

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และน่าสนใจ เพื่อใช้เป็นแนวคิดพื้นฐาน โดยมีลำดับเนื้อหาการนำเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ
2. ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ
3. การรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ
4. งานบริการโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

1.1 ความหมายของคุณภาพ

คุณภาพ มีความหมายเป็นนามธรรม และมีหลายมิติ มีผู้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพ ไว้ดังนี้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's Dictionary, 1988 : 1099) ให้ความหมายของคุณภาพว่า หมายถึง ระดับความเป็นเลิศ หรือสิ่งที่ดีกว่าอื่น ๆ

จูดิทซ์ (Judith, 1996 : 416) ให้ความหมายของ คุณภาพ ว่าหมายถึง ความพยายามอย่างต่อเนื่อง เพื่อสิ่งที่ดีเลิศ และทำให้บรรลุถึงแนวทางที่กำหนด

สุรศักดิ์ นานากุล และคณะ (2538 : 103) ให้ความหมายของคุณภาพว่า หมายถึง ระดับความเป็นเลิศ ทั้งในด้านรูปธรรม นามธรรม ที่กำหนดโดยความพึงพอใจของลูกค้า

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2539 : 196) ให้ความหมายของคุณภาพว่า หมายถึง ความสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ หรือลูกค้า หรือความพยายามอย่างต่อเนื่องเพื่อสิ่งที่ดีเลิศ

จากการให้ความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดีเลิศ หรือความพยายามอย่างต่อเนื่องเพื่อสิ่งที่ดีเลิศ ทั้งในด้านรูปธรรม นามธรรม ซึ่งมีความสอดคล้อง

กับความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ กำหนดได้โดยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หรือลูกค้า

1.2 ความหมายของบริการ

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า บริการ ไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530 : 577) ให้ความหมายของบริการว่า หมายถึง ปฏิบัติ รับผิดชอบ ให้ความสะดวกต่าง ๆ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537 : 169) กล่าวว่า บริการ หมายถึง การปฏิบัติหรือการดำเนินการที่คนกลุ่มหนึ่งเสนอให้คนอีกกลุ่มหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการ

รัชยา กุลวานิชไชยนันท์ (2535 : 38) กล่าวว่า บริการหมายถึง งานที่มีการผลิต และการบริโภคเกิดขึ้นพร้อมกัน ไม่อาจกำหนดความต้องการที่แน่นอนได้ เป็นงานที่ไม่มีตัวสินค้า ไม่มีผลผลิต ไม่อาจกำหนดปริมาณล่วงหน้าได้ เป็นงานที่ต้องตอบสนองทันที ผู้ให้บริการต้องพร้อมที่จะตอบสนองตลอดเวลา และสิ่งที่ผู้รับบริการจะได้คือ ความพึงพอใจ ความรู้สึกคุ้มค่า ที่มาใช้บริการ

โดยสรุปแล้ว บริการ หมายถึง การปฏิบัติ หรือการดำเนินกิจกรรมใด ๆ ของผู้ให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับ

1.3 ความหมายของคุณภาพบริการ

ได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพบริการไว้ดังนี้

บราวน์ (Brown, 1991 : 9) กล่าวว่า คุณภาพบริการ ยากที่จะให้ความหมาย เพราะเป็นลักษณะนามธรรม โดยที่มีการจัดบริการให้อีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้รับบริการ คำว่าคุณภาพนั้น มีความหมายแตกต่างกัน ระหว่างบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่ง และจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่ง

ไฟเจนบาม (Feigenbam, 1991 : 7) ให้ความหมายของคุณภาพว่า คุณภาพเน้นการตัดสินใจของลูกค้ามิใช่ผู้ให้บริการตลาด หรือผู้บริหาร แต่ขึ้นอยู่กับผู้รับบริการว่าได้รับ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการนั้น ๆ อย่างไร โดยคุณภาพสามารถวัดได้จากความต้องการ หรือความคาดหวังของผู้รับบริการ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2538 : 170) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการ ตามแนวคิดทางการตลาดว่า คือความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ นั่นคือเป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้หรือลูกค้า ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์จากสินค้าหรือบริการนั้น ๆ เนื่องจากคุณสมบัติของบริการ 4 ประการ คือ บริการไม่มีตัวตน มีความหลากหลายในตัวเอง ไม่สามารถ

ถูกแบ่งแยกได้ และเก็บรักษาไม่ได้ ทำให้คุณภาพบริการถูกประเมินจากทั้งกระบวนการให้บริการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดจากการบริการ (Outcome) โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

วีระวัฒน์ ปิ่นนิคัมย์ (2538 : 234) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการว่า หมายถึง คุณสมบัติ คุณลักษณะทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ของการบริการ ที่ผู้รับบริการรับรู้ ว่ามีความโดดเด่นตรงหรือเกินกว่าความคาดหวัง เป็นที่น่าประทับใจจากการที่ผู้รับบริการได้จ่ายเงินแลกเปลี่ยน สัมผัส มีประสบการณ์ทดลองใช้

ทองหล่อ เดชไทย (2540 : 159) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการว่า หมายถึง ความพยายามอย่างต่อเนื่องของสมาชิกทุกคนในองค์กรที่จะให้ผู้รับบริการได้รับสิ่งที่เขาต้องการ หรือคาดหวัง

จากความหมายของคุณภาพบริการที่กล่าวมาทั้งหมด จึงสรุปได้ว่า คุณภาพบริการ หมายถึง ความสามารถของสมาชิกของทุกคนในองค์กรในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความคาดหวัง และความต้องการได้ตรงหรือเกินกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ซึ่งคุณภาพบริการมีลักษณะเป็นนามธรรม แต่สามารถวัดหรือประเมินได้จาก กระบวนการให้บริการ ผลลัพธ์จากการให้บริการ และการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

1.4 ลักษณะของบริการ

การบริการ เป็นการปฏิบัติ หรือดำเนินกิจกรรมใด ๆ ของผู้ให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ผลที่ได้จากการบริการไม่ได้ผลัดออกมาเป็นสินค้าที่มีรูปลักษณะทางกายภาพที่ชัดเจน จึงมีลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างการบริการและสินค้าทั่วไป ทั้งนี้เพราะการบริการมีลักษณะที่สำคัญ ประมวลจากแนวคิดของนักวิชาการหลายท่าน (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ 2538 : 173-178 ; พนิกา ดามาพงศ์ 2538 : 26-30 ; Kotler 1991 : 6) สรุปได้ดังนี้

1.4.1 การบริการเป็นสิ่งที่ไม่มีตัวตน (Intangibility) ไม่สามารถจับต้องได้ แต่จะแสดงผลหรือออกมาในรูปผลงานที่เกิดภายหลังรับบริการ (Performance) ซึ่งก่อนที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจเลือกรับบริการนั้นไม่สามารถประเมินคุณภาพได้โดยตรง ดังนั้นผู้รับบริการจึงกำหนดเกณฑ์ประเมินเพื่อตัดสินใจเลือกรับบริการได้เร็วขึ้น จากสิ่งต่อไปนี้

1) สถานที่ (Place) ต้องสามารถสร้างความเชื่อมั่น และความสะดวกให้กับผู้มารับบริการ

2) บุคคล (People) ผู้ให้บริการต้องแต่งกายเหมาะสม มีบุคลิกดี มีหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาดี

3) เครื่องมือ (Equipment) อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ต้องทันสมัย มีประสิทธิภาพ

4) วัสดุสื่อสาร (Communication Material) สื่อโฆษณา ประชาสัมพันธ์ และเอกสาร ต้องมีประสิทธิภาพ สามารถติดต่อสื่อสารได้เร็วถูกต้อง มีความเหมาะสม สวยงาม สอดคล้องกับบริการ

5) สัญลักษณ์ (Symbols) เครื่องหมาย ชื่อ หรือตราสินค้าที่ใช้ในการให้บริการ ควรมีลักษณะสื่อความหมายที่ดีเกี่ยวกับบริการ

6) ราคา (Price) การกำหนดราคาการให้บริการต้องเหมาะสมกับระดับการให้บริการอย่างชัดเจน

1.4.2 การบริการไม่สามารถถูกแบ่งแยกให้บริการได้ (Inseparability) การให้บริการเป็นทั้งการผลิตและการบริโภคในขณะเดียวกัน กล่าวคือ ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมมากในการผลิตบริการ โดยต้องปรากฏตัวต่อหน้าผู้ให้บริการ ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์รูปแบบพิเศษทางการตลาดขึ้นระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ คือทั้งผู้ให้และผู้รับบริการต่างมีผลต่อบริการ

1.4.3 การบริการมีความหลากหลายในตัวเอง (Variability) กล่าวคือ การให้บริการแต่ละครั้งมีความแตกต่าง แม้ผู้ให้บริการคนเดียวกันบริการชนิดเดียวกัน แต่ผลผลิตของบริการไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับสถานที่ สถานการณ์ สภาพผู้ให้บริการ เวลา หรือแม้แต่ตัวผู้ให้บริการ ซึ่งทำให้คุณภาพบริการอาจเปลี่ยนแปลงไป ความสม่ำเสมอเกิดขึ้นได้ยาก สิ่งที่ผู้บริการให้อาจไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ เนื่องจากการรับรู้ (Perception) ไม่ตรงกัน ดังนั้นผู้รับบริการต้องรู้ถึงความหลากหลายของบริการ และสอบถามผู้อื่นก่อนเลือกใช้บริการ ส่วนผู้ให้บริการต้องมีการควบคุมคุณภาพ ทำได้ 2 วิธี คือ

1) ตรวจสอบ คัดเลือก ฝึกอบรมผู้ให้บริการ รวมทั้งมนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ เน้นการบริการที่ดี

2) ต้องสร้างความพึงพอใจให้ผู้ใช้บริการ เน้นการรับฟังข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการ การสำรวจข้อมูลและการเปรียบเทียบของผู้ใช้บริการทำให้ได้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงบริการ

1.4.4 การบริการไม่สามารถเก็บไว้ได้ (Perishability) ถ้าความต้องการมีสม่ำเสมอ การให้บริการจะไม่มีปัญหา แต่ถ้าความต้องการมีลักษณะไม่แน่นอน จะทำให้เกิดปัญหาบริการไม่ทัน หรือไม่มีผู้มาใช้บริการ

1.5 การประเมินคุณภาพบริการ

จากลักษณะสำคัญดังกล่าวของการบริการ ซึ่งให้เห็นว่า การที่จะประเมินคุณภาพบริการเป็นสิ่งที่ยาก เพราะผลลัพธ์จากการบริการไม่ได้ผลิตเป็นสินค้าที่มีรูปลักษณ์ทางกายภาพ แต่สามารถประเมินได้โดยประเมินจากการรับรู้คุณภาพบริการ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปรียบเทียบความคาดหวังต่อบริการกับบริการที่ได้รับของผู้รับบริการ (Parasuraman , et al., 1985 : 41-50) เพื่อที่จะประเมินคุณภาพบริการ ได้มีการศึกษาวิจัยทางการตลาดเพื่อหาปัจจัยที่ใช้ตัดสินคุณภาพบริการในมุมมองของผู้รับบริการ โดยพาราซูรามาน และคณะ ได้ศึกษาและพัฒนาเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพบริการ หรือมิติของคุณภาพบริการ (Dimensions of Service Quality) ที่ผู้รับบริการประเมินประกอบด้วยเกณฑ์ต่าง ๆ 10 ด้าน ดังนี้

- 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ อุปกรณ์ บุคลากร และวัสดุการติดต่อสื่อสาร
- 2) ความเชื่อมั่นวางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการตามสัญญาที่ให้ไว้ และมีความน่าเชื่อถือ
- 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความยินดีที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการ และพร้อมที่จะให้บริการได้ทันที
- 4) สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence) หมายถึง การมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงาน
- 5) ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy) หมายถึง ความสุภาพอ่อนโยน ให้เกียรติมีน้ำใจ และเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ
- 6) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความน่าเชื่อถือ ซึ่งเกิดจากความซื่อสัตย์ ความจริงใจของผู้ให้บริการ
- 7) ความมั่นคงปลอดภัย (Security) หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน ชื่อเสียง การปราศจากความรู้สึกเสี่ยงอันตราย และข้อสงสัยต่าง ๆ รวมทั้งการรักษาความลับของผู้รับบริการ
- 8) การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใช้บริการได้ง่าย ได้รับความสะดวกในการติดต่อ
- 9) การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง การให้ข้อมูลด้านต่าง ๆ แก่ผู้รับบริการ ใช้การสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจ และรับฟังเรื่องราวที่ผู้รับบริการร้องทุกข์
- 10) การเข้าใจ และรู้จักผู้รับบริการ (Understanding the customer) หมายถึง การทำความเข้าใจ และรู้จักผู้รับบริการ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการของตน

1.5.1 เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ

จากการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาเกณฑ์ประเมินคุณภาพบริการของ เซทามล์ และคณะ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบว่า มีความเหมือนกันของเกณฑ์ประเมินคุณภาพบริการ ด้านที่ 4 – 10 จากเกณฑ์วัดคุณภาพบริการ ทั้ง 10 ด้าน นำไปสู่การสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL ที่มีเกณฑ์การวัด 5 ด้าน โดยรวมเกณฑ์ประเมินด้านที่มีความเหมือนกันไว้ด้วยกัน ดังภาพนี้

เกณฑ์ประเมินคุณภาพบริการ(SERVQUAL Dimensions)

เกณฑ์ประเมิน คุณภาพบริการ 10 ด้าน(Original Ten Dimensions for Evaluating Service Quality)	ความเป็น รูปธรรม ของบริการ (Tangibles)	ความ น่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ ของบริการ (Reliability)	บริการที่ ตอบสนองต่อ ความต้องการ (Responsive- ness)	บริการที่ สร้างความ มั่นใจ (Assurance)	การรู้จักและ เข้าใจ ผู้รับบริการ (Empathy)
ความเป็นรูปธรรม ของบริการ (Tangibles)	+++++++ +++++++ +++++++				
ความไว้วางใจได้ ของบริการ (Reliability)		+++++++ +++++++ +++++++			
บริการที่ ตอบสนองต่อ ความต้องการ (Responsive- ness)			+++++++ +++++++ +++++++ +++++++ +++++++		

เกณฑ์ประเมินคุณภาพบริการ(SERVQUAL Dimensions)(ต่อ)

เกณฑ์ประเมิน คุณภาพบริการ 10 ด้าน(Original Ten Dimensions for Evaluating Service Quality)	ความเป็น รูปธรรม ของบริการ (Tangible)	ความ ไว้วางใจได้ ของบริการ (Reliability)	บริการที่ ตอบสนอง ต่อความ ต้องการ (Responsive- ness)	บริการที่ สร้างความ มั่นใจ (Assurance)	การรู้จักและ เข้าใจ ผู้รับบริการ (Empathy)
สมรรถนะของผู้ ให้บริการ (Competence)				+++++++	
ความมีอัธยาศัย ไมตรี(Courtesy)				+++++++	
ความน่าเชื่อถือ (Credibility)				+++++++	
ความมั่นคง ปลอดภัย (Security)				+++++++	
การเข้าถึงบริการ (Access)					+++++++
การติดต่อสื่อสาร (Communication)					+++++++
การเข้าใจ และรู้จัก ผู้รับบริการ (Understanding the customer)					+++++++

ภาพที่ 2.1 ความเหมือนกันระหว่างเกณฑ์ประเมินคุณภาพบริการ(SERVQUAL Dimensions) และเกณฑ์ประเมินคุณภาพบริการ 10 ด้าน(Original Ten Dimensions for Evaluating Service Quality) ของเซทามล์ และคณะ

ที่มา: Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. and Berry, L.L. (1990). *Delivering Quality Service : Balancing Customer Perceptions and Expectation*. New York : The Free Press.

ดังนั้นเกณฑ์ประเมินคุณภาพบริการ(SERVQUAL) ที่ได้พัฒนาแล้วจึงประกอบด้วยเกณฑ์ประเมิน 5 ด้าน ดังนี้

- 1) *ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)* หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อันได้แก่ สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือเอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารและสัญลักษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกได้รับการดูแลห่วงใยและความตั้งใจจากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรม จะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้นได้ชัดเจนขึ้น
- 2) *ความไว้วางใจได้ของบริการ (Reliability)* หมายถึง ความสามารถในการให้บริการให้ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้ง จะต้องมีความถูกต้องเหมาะสม และได้ผลออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของบริการ ความสม่ำเสมอนี้จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้
- 3) *บริการที่ตอบสนองความต้องการ (Responsiveness)* หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ได้อย่างทันทั่วถึง ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน
- 4) *บริการที่สร้างความมั่นใจ (Assurance)* หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพนุ่มนวล มีกิริยามารยาทที่ดี ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดีที่สุด

5) *การรู้จักและเข้าใจในผู้รับบริการ (Empathy)* หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน

จากเกณฑ์วัดคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้านนี้ เป็นการนำแนวคิดทางการตลาดมาเป็นแนวทางในการศึกษาคุณภาพบริการ ซึ่งเซทามล์ และคณะ(Zeithaml, et al., 1990 : 23-26) ได้นำมาสร้างเป็นเครื่องมือเพื่อใช้ประเมิน คุณภาพบริการที่เรียกว่า “SERVQUAL” (Service Quality)

SERVQUAL ใช้เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ มีลักษณะเป็นข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามที่ใช้ในการประเมินความคาดหวังในการบริการของผู้รับบริการ และส่วนที่ 2 ใช้ประเมินการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการบริการที่ได้รับจริง

เกณฑ์วัดคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้านที่พัฒนามาเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพบริการที่เรียกว่า “SERVQUAL” ได้มีการนำมาใช้วัดคุณภาพบริการของสถานบริการสาธารณสุข

เนื่องจากการวัดความคาดหวังและการรับรู้ต่อบริการที่ได้รับของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากบริการที่สถานบริการ หรือผู้ให้บริการได้จัดบริการให้ในมุมมองของผู้รับบริการ หากผลการประเมินที่เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างระหว่างความคาดหวัง และการรับรู้ต่อบริการที่ได้รับของผู้รับบริการ พบว่า คะแนนการรับรู้เท่ากับหรือมากกว่าคะแนนความคาดหวัง หมายถึง บริการที่สถานบริการจัดให้มีคุณภาพ แต่หากคะแนนการรับรู้ต่ำกว่าความคาดหวังย่อมหมายถึง บริการที่จัดให้มีคุณภาพน้อยกว่าที่ผู้รับบริการคาดหวัง ตามแนวคิดเชิงการตลาดที่ว่า บริการจะมีคุณภาพก็ต่อเมื่อผู้รับบริการรับรู้ว่าการที่ได้เท่ากับหรือมากกว่าบริการที่ตนคาดหวัง

2. ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

ในที่นี้จะกล่าวถึง ความหมายของความคาดหวัง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ และช่องว่างที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

2.1 ความหมายของความคาดหวัง

พจนานุกรมของคอลลิน (Collins 1986 : 1358) ให้ความหมายของความคาดหวังว่าเป็นความมุ่งหวัง คาดหวังถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าควรเกิดขึ้น โดยพิจารณาจากความเหมาะสมตามความจำเป็นตามสมควรแห่งฐานะหรือสถานภาพ

สุรางค์ จันทร์โสม (2524 : 24) ให้ความหมายของความคาดหวังไว้ว่า หมายถึง ความเชื่อว่าสิ่งใดน่าจะเกิดขึ้นและสิ่งใดไม่น่าจะเกิดขึ้น การคาดหวังจะเกิดขึ้นได้ถูกต้องหรือไม่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคล

เคลย์ (Clay 1988 : 252) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่าเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอนาคตที่ดี หรือเป็นความมุ่งหวังที่ดีงาม เป็นระดับหรือค่าความน่าจะเป็นของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มุ่งหวังไว้

สกวดี ดวงเด่น (2539 : 43) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่าเป็นความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลในการคาดคะเนหรือคาดการณ์ล่วงหน้า ถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่พึงาม ว่าควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะเกิดขึ้นในอนาคตตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ และความคาดหวังนี้จะถูกต้องมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

จากแนวคิดข้างต้น สรุปความหมายของความคาดหวังได้ว่า เป็นความมุ่งหวัง ความต้องการ หรือการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลโดยใช้ความคิดวิจรรย์ณญาณส่วนบุคคล ว่าสิ่ง

หนึ่งสิ่งใดที่เหมาะสมและควรเกิดขึ้น ซึ่งความคาดหวังจะเกิดขึ้นถูกต้องมากน้อยหรือเป็นไปในทิศทางใด ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ

เนื่องจากบริการมีลักษณะที่ต่างจากผลิตภัณฑ์ หรือสินค้าทั่ว ๆ ไป กล่าวคือไม่มีลักษณะทางกายภาพ ไม่สามารถผลิตเก็บไว้ได้ ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถประเมินคุณภาพของบริการไว้ก่อนตัดสินใจใช้บริการได้ ผู้รับบริการจึงเกิดความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการ จากการศึกษาของเซทามล์ และคณะ (Zeithaml, et al., 1990 : 19-20) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ มี 4 ปัจจัย ดังนี้

2.2.1 ความคาดหวังที่เกิดจากคำบอกเล่าปากต่อปาก ข้อมูลที่ได้รับทราบเกี่ยวกับคุณภาพบริการจากเพื่อนหรือคนที่รู้จักซึ่งเคยได้ไปใช้บริการในสถานบริการแห่งนั้นแล้ว จะทำให้ผู้ฟังเกิดความคาดหวังจะได้รับบริการที่ดี ตามที่รับทราบมา

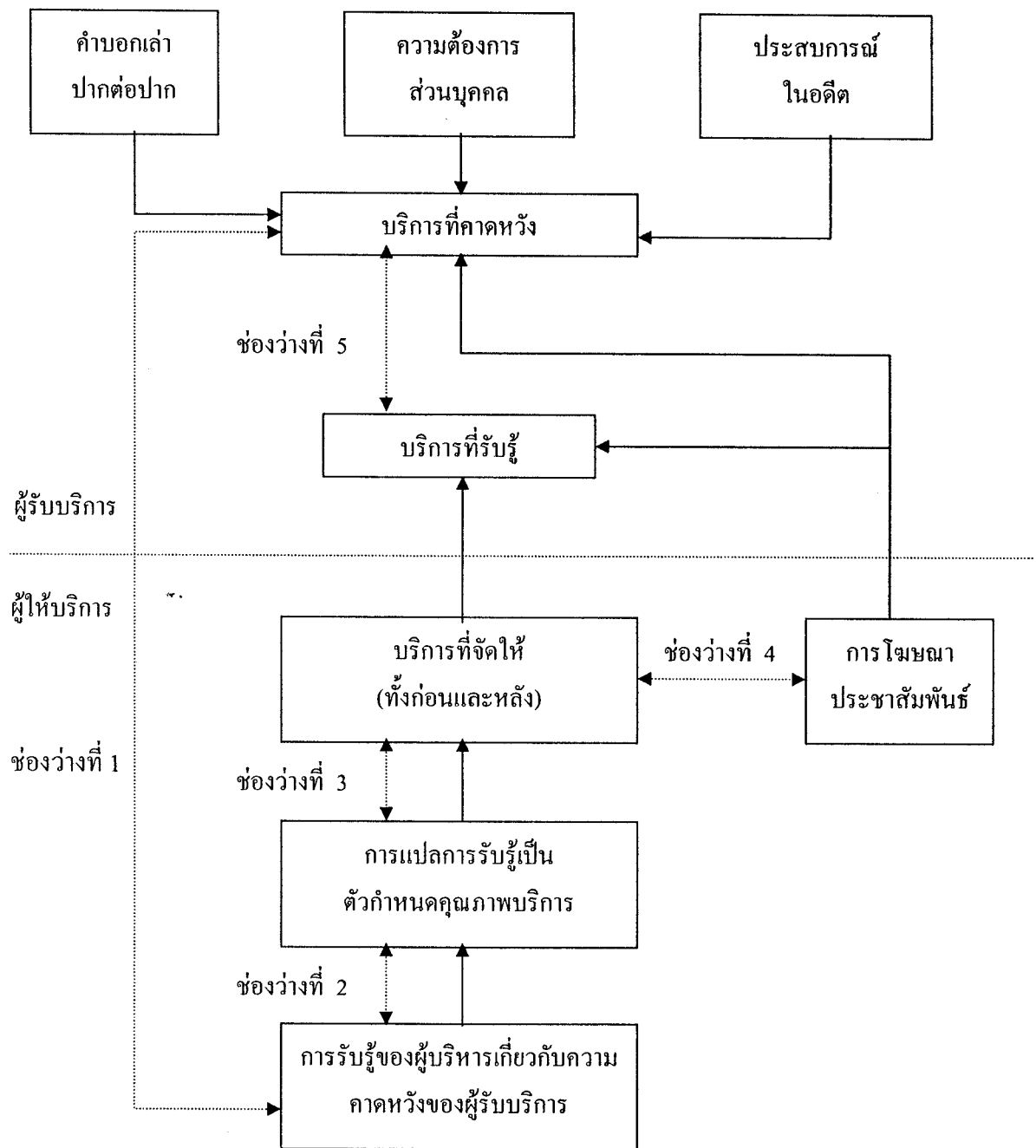
2.2.2 ความคาดหวังที่เกิดจากความต้องการส่วนตัวของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นความต้องการที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลังของบุคคลผู้นั้น

2.2.3 ความคาดหวังที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต ประสบการณ์ที่ได้รับบริการจะมีอิทธิพลต่อระดับของความคาดหวัง

2.2.4 ความคาดหวังที่เกิดจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับทราบจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการให้บริการ เช่น ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล การมีอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย เป็นต้น

2.3 ช่องว่างที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ เป็นการกำหนดคุณภาพบริการตามปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวัง ซึ่งมาจากคำบอกเล่าปากต่อปาก ความต้องการส่วนบุคคล ประสบการณ์เดิม และการโฆษณาประชาสัมพันธ์ เมื่อมารับบริการก็จะเปรียบเทียบบริการที่ตนได้รับจริงกับที่คาดหวังไว้ ถ้าบริการนั้นน้อยกว่าที่คาดหวัง ก็จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และไม่กลับมาใช้บริการอีก แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบริการที่ได้รับจริงมากกว่าบริการที่คาดหวังไว้ ก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจและกลับมาใช้บริการอีก จากการศึกษาของเซทามล์ และคณะ (Zeithaml, et al., 1988 :35-37) พบว่ามีช่องว่างหรืออุปสรรค 5 ประการ ที่ทำให้ผู้ให้บริการไม่ประสบผลสำเร็จในการให้บริการ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่ได้รับไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 รูปแบบการกำหนดคุณภาพบริการของ เซทามล์ และคณะ

ที่มา: Valarie A. Zeithaml, Leonard L. Berry, A. Parasuraman (1988) "Communication and Control Process in the Delivery of Service" Journal of Marketing Vol. 52 (April 1988)

จากภาพที่ 2.2 รูปแบบคุณภาพบริการนำมาอธิบายช่องว่างของการจัดการบริการ ที่ทำให้การจัดบริการไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ดังนี้

ช่องว่างที่ 1 เป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (Consumer expectation) กับการรับรู้ของฝ่ายบริหาร (Management perception) คือผู้บริหารไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงและความคาดหวังของผู้รับบริการได้ทั้งหมด จึงจัดบริการตามที่ตนคิดว่าผู้รับบริการต้องการ ทำให้การให้บริการคลาดเคลื่อนไปจากความต้องการอันแท้จริงของผู้รับบริการ

ช่องว่างที่ 2 เป็นช่องว่างระหว่างการบริหารจัดการเกี่ยวกับความต้องการกับการกำหนดลักษณะของคุณภาพบริการ (Service quality specification) คือผู้บริหารจะรับรู้ถึงความต้องการของผู้รับบริการถูกต้อง แต่ผู้บริหารไม่ได้เอาใจใส่อย่างจริงจัง เพื่อกำหนดเป้าหมายหรือมาตรฐานของการให้บริการด้วย อาจจะมีข้อจำกัดต่าง ๆ

ช่องว่างที่ 3 เป็นช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพบริการที่ได้กำหนดไว้กับบริการที่ให้ (Service delivery) คือ ผู้บริหารได้กำหนดลักษณะของคุณภาพบริการไว้อย่างชัดเจนแล้ว แต่มีหลายปัจจัยที่มีผลทำให้การให้บริการจริงไม่เป็นไปตามที่ได้กำหนดไว้ ทำให้บริการไม่มีคุณภาพ เช่น บุคลากรไม่มีความสามารถ เครื่องมือเครื่องใช้ที่ไม่ทันสมัย

ช่องว่างที่ 4 เป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ให้การสื่อสารภายนอกให้ผู้รับบริการทราบ (External communication) การสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการ แต่เมื่อผู้รับบริการมาใช้บริการกลับพบในสิ่งตรงกันข้ามกับความคาดหวังที่ตนจะได้รับ เช่น มีการกำหนดระยะเวลาในการรอตรวจรักษาไว้ให้ทราบ แต่เมื่อมารับบริการกลับพบว่าบริการล่าช้าไปมากจากเวลาที่กำหนดไว้

ช่องว่างที่ 5 เป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ผู้รับบริการรับรู้ (Perceived service) กับบริการที่ผู้รับบริการคาดหวัง (Expected service) หมายถึง ผลต่างระหว่างการรับรู้กับความคาดหวังในบริการ หากบริการที่ผู้รับบริการได้รับดีกว่าหรือเท่ากับที่คาดหวังไว้ บริการนั้นจะเป็นที่พึงพอใจและประทับใจในบริการ แต่ถ้าบริการที่รับรู้ต่ำกว่าที่คาดหวังไว้ ผู้รับบริการก็จะไม่พึงพอใจในบริการและเป็นบริการที่ไม่ดี

บริการที่ผู้รับบริการรับรู้เป็นผลมาจากบริการที่ให้ และการสื่อสารของผู้ให้บริการที่ผู้รับบริการรับทราบ และความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นผลมาจากคำบอกเล่าปากต่อปาก ความต้องการส่วนบุคคล และประสบการณ์ในอดีต ซึ่งคุณภาพบริการจะขึ้นอยู่กับช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ การเกิดปัญหาของช่องว่างนี้เกิดจากผู้รับบริการมีเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบริการที่ต่างจากผู้ให้บริการ ซึ่งเกณฑ์เหล่านั้นประกอบด้วย ความเป็นรูปธรรม

ของบริการ ความเชื่อถือได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ และการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และการให้ความเข้าใจเห็นใจผู้รับบริการ จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์ (2538 : 177-178) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการเป็นผู้กำหนด และตัดสินคุณภาพบริการ โดยเน้นคุณภาพด้านเทคนิค และคุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ แต่ถ้ามองในเชิงการตลาดผู้ที่ควรตัดสินใจว่าบริการมีคุณภาพก็คือ ผู้รับบริการ (Perceived Service)

ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกศึกษาช่องว่างที่ 5 คือช่องว่างระหว่างบริการที่ผู้รับบริการรับรู้ซึ่งเป็นบริการที่ผู้ให้บริการจัดให้ตามการรับรู้ความคาดหวังของผู้รับบริการ (Perceived Service) กับบริการที่ผู้รับบริการคาดหวัง (Expected Service) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบริการการรับบริการโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เฉพาะการรับบริการโลหิตในสถานที่ของศูนย์บริการโลหิต โดยใช้เกณฑ์ประเมิน 5 ด้าน และใช้ SERVQUAL เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

3. การรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

ในที่นี้จะกล่าวถึง ความหมายของการรับรู้ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการ และการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

3.1 ความหมายของการรับรู้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's Dictionary, 1975 : 1100) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

จำเนียร ช่างโชติ (2533 : 3) กล่าวว่า การรับรู้หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้นำเอาสิ่งที่ตนได้เห็น ได้ยิน ได้สัมผัส ได้รู้สึก จากสิ่งเร้าภายนอกรอบตัวบุคคลเข้ามาจัดระเบียบ และให้ความหมาย โดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้สึกเดิม ความเข้าใจเกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

กันยา สุวรรณแสง (2536 : 127) ได้กล่าวไว้ว่าการรับรู้หมายถึง การใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึก รู้ความหมายว่าเป็นอะไร

ประเทือง สูงสุวรรณ (2534 : 24) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความสามารถในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละ

บุคคล อันเนื่องจากการตีความ หรือแปลความอาการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

วรรณลักษณ์ ดุทยานกุล (2542 : 25) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล อันเนื่องมาจากการตีความหรือแปลความ อาการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

สรุปได้ว่า การรับรู้หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นในจิตใจ ซึ่งเกิดจากการได้สัมผัสกับสิ่งเร้าทำให้เกิดการตีความหรือแปลความหมาย จากการสัมผัสนั้น ๆ โดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการ

ผู้วิจัยได้ศึกษาลักษณะของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการและเหตุจูงใจในการมารับบริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 เพศ เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ทำให้เกิดการรับรู้แตกต่างกันออกไป ซึ่งจากการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 72) พบว่า ในสังคมไทย สมัยก่อนที่มีค่านิยมในการให้เกียรติเพศชายเนื่องจากเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องหาเลี้ยงครอบครัว และมีโอกาสในการศึกษา มากกว่าเพศหญิง ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับรู้ข่าวสารและเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพและสังคมจึงมีมากกว่าเพศหญิง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเทือง สูงสุวรรณ (2534) และ สุพัตรา เหลี่ยมวรารักษ์ (2541 : 97) ที่พบว่า เพศชายกับเพศหญิงมีการรับรู้ไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เพศจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาว่ามีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

3.2.2 อายุ อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลทำให้การรับรู้แตกต่างกันออกไป ซึ่งจากการศึกษาของ วรรณลักษณ์ ดุทยานกุล (2542 : 85) พบว่า อายุที่ต่างกันทำให้ผู้รับบริการงานคลินิกเบาหวานมีการรับรู้คุณภาพบริการแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี มีการรับรู้คุณภาพบริการมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ สุพัตรา เหลี่ยมวรารักษ์ (2541 : 98) ได้ศึกษาพบว่า ผู้รับบริการกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยรับรู้คุณภาพบริการสูงสุด และผู้รับบริการที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี มีค่าเฉลี่ยรับรู้คุณภาพบริการต่ำสุด แต่ไม่สอดคล้องกับ สุภาวดี กุหาทอง (2539 : 90) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ซึ่งอาจเนื่องมาจากอายุของประชากรที่ศึกษานั้นมีลักษณะใกล้เคียงกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำปัจจัยทางด้านอายุมาเป็นตัวแปรในการศึกษาว่าอายุที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

3.2.3 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นพื้นฐานของบุคคลในการรับรู้และตัดสินใจที่จะเลือกรับของบุคคล ซึ่งจากการศึกษาของ วรรณลักษณ์ ดุลยากุล (2542 : 86) และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : 82) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ในด้านคุณภาพบริการ และด้านสุขภาพ รวมทั้งมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อย และจากการศึกษาของ สุพัตรา เหลี่ยมวรารุณ (2541 : 98) พบว่าผู้รับบริการที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยในการรับรู้คุณภาพบริการสูงสุด แต่ผู้รับบริการที่มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษาขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยในการรับรู้คุณภาพบริการต่ำสุด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเทือง สูงสุวรรณ (2534) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้น คือครูที่มีระดับการศึกษาที่ไม่แตกต่างกันมากนัก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ นำปัจจัยทางระดับการศึกษามาเป็นตัวแปรในการศึกษาว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันนั้น จะมีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

3.2.4 อาชีพ อาชีพเป็นส่วนหนึ่งของอิทธิพลสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล โดยสถิต วงษ์สรรค์ (2529 : 194) ได้กล่าวไว้ว่า อิทธิพลของสังคมและสิ่งแวดล้อมภายในสังคมเป็นเหตุให้บุคคลในสังคมต่าง ๆ รับรู้สิ่งเดียวกันแตกต่างกันออกไป ซึ่งต่างจากการศึกษาของ ชูติมา คูหาทอง (2539 : 90) ที่พบว่า อาชีพที่ต่างกันไม่มีผลต่อการรับรู้บทบาทของแม่ตัวอย่าง และสุพัตรา เหลี่ยมวรารุณ (2541 : 97) ที่พบว่า อาชีพที่ต่างกันการรับรู้คุณภาพบริการก็ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นอาชีพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจ นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาว่า มีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

3.2.5 รายได้ต่อเดือน รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นตัวบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การรับรู้แตกต่างกัน ตามแนวคิดของ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2528 : 244) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา เหลี่ยมวรารุณ (2539 : 97) ที่พบว่า ผู้มารับบริการที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกันจะมีการรับรู้คุณภาพบริการแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติมา คูหาทอง (2539 : 90) สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : 82) และวรรณลักษณ์ ดุลยากุล (2541 : 87) ที่พบว่า รายได้ต่างกันการรับรู้ของบุคคลก็ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นรายได้ต่อเดือนจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจ นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาว่ามีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

3.2.6 จำนวนครั้งที่มารับบริการ จำนวนครั้งที่มารับบริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงถึงประสบการณ์เดิมของการมารับบริการที่จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ตามแนวคิดของ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2528 : 377) และกรณีการ สุวรรณโคตร (2536 : 464) ที่กล่าวว่า ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล และจากการศึกษาของ สุพัตรา เหลี่ยมวรานุ (2541 : 97) และวรรณลักษณ์ ดุลยากุล (2542 : 87) พบว่า จำนวนครั้งที่มารับบริการต่างกัน ทำให้การรับรู้คุณภาพบริการแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร ตั้งสะสม ที่พบว่า ประสบการณ์ที่เคยใช้บริการจากสถานพยาบาลอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์

ดังนั้นจำนวนครั้งที่มารับบริการจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจ นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาว่ามีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการหรือไม่อย่างไร

3.2.7 เหตุุงใจในการมารับบริการ เหตุุงใจในการมารับบริการของผู้รับบริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลตามแนวคิดของ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2528 : 377) ที่กล่าวว่า การรับรู้ของคนเราจะเป็นอย่างไรนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ความต้องการ ความสนใจของบุคคล ทักษะและความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณลักษณ์ ดุลยากุล (2542 : 88) ที่พบว่า ผู้มารับบริการที่มีเหตุุงใจในการมารับบริการต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการแตกต่างกัน และผู้ที่มารับบริการตามคำบอกเล่าของผู้อื่นจะมีการรับรู้คุณภาพบริการสูง และกรณีการ สุวรรณโคตร (2536 : 464) ได้กล่าวว่า การรับรู้ยังเป็นผลมาจากปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ความเชื่อ ความจำ สภาพอารมณ์ สติปัญญา วุฒิภาวะ คำบอกกล่าว คำแนะนำ คำสอนที่ได้รับต่อกันมาและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ นำเหตุุงใจในการมารับบริการมาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาว่ามีผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

3.3 การรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

ตามแนวคิดเชิงการตลาดของ เซทามล์ และคณะ (Zeithaml, et al., 1988 : 37-45) ได้กล่าวว่า การรับรู้คุณภาพบริการนั้นเกิดขึ้นจากช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้บริการ ซึ่งการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อบริการนั้นเป็นผลมาจากการเกิดปัญหาตั้งแต่ช่องว่างที่ 1 ถึงช่องว่างที่ 4 ซึ่งเกิดขึ้นจากผู้รับบริการ ช่องว่างเหล่านั้นได้แก่

ช่องว่างที่ 1 เป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการและการรับรู้ของผู้บริหารที่มีต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ

ช่องว่างที่ 2 เป็นช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้บริหารที่มีต่อความคาดหวังของผู้รับบริการและการกำหนดลักษณะหรือมาตรฐานของบริการ

ช่องว่างที่ 3 เป็นช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพบริการที่ได้กำหนดไว้และบริการที่ให้

ช่องว่างที่ 4 เป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ให้จริงและการสื่อสารให้ผู้มารับบริการรับทราบ

การที่จะให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงคุณภาพบริการได้นั้นจะต้องพยายามลดช่องว่างหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากช่องว่างต่าง ๆ ให้น้อยลง ในการประเมินคุณภาพบริการ จึงเป็นการเปรียบเทียบคุณภาพบริการที่ได้รับตามการรับรู้ กับคุณภาพบริการที่คาดหวังของผู้รับบริการ โดยบริการที่มีคุณภาพต้องเป็นบริการที่ตรงหรือมากกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้ให้บริการต้องรับรู้ถึงความต้องการความคาดหวังของผู้รับบริการ จึงจะสามารถจัดบริการที่ตอบสนองต่อผู้รับบริการได้ จึงจะเกิดผลทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ประทับใจ และกลับมาใช้บริการดังกล่าวซ้ำอีก

4. การรับบริจาคโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติมีการดำเนินงานบริการโลหิตมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2495 จนปัจจุบันงานบริการโลหิตได้พัฒนาก้าวหน้ามาเป็นลำดับ ได้มีการพัฒนาบริการที่เป็นระบบและมีการผลิตผลิตภัณฑ์ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานสากลจนได้รับการรับรองมาตรฐานISO9001:2000โดยมีนโยบายคุณภาพ(Quality Policy) เพื่อกำหนดทิศทางในการดำเนินงานคือ โลหิตและผลิตภัณฑ์โลหิตมีคุณภาพและปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับ บทบาทและหน้าที่ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้แก่การจัดหาโลหิตและส่วนประกอบโลหิตเพื่อบริการแก่โรงพยาบาลต่างๆ จัดทำอุปกรณ์การเจาะเก็บโลหิตและน้ำยาต่างๆ ใช้ในกิจการศูนย์บริการโลหิตและสาขาบริการโลหิตทั่วประเทศ ผลิตน้ำยาตรวจหมู่โลหิต ผลิตภัณฑ์จากพลาสมา จัดทำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของสาขาบริการโลหิต ช่วยเหลือธนาคารเลือดโรงพยาบาลต่างๆ ด้านการตรวจสอบหมู่โลหิตที่มีปัญหาและการจัดหาโลหิตหมู่พิเศษ จัดการฝึกอบรมระยะสั้นแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานทางธนาคารเลือด รวมทั้งการจัดตั้งภาคบริการโลหิตแห่งชาติให้ครบ 12 ภาคทั่วประเทศ ศูนย์บริการโลหิตมีการแบ่งส่วนงานเป็น 4 แผนงาน ได้แก่ แผนงานจัดหาโลหิต แผนงานผลิต แผนงานบริการ และ แผนงานสนับสนุน

4.1 การรับบริจาคโลหิต

การรับบริจาคโลหิต เป็นการดำเนินงานในส่วนของแผนงานจัดหาโลหิต ประกอบด้วยการทำงานร่วมกัน 3 ฝ่าย คือ

4.1.1 ฝ่ายประชาสัมพันธ์และจัดหาผู้บริจาคโลหิต ทำหน้าที่วางแผนและดำเนินงาน เผยแพร่ข่าวสารข้อมูล ไปยังประชาชนและกลุ่มเป้าหมาย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประสานงาน ขอความร่วมมือสนับสนุนประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนและติดต่อประสานงานล่วงหน้า เพื่อดำเนินการรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่กับหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน วัด ชุมชน สมาคม มูลนิธิ และอื่นๆทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จัดทำตารางหน่วยเคลื่อนที่รับบริจาคโลหิต ผลิตสื่อความรู้เรื่องงานบริการโลหิตรวมทั้งสนับสนุนการจัดโครงการพิเศษในหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

4.1.2 ฝ่ายเจาะเก็บโลหิต ทำหน้าที่เจาะเก็บโลหิตทั้งภายในสถานที่และภายนอกสถานที่ มีการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต(donor selection) การตรวจความเข้มข้นโลหิต(hemoglobin test) และการตรวจหมู่โลหิต กระบวนการเจาะเก็บโลหิต การเก็บรักษาคุณภาพโลหิตในการขนส่ง รวมทั้งการดูแลผู้บริจาคโลหิตภายหลังการบริจาค

4.1.3 ฝ่ายทะเบียนและสถิติ ทำหน้าที่จัดทำทะเบียนผู้บริจาคโลหิตด้วยระบบคอมพิวเตอร์ จัดทำรายงานสถิติของงานบริการโลหิต รวมทั้งพัฒนาระบบงานคอมพิวเตอร์ให้ศูนย์บริการโลหิตและภาคบริการโลหิต

4.2 การรับบริจาคโลหิต มี 2 ลักษณะ คือ

4.2.1 การรับบริจาคโลหิตภายในศูนย์บริการโลหิต หมายถึง การดำเนินงานจัดหาโลหิตจากประชาชนทั่วไปที่เดินทางมาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิต โดยปฏิบัติงานทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ (ปีครีบนเฉพาะวันที่ 1 มกราคม) โดยกำหนดการปฏิบัติงาน มีดังนี้

วันจันทร์ อังคาร พุธ ศุกร์	เวลา 08.00-16.30 น.
วันพฤหัสบดี	เวลา 07.30-19.30 น.
วันเสาร์และวันหยุดราชการ	เวลา 08.00-12.00 น.
วันอาทิตย์	เวลา 11.30-16.00 น.

4.2.2 การรับบริจาคโลหิตในหน่วยเคลื่อนที่(ภายนอกสถานที่) หมายถึง การจัดหน่วยเคลื่อนที่ออกมารับบริจาคโลหิตนอกสถานที่ ทั้งในกรุงเทพมหานคร เขตปริมณฑลรวมทั้งจังหวัดใกล้เคียงต่างๆ ที่มีความประสงค์ให้ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ออกไปรับบริจาคโลหิต โดยจะต้องดำเนินการติดต่อนัดหมาย วัน เวลา การใช้สถานที่หรือการใช้รถรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ โดยมีการประสานงาน ติดต่อนัดหมายกับผู้ประสานงานในหน่วยงานทั้งหน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจหน่วยงานเอกชน วัด และห้างสรรพสินค้า ที่แจ้งความประสงค์มา และหน่วยเคลื่อนที่ที่ไม่มีผู้ประสานงานซึ่งเป็นแหล่งชุมชน เช่น สนามหลวง ตลาดนัดจตุจักร มหาวิทยาลัยรามคำแหง

โดยมีเจ้าหน้าที่หมุนเวียนปฏิบัติงานแบ่งเป็นทีม 8-10 ทีม ออกปฏิบัติงานหน่วยเคลื่อนที่ 8-10 หน่วยต่อวัน การรับบริจาคโลหิตในหน่วยเคลื่อนที่ กรณีที่หน่วยงานนั้นๆมีสถานที่ให้การรับบริจาคโลหิตจะเป็นรูปแบบการใช้เตียงในการรับบริจาค ถ้าหน่วยงานนั้นๆไม่มีสถานที่ให้จะใช้รถรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ปรับอากาศในการรับบริจาค

4.3 ขั้นตอนการรับบริจาคโลหิต เป็นไปตามลำดับ ดังนี้

4.3.1 ขั้นตอนที่ 1 ผู้บริจาคโลหิตกรอกข้อมูล และตอบคำถามในแบบฟอร์มผู้บริจาคโลหิต

4.3.2 ขั้นตอนที่ 2 มี 2 ลักษณะ คือ

1) ภายในศูนย์บริการโลหิต แพทย์หรือเจ้าหน้าที่จะทำการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตโดยตรวจสอบข้อมูลในแบบฟอร์ม ชักถามเพิ่มเติมกรณีมีข้อสงสัยและทำการตรวจสอบสุขภาพเมื่อผ่านขั้นตอนการตรวจสอบสุขภาพแล้วจึงไปสู่ขั้นตอนการตรวจความเข้มข้นโลหิตและตรวจหาหมู่โลหิต

2) ในหน่วยเคลื่อนที่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียนและสถิติ จัดทำทะเบียนและบันทึกข้อมูลสถิติของผู้บริจาคโลหิต

4.3.3 ขั้นตอนที่ 3 มี 2 ลักษณะ คือ

1) ภายในศูนย์บริการโลหิต เจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียนและสถิติ จัดทำทะเบียนและบันทึกข้อมูลสถิติของผู้บริจาคโลหิต

2) ในหน่วยเคลื่อนที่ แพทย์หรือเจ้าหน้าที่จะทำการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตโดยตรวจสอบข้อมูลในแบบฟอร์ม ชักถามเพิ่มเติมกรณีมีข้อสงสัยและทำการตรวจสอบสุขภาพ เมื่อผ่านขั้นตอนการตรวจสอบสุขภาพแล้วจึงไปสู่ขั้นตอนการตรวจความเข้มข้นโลหิตและตรวจหาหมู่โลหิต

4.3.4 การเจาะเก็บโลหิต

4.3.5 การดูแลผู้บริจาคโลหิตภายหลังบริจาค

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับบริจาคโลหิต

ชัยเวช นุชประยูร(2536 : 313) ได้ศึกษาเรื่องการให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการจัดหาผู้บริจาคโลหิตพบว่า จากการรวบรวมรายงานการใช้โลหิตทั่วประเทศในช่วง 12 ปีปรากฏว่าปริมาณการใช้โลหิตในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากปีละประมาณ 530,000หน่วยในปีพ.ศ.2524เป็นปีละประมาณ940,00หน่วยในปี 2535 ซึ่งคิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นปีละประมาณร้อยละ 5.91 ซึ่งปริมาณ

การใช้โลหิตในประเทศดังกล่าวยังคงต่ำกว่าประมาณการความต้องการที่ควรจะเป็น เมื่อคิดจากร้อยละ 2 ของประชากรต่อปีตามที่องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการไว้ แสดงว่าสถานะการใช้โลหิตภายในประเทศไทยยังเป็นไปอย่างประหยัดและถูกจำกัดด้วยปริมาณโลหิตที่จัดหาได้ไม่เพียงพอ มีดัชนีที่บ่งชี้ว่าแผนงานจัดหาโลหิตจากการบริจาคด้วยความสมัครใจหรือความพึงพอใจส่วนบุคคล (Voluntary donation) ยังไม่พัฒนาเต็มที่คือ การจัดหาโลหิตยังต้องพึ่งการบริจาคโลหิตทดแทนจากญาติ (Replacement donation) ในสัดส่วนที่ยังสูงอยู่ถึง 11.72 หากสัดส่วนนี้ลดลงจนเป็นศูนย์ จึงจะถือได้ว่าแผนงานจัดหาโลหิตได้พัฒนาเต็มที่ ด้วยเหตุนี้จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ตลอดปียังขาดแคลนโลหิต

สุกัญญา ตันติกุล (2545: 167) ศึกษาพลวัตของระบบคลังโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติพบว่า ช่วงที่มีการจัดโครงการเพื่อประชาสัมพันธ์การบริจาคโลหิต เช่น วันเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม หรือวันเฉลิมพระชนมพรรษา 5 ธันวาคม ช่วงเปิดเทอมต้นและช่วงเปิดเทอมปลายจะมีปริมาณโลหิตในคลังโลหิตเพิ่มสูงขึ้นจำนวนมาก ส่วนในช่วงเทศกาลปีใหม่ ช่วงเทศกาลสงกรานต์ ช่วงปิดเทอมภาคฤดูร้อนและช่วงปิดเทอมเดือนตุลาคมจะมีปริมาณโลหิตในคลังโลหิตน้อยลง ส่งผลกระทบให้เกิดการขาดแคลนโลหิต ประกอบกับโลหิตมีอายุการใช้ทำให้ช่วงเวลาที่มีปริมาณโลหิตเพิ่มสูงดังกล่าวจะมีปริมาณโลหิตหมดอายุเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังพบว่า ปริมาณของผู้บริจาคโลหิตรายใหม่มีปริมาณมากกว่าปริมาณโลหิตที่ได้จากผู้บริจาคประจำ และมีปริมาณที่มากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนปริมาณที่ได้จากผู้บริจาคโลหิตประจำมีปริมาณโลหิตที่ได้รับน้อยกว่า ทั้งยังไม่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับปริมาณโลหิตที่ได้จากผู้บริจาคประจำ

อินทิรา บางสุวรรณ (2538) ศึกษาแรงจูงใจในการบริจาคโลหิตแก่หน่วยเคลื่อนที่ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย: ศึกษาเฉพาะโครงการถนนสีลม พบว่า แรงจูงใจในการบริจาคโลหิตของกลุ่มผู้บริจาคโลหิตและกลุ่มไม่บริจาคโลหิตที่สำคัญได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต รองลงมาคือปัจจัยด้านชื่อเสียงของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย และปัจจัยทางด้านอิทธิพลของจิตใจและสังคมในเรื่องของเหตุผล การไม่บริจาคโลหิตเพราะกลัวการติดเชื้อโรคจากการบริจาคโลหิต กลัวติดเชื้อจากการใช้เข็มเจาะโลหิต หรือผู้ไม่บริจาคเนื่องจากไม่พร้อมที่จะบริจาคโลหิต เพราะมีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการบริจาคโลหิต และเกิดความรู้สึกว่าโลหิตออกจากร่างกายจะทำให้เกิดอันตราย

อรุณี ศุภนาม (2538) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตของเยาวชนจากสถาบันการศึกษา ในกรุงเทพมหานคร พบว่า เยาวชนครึ่งหนึ่งทราบหมู่โลหิตตนเองแต่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต เยาวชนร้อยละ 80 ไม่มีความรู้เรื่องปริมาณโลหิตในร่างกาย การสร้างโลหิตของไขกระดูก และการผลิตสารทดแทนโลหิต เยาวชน

ครึ่งหนึ่ง ไม่มีความรู้เกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้บริจาคโลหิต ปริมาณโลหิตที่บริจาค สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตพบว่า เยาวชนมากกว่าร้อยละ 75 มีทัศนคติที่ถูกต้อง ส่วนพฤติกรรมการบริจาคโลหิตพบว่า เยาวชนเคยบริจาคโลหิตร้อยละ 21.5 ส่วนใหญ่เวลาไปบริจาคจะชวนเพื่อนไปด้วยร้อยละ 77.7 และเหตุผล 3 อันดับแรกที่ทำให้ตัดสินใจบริจาคโลหิต คือ อยากบริจาค อยากช่วยชีวิตและตรวจสอบสุขภาพ ส่วนผู้ที่ไม่เคยบริจาคโลหิตเหตุผลสำคัญเป็นเพราะ กลัวเจ็บร้อยละ 55.7 กลัวติดเชื้อโรคร้อยละ 42.8 แต่ในอนาคตผู้ที่ไม่เคยบริจาคโลหิตร้อยละ 69.7 ตั้งใจที่จะบริจาคโลหิต

นิรมล อยู่กำเหนิดและคณะ (2547 : 246) ได้ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในการเก็บโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยในการเจาะเก็บโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทยเท่ากับ 124.70 บาท (ไม่รวมค่าถุงบรรจุโลหิต) โดยมีต้นทุนต่อหน่วยรวมในการเจาะเก็บโลหิตภายในสถานที่เท่ากับ 86.08 บาท (ไม่รวมค่าถุงบรรจุโลหิต) ต้นทุนต่อหน่วยรวมใน การเจาะเก็บโลหิตภายนอกสถานที่เท่ากับ 144.67 บาท (ไม่รวมค่าถุงบรรจุโลหิต) ดังนั้นจึงพบว่า การเจาะเก็บโลหิตภายนอกสถานที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงกว่าการเจาะเก็บโลหิตภายในสถานที่ถึง 58.59 บาท คิดเป็นร้อยละ 68.06

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการ

สุกัญญา โลจนากวิวัฒน์และคนอื่น ๆ (2536 : 1-17) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิผู้ป่วยและการได้รับปฏิบัติที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยศึกษาสิทธิผู้ป่วยใน 4 ด้าน คือ สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน สิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพตน สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็มนมนุษย์ และสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อสิทธิของตนทั้งโดยรวมและด้านต่าง ๆ สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สกวาศิ ดวงเด่น (2539 : 153-170) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง และที่หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ ความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ประชากรเป็นผู้ป่วยสามัญจำนวน 321 คน พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 137 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามซึ่งปรับปรุงจาก SERVQUAL ของ Zeithaml และคณะ พบว่า 1) คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยอยู่ในระดับเดียวกันคือ ระดับมาก 2) คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ผู้ป่วยและพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยให้อันดับความสำคัญแก่คุณภาพ

บริการพยาบาลตรงกันในหมวดความไว้วางใจ หมวดให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ และหมวดการเข้าใจและรู้จักผู้ให้บริการ ส่วนหมวดที่ให้อันดับความสำคัญไม่ตรงกัน คือ หมวดความเป็นรูปธรรมของบริการ หมวดสมรรถนะของพยาบาล หมวดความปลอดภัย หมวดความน่าเชื่อถือ หมวดการตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที หมวดการติดต่อสื่อสาร และหมวดความมีอัธยาศัย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคนอื่น ๆ (2539 : 158-168) ได้ศึกษาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในสาขาผู้ป่วยโดยประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 9 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาสามารถนำมาจัดลำดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลโดยเรียงลำดับได้ดังนี้ 1) โรงพยาบาลมูลนิธิ 2) โรงพยาบาลเอกชน และ 3) โรงพยาบาลรัฐ ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลและคำแนะนำจากแพทย์มาก และการที่ผู้ป่วยรู้จักแพทย์สะท้อนให้เห็นว่าแพทย์และผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐรู้จักแพทย์น้อยกว่าในโรงพยาบาลเอกชน

วรรณลักษณ์ คุณยากุล (2542 : 79-89) ได้ศึกษาคุณภาพบริการงานคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดสระบุรี ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ มีความแตกต่างกัน คือ ผู้รับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์สระบุรีมีการรับรู้ในมิติกระบวนการ และมีผลลัพธ์ดีกว่าโรงพยาบาลชุมชน และยังพบว่า เพศ การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่มารับบริการ และเหตุจูงใจในการมารับบริการของผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพบริการ ส่วนอายุ และรายได้ต่อเดือนของผู้รับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพบริการ

รุ่งนภา ขางเอน (2542 : 118-127) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ใช้และไม่ใช้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบริการโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลที่ใช้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ส่วนในโรงพยาบาลที่ไม่ใช้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม โดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก และการเปรียบเทียบคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในระหว่างโรงพยาบาลที่ใช้และไม่ใช้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม โดยรวม และจำแนกรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการของโรงพยาบาลที่ใช้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมสูงกว่า โรงพยาบาลที่ไม่ได้ใช้ ส่วนการเปรียบเทียบคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่ต่างกัน พบว่า คุณภาพบริการโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโดยรวมและรายด้าน 6 ด้าน ไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านความสะดวกในการบริการ และด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ มีความแตกต่างกัน

สุนีย์ เจริญกุล (2543 : 75-82) ได้ศึกษาความคาดหวังของประชาชนต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี พบว่า ความคาดหวังของประชาชนต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี โดยรวมและความคาดหวังทั้งสามด้าน คือ ด้านบริหาร ด้านบริการและด้านวิชาการอยู่ในระดับปานกลางโดยมีความคาดหวังด้านบริการสูงเป็นอันดับที่ 1 ด้านวิชาการเป็นอันดับที่ 2 และด้านบริหารเป็นอันดับที่ 3 ประชาชนที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีความคาดหวังสูงกว่าประชาชนในเขตเทศบาล และพบว่า ระดับการศึกษา ที่อยู่ ระยะทางระหว่างบ้านและโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการมารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี

จันทร์ ยี่สุนศรี (2546 : 88-94) ได้ศึกษาความคาดหวังต่อบริการและบริการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังในระดับปานกลางมากที่สุด ส่วนบริการที่ได้รับอยู่ในระดับน้อยมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังต่อบริการและบริการที่ได้รับของผู้มารับการพบว่าแตกต่างกันทั้งในภาพรวมและรายด้าน

โสภิตา ชันแก้ว (2546 : 139-150) ได้ศึกษาการศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือตอนบน พบว่า คุณภาพบริการผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการอยู่ในระดับสูง ผู้ใช้บริการที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และถิ่นที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการแตกต่างกัน โดยผู้ที่อายุมากกว่ามีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าผู้น้อย ผู้ที่ระดับการศึกษาค่ำกว่ามีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง ผู้มีถิ่นที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลหรือสุขาภิบาลมีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าผู้มีถิ่นที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลหรือสุขาภิบาล ส่วนผู้ใช้บริการที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และปัจจัยในการมารับบริการ ได้แก่ ระยะทางที่เดินทางมารับบริการ ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ และจำนวนครั้งในการมารับบริการ แตกต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน

วิภาภัทร วีระวัฒนกานนท์ (2547 : 88-100) ได้ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพฯ ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้รับบริการมีความคาดหวังระดับมาก ส่วนการรับรู้ระดับปานกลาง ผู้รับบริการที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่มารับบริการ และเหตุฉุกเฉินที่ต่างกัน มีความคาดหวังไม่ต่างกัน แต่สิทธิสวัสดิการและรายได้ต่อเดือนที่ต่างกันจะมีความคาดหวังที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้รับบริการที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่มารับบริการ และเหตุจูงใจที่ต่างกัน มีการรับรู้ไม่ต่างกัน แต่ถ้าอายุต่างกันจะมีการรับรู้ต่างกัน ผู้รับบริการที่ได้ข้อมูลการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้ไม่ต่างกัน

ฟิชเชอร์ (อ้างถึงใน สุพัตรา เหลี่ยมวรารุณ, 2541 : 97-98) ได้ศึกษาถึงการประเมินคุณภาพ และประสิทธิภาพของการรักษา พบว่า ผู้ป่วยจะประเมินคุณภาพจากความสนใจต่อผู้ป่วยของแพทย์ จากความตั้งใจรับฟังคำปรึกษาของผู้ป่วย และแพทย์เต็มใจใช้เวลาสนทนาผู้ป่วย

โอเบิสท์ (Oberst, 1984 : 2366-75) ได้ศึกษาวิธีการวัดคุณภาพบริการ และความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วย และสอบถามความคิดเห็นในเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ทำให้คุณภาพบริการมีความสมบูรณ์ในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 20 คน แบ่งเป็น เพศหญิง 12 คน เพศชาย 8 คน โดยเป็นผู้ที่มีอายุเฉลี่ย 23-74 ปี และเคยได้รับเคมีบำบัดไม่น้อยกว่า 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่าสิ่งที่อำนวยความสะดวกในการบริการต้องประกอบด้วย เวลาที่รอกอย การแนะนำผู้ป่วยและอำนวยความสะดวกต่างๆ การให้การดูแลรักษาที่เพียงพอ สถานที่พักผ่อนที่เหมาะสม และพฤติกรรมในการติดต่อสื่อสารของพยาบาล

ดอดจ์ (Dodge, 1972 : 1852-1854) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาล เกี่ยวกับเรื่องที่ผู้ป่วยควรรู้ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลและผู้ป่วยมีความคิดเห็นตรงกันในเรื่องที่สำคัญมากที่สุดคือ เกี่ยวกับการบอกกล่าวว่ามีสิ่งผิดปกติอะไรเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การช่วยเหลือตนเองในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง พยาบาลและผู้ป่วยมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ในเรื่องผู้ป่วยต้องการทราบอย่างมากเกี่ยวกับอาการของโรคว่าตนเองป่วยหนักมากน้อยเพียงใด โอกาสที่จะหายหรือกลับมาเป็นอีก ผลของการผ่าตัด และวินิจฉัยโรค ความซับซ้อนของโรค รวมทั้งชื่อยาและสรรพคุณของยา ขั้นตอนต่างๆ ของการผ่าตัด จำนวนเงินประกันสุขภาพที่จะได้รับ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้พยาบาลเห็นว่าไม่สำคัญนัก พยาบาลเห็นว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยควรจะทราบคือเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง มากกว่าการได้รับความรู้หรือข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้ป่วยให้ความสำคัญน้อยมาก และพยาบาลเห็นว่าที่สำคัญมากที่สุด คือ ผู้ป่วยควรรู้เกี่ยวกับการจำกัดกิจกรรม และการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยสรุปพยาบาลได้เน้นเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วย สำหรับเหตุการณ์ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลซึ่งผู้ป่วยเห็นว่าไม่สำคัญ ผู้ป่วยจะสนใจในรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องตัวเองมากกว่าเรื่องที่พยาบาลจะทำอะไรให้

อีริกเซน (Eriksen R. Lillian, 1987 : 31-35) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้บริการตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพเชิงกระบวนการกับ

คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และญาติ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บราวน์และสวอร์ต (Brown & Swartz, 1989 : 92-98) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ช่องว่างที่พบในคุณภาพบริการของวิชาชีพทางการแพทย์ โดยศึกษาจากผู้ป่วยและแพทย์พบว่า ช่องว่างที่ 1 เป็นความแตกต่างระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยกับประสบการณ์เดิมที่มีต่อบริการทางการแพทย์ ช่องว่างที่ 2 เป็นความแตกต่างระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยกับการรับรู้ของแพทย์ต่อความคาดหวังของผู้ป่วย และช่องว่างที่ 3 เป็นความแตกต่างระหว่างประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยกับการรับรู้ของแพทย์ต่อความหวังของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ในช่องว่างที่ 1 มีค่าไปในทางลบ และช่องว่างที่ 2 และ 3 มีค่าไปในทางบวก

บาบากัสและคนอื่นๆ (Babagus, et al., 1991 : 12-18) ได้ศึกษาปัจจัยกำหนดคุณภาพบริการจากแหล่งข้อมูลที่ผู้รับบริการคัดสรรกรรมทรวงอกให้ความเชื่อถือมากที่สุด พบว่าแหล่งข้อมูลที่ผู้รับบริการใช้บ่อยมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด คือ แพทย์ รองลงมาคือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ ส่วนแหล่งข้อมูลที่ผู้รับบริการใช้น้อยแต่มีความน่าเชื่อถือ คือ พยาบาล จากผลการศึกษาี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดโฆษณาประชาสัมพันธ์ได้ตามความเชื่อของผู้รับบริการทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจตามความเชื่อข้อมูล

เลมิง (Leming, 1991 : 6-12) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลแนวใหม่ โดยนำความคิดการตลาดเข้ามาประยุกต์ใช้ เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด ซึ่งลูกค้าในที่นี้มี 2 ลักษณะ คือ

1. ลูกค้าภายใน หมายถึง ตัวผู้ป่วย ญาติ แพทย์ พยาบาล ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง
2. ลูกค้าภายนอก หมายถึง บุคคลที่อยู่รอบข้างคอยให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยทางอ้อม เช่น ผู้บริหาร

ผลการศึกษาพบว่า การจัดบริการให้มีคุณภาพต้องตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าทั้งภายในและภายนอกโดยให้เกิดความพอใจสูงสุด ซึ่งผู้บริหารการพยาบาลสามารถจัดบริการได้ตามบทบาทของตน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเชื่อในบริการของลูกค้า

สคาร์ดินา (Scardina, 1994 : 38-46) ได้ทดลองนำเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ (SERVQUAL) ตามแนวคิดเชิงการตลาดของเซทามล์ พาราสุรามาน และเบอร์รี่ มาประยุกต์ใช้วัดคุณภาพบริการพยาบาลกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ โดยนำเครื่องมือที่ประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ คือ 1) ความเป็นรูปธรรมบริการ (Tangible) 2) ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ของบริการ (Reliability) 3) บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการ (Responsiveness) 4) บริการที่สร้างความมั่นใจ

(Assurance) 5) การให้บริการที่รู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ (Empathy) ไปทดสอบกับผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า เครื่องมือดังกล่าวสามารถใช้วัดคุณภาพบริการได้โดยมีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.74-0.98

แอนเดอร์สัน (Anderson , 1995 : 32-37) ได้ศึกษาการวัดคุณภาพบริการทางคลินิก ด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัย โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพ (SERVQUAL) ซึ่งมีเกณฑ์ 5 ประการ ดังนี้คือ 1) ความเป็นรูปธรรมบริการ 2) ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ของบริการ 3) บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการ 4) บริการที่สร้างความมั่นใจ 5) การให้บริการที่รู้จักและเข้าใจในผู้รับบริการ พบว่าคุณภาพบริการนั้นแปรตามความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ยูสเซฟและคนอื่น ๆ (Youssef , et al., 1996 : 15-28) ได้ศึกษาคุณภาพในการดูแล ทางด้านสุขภาพอนามัยในโรงพยาบาลที่มีบริการทางด้านสุขภาพอนามัยแห่งชาติ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพ (SERVQUAL) ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเปรียบเทียบกับระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับการรับรู้ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งมีเกณฑ์ 5 ประการ ในการประเมินคือ 1) ความเป็นรูปธรรมบริการ 2) ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ของบริการ 3) บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการ 4) บริการที่สร้างความมั่นใจ 5) การให้บริการที่รู้จักและเข้าใจในผู้รับบริการ พบว่ามีความแตกต่างกันทางลบอย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการ พบว่า งานบริการทุกประเภทซึ่งรวมทั้งบริการทางด้านสาธารณสุขด้วย ควรให้ความสำคัญและยึดถือความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นเกณฑ์ในการวางแผนและดำเนินการจัดบริการเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องและสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เนื่องจากผู้รับบริการเป็นผู้ประเมินคุณภาพบริการ ดังนั้น งานบริการใดที่สามารถตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการได้ก็จะกล่าวว่าบริการนั้นมีคุณภาพ

ในมุมมองของผู้รับบริการนั้น คุณภาพบริการขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบ ระหว่างบริการที่คาดหวัง (Expected Services) กับบริการที่ได้รับจริงตามการรับรู้ของผู้รับบริการ (Perceived Services) ซึ่งได้มีการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพบริการในงานบริการจนพบว่าผู้รับบริการมีเกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการจากผู้รับบริการ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความเป็นรูปธรรมบริการ 2) ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ของบริการ 3) บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการ 4) บริการที่สร้างความมั่นใจ 5) การให้บริการที่รู้จักและเข้าใจในผู้รับบริการ ดังนั้น ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ตามแนวความคิดของเซตามล์และคนอื่น ๆ (Zeithaml , et al., 1990) และนำเครื่องมือวัดคุณภาพ SERVQUAL มาดัดแปลงเพื่อศึกษา

เปรียบเทียบคุณภาพบริการที่คาดหวัง และที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้บริจาคนโลหิตที่มีต่อการรับ
บริจาคนโลหิตภายในศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย โดยตัวแปรอิสระ ได้แก่
คุณลักษณะทั่วไปของผู้บริจาคนโลหิตภายในศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย และตัวแปร
ตาม ได้แก่ ความคาดหวังคุณภาพบริการและการรับรู้คุณภาพบริการที่ได้รับทั้ง 5 ด้าน ดังที่กล่าว
มาแล้ว