใช้บริการที่มีอายุน้อย

5.3.2 ความพึงพอใจกับเพศ

ผลการวิจัยที่พบว่าเพศที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อระดับความพึงพอใจได้แก่ การศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี ของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์ (2541) พบว่า เพศของผู้ป่วยที่ต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่ต่างกัน การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในต้อบริการของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดบุรีรัมย์ ของเบญญา ลวกไชสง (2541) พบว่า เพศของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต้อบริการของโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ของอนงค์ เอื้อวัฒนา (2542) พบว่า เพศที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจในบริการไม่แตกต่างกัน การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุพรรณบุรี ของบัญชา วิจิตรพานิชกุล (2545) พบว่า ผู้รับบริการเพศหญิงมีความพึงพอใจโดยรวมไม่แตกต่างกับเพศชาย การศึกษาความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในตามโครงการหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ของประเทือง เจียมตนและอารีรัตน์ จำอยู่ (2547) พบว่า เพศแตกต่างกันมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยที่พบว่าเพศที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับความพึงพอใจได้แก่ การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช ของอารมณีย์ ปานภักดี (2547) พบว่าผู้รับบริการที่มีเพศต่างกันมีความพึงพอใจในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชแตกต่างกัน โดยที่เพศชายมีความพึงพอใจมากกว่าเพศหญิง การศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ของนิเ็ดและคนอื่นๆ (2007) พบว่าเพศหญิงมีความพึงพอใจมากกว่าเพศชาย

5.3.3 ความพึงพอใจกับสถานภาพสมรส

ผลการวิจัยที่พบว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อระดับความพึงพอใจได้แก่ การศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี ของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์ (2541) พบว่า สถานภาพสมรสของผู้ป่วยที่ต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่ต่างกัน การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ของอนงค์ เอื้อวัฒนา (2542) พบว่า

สถานภาพสมรสแตกต่างกันมีความพึงพอใจในบริการไม่แตกต่างกัน การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุพรรณบุรี ของบัญชา วิจิตรพานิชกุล (2545) พบว่า ผู้รับบริการที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน

5.3.4 ความพึงพอใจกับระดับการศึกษา

ผลการวิจัยที่พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อระดับความพึงพอใจ ได้แก่ การศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี ของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์ (2541) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยที่ต่างกันมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความคาดหวังที่สูงกว่ากลุ่มกลุ่มที่มีการศึกษาดำ แต่มีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการที่ไม่ต่างกัน การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในตอบริการของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดบุรีรัมย์ ของเบญญา ลวกโธสง (2541) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจตอบริการของโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุพรรณบุรี ของบัญชา วิจิตรพานิชกุล (2545) พบว่า ผู้รับบริการที่มีการศึกษาในระดับแตกต่างกันมีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน การศึกษาความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ของประเทือง เจริญตนและอารีรัตน์ จำอยู่ (2547) พบว่า ระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยที่พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับความพึงพอใจ ได้แก่ การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ของอนงค์ เอื้อวัฒนา (2542) พบว่า การศึกษาที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจในบริการแตกต่างกัน การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการต่อการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ของตรูตา มีธรรม (2545) พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลศรีสะเกษ การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ของอารมณีย์ ปานภักดี (2547) พบว่าผู้รับบริการที่มีการศึกษาต่างกันมีความพึงพอใจในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชแตกต่างกัน โดยผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีความพึงพอใจน้อยกว่าระดับการศึกษาอื่นๆ การศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้ บริการที่มีต่อแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ของสุกมล วงศ์คุณและคนอื่นๆ (2548)

พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจบริการแผนกผู้ป่วยนอก เพราะกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจส่วนใหญ่ร้อยละ 88.9 จบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่าจึงมีความพึงพอใจที่สูง การศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อการบริการ โรงพยาบาลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ ของทักษิณ ตั้งมั่นคงวรกุลและคนอื่นๆ (2007) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ใช้บริการที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ใช้บริการที่ระดับการศึกษาสูง

5.3.5 ความพึงพอใจกับอาชีพ

ผลการวิจัยที่พบว่าอาชีพที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อระดับความพึงพอใจได้แก่ การศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี ของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์ (2541) พบว่า อาชีพของผู้ป่วยที่ต่างกัน มีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่ต่างกัน การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการต่อการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ของตฤตา มีธรรม (2545) พบว่า อาชีพของผู้ป่วยนอกไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลศรีสะเกษ การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุพรรณบุรี ของบัญชา วิจิตรพานิชกุล (2545) พบว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน การศึกษาความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ของ ประเทือง เจริญตนและอารีรัตน์ จำอยู่ (2547) พบว่า อาชีพแตกต่างกันมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลไม่แตกต่างกัน การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ของอารมณีย์ ปานภักดี (2547) พบว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกันมีความพึงพอใจในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยที่พบว่าอาชีพที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับความพึงพอใจได้แก่ การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดบุรีรัมย์ของเบญญา ลวกไสสง (2541) พบว่า อาชีพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน ผู้ที่มีอาชีพในภาคเกษตรกรรมจะมีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ที่มีอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ของอนงค์ เอื้อวัฒนา (2542) พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจในบริการแตกต่างกัน การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาโรคที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัด

สมุทรสาคร ของอาสิน ข่านและคนอื่นๆ (2007) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีความพึงพอใจมากกว่าอาชีพอื่นๆ

5.3.6 ความพึงพอใจกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ผลการวิจัยที่พบว่ารายได้ที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อระดับความพึงพอใจได้แก่ การศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี ของทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์ (2541) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยที่ต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่ต่างกัน การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดบุรีรัมย์ของเบญญา ลวกไชสง (2541) พบว่า รายได้ของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการต่อการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ของตรูตา มีธรรม (2545) พบว่า รายได้ของผู้ป่วยนอกไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลศรีสะเกษ การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ของอารมณีย์ ปานภักดี (2547) พบว่าผู้รับบริการที่มีระดับรายได้ต่างกันมีความพึงพอใจในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยที่พบว่ารายได้ที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับความพึงพอใจได้แก่ การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุพรรณบุรี ของบัญชา วิจิตรพานิชกุล (2545) พบว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาทจะมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มอื่นๆที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่า

5.3.7 ความพึงพอใจกับจำนวนครั้งที่มารับบริการ

ผลการวิจัยที่พบว่าจำนวนครั้งที่มารับบริการแตกต่างกันไม่มีผลต่อระดับความพึงพอใจได้แก่ การศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี ของ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์ (2541) พบว่า จำนวนครั้งของการมารับบริการของผู้ป่วยที่ต่างกันมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มารับบริการมากถึง 10 ครั้งขึ้นไปจะมีความคาดหวังสูงกว่ากลุ่มอื่น แต่มีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการที่ไม่ต่างกัน การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล

อำนาจเจริญ ของอนงค์ เอื้อวัฒนา (2542) พบว่า จำนวนครั้งที่มาใช้บริการไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

สรุปความพึงพอใจของผู้รับบริการกับลักษณะสังคมประชากรได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนครั้งที่มารับบริการนั้น พบว่าผลการวิจัยของผู้วิจัยบางคนมีความสัมพันธ์กันและบางคนไม่มีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้อาจขึ้นกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทำการศึกษา ซึ่งมักจะสุ่มตัวอย่างแบบไม่เจาะจงและมีจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มที่เปรียบเทียบกันจำนวนไม่เท่ากัน

สรุปจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยครั้งนี้พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการสุขภาพในโรงพยาบาลขึ้นกับปัจจัยหลักคือ คุณภาพบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพ เช่นมาตรฐานของห้องปฏิบัติการ ได้แก่การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการวิเคราะห์ต้องมีความถูกต้องแม่นยำ สถานที่ให้บริการมีความสะอาด ระยะเวลาในการรอคอยจะเลือดไม่นานกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการ ระยะเวลาประกันในการรายงานผลต้องอยู่ในช่วงเวลาที่ผู้รับบริการยอมรับได้ อีกส่วนหนึ่งเป็นความพึงพอใจที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะมีความพึงพอใจมากหากผู้ให้บริการมีพฤติกรรมการให้บริการที่ดี ส่วนลักษณะสังคมประชากรเป็นเพียงปัจจัยรองที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ