

ประสบการณ์การดูแลเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ

นางสาวบุษบา จันดาทอง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

EXPERIENCES OF HAVING PATIENT COMPLAINTS ON SERVICE BEHAVIORS
OF PROFESSIONAL NURSES

Miss. Busaba Chandatong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

บุษบา จันดาทอง : ประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ. (EXPERIENCES OF HAVING PATIENT COMPLAINTS ON SERVICE BEHAVIORS OF PROFESSIONAL NURSES) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร.สุชาดา รัชชกุล, 169 หน้า.

การศึกษานี้ เป็นกรณีศึกษาเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงโดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เคยถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการอย่างน้อย 1 ครั้ง ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ศึกษา ตั้งแต่ ปีขึ้นไปจำนวน 15 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความและวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษามีดังนี้

ความหมายพฤติกรรมบริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่เคยถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ มีใน 2 ลักษณะ คือ เป็นการแสดงออกทางกิริยาท่าทางที่เป็นมิตรและ การสนใจและเต็มใจให้ความช่วยเหลือต่อผู้ใช้บริการ สำหรับสาเหตุ และเงื่อนไขของการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการเกิดขึ้นได้ใน 6 ประการ โดยพบว่าเกิดจากการใช้คำพูดและน้ำเสียงของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยและญาติที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พอใจ ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจผิดต่อความช่วยเหลือที่ได้รับจากพยาบาลภาระงานของพยาบาลมีมาก การได้รับการบริการไม่สอดคล้องกับความคาดหวัง การถูกยุยงส่งเสริมให้ร้องเรียนจากบุคคลรอบข้างของผู้ใช้บริการและการละเลยต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานการรักษายพยาบาล ส่วนความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ พบว่าพยาบาลที่ถูกร้องเรียนจะเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์และคับข้องใจเมื่อรับทราบการถูกร้องเรียน เกิดความรู้สึกเครียดและไม่มีความสุขขณะถูกดำเนินการพิจารณาและมีความรู้สึกใจและโล่งใจภายหลังแล้ว ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดสำหรับวิธีการจัดการกับความทุกข์ระหว่างการถูกดำเนินการพิจารณานั้น พยาบาลที่ถูกร้องเรียนใช้วิธีการหลากหลายคือ การบอกเล่าระบายความทุกข์กับเพื่อนร่วมงาน การกล่าวโทษความผิดเป็นของผู้อื่น การใช้ธรรมะและศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ การปรึกษากับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงและการปรึกษากับครอบครัว อย่างไรก็ตามผลที่ตามมาภายหลังการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการสำหรับพยาบาลที่ถูกร้องเรียน พบว่ามีการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและกิริยาท่าทางในการให้บริการ มีการตอบสนองความต้องการผู้ป่วยอย่างเต็มใจและรวดเร็ว ใช้เวลาในการให้ข้อมูลและคำอธิบายให้ผู้ป่วยมากขึ้น ให้ญาติมีส่วนร่วมในการพยาบาล ไม่ได้แย้งหรือมีปฏิกิริยาตอบโต้กับผู้ป่วยและญาติ และให้ความสำคัญในการลงบันทึกการพยาบาลเป็นหลักฐาน

การวิจัยครั้งนี้ ทำให้เข้าใจประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการได้อย่างชัดเจนมากขึ้น ความรู้ที่ได้จากค้นพบดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในองค์กรพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

สาขาวิชา...การบริหารการพยาบาล.....ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา...2554.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277839636 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS : PROFESSIONAL NURSE/ COMPLAINT / SERVICE BEHAVIOR /
NURSING PRACTICE / EXPERIENCE

BUSABA CHANDATONG : EXPERIENCES OF HAVING PATIENT
COMPLAINTS ON SERVICE BEHAVIORS OF PROFESSIONAL NURSES.
ADVISOR : ASST. PROF. SUCHADA RATCHUKUL, Ed.D., 169 pp.

This study was based on the qualitative research method of phenomenology. The purpose of this study was to describe the experience of having patients complaints on service behaviors of professional nurses in a northern provincial hospital in Thailand. The participants comprised 15 patients who had filed at least one complaints on the service provision behaviors of professional nurses who had worked at the hospital for 1 year or more. In-depth interviews were applied as the data collection method and the data was analyzed by content analysis and interpretation.

The research findings are as follows:

The meaning of service provision behaviors as perceived by professional nurses who had had patient complaints on service behaviors included 2 aspects, i.e. friendly expression, attention and willingness to help service customer. The causes and conditions of service provision behavior complaints consisted of 6 features by using words and tone of voice expressions to patients or relatives resulting in dissatisfaction, misunderstandings for patients and relatives about nursing assistance, nurses' excessive workload obligations, services that were inconsistent with expectations, service customer settings conducive to complaints and neglect of nursing care standards. The feelings occurring as a result of complaints about service behaviors found nurses to be suffering and doubtful when informed about the complaints. Moreover, they felt stress and discontent while in consideration of the complaints with good feelings after the issues had been resolved. The solutions for handling troubles considered a number of methods for nurses who had patient complaints about service provision behaviors, i.e. telling colleagues about the issues, accusing others of misconduct, applying religious beliefs to their lives, consulting executive nurse administrators and consulting family members. However, the findings after nurses who had had patient complaints about service behaviors revealed changes in the nurses' service provision behavior and manner of service, e.g. timely and willing responses to patient needs, spending more time explaining information to patients, involving patients' relatives as participants in the services, avoiding arguments with patients and/or relatives and giving importance to recording information as evidence.

The findings of this study are able to clearly expand the understanding of the experience of having patients complaints on service behaviors of professional nurses. The knowledge gained from the investigation can be applied to a nurse organization to prevent the problem of alleged service provision behavior of professional nurses in the future.

Field of Study : Nursing Administration..... Student's Signature

Academic Year : 2011..... Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วย ความเมตตา ความช่วยเหลือและความเอื้ออาทรเป็น อย่างดียิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละ เวลาดูแลเอาใจใส่ ถ่ายทอดความรู้ ความคิด ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น แก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอื้ออาทร ตลอดจนเป็นแรงกระตุ้น ให้กำลังใจด้วยดีเสมอมาและเป็น แบบอย่างที่ดีของความมุ่งมั่น มานะอดทน ไม่ย่อท้อต่อปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ผู้วิจัยผู้ศึกษาซึ่ง และขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จิระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่ เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ ทั้ง ภายในห้องและนอกห้องเรียนตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษา ผู้วิจัยผู้ศึกษาซึ่งและจดจำไว้ในใจ ตลอดไป อีกทั้งขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้การสนับสนุนอุดหนุนการศึกษาสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์ในการวิจัยซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์ อย่างสูงสำหรับการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลที่กรุณาให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวม ข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณเพื่อน พี่ น้องพยาบาลอายุรกรรมชาย 1 ทุกท่านที่สละเวลา ต้องรับภาระ งานที่มากขึ้นเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้วิจัยศึกษาหาความรู้

ขอขอบคุณในน้ำ ใจ ความช่วยเหลือเอื้ออาทร และกำลังใจจากรุ่นน้อง เพื่อนร่วมหมู่ รุ่นพี่ ศิษย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกคน และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความ อนุเคราะห์ เอื้ออำนวยความสะดวก ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้ คุณพ่อและคุณแม่อัน เป็นที่รักและระลึกถึงท่านอยู่เสมอ เป็นแรงกำลังใจผลักดันให้ผู้วิจัยอย่างยิ่งใหญ่ ถ่ายทอดกำลังใจ ความหวังไขอย่างไม่สิ้นสุดรวมถึงญาติ ซึ่งคอยช่วยเหลือ ให้ความหวังใจ ใส่ใจ ให้กำลังใจมาอย่าง ดียิ่ง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.....	8
องค์การพยาบาล.....	12
การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ.....	26
พฤติกรรมกรรมการบริการและการร้องเรียนพฤติกรรมบริการ.....	47
แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญต่อปัญหา.....	65
การวิจัยเชิงคุณภาพและการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา.....	70
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	80
แนวคิดเบื้องต้น.....	86
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	88
พื้นที่ศึกษา.....	88
ผู้ให้ข้อมูล.....	89
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	90
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	91

บทที่	หน้า
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	92
ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	93
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	94
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
4 ผลการศึกษา.....	92
5 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย.....	126
สรุปผลการวิจัย.....	126
อภิปรายผลการวิจัย.....	129
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	135
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	135
รายการอ้างอิง.....	136
ภาคผนวก.....	149
ภาคผนวก ก ประมวลคำศัพท์.....	150
ภาคผนวก ข ตารางแสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล.....	153
ภาคผนวก ค แนวคำสัมภาษณ์.....	159
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	169

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. แสดงจำนวนข้อร้องเรียนและหัวข้อการร้องเรียน.....	53
2. แสดงจำนวนเรื่องร้องเรียน การไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรในการบริการ.....	54
3. แสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล.....	154

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพยาบาลแต่เดิมนั้นเริ่มมาจากการดูแลช่วยเหลือกันเองในครอบครัวและชุมชน ในรูปของการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม มิใช่กิจการที่แสวงหาผลประโยชน์เชิงพาณิชย์โดยยึดโรงพยาบาลเป็นฐาน ซึ่งการให้บริการอยู่ในรูปการบริการเชิงรับไม่มีการให้บริการนอกโรงพยาบาลซึ่งเป็นการบริการเชิงรุก ซึ่งมีความแตกต่างจากปัจจุบันดังปรากฏในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 ที่เน้นการทำงานในเชิงรุก มุ่งป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการตั้งรับ โดยนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ผสมผสานกับเทคโนโลยีสมัยใหม่ ร่วมกับการจัดบริการพยาบาลที่หลากหลายเพื่อเปิดโอกาสทางเลือกให้ประชาชน (วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, 2553) ส่งผลให้พยาบาลอยู่ภายใต้สภาวะความเครียดในการทำงานสูงขึ้น (Masters, 2005) เพราะต้องให้บริการ โดยคำนึงถึงผลลัพธ์คุณภาพบริการที่คุ้มค่าคุ้มทุนและผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจสูงสุด (วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, 2553) ซึ่งผลลัพธ์คุณภาพบริการที่มุ่งเน้นความคุ้มค่าคุ้มทุนนั้น ทำให้ประชาชนให้ความสนใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาสิทธิในการรักษาพยาบาลของตนมากขึ้น ลักษณะดังกล่าวนี้ส่งผลให้ความสัมพันธ์ที่อบอุ่นเอื้ออาทรและการให้เกียรติยกย่องผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์พยาบาล กลับกลายเป็นความสัมพันธ์เชิงพันธะสัญญา ความไว้วางใจซึ่งกันและกันลดลงไป และนำไปสู่ความระแวงต่อกัน สิ่งที่ตามมาก็คือ ความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยยังมีโอกาสเพิ่มสูงมากขึ้น (สุพิศตรา จิตตเสถียร, 2550) ถึงแม้ว่าความขัดแย้งจะเป็นเรื่องปรากฏการณ์ปกติที่เกิดขึ้นในทางการแพทย์ (Stroeder, Znaniecki, and Brennerman, 2006 cited in Clark, 2009) แต่ก็ทำให้สัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยลดลงไป และตามมาด้วยการร้องเรียนและฟ้องร้องเป็นคดีความมากขึ้น (วันรพี สมณช่วงเผือก 2553)

จากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าผู้ใช้บริการสาธารณสุขจำนวนเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนกับจำนวนบุคลากรสุขภาพ กล่าวคือ ประเทศไทยมีแพทย์ทั้งหมด 7,598 คน เป็นแพทย์ที่ทำงานดูแลรักษาผ่าตัดผู้ป่วยเพียง 8,000 คน ใช้เวลาในการตรวจผู้ป่วยนอกเพียง 2-4 นาทีต่อผู้ป่วย 1 คน ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อความผิดพลาดจากการตรวจรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (เชิดชู อริยศรีวัฒนา, 2553) จากการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นสูงมากจาก 15 ล้านรายในปี พ.ศ. 2534

เป็น 49.7 ล้านรายในปี พ.ศ. 2549 แต่ขณะที่มีจำนวนบุคลากรสุขภาพมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 61.1 ในปี พ.ศ.2534 เหลือเพียงร้อยละ 56.3 ในปี พ.ศ. 2549 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลพบว่าประสบปัญหาความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพมากกว่า 30,000 คน ส่งผลให้บุคลากรพยาบาลที่ยังคงอยู่ในระบบบริการสุขภาพต้องทำงานหนัก โดยเฉพาะการอยู่เวรย้าย-ดึก และวันหยุดราชการทำให้ไม่เพียงแต่ไม่มีเวลาพักผ่อน แต่ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพการบริการด้วย (วิจิตร กุสุมภ์ และคณะ, 2553) สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นแต่บุคลากรพยาบาลกลับน้อยลง ซึ่งไม่เพียงแต่จะส่งผลให้บุคลากรพยาบาลต้องมีการะงานมากเกินไป ขณะเดียวกันก็ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงอันตรายเพิ่มขึ้นด้วย รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาลได้ง่ายขึ้นเพราะการประกอบวิชาชีพการพยาบาลนี้ นำเป็นต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง(พิกุลทิพย์ หงส์เทียร และประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล 2548: 268) โดยเฉพาะความคาดหวังของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมักมีการเปรียบเทียบคุณภาพบริการ และราคา รวมถึงคาดหวังกับคุณภาพการดูแล การบริการที่เป็นเลิศ เพื่อให้คุ้มค่างับจำนวนเงินที่จ่ายไป (Osborne, 2004) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการสูง จึงทำให้เป็นปัจจัยนำไปสู่การร้องเรียนพฤติกรรมบริการมากยิ่งขึ้นเพราะการบริการไม่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวัง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2547; เชิดชู อริยศรีวัฒนา, 2553)

จากข้อมูลของหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2548 พบว่าเป็นเรื่องร้องเรียนตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 57 และ 59 จำนวน 1,864 เรื่อง ในจำนวนนี้เป็นเรื่องไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร 164 เรื่อง และพบว่าเป็นเรื่องพฤติกรรมบริการ 60 เรื่อง (นวรรตน์ สุวรรณพ้อง และคณะ, 2550) สอดคล้องกับรายงานผลสำรวจเรื่องร้องเรียนของผู้ใช้บริการทางสุขภาพพบว่าเรื่องร้องเรียนที่มากที่สุดนั้นคือ การให้บริการสูงมากถึงร้อยละ 70 (วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์, 2547) สำหรับพยาบาลวิชาชีพ สภาการพยาบาลได้รับเรื่องร้องเรียนถึงพฤติกรรมบริการเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยปัญหาการร้องเรียนส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับความไม่พึงพอใจในพฤติกรรมบริการ ซึ่งปรากฏในรายงานผลสรุปของคณะอนุกรรมการจริยธรรมในปี พ.ศ. 2541-2544 พบว่าในจำนวนนี้เป็นเรื่องปฏิบัติต่อผู้ป่วย ให้บริการด้วยความไม่สุภาพจำนวน 5 คนและเป็นเรื่องละเลยไม่เอาใจใส่ผู้ใช้บริการจำนวน 3 คน (คณะอนุกรรมการจริยธรรมสภาการพยาบาล, 2545) เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติงานในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง จึงเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติตลอดเวลา ดังนั้นโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการย่อมเกิดขึ้นได้สูง (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2546) ซึ่งสภาการพยาบาลได้กล่าวว่าปัญหาปัจจุบันพบว่าพยาบาลที่ถูกร้องเรียนส่วนใหญ่จะมาจาก

กระทำกิจกรรมทาง เวชกรรมที่เกิดจากพยาบาลโดยตรงที่สำคัญมี 3 ประการ คือ มีความรู้เรื่อง กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพฯ ไม่เพียงพอ ไม่ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมทางการ พยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการ พยาบาล คือ กระทำการพยาบาล หรือจัดการบริการที่ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของวิชาชีพ (พรจันท์ สุวรรณชาติ, 2552) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่องค์กรวิชาชีพพยาบาลควรให้ความสนใจและป้องกันการ ร้องเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพจาก ความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

พฤติกรรมบริการ เป็นการแสดงออกที่ผู้ให้บริการ ณ สถานบริการต่างๆ ปฏิบัติต่อ ผู้ใช้บริการ ทั้งโดยวาจา การใช้น้ำเสียงและการแสดงออกด้วยสีหน้าท่าทางที่เรียกว่า การเคลื่อนไหวร่างกาย (Body movement) หรือภาษาท่าทาง (Body language) (นวรรตน์ สุวรรณพงษ์ และคณะ, 2550) การแสดงออกต่อผู้ให้บริการในลักษณะต่าง ๆ นั้น เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน พยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ต้องปฏิบัติในการให้ การดูแล โดยผู้ให้บริการ ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ซึ่งหมายถึง บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาลเท่านั้น (พระราชบัญญัติ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540, 2540) ดังนั้น การให้บริการด้าน สุขภาพนี้ ต้องอยู่ภายใต้คุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมายซึ่งมีความสัมพันธ์กับการ ประกอบวิชาชีพการพยาบาลตามที่สภาการพยาบาลกำหนด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความคาดหวังในพฤติกรรมบริการตามสิทธิผู้ป่วย พบว่าพฤติกรรมบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจะได้รับจากพยาบาลในระดับมากที่สุด คือ การตรวจเยี่ยม ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การรักษาพยาบาลด้วยความเต็มใจโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ การให้ข้อมูล เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เป็นต้น จึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมบริการที่แสดงออกที่ ดินนี้ เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการต้องการมากที่สุด (สุมาลี ตาลเลี้ยง, 2548) แต่ในสภาพความเป็นจริงกลับ พบว่า พฤติกรรมบริการกลับเป็นปัญหาที่ถูกร้องเรียนมากที่สุด (วินัย ดันดียาสวัสดิกุล, 2552) ดังสะท้อนให้เห็นจากรายงานผลการศึกษาศึกษาการสื่อสารและพฤติกรรมบริการเกี่ยวกับพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ให้บริการที่ผู้ให้บริการไม่พอใจ ในภาพรวมพบว่าร้อยละ 16.9 มีประสบการณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ ขณะได้รับบริการจากผู้ให้บริการ เช่น ทำแผล แรง นิ่งไม่ตอบคำถาม ไม่อธิบายโรค (นวรรตน์ สุวรรณพงษ์ และคณะ, 2550) นอกจากนี้ ความ ขัดแย้งด้านความสัมพันธ์ในการสื่อสาร การให้ข้อมูลในการรักษาโรคที่ไม่ชัดเจนของผู้ให้บริการ ส่งผลให้ผู้ให้บริการเข้าใจผิดและนำไปสู่การร้องเรียนตามมา (วิลาวลัย สุวรรณเจริญพร, 2550)

แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมบริการของพยาบาลนั้นยังเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดการร้องเรียนขึ้น ได้เสมอจึงต้องมีการศึกษาเพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

จากสถิติการร้องเรียนพฤติกรรมบริการของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในปี 2553 พบว่า พยาบาลถูกร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการมาร้อยละ 2.41 และในปี 2554 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นซึ่งในอดีตไม่เคยมีปรากฏมาก่อน ซึ่งการร้องเรียนดังกล่าว เป็นเรื่องการบริการล่าช้า ไม่ทันใจ การแสดงออกด้วยกิริยา วาจา น้ำเสียงไม่เหมาะสม การสื่อสารที่ไม่ตรงกัน เป็นต้น คณะกรรมการ พฤติกรรมบริการ โรงพยาบาลศูนย์, 2554) ซึ่งเมื่อมีการร้องเรียนเกิดขึ้นจะทำให้บั่นทอนจิตใจทั้ง ผู้ให้และผู้ให้บริการ รวมทั้งภาพลักษณ์ของระบบบริการสุขภาพด้วย (บรรพต ตันธีรวงศ์, 2550) จากการศึกษา นำร่องโดยการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจำนวน 2 คน เมื่อวันที่ 15 มีนาคม และ 29 เมษายน 2554 พบประเด็นสำคัญที่เป็นผลมาจากการถูกร้องเรียน พฤติกรรมบริการ คือ ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ให้บริการที่ถูกร้องเรียนไปในทางลบ เช่น เกิดความเครียด เสียใจ น้อยใจ โกรธ และส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น มีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อยลงแต่สิ่งที่เป็นผลพลอยได้ตามมาคือ พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลง ในพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ คือ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีการแสดงออกจากสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียงให้เหมาะสมและให้ความสำคัญกับการติดต่อสื่อสารกับผู้ให้บริการมากขึ้น รวมทั้งตระหนักถึงความสำคัญในการให้บริการ โดยมีผู้ร่วมวิชาชีพหรือญาติ ผู้ป่วยอยู่ด้วยขณะให้บริการเพื่อเป็นการป้องกันการสื่อสารที่ผิดพลาดระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังบอกถึงความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นหลังจากถูกร้องเรียนพฤติกรรม บริการจากการปฏิบัติงาน โดยกล่าวว่า “เครียดนะเป็นเดือนๆ...แรกๆก็ร้องไห้เลย” “เพียงแค่ว่า... หมอได้แจ้งญาติคนที่อยู่ดูแลผู้ป่วยแล้ว ให้ถามญาติคนนี้นั่นล่ะกัน พูดแค่นี้ ญาติก็ร้องเรียนเลย “คนอื่นเค้าก็พูดกัน ไม่เห็นโดน..แล้วทำไมต้องมาโดนกับตัวเอง” เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าปัญหา พฤติกรรมบริการที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและร่างกายของพยาบาลผู้ถูกร้องเรียนเป็นอย่างมาก ดังนั้นฝ่ายการพยาบาลของทุก โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับปัญหาที่พยาบาลถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ และควรหา วิธีการหรือมาตรการในการป้องกันปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลถูกร้องเรียน พฤติกรรมบริการลดน้อยลงแล้วยังช่วยให้พฤติกรรมบริการให้เป็นไปตามความคาดหวังทั้งของ ตัวผู้ป่วยและสังคมโดยรวม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรณีดังกล่าวส่วนใหญ่ได้มาจากการศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและเป็นการถามความคิดเห็น โดยรวมกับพยาบาลทั่วไปทำให้ได้ข้อมูลที่จำกัด ส่วนข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจากประสบการณ์

จริงของผู้ได้รับการร้องเรียนโดยตรงซึ่งมีการศึกษาอยู่ในวงจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาโดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่จะช่วยให้เข้าใจความรู้สึกในมุมมองเชิงลึกจากผู้มีประสบการณ์การถูกร้องเรียนโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพเพื่อทำความเข้าใจผู้มีประสบการณ์ตรงจากการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการถูกร้องเรียนพฤติกรรมทำให้บริการจากผู้ให้บริการ อันเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการและส่งเสริมภาพลักษณ์องค์การวิชาชีพพยาบาลต่อไป

คำถามงานวิจัย

ประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดภาคเหนือ เป็นการศึกษาโดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจากผู้ให้บริการ และสามารถดูหรือคลี่คลายข้อร้องเรียนได้โดยวิธีการใกล้เคียงของผู้บริหารโรงพยาบาลร่วมกับการใช้การคัดเลือกแบบสายใยเชื่อมโยง (Snowball sampling) และผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีและเต็มใจในการให้ข้อมูล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In – depth interview) โดยใช้แนวคำสัมภาษณ์ (Interview guideline) ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งประมาณ ชั่วโมง ร่วมกับการบันทึกเทป และสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Saturation)

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง การบอกเล่าเรื่องราวจากการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของพยาบาลวิชาชีพจากการถูกร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจและนำไปสู่การกล่าวหาหรือกล่าวโทษโดยใช้วิธีการร้องเรียนบริการต่อผู้บังคับบัญชาของพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยขึ้นไปหรือมีการตั้งคณะกรรมการสอบสวนข้อร้องเรียนโดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานคณะกรรมการพิจารณา และสอบสวนข้อร้องเรียนซึ่งวิธีการร้องเรียนของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเป็นการร้องเรียนที่ทางวาจาหรือที่เขียนหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรและหย่อนกลองรับความคิดเห็นในแต่ละหอผู้ป่วยหรือการเขียนหนังสือร้องเรียนเมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้ว

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ขึ้นทะเบียนได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 จากสภาการพยาบาล ปฏิบัติงานโรงพยาบาลที่ศึกษามาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี และเคยถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจากผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการมาแล้วตั้งแต่ ครั้งขึ้นไปภายในระยะเวลาไม่เกิน 4 ปี นับตั้งแต่วันที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ แต่ไม่เคยถูกผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการฟ้องร้องเป็นคดีความ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการให้บริการดูแลช่วยเหลือให้สอดคล้องตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ
2. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ

5. แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญต่อปัญหา
 - 5.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา
 - 5.2 กลวิธีการเผชิญปัญหา
 - 5.3 ผลลัพธ์ของการปรับตัว(Adaptation outcomes)
6. การวิจัยเชิงคุณภาพและการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
 - 6.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ
 - 6.2 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.1 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลศูนย์เป็นโรงพยาบาลของรัฐในระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในเขตศูนย์กลางหรือเขตส่วนภูมิภาค ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองหรืออำเภอขนาดใหญ่ของจังหวัดที่มีประชากรหนาแน่น โดยแบ่งงานภายในออกเป็น 5 กลุ่ม คือ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กลุ่มภารกิจด้านพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย, 2550) เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่500 เตียงขึ้นไป ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทั้งในเขตศูนย์กลางหรือเขตภูมิภาค สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนต้องการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ และมีความต้องการการดูแลรักษาโดยผู้ชำนาญเฉพาะสาขา บุคลากรประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ โรคหรือเฉพาะทาง ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางพยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548) รวมถึงให้บริการกับผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลาย ได้แก่ กลุ่มประชากรที่มีสุขภาพดี กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง ลักษณะผู้ป่วยอาจจะรักษาให้หายขาดได้ ต้องการการดูแลในระยะสั้น ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนมาก และผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ นวัตกรรมใช้เทคโนโลยีก้าวหน้าทางการแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา (สมทรง จุไรทัศน์, 2549) ซึ่งโดยรวมนี้เป็นสถานบริการตรวจรักษาแก่ประชาชนโดยทั่วไปและโรคเฉพาะสาขา บริการด้านการดูแลรักษา ด้านการส่งเสริม ด้านการป้องกันโรค ด้านการฟื้นฟูสภาพ ให้การสนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่างๆ แพทย์ฝึกหัด

แพทย์ประจำบ้าน ร่วมมือในการผลิตแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข พร้อมทั้งจัดบริการทางสาธารณสุขอื่นๆ (เรณู สอนเครือ, 2552)

ลักษณะงานและขีดความสามารถของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกได้ 4 ด้าน ดังนี้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2542)

1. งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เทศบาลในงานสาธารณสุขพื้นฐานของระบบตำบลและหมู่บ้าน
 2. งานด้านรักษาพยาบาล บริการในลักษณะเฉพาะโรคทุกสาขา
 3. งานศึกษาฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ ได้แก่ นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาเภสัช แพทย์ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ
 4. งานด้านวิจัย ได้แก่ Clinic research, Biomedical research และ Health service research
- สรุป โรงพยาบาลศูนย์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและต้องการการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ ประกอบด้วยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ

1.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2544)

1. ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค ให้การรักษาพยาบาลทุกสาขาวิชาทางการแพทย์และฟื้นฟูสภาพ ทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาทั้งทางกายและทางจิต ร่วมมือในการรักษาพยาบาลในท้องที่ห่างไกลแบบหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่
2. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว การโภชนาการ การศึกษา การอนามัยผู้สูงอายุ การป้องกันและรักษาผู้ติดยาเสพติด การสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งให้บริการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการสุขภาพตามแผนและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัดแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลและประชาชนในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานบริการอื่นได้รับผิดชอบ
3. ให้บริการชั้นสูตรสาธารณสุขทั้งใน โรงพยาบาลและแก่หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งภายในจังหวัด และจังหวัดอื่นๆ ในเขตรับผิดชอบ

4. จัดดำเนินการตามระบบรับและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อตรวจหรือรักษาต่อให้มีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย รวมทั้งสถาบันทางการแพทย์และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในเขตจังหวัดที่รับผิดชอบ
 5. ให้การสนับสนุนด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์แก่โรงพยาบาล และสถาบันบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในเขตรับผิดชอบ ตามที่ระเบียบของทางราชการจะเอื้ออำนวย
 6. ให้การสนับสนุนด้านซ่อมแซมเครื่องมือ เครื่องใช้ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์แก่โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในเขตรับผิดชอบ
 7. ศึกษา ค้นคว้า วิจัย เพื่อให้มีการพัฒนาทางวิชาการในด้านการแพทย์และเทคนิคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล
 8. ดำเนินงานด้านการศึกษาและฝึกอบรมแก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกระดับรวมทั้งการจัดห้องสมุดให้มีตำราและเอกสารทางวิชาการให้เพียงพอแก่การสนับสนุนโรงพยาบาลอื่นๆ
 9. รวบรวมสถิติข้อมูล และจัดทำรายงานเสนอศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพกลาง
 10. สนับสนุนและนิเทศงาน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในจังหวัดที่รับผิดชอบทางวิชาการ ด้านการรักษาพยาบาลและอื่นๆ รวมทั้งสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน
- ส่วนการให้บริการของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรงพยาบาลศูนย์มีการปรับบทบาทด้านการให้บริการเพื่อสอดคล้องกับนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ (สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข, 2544)
1. จัดกระบวนการบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บริการและรับผิดชอบต่อคุณภาพของผู้ใช้บริการที่อยู่ในพื้นที่รอบโรงพยาบาล ที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที
 2. จัดกระบวนการบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเพื่อให้บริการผู้ป่วยในที่ต้องการการดูแลรักษาที่เป็นบริการเฉพาะทางและต้องใช้เทคโนโลยีในการรักษาพยาบาล ซึ่งการบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่ดีควรมีลักษณะดังนี้
 - 2.1 ให้บริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนอย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน
 - 2.2 มีบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือในการให้บริการได้ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด
 - 2.3 มีระบบรองรับการให้บริการอุบัติเหตุ และฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 2.4 มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่สะดวกไม่มีช่องว่างและมีการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับบริการต่อเนื่องจากที่หน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อเห็นว่าเหมาะสม
 - 2.5 มีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2549) ได้กล่าวถึงบทบาทโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในเรื่อง ดังนี้

บทบาทด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

1. ให้การส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม
2. ให้บริการเก็บตัวอย่างด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม และตรวจคัดกรองตามความเสี่ยงของงานในกรณีที่มีศักยภาพ
3. จัดบริการตรวจสุขภาพแรกเข้าทำงาน ระหว่างงาน กลับเข้าทำงานหลังหายจากการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย
4. วินิจฉัยโรคซึ่งเกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
5. ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
6. รับและส่งต่อผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรณีที่ต้องการแพทย์เฉพาะทางเพื่อตรวจวินิจฉัยหรือเพื่อการรักษาต่อที่เหมาะสม
7. สนับสนุนให้มีสภาพฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
8. ร่วมดำเนินการในทีมการเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับอุบัติภัยจากสารเคมีและอุบัติเหตุหมู่หมู่ในระดับจังหวัด
9. สนับสนุนการเฝ้าระวัง และสอบสวนโรคผู้ป่วยจากการประกอบอาชีพ และ โรคจากสิ่งแวดล้อมทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล
10. ประสาน/สนับสนุนดำเนินการด้วยการแพทย์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พระราชบัญญัติเงินทดแทน พระราชบัญญัติการสาธารณสุข ฯลฯ

11. ให้คำปรึกษาทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่สถานประกอบการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

บทบาทด้านการบริหารจัดการ

1. มีหน่วยงาน บุคลากร และครุภัณฑ์ที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
2. จัดทำแผนงานอาชีวอนามัยระดับอำเภอจังหวัด ที่รับผิดชอบ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยสอดคล้องกับนโยบายของจังหวัดและปัญหาของพื้นที่
3. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ในจังหวัด รวมทั้งศูนย์ข้อมูลสารเคมีอันตรายของแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ
4. จัดให้มีข้อมูลด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและบริการอาชีวอนามัยแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

บทบาทด้านวิชาการ

1. ในการฝึกอบรม และหรือให้บริการด้านสุขศึกษาประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านอาชีวอนามัยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
2. ให้คำปรึกษาด้านวิชาการให้กับเครือข่ายและกลุ่มเป้าหมาย
3. ศึกษาวิจัยและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัยโรคการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

กล่าวได้ว่า โรงพยาบาลศูนย์เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ให้บริการผู้ป่วยในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัยโรคการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการควบคุมด้านอาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม ทั้งในด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ด้านการบริหารจัดการ ด้านวิชาการ เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง ให้บริการผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนรุนแรงของโรค โดยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีที่ทันสมัย พร้อมกับ สหวิชาชีพที่หลากหลาย ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการดูแล อีกทั้งเป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ได้บุคลากรที่มีคุณภาพ มีความรู้เท่าทันโรค และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้

2. องค์กรพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลมีองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวกับศึกษาและการให้บริการทางวิชาชีพ ซึ่งมีทั้งองค์กรที่มีขนาดเล็กไปจนถึงองค์กรที่มีขนาดใหญ่ เช่น องค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีองค์กรอิสระที่มีผู้บังคับบัญชาสูงสุดขององค์กรนั้นๆ ซึ่งปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา ส่งผลกระทบต่อองค์กรต่างๆ ไม่เว้นแต่องค์กรพยาบาล การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นแรงผลักดันให้เกิดความพยายามขององค์กรที่จะต้องปรับตัวเพื่อรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (รัชณี อยู่ศิริ, 2551) องค์กรพยาบาล เป็นองค์กรย่อยขององค์กรหนึ่งใน โรงพยาบาล เป็นองค์กรที่มีความสำคัญมาก และมีจำนวนเจ้าหน้าที่มากที่สุดในโรงพยาบาล องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรที่มีความจำเป็นต้องทำงานร่วมกับผู้อื่นมากมาย และจะต้องติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องปฏิบัติงานให้ผู้รับบริการเกิดความพอใจสูงสุด (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545) การบริการพยาบาลเป็นการบริการที่ใหญ่ที่สุดในองค์กรสุขภาพ และจำเป็นต้องมีผู้บริหารทางการแพทย์ที่มีสมรรถนะที่สำคัญสำหรับการจัดการ สนับสนุนแหล่งทรัพยากร และเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่กำหนดคุณภาพการพยาบาลที่เปี่ยมด้วยความเมตตากรุณา ขณะที่โครงสร้างองค์กรพยาบาลแต่ละแผนกถูกกำหนดด้วยปัจจัยที่แตกต่างกัน เช่น ขนาด ความ

ซับซ้อนขององค์การ รวมถึงการทำงานแบบรวมอำนาจและการกระจายอำนาจ ทำให้การทำงานขององค์การพยาบาลต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน (Manzano and Bufe, 2010)

2.1 ความหมายขององค์การพยาบาล

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) ได้ให้ความหมายขององค์การพยาบาลว่าเป็นการรวมกลุ่มของพยาบาลระดับต่างๆ รวมทั้งการรวมของทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น ได้แก่ งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ การบริหารวิธีการเพื่อประกอบกิจกรรมการพยาบาล (Nursing service) ให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ฟาริดา อิบราฮิม (2546) กล่าวถึงองค์การพยาบาลว่าเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการรวมถึงทรัพยากร ค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการ คุณภาพการดูแลหน่วยงานย่อยที่ต้องทำ งานเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ตลอดจนถึงแวดล้อมทางสังคม และทางเทคนิคที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติงาน ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้บริหารกระบวนการปฏิบัติงานต่างๆ ทำให้องค์การสามารถมอบบริการพยาบาลและข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่คุณลักษณะของวิชาชีพให้เป็นที่ยอมรับในสังคมและเป็นที่ยกย่องแก่ทีมสุขภาพ

สำนักการพยาบาล(2551) กล่าวว่าองค์การพยาบาล เป็นภาพรวมของหน่วยบริการทั้งหมดภายในโรงพยาบาล/สถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ รวมทั้งบุคลากรทางการพยาบาลและบุคลากรอื่นๆ ภายใต้การกำกับดูแลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง ซึ่งขององค์การอาจเรียกตามโครงสร้างของแต่ละโรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันไป

Huges (1990) ได้ให้ความหมายขององค์การพยาบาลไว้ว่า เป็นองค์การทางสุขภาพที่กำหนดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาและส่งเสริมคุณค่าสิ่งใหม่ให้สังคม โดยรวมการดูแลสุขภาพทุกสาขาไว้ด้วยกัน ซึ่งต้องอาศัยทักษะและความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความคาดหวังและความเชื่อของสังคม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

Frederickson (2003) กล่าวถึงความหมายขององค์การพยาบาลไว้ว่า เป็นองค์ที่มีกรรวมกลุ่มกันอย่างชัดเจนของบุคคลเพื่อมุ่งผลความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

สรุปได้ว่า องค์การพยาบาล หมายถึง องค์การทางสุขภาพที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการเพื่อการบริการ ที่เกิดจากการรวบรวมบุคลากรทางการพยาบาลระดับ

ต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพเพื่อประกอบกิจกรรมการพยาบาลให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และเพื่อแก้ปัญหา รวมทั้งส่งเสริมคุณค่าให้ประชาชนและสังคม

2.2 การจัดองค์การพยาบาล

ในการจัดองค์การพยาบาลให้เหมาะสมนั้น ผู้บริหารการพยาบาลควรยึดหลัก ดังนี้ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545, 2552)

1. กำหนดนโยบายปรัชญา และวัตถุประสงค์ในการให้บริการพยาบาล โดยคำนึงถึงปรัชญาและวัตถุประสงค์ขององค์การที่ใหญ่กว่า ได้แก่ โรงพยาบาล กระทรวง เป็นต้น และปรัชญาทางวิชาชีพ นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงนโยบายการพัฒนาสาธารณสุข การกำหนดอาคารกระทำโดยหัวหน้าพยาบาลหรือคณะกรรมการร่วมกันกำหนดขึ้นก็ได้ ในการกำหนดควรใช้ข้อความกะทัดรัดชัดเจนทุกคนสามารถปฏิบัติตามได้ และเป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายได้

2. กำหนดโครงสร้างขององค์การ โดยการกำหนดแบ่งงานออกเป็นหน่วยงานต่างๆ เป็นระดับลงไป จนถึงกรบริการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงกำหนดให้ชัดเจนหน่วยงานใดประกอบด้วยหน่วยงานย่อยอะไรบ้าง โดยพิจารณาจากลักษณะของงานบริการพยาบาล ชนิดของผู้ป่วยหรือประเภทของการรักษา

3. กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละงาน และกำหนดคุณสมบัติของผู้รับผิดชอบแต่ละงานนั้นด้วย เช่น กำหนดผู้รับผิดชอบงานฝ่ายการพยาบาล คือ หัวหน้าพยาบาล กำหนดคุณสมบัติของหัวหน้าพยาบาลไว้ตามที่ต้องการ การกำหนดผู้รับผิดชอบงานอาจกำหนดเป็นงานหลัก และงานรองได้ตามความเหมาะสมไม่จำเป็นว่าต้องมีผู้รับผิดชอบ คนต่อหนึ่งงานเท่านั้น

4. กำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบขององค์การ และของงานย่อยแต่ละงาน ซึ่งจะแตกต่างกันตามขนาดของโรงพยาบาล กำหนดโดยใช้ข้อความรัดกุม ชัดเจน เนื้อหาครอบคลุมทุกงาน ได้แก่ กำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของฝ่ายการพยาบาล ของงานบริหารการพยาบาล ของกรบริการพยาบาล ของงานวิชาการ ของหอผู้ป่วย ของทีมการพยาบาล ฯลฯ

5. กำหนดสายการบังคับบัญชา จากระดับผู้รับผิดชอบสูงสุดจนถึงต่ำสุด ทุกตำแหน่งและจำนวนของผู้ใต้บังคับบัญชาแต่ละตำแหน่ง

6. กำหนดสายการประสานงาน ทั้งภายในองค์การทางการพยาบาลเอง และการประสานงานกับองค์การอื่นๆ ของโรงพยาบาลหรือของสถาบัน เช่น การประสานงานระหว่างหอผู้ป่วย การประสานงานระหว่างฝ่ายการพยาบาลกับฝ่ายอื่นๆ

การจัดองค์การที่ดีมีส่วนสัมพันธ์กับความสำเร็จของกิจการ ทั้งนี้ ปัจจุบันการทำงานของ กลุ่มความสัมพันธ์ภายในกลุ่มมีลักษณะสลับซับซ้อน การจัดองค์การมีความสำคัญ 6 ประการ (สุวรรณณี ศรีจันทร์อาภา, 2548: 153) คือ

1. แสดงให้เห็นถึงกระแสการไหลของงาน
2. ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทราบขอบเขตของงาน
3. เป็นกรอบที่ช่วยเชื่อมโยงความพยายามจากขั้นตอนการวางแผนไปสู่ผลสำเร็จใน ขั้นตอนของการควบคุม
4. เป็นการจัดวางช่องทางเพื่อการติดต่อสื่อสารและการตัดสินใจในองค์การ บุคลากรเข้าใจ ความสัมพันธ์ระหว่างงานของตนเองและฝ่ายอื่นๆ ทำให้สามารถติดต่อกันได้ดียิ่งขึ้น
5. ป้องกันการทำงานซ้ำซ้อนและขจัดข้อขัดแย้งในหน้าที่การงาน
6. ช่วยให้มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการทำงาน โดยการจัดกิจกรรมให้สัมพันธ์กับเป้าหมาย ต่างๆ เป็นการประหยัดงบประมาณขององค์การ

กระบวนการจัดองค์การพยาบาล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (สุวรรณณี ศรีจันทร์อาภา, 2548: 154) ดังนี้

1. การพิจารณาแยกประเภทงาน จัดกลุ่มงาน และการออกแบบงาน ดังนี้
 - 1.1 การพิจารณาแยกประเภทงาน (Identification of work) เพื่อให้ทราบว่างาน อะไรบ้างที่ต้องทำ โดยดูจากวัตถุประสงค์ แผนงานและโครงการต่างๆ
 - 1.2 การจัดกลุ่มงานหรือจำแนกประเภทงาน (Grouping of work) โดยจัดให้งานที่ เหมือนกันรวมเป็นกลุ่มเดียวกัน เพื่อให้มีการจำแนกประเภทไว้ และเป็นไปตามหลักของการแบ่ง งานกันทำตามเกณฑ์ของหน้าที่งาน เช่น กลุ่มงานพยาบาล กลุ่มงานการเงินและบัญชี
 - 1.3 การออกแบบงาน (Designing of individual job) การออกแบบงานที่ผู้บริหาร จะต้องดำเนินการประกอบด้วย การกำหนดขอบเขตของงานตามความสามารถหรือความถนัด (Job specialization) คำบรรยายลักษณะงาน(Job description) และตารางการทำงานหรือเวลาทำงาน (Work schedules or working hours)
2. การระบุขอบเขตของงานและมอบหมายงาน พร้อมทั้งกำหนดความรับผิดชอบ และให้อำนาจหน้าที่ขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย
 - 2.1 การระบุให้เห็นขอบเขตของงาน เพื่อให้ทราบว่า งานแต่ละชิ้นที่ได้แบ่งและ ออกแบบไว้นั้นเกี่ยวข้องกับเรื่องอะไร ชนิดไหน งานแต่ละชนิดมีขอบเขตของงานมากน้อยเพียงใด และควรระบุชื่อเป็นตำแหน่งพร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับงานชิ้นนั้นเอาไว้ด้วย
 - 2.2 การมอบหมายงาน มี 3 ขั้นตอน คือ ผู้บริหารกำหนดภารกิจหน้าที่ให้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในระดับรองลงไป ให้อำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจและใช้ทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการ

ทำงานและให้สิทธิในการดำเนินการต่างๆ เท่าที่จำเป็นเพื่อการปฏิบัติการกิจดังกล่าว และให้ความรับผิดชอบ โดยพยายามสร้างภาวะผูกพันให้เกิดขึ้นกับตัวผู้ได้บังคับบัญชาเพื่อที่จะทำงานนั้นๆ ให้ดี และส่งผลงานกลับมาที่ผู้บริหารที่ได้มอบหมายให้

3. การจัดวางความสัมพันธ์ การจัดวางความสัมพันธ์จะทำให้ทราบว่าใครต้องรายงานต่อใครและขณะเดียวกันก็ช่วยให้งานของส่วนต่างๆ ดำเนินไปโดยปราศจากข้อขัดแย้ง

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การจัดองค์การพยาบาลนั้น ควรมีการกำหนดนโยบายปรัชญา วัตถุประสงค์ในการให้บริการพยาบาล กำหนดโครงสร้างขององค์การ กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละงาน กำหนดคุณสมบัติของผู้รับผิดชอบแต่ละงาน กำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบขององค์การของงานย่อยแต่ละงาน กำหนดสายการบังคับบัญชา และกำหนดสายการประสานงาน ให้มีความชัดเจนและมีความเหมาะสมเพื่อให้การจัดการองค์การนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 โครงสร้างองค์การพยาบาล

โครงสร้างองค์การพยาบาลแสดงถึงนโยบาย สายบังคับบัญชา ขอบเขตการบังคับบัญชา การมอบหมายงาน การกำหนดอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบ การติดต่อสื่อสาร ระดับการบริหารงาน และเอกภาพในการบังคับบัญชา ซึ่งสมาชิกทุกคนในองค์การจะต้องปฏิบัติตามโครงสร้างองค์การที่เหมาะสมจะต้องสนับสนุนให้มีพัฒนาการของวิชาชีพพยาบาล ด้วยเหตุผลของการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์การพยาบาลแบบดั้งเดิมซึ่งมีลักษณะของการรวบอำนาจ ใช้ระเบียบกฎเกณฑ์มากเกินไป ไม่มีการปรับเปลี่ยนตามสิ่งแวดล้อม ตลอดจนไม่มีโครงสร้างองค์การที่ชัดเจนทำให้เกิดปัญหาหลายประการ ได้แก่ พยาบาลขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ไม่พึงพอใจในงาน ไม่สามารถตัดสินใจในขอบเขตงานของตนเองได้ ปฏิบัติการพยาบาลไม่ต่อเนื่อง ขาดการให้สุขศึกษาแก่ผู้ใช้บริการ เป็นต้น ในปัจจุบันได้มีการศึกษาโครงสร้างองค์การพยาบาล พบว่าโครงสร้างองค์การพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนเป็นแบบกระจายอำนาจ มีการตัดสินใจทุกระดับของการปฏิบัติงาน ทำให้องค์การพยาบาลสามารถแก้ปัญหาที่มีแต่ดั้งเดิมได้มากขึ้น (รัชณี อยู่ศิริ, 2551) ซึ่งองค์ประกอบหลัก และหลักการในการกำหนดโครงสร้างโดยทั่วไปมีดังนี้ (Gerloff, 1985; Douglass, 1992 และยุพดี โสทธิพันธ์ 2539 อ้างใน รัชณี อยู่ศิริ 2551)

1. องค์ประกอบของโครงสร้างองค์การพยาบาล

1.1 ความสมบูรณ์ โครงสร้างองค์การจะต้องมีการติดต่อสื่อสารทั้งในแนวดิ่งและแนวนอน มีการแบ่งงานตามความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และมีการกำหนดขอบเขตสายการบังคับบัญชา

1.2 ความเป็นระเบียบแบบแผน ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานของงาน ระเบียบกฎเกณฑ์ วิธีการปฏิบัติงานแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บุคลากรได้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนด

1.3 การกระจายอำนาจ ได้แก่ การมอบอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบตามขอบเขตของการบริหารงานทุกระดับ

1.4 การกำหนดบุคลากรในโครงสร้าง ได้แก่

1.4.1 บุคลากรที่ทำหน้าที่ในการบริหารงกลาง ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูง ที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายขององค์กร

1.4.2 บุคลากรที่ทำหน้าที่ประสานงาน ได้แก่ ผู้บริหารระดับกลาง ที่ได้รับนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงมาสู่บุคลากรระดับปฏิบัติ

1.4.3 บุคลากรที่เป็นผู้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่ทำหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานของงานภายในองค์กร

1.4.4 บุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ได้แก่ บุคลากรทำหน้าที่ให้คำแนะนำควบคุมให้บริการ เพื่อให้การปฏิบัติงานของพยาบาลดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.4.5 บุคลากรที่ทำหน้าที่งานหลักขององค์กร ได้แก่ ผู้กำหนดกิจกรรมหลักของหน่วยงาน เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้บริการพยาบาล

2. หลักการกำหนดโครงสร้างองค์กรพยาบาล ต้องพิจารณาในเรื่องต่อไปนี้

2.1 สภาพแวดล้อมขององค์กร เช่น ถ้าสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โครงสร้างองค์กรควรเป็นแบบปรับเปลี่ยนง่าย และถ้าสิ่งแวดล้อมคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง โครงสร้างองค์กรควรเป็นแบบดั้งเดิมตายตัว แต่ถ้าสภาพแวดล้อมภายนอกแตกต่างกันมาก สภาพแวดล้อมภายในก็จะแตกต่างกันมากด้วย

2.2 สภาพทางภูมิศาสตร์ เช่น หน่วยงานย่อยขององค์กรที่มีการกระจายงานไม่รวมไว้ในจุดเดียวก็จะเกิดการแบ่งงานเฉพาะสาขามากขึ้น

2.3 ลักษณะงานขององค์กร เช่น ความซับซ้อนของงาน ซึ่งซับซ้อนมากขึ้นเท่าไร ยิ่งต้องการการประสานงานและการแบ่งงานมากขึ้นเท่านั้น โครงสร้างองค์กรจะเป็นแบบกระจายอำนาจมากขึ้น

2.4 พฤติกรรมของบุคคลในองค์กร พบว่า บุคลากรในองค์กรพยาบาลต้องการโครงสร้างแบบเป็นทางการ แต่ในขณะเดียวกันก็ไม่สามารถควบคุมกลไกการทำงานแบบเป็นทางการได้ตลอดเวลา ต้องอาศัยโครงสร้างองค์กรแบบไม่เป็นทางการด้วย

2.5 กลยุทธ์ในการบริหาร จากผลการวิจัยพบว่า การกระจายอำนาจโดยการแบ่งหน่วยงานย่อยๆ จะบรรลุวัตถุประสงค์ และสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมกับสภาพแวดล้อมได้ดีกว่า

การรวบอำนาจและรวมงานไว้ในหน่วยงานใดหน่วยงานเดียว(Higgins and Vincze, 1986 อ้างใน รัชนี้ อยู่ศิริ, 2551)

การกำหนดผังสายบังคับบัญชาอาจทำได้หลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละแบบย่อมแตกต่างกันในด้านการสื่อสาร สัมพันธภาพ และอำนาจหน้าที่(ฟริดา อิบราฮิม, 2542)

1. กำหนดตามสายบังคับบัญชาและสายส่งเสริมโดยตรง(Line and staff organization) เป็นโครงสร้างที่ใช้กันเป็นสากล ซึ่งค่อนข้างคุ้นเคย ทุกคนรู้อำนาจความรับผิดชอบซึ่งทำให้เกิดให้สัมพันธภาพที่ค่อนข้างง่ายและปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ก็อาจมีข้อจำกัดที่ลักษณะการสื่อสารตามสายบังคับบัญชาจะเป็นทางเดียวจากบนลงล่าง และมีลักษณะผูกขาด ปรับเปลี่ยนค่อนข้างยาก ขาดความคล่องตัว การใช้ผังแบบนี้จึงต้องระวังให้มีการสื่อสารจากล่างขึ้นบนบ้าง เพื่อให้ข้อมูลป้อนกลับจากระดับล่าง และมีการสื่อสารระหว่างกัน

2. กำหนดตามหน้าที่โดยให้หน่วยส่งเสริมหรือแนะนำได้มีอำนาจคุมตามสายบังคับบัญชา เช่น จัดตั้งหน่วยการศึกษาพยาบาล หน่วยควบคุมการติดเชื้อ หน่วยบริหารความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีโอกาสใช้ความรู้ความชำนาญในงานให้เกิดประโยชน์กับองค์กร และ เป็นการควบคุมไปในตัวเพราะเกิดการเคลื่อนไหวในด้านนั้นๆ แต่ไม่มีอำนาจในการว่าจ้าง เพิกถอนหรือให้ความดีความชอบนอกจากส่งเสริมงาน เรียก Functional organization

3. กำหนดหน้าที่หรือโครงการ เป็นการสร้างโครงการซึ่งให้ความยืดหยุ่น และมีการรวมตัวกันในระหว่างสายงานได้ดีขึ้น แต่อาจขาดอำนาจตามสายบังคับบัญชา เรียก Ad hoc organization

4. สร้างทีมงานตามสายบังคับบัญชาทั้งในแนวยืนและแนวนอน และให้ความคล่องตัวในการปฏิบัติหน้าที่ แต่ในการปฏิบัติงานอาจต้องพบปัญหาเจ้าหน้าที่ 2 คนขึ้นไป คือ มีหัวหน้าในแนวยืนซึ่งมีอำนาจสั่งการ โดยตรง และมีหัวหน้าในแนวนอนซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการเสริมงานภายในทีมงานนั้นๆ เรียกMatrix organization

ผู้บริหารต้องมีความรู้และความเข้าใจพื้นฐานของโครงสร้างองค์กร เพื่อที่จะตัดสินใจกำหนดโครงสร้างองค์กรและบริหารงานอย่างถูกหลักการและเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ซึ่งต้องทำการศึกษาโครงสร้างองค์กรในมิติต่างๆ(สุวรรณณี ศรีจันทร์อาภา, 2548: 154-162)

1. โครงสร้างองค์กรแบบประเพณีนิยม เป็นโครงสร้างองค์กรที่กำหนดบทบาทสถานภาพ สายการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน และมีการเปลี่ยนแปลงน้อย โครงสร้างองค์กรแบบประเพณีนิยมถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้คนจำนวนมากสามารถอยู่ร่วมกันและปฏิบัติงานด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเหมาะกับการปฏิบัติงานในองค์กรที่มีผู้ใช้บริการในปริมาณมาก เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการจัดสรรและการใช้ทรัพยากร โครงสร้างแบบประเพณีนิยมที่สำคัญ ได้แก่ โครงสร้างองค์กรแบบราชการ โครงสร้างองค์กรแบบสายการบังคับบัญชาและสายที่ปรึกษา

1.1 โครงสร้างองค์การแบบราชการ (Bureaucracy) เป็นโครงสร้างองค์การต้นแบบของโครงสร้างองค์การแบบประเพณีนิยม ที่จัดระดับการปกครองตามลำดับชั้นลดหลั่นกัน จากผู้บริหารระดับสูงที่อยู่ข้างบนลงสู่ผู้บริหาร หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงานที่ทำหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชน ซึ่งมักจะแสดงในรูปสามเหลี่ยมพีระมิด(Pyramid) โดยผู้ปฏิบัติงานจะปฏิบัติงานตามความชำนาญซึ่งมีกฎเกณฑ์และข้อบังคับที่ชัดเจนและเข้มงวดในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ทำงานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 โครงสร้างองค์การแบบสายการบังคับบัญชาและสายงานที่ปรึกษา (Line-staff function) เป็นโครงสร้างแบบประเพณีนิยมที่แบ่งบุคลากรออกเป็น 2 กลุ่ม ที่เป้าหมายและการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน แต่ส่งเสริมกัน โดยสายการบังคับบัญชา จะเป็นกลุ่มบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับการสร้างผลงานองค์การ เช่น คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ คณะบัญชี คณะศึกษาศาสตร์ เป็นต้น ขณะที่สายงานที่ปรึกษาจะเป็นผู้ชำนาญในด้านต่างๆ ที่ให้ปรึกษาและความช่วยเหลือแก่ฝ่ายปฏิบัติงานเพื่อให้การทำงานคล่องตัว เช่น ฝ่ายบุคลากร ฝ่ายบริหาร ฝ่ายการเงินและงบประมาณ เป็นต้น ซึ่งทั้งสองฝ่ายจะปฏิบัติงานส่งเสริมกันในการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ โดยสายงานหลักจะให้ความสนใจในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์การและสายงานที่ปรึกษาจะทำงานวิชาการ โดยให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ แต่ไม่เข้าไปปฏิบัติงานเอง ซึ่งเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพทางทฤษฎี แต่ในทางปฏิบัติสายงานหลักอาจต้องทำงานมากกว่าการบรรลุเป้าหมายขององค์การ ขณะที่สายงานปรึกษาจะมีโครงการต่างๆ ที่อาจแทรกแซงการทำงานของสายงานหลักและถูกวิจารณ์ว่าไม่สร้างประโยชน์ให้แก่องค์การ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งและลดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานขององค์การ

2. โครงสร้างองค์การแบบไม่เป็นไปตามประเพณีนิยม เป็นโครงสร้างองค์การที่มีความเป็นทางการน้อยกว่าโครงสร้างแบบประเพณีนิยม โดยจัดโครงสร้างความสัมพันธ์ในองค์การให้มีความยืดหยุ่น ไม่มีโครงสร้างที่มีแบบแผนตายตัวและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ทำให้สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงและปัญหาอย่างรวดเร็ว โครงสร้างองค์การแบบไม่เป็นไปตามประเพณีนิยมที่สำคัญ มีดังนี้

2.1 โครงสร้างองค์การแบบทีม (Team organization) โครงสร้างองค์การแบบทีมเป็นโครงสร้างองค์การที่ต้องการลดหลั่นความซ้ำซ้อน และความล่าช้าในการปฏิบัติงาน โดยรวบรวมสมาชิกที่มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ต่างๆ กันมารวมมือกันในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเป็นกลุ่ม มักใช้วิธีแบบประชาธิปไตย โดยให้สมาชิกร่วมกันรับผิดชอบในความสำเร็จของงาน ทำการกำหนดเป้าหมาย ศึกษาข้อมูล วางแผน และปฏิบัติงานร่วมกัน โครงสร้างองค์การแบบทีมจะเปิดโอกาสให้บุคลากรทำงาน และเรียนรู้งานอย่างหลากหลาย ไม่เน้นความชำนาญในงานเฉพาะ

หน้าที่ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรสามารถพัฒนาตนเองให้พร้อมในกรปฏิบัติงานต่างๆ และสร้างความผูกพันในหมู่สมาชิกด้วย

2.2 โครงสร้างแบบโครงการ (Project task force) เป็นโครงสร้างองค์การแบบชั่วคราวที่รวบรวมสมาชิกจากหน่วยงานต่างๆ มาปฏิบัติงานร่วมกันในโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ซึ่งต้องทำให้สำเร็จภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรและระยะเวลาแล้วจึงแยกย้ายกันไปปฏิบัติงานตามปกติ โดยสมาชิกจะมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการร่วมมือกันปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายของโครงการ โดยอาจจะแยกกันทำตามความชำนาญ หรือร่วมมือกันทำให้สำเร็จ ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วมักจะมีหัวหน้าโครงการรับผิดชอบในการบริหารทีมงาน

3. โครงสร้างองค์การแบบเมตริกซ์ (Matrix organization) เป็นโครงสร้างองค์การแบบผสมที่พยายามรวมโครงสร้างองค์การแบบประเพณีนิยมกับแบบไม่เป็นไปตามประเพณีนิยม โดยจัดโครงสร้างองค์การแบบหลายมิติที่สมาชิกจะปฏิบัติงาน โดยมีหัวหน้าสองคน คือ ผู้บริหารตามสายงานหลัก (Functional manager) ดูแลรับผิดชอบทำงานตามหน้าที่ปกติ และผู้บริหารโครงการ (Product/Project manager) รับผิดชอบผลงานหรืองานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งจะช่วยให้องค์การทำงานตามหน้าที่และความเชี่ยวชาญอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกันก็สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างรวดเร็ว โดยบุคลากรสามารถใช้ความรู้ ความสามารถ และแสดงความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน แต่โครงสร้างองค์การแบบเมตริกซ์อาจจะก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างสายงานหลักและงานบริการ บุคลากรมีภาระงานมากและอาจปฏิบัติงานไปเป็นไปตามลำดับความสำคัญ

4. โครงสร้างองค์การแบบสูง สายการบังคับบัญชาและขนาดของการควบคุมจะมีอิทธิพลโดยตรง โดยที่สายการบังคับบัญชา(Chain of command) เป็นจำนวนระดับของสถานภาพ อำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคคลในองค์การ ซึ่งบุคคลจะมีความสัมพันธ์และปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกันตามแนวตั้ง

ขนาดของการควบคุม (Span of control) เป็นจำนวนผู้ใต้บังคับบัญชาที่ปฏิบัติงานขึ้นตรงต่อผู้บังคับบัญชาแต่ละคน ซึ่งอาจมีจำนวนไม่เท่ากันในแต่ละแผนก แต่สามารถประมาณออกมาเป็นภาพรวมของขนาดของการควบคุมได้ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อขนาดของการควบคุมดังนี้

- 4.1 การใช้เวลาในการทำงาน โดยเฉพาะระยะเวลาที่ผู้บริหารต้องการให้บังคับบัญชา
- 4.2 ความถี่ในการติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน
- 4.3 ความสามารถและทักษะในการทำงานของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน
- 4.4 ความยาก ความหลากหลายและความซับซ้อนของงาน
- 4.5 เทคโนโลยีในการดำเนินงานและการติดต่อสื่อสาร
- 4.6 พื้นที่และระยะห่างในการทำงาน

สรุปได้ว่า โครงสร้างองค์การพยาบาลนั้นมีการปรับเปลี่ยนเป็นแบบกระจายอำนาจ มีการแบ่งอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจนในทุกระดับของการปฏิบัติงานและปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ในการกำหนดโครงสร้างองค์การพยาบาลนั้น ต้องพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมในการที่จะปรับกลยุทธ์ให้มีความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การต่อไป

2.4 การบริหารองค์การพยาบาล

การบริหารงานภายในองค์การต้องอาศัยการตัดสินใจสั่งการหรือแก้ปัญหา ในการตัดสินใจเพื่อการบริหารงาน อาจกำหนดลักษณะการตัดสินใจจากส่วนกลางคือ ผู้บริหารสูงสุดมีหน้าที่ตัดสินใจในเรื่อง เรียกว่า Centralized decision making แต่ในบางองค์การอาจให้อำนาจผู้บริหารในทุกระดับให้มีสิทธิตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยไม่ต้องเสนอขึ้นข้างบนตามลำดับชั้น เรียกว่า Decentralized decision making ลำดับชั้นของการตัดสินใจจะอยู่ภายในขอบเขตบังคับบัญชา (Scalar chain) ซึ่งสายบังคับบัญชาที่มีลักษณะยาวขอบเขตแคบจะมุ่งการตัดสินใจในระดับสูง เป็นหน้าที่ของหัวหน้าพยาบาลในการวางปรัชญา นโยบาย เป้าหมาย และจัดลำดับความสำคัญของทรัพยากรพร้อมกันไป ซึ่งลักษณะงานที่ทำส่วนใหญ่จะเป็นงานบริหารโดยตรง อาศัยทักษะผู้นำสูงสุด ส่วนผู้บริหารระดับกลาง เช่น ผู้ตรวจการ หัวหน้างานจะเป็นผู้ประสานระหว่างผู้บริหารสูงสุดและผู้บริหารระดับล่าง โดยดำเนินการให้มีการทำงานประจำวัน วางแผนระยะยาวรวมถึงวางนโยบายระหว่างหน่วยงานไว้เป็นหลักปฏิบัติ ผู้บริหารระดับล่างสุด เช่น หัวหน้าเตียงจะทำหน้าที่ใกล้ชิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยในระดับให้การพยาบาลโดยตรง เช่น หัวหน้าแคว หัวหน้าทีม หรือผู้จัดการด้านผู้ป่วย และมีหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการพยาบาลโดยตรง(ฟาริดา อิบราฮิม, 2542)

การบริหารงานขององค์การพยาบาล มีลักษณะการบริหารที่เป็นกระบวนการ โดยผู้บริหารจะทำหน้าที่วางแผน กำกับดูแลและเฝ้าอำนาจทรัพยากรด้านต่างๆ ที่จะทำให้การดำเนินงานขององค์การประสบความสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ลักษณะงานขององค์การพยาบาล ดังนี้ (กองการพยาบาล, 2539)

1. การบริหารงานทั่วไป เป็นการบริหารที่ดำเนินงานเพื่อให้งานขององค์การพยาบาลมีระบบ โดยให้การสนับสนุนการบริหารจัดการด้านต่างๆ เพื่อลดปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลักษณะงานการบริหารทั่วไป ได้แก่ การจัดทำแผน การวัดองค์การ การจัดการด้านบุคลากร และการควบคุมงาน
2. การบริหารงานการพยาบาล เป็นการบริหารจัดการที่มีผลต่อผู้ใช้บริการตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน สถาบันหรือความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

ลักษณะของงานบริการพยาบาลจะให้ครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ คือ การป้องกัน การรักษา การส่งเสริม และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นการดูแลบุคคลทั้งคน(Holistic care) การบริการงานการพยาบาลมีกิจกรรมการบริการที่หลากหลาย เช่น การจัดบริการพยาบาลตามความต้องการหรือตามปัญหาและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ การจัดบริการพยาบาลโดยให้มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และการจัดทีมงานเพื่อให้บริการพยาบาล เป็นต้น

3. การบริหารงานวิชาการ เป็นงานสนับสนุนการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ ดำเนินงานวิชาการเพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะ มีคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติงานและช่วยให้อุบลลากรมีความสามารถเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ลักษณะการบริหารงานวิชาการประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นงานปฏิบัติทางวิชาการ ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับพัฒนาบุคลากร การบริการด้านเอกสาร ตำราวิชาการ ส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการ ให้คำปรึกษา แนะนำตลอดจนค้นคว้างานวิจัยทางการพยาบาล และอีกส่วนหนึ่งเป็นงานบริการการศึกษา มีกิจกรรมในเรื่องการประสานงานกับสถาบันการศึกษา จัดประสบการณ์การศึกษาภาคปฏิบัติ การควบคุมนิเทศนักศึกษา การอำนวยความสะดวกและการประเมินผลภาคปฏิบัติของนักศึกษา

4. ด้านประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นการจักระบบเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงานสอดคล้องกัน การบรรลุจุดมุ่งหมายของการจัดบริการพยาบาลตลอดจนปัญหาอุปสรรคและข้อขัดแย้ง ทำให้การทำงานคล่องตัว มีแนวทางในการดำเนิน ติดต่อกับหน่วยงานต่างๆ

กระบวนการบริหารการพยาบาลที่ผู้บริหารต้องปฏิบัติ จะพบงานที่เป็นความรับผิดชอบของผู้บริหารใน 3 ลักษณะใหญ่ๆ(นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2552) ดังนี้

1. การบริหารเพื่อการดำเนินงาน เป็นการจัดการด้านโครงสร้างเกี่ยวกับนโยบาย วัตถุประสงค์ วิสัยทัศน์ ภารกิจการบริหารงานบุคคล การบริหารอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ สถานที่ และสิ่งแวดล้อมตลอดจนการจักระบบทั้งหมด ซึ่งมีกรอบแนวคิดคือ

1.1 กลวิธีการจัดการ ต้องสอดคล้องกับสถานการณ์จริง ปฏิบัติได้โดยทั่วไป

1.2 เป็นการบริหารงานแบบเมตริกซ์ที่เน้น รูปแบบของการมีส่วนร่วม มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจ กฎระเบียบน้อย ลำดับชั้นของสายบังคับบัญชาสั้น เน้นที่ผลลัพธ์หรือคุณภาพของผลงานมากกว่ากิจกรรมหรือกระบวนการ

1.3 เน้นรูปแบบการบริหาร ส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ มีคณะกรรมการองค์การพยาบาล (Board of director) บริหารกลุ่มงานการพยาบาล มีพยาบาลวิชาชีพ มีความรู้ความเชี่ยวชาญสูงในแต่ละสาขาเป็นผู้นำ

2. การบริหารเพื่อการบริการพยาบาล เป็นการจัดการด้านการบริการพยาบาลที่ให้แก่สังคมจะเกี่ยวข้องกับ

2.1 การวางระบบการบริหารบริการ โดยใช้กรอบแนวคิดคือ

2.1.1 ผู้ใช้บริการได้รับความสะดวก รวดเร็ว มีความพึงพอใจในบริการ

2.1.2 ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลใกล้ชิด และต่อเนื่องตามความเหมาะสม

2.1.3 ได้รับข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นจริง

2.1.4 ได้รับการคุ้มครองตามสิทธิของผู้ป่วย

2.1.5 ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

2.1.6 ได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายอย่างสมศักดิ์ศรี

2.2 การบริหารเพื่อการบริการทั่วไป

2.2.1 มีการวิเคราะห์คุณภาพงาน พร้อมทั้งกำหนดมาตรฐานบริการของหน่วยงาน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ

2.2.2 บริการเป็นทีมในลักษณะทีมสหสาขา (Multidisciplinary team) เพื่อจะได้ใช้ความรู้ วิเคราะห์ แก้ไขปัญหา ผู้ป่วยที่ซับซ้อน รวดเร็ว และครอบคลุม

2.2.3 สร้างความรับผิดชอบให้ญาติหรือผู้รับผิดชอบผู้ป่วย (Care giver) โดยให้ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพอนามัย ให้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมการรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดการยอมรับ และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

2.2.4 พัฒนาแนวทางการให้การพยาบาล และการส่งเสริมความรู้ประชาชน โดยมีคู่มือการปฏิบัติงานหรือชุดการพยาบาล (Nursing package) สำหรับบุคลากร จัดทำเอกสารแบบเรียนด้วยตนเอง ช่วยให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานถูกต้อง รวดเร็ว มีมาตรฐาน

3 การบริหารบุคคล เป็นการจัดการด้านบุคลากร เพื่อประสิทธิภาพในการทำงานโดย

2.1 มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ให้ก้าวทันวิทยาการที่เปลี่ยนแปลง

2.2 สามารถวินิจฉัย คาดการณ์ การเกิดปัญหาที่คุกคามปลอดภัยในชีวิต และให้การช่วยเหลือได้ทัน

2.3 มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้ใช้บริการ

2.4 มีการผ่อนคลายกฎระเบียบในการทำงานให้มีอิสระที่จะคิดค้นหรือเริ่มงานใหม่

2.5 ปรับวิธีมอบหมายงาน โดยให้มีการทำงานเป็นทีมให้มากขึ้น

3.6 มีการชมเชยและให้รางวัลตอบแทน เพื่อทำความดีหรือให้งานประสบผลสำเร็จ

3.7 ผู้บริหารควรมีการสร้างเป็นแบบอย่างดีหรืองานประสบผลสำเร็จ

3.8 การสนับสนุนให้มีการเลื่อนระดับ ตำแหน่งหน้าที่การทำงาน

หน้าที่การดำเนินงานขององค์กรพยาบาล จะต้องมีความครอบคลุมทั้งด้านบริหารและ บริการ ประกอบด้วยการดำเนินงาน 3 ประการ ดังนี้ (Ryan, 1988 อ้างใน สุพัตรา มะปรางหวาน, 2546)

1. ดำเนินการด้วยตนเอง หมายถึง องค์กรพยาบาลจะต้องดำเนินการสร้างจุดสนใจแก่ สังคมและผู้ให้บริการ โดยการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน นโยบายของวิชาชีพพยาบาล ตลอดจนสร้างกลไกที่เป็นหลักประกันคุณภาพในการปฏิบัติงานและพัฒนาบุคลากรโดยฝึกรอบรม ขณะปฏิบัติงาน

2. เป็นตัวแทนของวิชาชีพพยาบาล หมายถึง องค์กรจะต้องมีบทบาทเป็นตัวประสานงาน กับบุคลากร สังคมและวิชาชีพสาขาอื่น โดยการกำหนดกิจกรรมและบทบาทของตนเองให้สามารถ ดำเนินการด้วยตนเองได้

3. พัฒนาตนเอง ได้แก่ การพัฒนากิจกรรม วิชาชีพพยาบาลเพื่อให้้องค์กรสามารถ ดำเนินการได้อย่างผสมผสานสอดคล้องกันทั้งภายในและภายนอกองค์กรดังนี้

3.1 ช่วยบุคลากรให้มีความเชื่อ และศรัทธาในงานที่ทำ มีการมอบหมายที่เหมาะสมกับ ความรู้ความสามารถของบุคลากร

3.2 กำหนดการควบคุมงาน โดยอาศัยมาตรฐาน ระบบการปฏิบัติงาน กิจกรรมและ ทิศทางในการดำเนินงาน เปิดโอกาสให้บุคลากรได้ปฏิบัติงานตามวิธีการที่พึงพอใจในทิศทางของ องค์กรและบุคลากรร่วมกัน

3.3 ร่วมแสดงความคิดเห็นในการประเมินผล เพื่อความเข้าใจต่อกัน

3.4 เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร

3.5 ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กร จากระบบดั้งเดิมที่มีการบริหารงานแบบ รวบอำนาจมาสู่การบริหารแบบมีส่วนร่วม

3.6 กำหนดเอกสิทธิ์ในการบริหารงานตามความรับผิดชอบ และผู้บริหารจะต้อง กระตุ้นพยาบาลให้ใช้เอกสิทธิ์ ของตนตามขอบเขตความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพพยาบาล

ซึ่งกล่าวได้ว่า การบริหารงานขององค์กรพยาบาลนั้นมีลักษณะเป็นกระบวนการซึ่งต้องมึ การกำหนดหน้าที่และทรัพยากรด้านต่างๆ เพื่อให้งานขององค์กรพยาบาลมีระบบ สามารถ ตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ครอบคลุมใน 4 มิติ อีกทั้งต้องอาศัยบุคลากรที่มีคุณภาพ ในการปฏิบัติงานร่วมกัน ในการที่จะทำให้การดำเนินงานขององค์กรประสบความสำเร็จได้ตาม วัตถุประสงค์ที่ต้องการ

3. การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

3.1 ความหมายของการปฏิบัติงานพยาบาล

นักวิชาการทางการพยาบาลได้ให้ความหมายของการปฏิบัติงานพยาบาลไว้หลากหลาย ดังนี้

ฟาริดา อิบราฮิม (2542) กล่าวว่า การปฏิบัติงานของพยาบาล หมายถึง การกระทำในกิจกรรม การสังเกต การดูแล การให้คำปรึกษา การแนะนำ การสอน การนิเทศแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ มีความพิการ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี และป้องกันความเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไปแก่ตนเองและผู้อื่นเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือบุคคล กลุ่มบุคคล และชุมชน

องค์การอนามัยโลก (1996 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ได้ให้ความหมายการปฏิบัติงานพยาบาล ว่าเป็นการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการประเมินและพัฒนาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้ดีที่สุดภายใต้สภาพแวดล้อม ที่อาศัย และที่ทำงานของผู้ป่วยและผู้ใช้บริการ ซึ่งการกระทำเช่นนี้ นั้น พยาบาลต้องพัฒนาความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลในระหว่างเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ โดยคำนึงถึงแง่มุมต่างๆ ของชีวิต ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความพิการ และความตาย

Schemerhorn (1996) กล่าวว่า การปฏิบัติงาน หมายถึง การกระทำกิจกรรมของบุคคลเพื่อปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จลุล่วง ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

Rue and Byars (2003) กล่าวว่า การปฏิบัติงานของแต่ละคนนั้น เกิดจากการรวมกันระหว่างความพยายาม ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงาน

สรุป การปฏิบัติงานพยาบาล หมายถึง การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนของพยาบาลซึ่งต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ในการประเมินและพัฒนาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้ดีที่สุดภายใต้สภาพแวดล้อมที่อาศัย ต้องพัฒนาความสามารถในกาส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลในระหว่างเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ โดยคำนึงถึงแง่มุมต่างๆ ของชีวิต ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความพิการ และความตาย เพื่อให้แต่ละบุคคลมีสุขภาพที่ดีที่สุด

3.2 ความสำคัญของวิชาชีพพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่สังคม โดยใช้ความรู้ในศาสตร์และความสามารถซึ่งเป็นศิลปะการพยาบาล ในการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการทั้งที่มีสุขภาพดีและมีภาวะเจ็บป่วย จึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากอาชีพหนึ่งในทีมสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าในทีมสุขภาพ

ประกอบด้วยพยาบาลเป็นจำนวนมากที่สุด ซึ่งลักษณะวิชาชีพพยาบาลมักทำงานกันเป็นทีมที่เรียก ทีมพยาบาล (Nursing team) ทีมพยาบาลประกอบด้วย บุคคลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยทั่วไปหัวหน้าทีมจะเป็นพยาบาลระดับวิชาชีพซึ่งขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพแล้ว หัวหน้าทีมต้องรู้จักผู้ป่วยทุกรายที่ตนรับผิดชอบ ทราบถึงสภาวะของโรคที่ผู้ป่วยและทราบจนแผนการรักษา วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่รับผิดชอบร่วมกับสมาชิกในทีม มอบหมายงานให้แก่สมาชิกในทีมให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล สมาชิกในทีมมีทั้งพยาบาลระดับวิชาชีพ พยาบาลระดับต้น ผู้ช่วยพยาบาล และ/หรือพนักงานผู้ช่วย พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทที่สำคัญทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย ปลอดภัย ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างเสริมสุขภาพอนามัย ป้องกันโรคและความพิการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายในขอบเขตของหน้าที่และกฎหมาย รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานกับบุคคลในทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้แผนการรักษาพยาบาลที่วางไว้สำหรับผู้ป่วยแต่ละคนดำเนินไปด้วยความราบรื่น และบางครั้งอาจต้องทำหน้าที่แทนบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ถ้าในสถานบริการนั้น ไม่มีบุคลากรในอาชีพนั้น (สุปาณี เสนาคิสัย และ วรรณภา ประไพพานิช, 2551)

ความเป็นวิชาชีพการพยาบาลมีความสำคัญต่อทั้งผู้ใช้บริการ วิชาชีพการพยาบาล และสังคม ดังรายละเอียดดังนี้ (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2548: 313-314)

1. ความสำคัญของความเป็นวิชาชีพต่อผู้ใช้บริการ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่ประชาชนคาดหวัง ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพเป็นสำคัญ ต้องปฏิบัติ และใส่ใจต่อผู้ป่วยใน 4 มิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและประชาชนเกิดความพึงพอใจ

2. ความสำคัญของความเป็นวิชาชีพต่อวิชาชีพการพยาบาล วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใช้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ใน 4 มโนมิติ ได้แก่ คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล โดยมีการสั่งสมความรู้ความเชี่ยวชาญ ปฏิบัติการพยาบาลภายใต้มาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ

3. ความสำคัญของความเป็นวิชาชีพต่อสังคม ขณะที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ภาวะสุขภาพของประชาชนจึงมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ โดยการส่งเสริม การป้องกันการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ ภายใต้กฎหมายวิชาชีพ

กล่าวได้ว่า วิชาชีพการพยาบาลมีความสำคัญต่อทั้งผู้ใช้บริการ วิชาชีพการพยาบาล และสังคม เนื่องจากปัจจุบันภาวะสุขภาพของประชาชนมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลภายใต้มาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ จึงเป็นบุคคลที่ประชาชนคาดหวังให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ใน 4 มิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้

3.3 ลักษณะของวิชาชีพพยาบาล

Miller (1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ได้กำหนดคุณลักษณะที่แสดงความเป็นวิชาชีพการพยาบาล ดังนี้

1. จะต้องมีการศึกษาในระดับอุดมศึกษาหรือในมหาวิทยาลัย ส่วนการศึกษาหลังปริญญา ต้องเน้นการปฏิบัติเชิงวิชาชีพในขั้นสูงและการค้นคว้าวิจัย
2. จะต้องมีความรู้ซึ่งได้มาจากความรู้เชิงทฤษฎีที่สามารถให้บริการการพยาบาลแก่สังคมตามขอบเขตความรับผิดชอบที่กฎหมายของแต่ละประเทศกำหนด
3. แจกแจงและกำหนดทักษะและสมรรถนะซึ่งเป็นขอบเขตที่แสดงความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาล

อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์ (2547) กล่าวถึงลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาลที่เอื้อต่อการแสดงออกทางจริยธรรมของพยาบาล ดังนี้

1. วิชาชีพพยาบาลเป็นการให้บริการแก่สังคม เพื่อการดำรงรักษาสุขภาพที่ดีของประชาชน ด้วยการปฏิบัติการพยาบาล ที่อาศัยความรู้ ความชำนาญทางวิทยาศาสตร์ และเทคนิคการพยาบาลที่ถูกต้อง
2. วิชาชีพการพยาบาลเป็นการปฏิบัติโดยตรงระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลต้องเข้าใจคุณค่าของมนุษย์ที่มีชีวิต จิตใจ จึงทำให้พยาบาลต้องตระหนักถึงสิ่งใดควรทำ ไม่ควรทำ
3. วิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อธรรมชาติของบุคคล บุคคลแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะตัวที่แตกต่างกัน การเข้าไปสัมผัสต่อผู้ป่วยแต่ละคนต้องอาศัยการสังเกต เพื่อนำไปวางแผนให้การพยาบาลตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล
4. วิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่เข้าไปมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย การสัมผัส สัมผัสรู้และมีส่วนร่วมในประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย จะทำให้ลดช่องว่างระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลได้เป็นอย่างดี
5. วิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่อาศัยความสัมพันธ์แบบร่วมมือกัน ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยพยาบาลเป็นสื่อกลางในการเก็บรวบรวมข้อมูล แนะนำผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการแสดงออกเกี่ยวกับความคิดเห็น ทศนคติ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และพิทักษ์ถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย
6. วิชาชีพพยาบาลต้องอาศัยศิลปะของการเอื้ออาทร(Caring) ซึ่งเป็นการสะท้อนความเป็นผู้มีจริยธรรมของพยาบาลที่ได้แสดงออกทางคำพูด ท่าทาง การสัมผัส กิริยา แววตาต่อผู้ป่วย การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลต้องอาศัยความเข้าใจลึกซึ้งต่อผู้ป่วย เคารพในศักดิ์ศรี อารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย

7. วิชาชีพพยาบาลเป็นการให้บริการตอบสนองต่อความต้องการ ความช่วยเหลือของบุคคลแต่ละคน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พยาบาลต้องสามารถตัดสินใจ และปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการความช่วยเหลือของบุคคลแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม

8. ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์ที่อาศัยความเข้าใจในความรู้สึก การเรียนรู้ซึ่งมีต่อกัน จากความสัมพันธ์อาจก่อให้เกิดผลก้าวหน้าในทางที่ดี ภายในขอบเขตของจริยธรรมและการตัดสินใจที่ดีในการพยาบาลผู้ป่วย

9. อาศัยองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับมนุษย์ เป็นสิ่งสำคัญที่สุด ที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถอธิบายได้ถึงสภาพและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้สอดคล้องกับสภาพที่แท้จริง

10. แต่ละคนต้องเรียนรู้ตัวเอง พยาบาลต้องรู้จักและตระหนักในคุณค่าของตนเองก่อน จึงจะสามารถตระหนักและเข้าใจความต้องการ หรือความจำเป็นในตัวบุคคลอื่น

11. วิชาชีพพยาบาลจะต้องใช้เทคนิคการปฏิบัติที่มีทักษะเฉพาะควบคู่ไปกับการมีคุณธรรมและจริยธรรม เนื่องจากการพยาบาลจะต้องอาศัยความสามารถด้านการปฏิบัติที่มีคุณภาพ โดยมีจริยธรรมเป็นเครื่องค้ำชูคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ และมีความมั่นคงในวิชาชีพพยาบาล

Chitty (2005) ซึ่งให้เห็น 10 ลักษณะ โดยทั่วไปของสมาชิกวิชาชีพพยาบาล ดังนี้

1. ฝึกความเชี่ยวชาญทางด้านเนื้อหาความรู้เป็นระยะเวลานาน
2. มีเป้าหมายในการให้บริการ
3. มีจิตสำนึก ศรัทธาในวิชาชีพ
4. มีจริยธรรมเป็นที่ยึดถือของผู้ปฏิบัติ
5. มีความรู้ที่เฉพาะสำหรับวิชาชีพ
6. กำหนดทักษะในการฝึกเทคนิคของวิชาชีพ
7. มีองค์การวิชาชีพในการฝึกเป็นวิชาชีพ
8. ได้รับใบอนุญาตในรูปแบบประกาศนียบัตร
9. ทราบถึงระเบียบที่วิชาชีพต้องปฏิบัติ
10. มีแนวคิดที่เป็นประโยชน์ของตนเอง

Wenger (1998 cited in Masters, 2005) กล่าวถึง พยาบาลวิชาชีพที่ประสบความสำเร็จได้ต้องมีลักษณะ ดังนี้

1. สามารถพิจารณาผู้ป่วยแบบองค์รวมในแต่ละคนได้ตั้งแต่เริ่มแรก
2. เคารพในเกียรติศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยทุกคน ว่าไม่มีความแตกต่างจาก

ตนเอง

3. เปิดรับทัศนคติที่แตกต่างทางวัฒนธรรม
 4. มีความรวดเร็วในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละคนเพื่อให้คำแนะนำตามหลักการ
 5. เข้าใจผลกระทบของความเจ็บป่วย หรือความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
 6. ยึดมั่นในมาตรฐานการดูแล
 7. ใช้หลักฐานทางการวิจัยในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาล
- สรุปได้ว่า ลักษณะของวิชาชีพพยาบาล ต้องเป็นผู้จบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีสมรรถนะซึ่งได้มาจากความรู้เชิงทฤษฎี มีความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคนิคการพยาบาล เป็นผู้มีความคิดปะของการเอื้ออาทรที่จะสะท้อนความเป็นผู้มีจริยธรรม ที่สามารถให้บริการ โดยอาศัยองค์ความรู้เฉพาะในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละคนได้ตามขอบเขตที่กำหนดของวิชาชีพพยาบาล

3.4 ขอบเขตงานการพยาบาล

ในอดีตและปัจจุบันบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลจะเน้นการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมงานบริหาร บริการและวิชาการ ของหน่วยงานทุกจุดที่พยาบาลปฏิบัติงานอยู่ แต่คาดว่าอนาคตแนวโน้มของบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาลจะเป็นในรูปของการเน้นลักษณะงานในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยขอบเขตของการพยาบาลจะประกอบด้วยกิจกรรมที่พยาบาลให้บริการในโรงพยาบาลและในชุมชน ดังนี้ (เรณู สอนเครือ, 2552)

1. การจัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ
2. การเฝ้าระวังและติดตาม เพื่อควบคุมคุณภาพของการให้บริการ
3. การจัดระบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ
4. การช่วยเหลือและดูแลผู้รับบริการ
5. การสอนเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลสุขภาพและพึ่งตนเองได้
6. การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

ขอบเขตหน้าที่พยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถริเริ่มกิจกรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนั้น จึงแบ่งลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลได้ 2 ลักษณะ ดังนี้ (สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, ปรางทิพย์ อุจะรัตน์ และ ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ 2549)

1. การปฏิบัติการพยาบาลโดยอิสระ (Independent nursing) พยาบาลสามารถใช้ ความรู้ความสามารถ ศาสตร์ทางการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ใช้บริการได้อย่างอิสระ โดยไม่ต้องมี คำสั่งการรักษา จึงเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล(Independent role)

2. การปฏิบัติการพยาบาลไม่อิสระ (Dependent nursing) พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับวิชาชีพอื่น หรือแพทย์ผู้รักษา เพื่อให้ผู้ใช้บริการ ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและปลอดภัย เช่น การให้ยา และการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ จึงเป็นบทบาทไม่อิสระของพยาบาล (Dependent role) เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเตรียมผ่าตัด เป็นต้น

คณะกรรมการทำงานเพื่อปฏิรูประบบบริการการพยาบาลของสภาการพยาบาล และพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 กำหนดขอบเขตงาน การพยาบาลไว้ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล และศรีนวล โอสเสถียร, 2548: 192-193)

1. การจัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยพยาบาลกระทำในกิจกรรมดังต่อไปนี้ คือ การประเมิน เฝ้าระวัง และประสานการดูแลร่วมกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่มิใช่สุขภาพอื่นในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ตรวจสอบและให้การรักษาเบื้องต้นในผู้ที่เกิดโรคเฉียบพลันและโรคประจำ ท้องถิ่น ตลอดจนเฝ้าติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ซึ่งการกระทำนั้นอยู่ภายใต้ สัมพันธภาพที่ให้การสนับสนุนเอื้ออาทรยอมรับความรู้สึก ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี และ ประสพการณ์ของผู้ใช้บริการ

2. การเฝ้าระวังและติดตาม เพื่อควบคุมคุณภาพของการบริการสุขภาพ ในบทบาทนี้ พยาบาลต้องรับผิดชอบการปฏิบัติของตนในฐานะวิชาชีพ ได้แก่ การควบคุมการปฏิบัติของตนเอง และปรึกษาเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นตามความเหมาะสม ขอบเขตและความซับซ้อนของการปฏิบัติการ พยาบาลนั้นต้องการพยาบาลที่มีทักษะในการแก้ปัญหา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกันคุณภาพของ การบริการ และจะต้องมีจรรยาบรรณในการประกอบอาชีพ

3. การจัดระบบและมีทักษะในการบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพ หน้าที่ที่สำคัญ อย่างหนึ่งของการพยาบาล คือ การมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพและสามารถบริหารจัดการ ในระบบบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและ ครอบคลุมทั่วถึง รู้จักจัดลำดับความสำคัญของความต้องการการดูแลของประชาชน และผู้ใช้บริการ เผชิญกับปัญหาการขาดแคลนเจ้าหน้าที่สุขภาพและการขาดแคลนพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากระบบงาน สร้างและรักษาทีมงาน และแสวงหาความช่วยเหลือจาก ผู้เชี่ยวชาญ ส่งเสริมการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในชุมชน โรงพยาบาล ที่ ทำงาน โรงเรียน และในฐานะวิชาชีพผู้ปฏิบัติ ซึ่งทราบปัญหาของผู้ใช้บริการ พยาบาลจำเป็นต้องมี

ส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพทุกระดับ การแบ่งปันแหล่งปะ โยชน์และการเสนอข้อมูล เพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพ

4. การช่วยเหลือและการดูแล (Helping and caring) เป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งงานของพยาบาลนั้นมีรากฐานฝังลึกอยู่ในสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่วนการช่วยเหลือนี้ รวมการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการฟื้นฟู การดูแลในเรื่องความสุขสบาย การอยู่กับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในภาวะที่เขาเผชิญกับความทุกข์ทรมาน และการช่วยเหลือนี้ จะต้องแน่ใจว่าได้เปิดโอกาสให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลสุขภาพและปัญหาของเขาเหล่านั้น การจัดการเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญมาก พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจความหมายของอาการต่างๆ และร่วมกันค้นหาวิธีการจัดการหรือบรรเทาเบาบาง เช่น อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง อาการท้องเสียในผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น ในระดับครอบครัวและชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการเกิด การแก่ การเจ็บ และการตายอย่างสงบเมื่อถึงเวลา

5. การสอน การสอนเกี่ยวกับสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เพราะข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการพึ่งพาตนเองของประชาชนแต่จะต้องสอนเมื่อผู้ใช้บริการหรือครอบครัวมีความพร้อม และใช้วิธีการที่เหมาะสม เช่น การสอนการดูแลผู้สูงอายุ และเด็กให้กับผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งพยาบาลต้องทราบการให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล และครอบครัว ตลอดจนสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของเขาเหล่านั้น จึงจะสามารถสอนผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชน ได้อย่างมีคุณภาพ ขณะที่ Ignatavicius and Workman (2010) กล่าวว่า การสอนสุขภาพอาจเกิดขึ้นได้อย่างกะทันหัน แบบไม่เป็นทางการหรืออาจเกิดขึ้นตามการวางแผน ปกติจะเกิดขึ้นจากการวางแผน ซึ่งการกำหนดให้เขียนแผนขึ้นนั้น จะเป็นเครื่องมือช่วยให้ทีมสหวิชาชีพทราบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเช่นเดียวกัน

6. การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งพยาบาลไม่เพียงแต่มีทักษะในการจัดการกับเหตุการณ์ปกติในชีวิตประจำวันเท่านั้น จะต้องสามารถจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ซึ่งการกระทำเช่นนี้ได้ พยาบาลจะต้องสามารถเข้าใจปัญหาและการรักษาในภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ ยังจะต้องสามารถคาดการณ์และจัดการกับภาวะวิกฤตต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วย

จากการกำหนดขอบเขตของการพยาบาลข้างต้นนี้ ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละลักษณะงานในโรงพยาบาล เป็นดังนี้ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2550; เรณู สอนเครือ, 2552)

บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาลในโรงพยาบาล ต้องอาศัยลักษณะที่เฉพาะของการพยาบาล คือ ความสามารถของพยาบาลในการผสมผสานกิจกรรมทั้งหมด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ จึงต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในระดับต่างๆ ทั้งในระดับพื้นฐาน

(Basic nursing practice) และระดับสูง (Advance nursing practice) ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลในระดับพื้นฐานและระดับสูงมีดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (Basic nursing practice) พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในระดับพื้นฐานนี้ให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และกลุ่มบุคคลในสถานพยาบาลที่บ้าน ที่โรงเรียน ที่ทำงาน ในแผนกผู้ป่วยนอกและในชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพและช่วยในกิจกรรมต่างๆ ที่จะทำให้อุบัติการณ์หายจากความเจ็บป่วยหรือตายอย่างสงบ พยาบาลในระดับนี้อาจเริ่มการบำบัดดูแลด้วยตนเองหรือนำแผนการดูแลที่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ หรือทำแผนการรักษาของแพทย์ไปปฏิบัติ รู้จักประสานการดูแลในระดับบริการ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจหรือทดสอบต่างๆ ตลอดจนการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาลและการรักษาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ

พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยตรงในระบบที่เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพทางการพยาบาลของตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถเรียนรู้จากการปฏิบัติการร่วมประชุมวิชาการอย่างสม่ำเสมอ หรือการศึกษาฝึกอบรมในระยะสั้นจะสามารถพัฒนาตนเองไปถึงระดับชำนาญการพยาบาลเฉพาะทางที่สามารถให้การพยาบาลโดยตรงได้อย่างมีคุณภาพ

2. การปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง (Advance Nursing Practice) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องอาศัยความรู้จากการศึกษาพยาบาลที่เกินกว่าระดับปริญญาตรี ผสมกับประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลในสาขานั้นๆ ระยะเวลาหนึ่ง ทำให้พยาบาลมีความเชี่ยวชาญในสาขานั้น พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูงนี้ทำงานกับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน เพื่อประเมินความต้องการทางสุขภาพ วินิจฉัย วางแผนปฏิบัติและจัดการการดูแล รวมทั้งประเมินผลการดูแล นอกจากนี้ยังวางแผนปฏิบัติและจัดการการดูแล รวมทั้งประเมินผลของการดูแล นอกจากนี้ยังวางแผนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพซับซ้อนในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ เป็นที่ปรึกษาให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่พยาบาล ทำวิจัยเพื่อขยายความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติ เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลและมีส่วนผลักดันให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ ระบบบริการสุขภาพ และสังคมโดยรวม ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง มีดังนี้

1. ต้องใช้ความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นทั้งในด้านกว้างและลึกในสาขาที่เชี่ยวชาญ
2. การปฏิบัตินี้จะต้องมีอิสระและมีเอกสิทธิ์ ในการตัดสินใจ การปฏิบัติที่ต้องอาศัยการตัดสินใจและคำสั่งจากวิชาชีพอื่น ไม่ถือว่าเป็นการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง
3. สนับสนุนด้วยการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น แลหารวิจัย ซึ่งการวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการศึกษาค้นคว้า และแก้ไขปัญหายังเป็นระบบ

นอกจากนี้แล้วพยาบาล ในโรงพยาบาลยังมีหน้าที่รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการด้วย ทั้งด้านการบริหารทั่วไปและบริหารการพยาบาล เพื่อให้สนองตอบต่อผู้มาใช้บริการได้ตาม เป้าหมาย และนโยบายของโรงพยาบาลและตอบสนองขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลในด้านต่างๆ

สรุปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพจะเน้นการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมงานบริหาร บริการและ วิชาการของหน่วยงาน ในการจัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการ โดยการเฝ้า ระวังและติดตาม รวมถึงการจัดระบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในการช่วยเหลือและ ดูแลผู้ใช้บริการเมื่อพบความเจ็บป่วย สอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถดูแล สุขภาพและพึ่งตนเองได้ รวมทั้งจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในสถานการณ์ ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

3.5 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพได้เปลี่ยนแปลงไปภายใน 10-15 ปีที่ผ่านมา ทุกวันนี้ พยาบาล วิชาชีพต้องปรับตัวด้วยความรวดเร็วและปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพให้มากที่สุด เท่าที่จะ เป็นไปได้ (Loveridge and Cummings, 1996) แต่บทบาทหลักของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยและชุมชน นั้นยังคงมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย โดยเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ (patient centered care) เป็นการดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการ ดูแลคนแบบองค์รวม (Holistic care) ดังนั้น การปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพจะครอบคลุม 5 บทบาท ดังนี้ (สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, ปรางทิพย์ อุจะรัตน์ และ ณิชฐารงค์ บุญจันทร์, 2549; สุภาณี เสนาดิษฐ์ และ วรณภา ประไพพานิช, 2551)

1. บทบาทการบรรเทาอาการหรือการพยาบาลแบบประคับประคอง (Alleviative or palliative role) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ซึ่งถือได้ว่าเป็น บทบาทอิสระที่พยาบาล สามารถให้การพยาบาลได้โดยไม่ต้องมีคำสั่งการรักษาจากบุคคลอื่น

2. บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Promotive role and rehabilitation role) เป็นการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพ อนามัยดี และการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้และการปฏิบัติให้ ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การ พักผ่อนนอนหลับ การไม่ใช้สารเสพติด การมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม

3. บทบาทการป้องกันโรค (Preventive role) เป็นการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้บุคคล มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยหรือพิการให้ปลอดภัยจากการเกิดโรคหรือบาดเจ็บต่างๆ

4. บทบาทการรักษาพยาบาล (Curative role) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นบทบาทไม่อิสระ พยาบาลต้องรับผิดชอบ ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษาของบุคคลอื่น

5. บทบาทการสอนและแนะนำ (Teaching role) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในการสอนและแนะนำวิธีการและการกระทำในสิ่งที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทและหน้าที่ตามตำแหน่งในหน่วยงานที่สังกัดกำหนด โดยทั่วไปมักมีบทบาทสำคัญดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; อุบลรัตน์ โปธิ์ พัฒนชัย 2545; สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชาและคณะ, 2549; เรณู สอนเครือ, 2552)

1. เป็นผู้ให้บริการแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยทำหน้าที่ ด้าน คือ

1.1 การดูแล (Care) ผู้เจ็บป่วยหรืออภิบาลบุคคลที่ช่วยตนเองไม่ได้ ซึ่งเป็นงานอิสระที่พยาบาลสามารถเลือกปฏิบัติตามวิจารณญาณของตนเอง

1.2 การรักษา (Cure) เป็นบทบาทซึ่งพยาบาลปฏิบัติตามแผนการรักษาของบุคลากรสาขาเวชกรรม เป็นกิจกรรมไม่อิสระ แต่พยาบาลอาจขยายบทบาทด้านการรักษาโดยการคัดกรองผู้ป่วย ให้การรักษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน และส่งต่อผู้ป่วยในงานบริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ และในการปฐมพยาบาลที่จำเป็นเร่งด่วน

1.3 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) หมายถึง การส่งเสริมบุคคลไม่ให้เป็นโรค มีร่างกายแข็งแรง (Fitness) สุขภาพจิตดี สามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้และมีอายุยืน

1.4 การป้องกันโรค (Prevention) หมายถึง การป้องกันและหลีกเลี่ยงการกระทบกระทั่ง ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วย ฉะนั้นการส่งเสริมสุขภาพก็เป็นแนวทางในการป้องกันโรคด้วย คือจะทำให้คนไม่เป็นโรคและมีสุขภาพแข็งแรง

1.5 การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เป็นบริการที่จะต้องทำพร้อมๆ กับการดูแลและรักษาเพื่อให้บุคคลได้ดำรงภาวะปกติสุขหลังจากการเจ็บป่วย ความเรื้อรังของโรค รอดพ้นจากความพิการทางกายหรือใจ และถ้าต้องพิการก็สามารถอยู่กับความพิการได้อย่างมีคุณภาพ มีความพอใจ ถ้าต้องจากไป เนื่องจากความรุนแรงของโรค หรือไม่สามารถรักษาให้หายได้อย่างเด็ดขาดก็สามารถยอมรับสภาพและปรับชีวิตเพื่อเตรียมพร้อมรับการจากไปหรือความเรื้อรังของโรคด้วยดี

2. เป็นครู เป็นผู้แสวงหาความรู้และมีประสบการณ์ ส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี พยาบาลจะต้องสามารถสอนบุคคลได้ทุกระดับพื้นความรู้ และวัย มีความรู้กว้างขวางในเรื่องสุขภาพความเจ็บป่วย เข้าใจสภาพแวดล้อม ฐานะเศรษฐกิจของบุคคลและชุมชน และสามารถนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการสอน

3. เป็นผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ของประชาชน สุขภาพอนามัยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ที่ควรได้รับบริการจากรัฐตามรัฐธรรมนูญมาตรา 38 ดังนั้นพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการอนามัยต่างๆ โดยเฉพาะชุมชนในชนบทเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในข้อนี้

4. เป็นนักบริหารจัดการ ทุกหน่วยงานบริการสุขภาพอนามัยไม่ว่าในโรงพยาบาลหรือในสถานอนามัย พยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถจัดการวางแผนงาน ทำโครงการจัดวางระบบงานและการนิเทศงาน

5. เป็นที่ปรึกษาในฐานะผู้ชำนาญการด้านสุขภาพอนามัย สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการเจ้าหน้าที่อื่น หน่วยงานและประชาชนทั่วไป

6. เป็นผู้ร่วมงานและเป็นสมาชิกของทีมสุขภาพ ลักษณะงานพยาบาลมีทั้งงานปฏิบัติโดยอิสระและงานที่จะต้องปฏิบัติร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ เป็นการทำงานแบบคณะหรือเรียกทีมสุขภาพ อันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เกษัชกร ทันตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด ผลงานจะออกมาดีถ้าผู้ทำงานทุกคนในคณะร่วมมือกันและผู้ป่วย

7. เป็นผู้นำพยาบาล จะต้องสามารถเป็นผู้ริเริ่ม ตัดสิน แก้ไข ปรับปรุงการดำเนินการ สามารถชักชวนโน้มน้าวกระตุ้นผู้ใช้บริการให้สำนึกและเข้าใจ มีทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

8. เป็นผู้ดำเนินการวิจัยหรือร่วมทำการวิจัย การศึกษาปัญหาด้านบริการสุขภาพอนามัยในปัจจุบัน จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรง แม่นยำ การวิจัยจึงจำเป็นเพื่อนำผลการวิจัยมาวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้มารับบริการ รวมทั้งเทคนิคและวิธีให้การพยาบาล วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ (2553) ได้อธิบายเพิ่มเติมบทบาทพยาบาล นอกเหนือจาก 8 ข้อข้างต้น ดังนี้

1. ผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Change agent) พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถปรับปรุงตนเองให้เข้ากับยุคสมัยหรือสถานการณ์ตลอดเวลา เช่น สถานการณ์ด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของสังคม วัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจ โครงสร้างของประชากร การใช้จ่าย การรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นสูง และเทคโนโลยีที่ใช้ในชีวิตประจำวันอื่น

2. มีบทบาทพิเศษเพิ่มเติม (Extended career roles) เช่น เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลเฉพาะทางหรือผู้เชี่ยวชาญในคลินิกสาขาต่างๆ เช่น สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ เด็ก ภาวะวิกฤต หัวใจ และหลอดเลือด มารดา-ทารก จิตเวช ครู/อาจารย์พยาบาล นักวิจัยทางการพยาบาล พยาบาลวิสัญญี ซึ่งนับว่าเป็นผู้ที่มีเอกสิทธิ์และมีความอิสระในบทบาทของตนเองที่ค่อนข้างสูง

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) กล่าวถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ความรู้และทักษะพื้นฐานในการให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในหอผู้ป่วย หรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการวางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีส่วนร่วมในการใช้มาตรฐานการพยาบาล เพื่อควบคุมคุณภาพ ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพตามความจำเป็นได้อย่างเหมาะสม

1.1 ใช้ความรู้ทางศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการประเมินปัญหาให้การวินิจฉัย วางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยที่เกิดปัญหาฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย

1.2 ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ จัดเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจทั่วไปและตรวจพิเศษต่างๆ และให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

1.3 มีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาหารือ/ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหน่วยงานที่ปฏิบัติ

1.4 ฝ้าสังเกต วิเคราะห์อาการ และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และดำเนินการปรึกษาพยาบาลวิชาชีพในรับส่งหรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงทีก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือมีปัญหาซับซ้อนตามมา ขณะที่ Weber and Kelly (2010) กล่าวถึงบทบาทพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพว่าได้พัฒนาอย่างมากตั้งแต่สมัย Florence Nightingale จากที่พยาบาลใช้ความรู้สึกลงทางตา สัมผัส และการได้ยินในการประเมินผู้ป่วย จนทุกวันนี้ การสื่อสาร และเทคนิคการประเมินภาวะสุขภาพได้ถูกนำมาใช้อย่างอิสระ โดยพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีที่ได้แพร่ขยายไปถึงการประเมินภาวะสุขภาพ และพัฒนาการจัดการดูแล การเพิ่มทักษะในการประเมินจึงเป็นสิ่งจำเป็น ตลอดจนกระทั่งการฝึกทักษะในการประเมินให้เกิดความเชี่ยวชาญและสารสนเทศเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในอนาคต ขณะที่พยาบาลที่ทุกประเทศต่างขยายบทบาทของตนเองอย่างต่อเนื่องในระบบสุขภาพและคำนึงถึงความสำคัญกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมร่วมด้วย

1.5 ควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลและเหมาะสมที่จะเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักศึกษาในทีมสุขภาพทุกระดับ รวมถึงการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคจิตและประสาท เป็นนั้

1.6 ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับบุคลากรภายในหอผู้ป่วย หรือหน่วยงาน เพื่อประเมินปัญหาและร่วมหาแนวทางในการแก้ไขเพื่อพัฒนาคุณภาพของการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.7 จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และเครื่องใช้ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลให้อยู่ในสภาพที่พร้อมจะใช้ได้ตลอดเวลา

1.8 สอนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.9 มีส่วนร่วมในการควบคุมคุณภาพของการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติโดยใช้มาตรฐานการพยาบาล และคู่มือในการปฏิบัติพยาบาลต่างๆ

1.10 ให้คำแนะนำและช่วยเหลือบุคลากร ด้านการพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาเพื่อควบคุมคุณภาพของการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติ

1.11 เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติกรพยาบาล

2. ด้านการบริหารจัดการ มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การดูแลภายในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน เพื่อให้เข้าถึงซึ่งคุณภาพของการให้บริการ

2.1 มีส่วนร่วมในการสร้างทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

2.2 มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา และแก้ไขอุปสรรคที่เกิดจากระบบงาน บุคคล และสิ่งแวดล้อม

2.3 มีส่วนร่วมในโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในหน่วยงานที่ปฏิบัติ

2.4 ประเมินการทำงานภายในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

2.5 ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อประเมินคุณภาพของการให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน

2.6 มีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ

3. ด้านวิชาการ มีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาการให้แก่บุคลากรด้านการพยาบาล ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

3.1 มีส่วนร่วมในการปฐมนิเทศพยาบาลที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ และผู้ที่มารับการอบรมในหน่วยงาน

3.2 สอนหรือเป็นที่ปรึกษาให้แก่นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี พยาบาลเทคนิค หรือผู้ช่วยพยาบาล

3.3 มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือการสอน และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในหน่วยงาน

3.4 ให้ความร่วมมือ หรือมีส่วนร่วมในการทำวิจัยทางการแพทย์ และนำผลการวิจัย มาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ

สรุปได้ว่า บทบาทพยาบาลวิชาชีพเป็นการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย แบ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน โดยเป็นผู้ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล ซึ่งใช้ความรู้พื้นฐานในการประเมิน การวางแผน การวินิจฉัยและการพยาบาลผู้ป่วยและผู้ป่วยฉุกเฉินได้ สำหรับพยาบาลวิชาชีพกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ต้องเป็นผู้ที่จบการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีทางการพยาบาล หรือได้รับวุฒิบัตรอบรมความรู้ ความชำนาญเฉพาะสาขาซึ่งมีความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะ เป็นการขยายขอบเขตและบทบาททางการพยาบาล มีอิสระที่สามารถกระทำได้โดยไม่ต้องอาศัยคำสั่งแพทย์ ซึ่งมีบทบาททางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การสอนและแนะนำ รวมถึงบทบาทการบรรเทาอาการ หรือให้การพยาบาลแบบประคับประคอง

3.6 ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์

ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลประกอบด้วยบุคลากรจำนวนมาก ดังนั้นการปฏิบัติหน้าที่จึงอยู่ภายใต้การควบคุมของพยาบาลอีกทีหนึ่ง พยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลประกอบด้วยผู้บริหารการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล ผู้จัดการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการขั้นสูง พยาบาลโดยทั่วไป และพยาบาลฝึกปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลที่ถูกต้องหวังในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ซึ่งต้องใช้ประสบการณ์มากขึ้น (Frederickson, 2003)

สำหรับโรงพยาบาลศูนย์บุคลากรทุกคนในทีมการพยาบาลมีบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นกระทำบทบาท ดังต่อไปนี้ (รัชนี อยู่ศิริ, 2551)

หัวหน้าทีม

1. รับผิดชอบเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดในทีม
2. อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำงานเป็นทีมให้สมาชิกทีมเข้าใจอย่างชัดเจน
3. ศึกษาผู้ป่วยและประเมินความต้องการของผู้ป่วยทุกคน
4. มอบหมายงานให้สมาชิกทีมอย่างมีนัยลักษณ์อักษร
5. วางแผนการพยาบาล และพัฒนาแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมมากขึ้นร่วมกับสมาชิกทีม โดยการประชุมปรึกษาก่อนและหลังให้การพยาบาล และมอบหมายให้สมาชิกทีมไปให้การดูแลหรือให้การดูแลร่วมกัน

6. เป็นผู้ดำเนินการประชุมปรึกษาในทีม
7. เป็นที่ปรึกษาของสมาชิกทีม
8. นิเทศบุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพอย่างใกล้ชิด
9. ตัดสินใจเกี่ยวกับการทำงานภายในทีม
10. ประสานงานภายในทีม
11. ประเมินผลงานของสมาชิกทีม

สมาชิกทีม

1. วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่รับผิดชอบ โดยมีหัวหน้าทีมเป็นผู้ให้คำปรึกษา
 2. เข้าร่วมการประชุมปรึกษาก่อนและหลังให้การพยาบาล เสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกทีมคนอื่นๆ
 3. ปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าทีม
 4. รายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ผลการปฏิบัติงานแก่หัวหน้าทีม
- กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ (2553) ได้ระบุนมาตรฐานงานของหัวหน้าทีมการพยาบาล ดังนี้
1. ประเมินสภาพและวางแผนในการให้การพยาบาลผู้ป่วย
 2. มอบหมายงานแก่สมาชิกทีมพยาบาลตามความสามารถเฉลี่ย 1 ครั้ง
 3. นำทีมรับ-ส่งเวร 2 ครั้ง/เวร
 4. นำทีมประชุมปรึกษา 2 ครั้ง/เวร
 5. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย 2 ครั้ง/เวร
 6. ควบคุมตรวจสอบการให้บริการพยาบาลของสมาชิกทีม
 7. เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำทางด้านการปฏิบัติงาน งานวิชาการของบุคลากรแก่สมาชิกทีม
 8. บันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงในแบบฟอร์มและแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้น กรณีที่แก้ไขไม่ได้ให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
 9. ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามที่ได้รับมอบหมายตามระยะเวลาที่กำหนด
 10. ร่วมจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการ/เทคโนโลยีใหม่ ๆ
 11. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
 12. จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติงาน

ส่วนสมาชิกในทีมมีมาตรฐานงานดังนี้

1. ประเมินสภาพและวางแผนในการให้การพยาบาลผู้ป่วย
 2. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง
 4. บันทึกรายงานอาการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสถานะสุขภาพและการดูแลรักษาของผู้รับบริการ
 5. จัดเตรียมเครื่องมือ และเวชภัณฑ์ สำหรับให้บริการผู้ป่วยให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน
 6. ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะโรคที่เป็น การปฏิบัติตัวขณะรับการรักษาและการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล
 7. วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยก่อนย้ายหรือจำหน่าย โดยให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะโรคที่เป็นการใช้อุปกรณ์พิเศษ การป้องกันการติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อ การปฏิบัติตัวและการดูแลสุขภาพ
 8. จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติงาน
- สรุปได้ว่า บุคลากรทุกคนในทีมการพยาบาลมีบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบแตกต่างกันไป ซึ่งการมีมาตรฐานงานของทุกคนในทีมจะช่วยให้การปฏิบัติงานมีความชัดเจนและให้การบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.7 พรบ. วิชาชีพการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล

พรบ. วิชาชีพการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล

พรบ. วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นพระราชบัญญัติซึ่งคุ้มครองควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ได้กำหนดคุณสมบัติต่างๆ ของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพ ลงโทษผู้กระทำการพยาบาลที่ไม่เหมาะสมและลงโทษผู้ที่ไม่ได้เป็นพยาบาล หรือมิได้ขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพมากระทำการพยาบาลแก่บุคคลอื่นในสังคม สิ่งต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้าใช้บริการทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์เกิดความไว้วางใจ และได้รับความสุขสบาย ปลอดภัย ทำให้วิชาชีพการพยาบาลเป็นที่นิยมยกย่องของสังคมต่อไป ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จะทราบถึงสาระสำคัญของพระราชบัญญัติวิชาชีพ พ.ศ. 2540 มีดังต่อไปนี้ (พาริตา อิบราฮิม, 2542; ละเอียด แจ่มจันทร์ และ สุวีร์ ชันชรักขวงค์ 2552)

มาตรา 4 กำหนดความหมาย ดังนี้

วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หมายความว่า วิชาชีพเกี่ยวกับการพยาบาลและการผดุงครรภ์

การพยาบาล หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

การผดุงครรภ์ หมายความว่า การกระทำเกี่ยวกับการดูแล การช่วยเหลือหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอดและทารกแรกเกิด รวมถึงการตรวจ การทำคลอด การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการผดุงครรภ์

การประกอบวิชาชีพการพยาบาล หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยกระทำต่อไปนี้

1. การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา และการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
2. การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การดูแลของโรค และการฟื้นฟูสภาพ
3. การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค
4. การช่วยเหลือแพทย์ กระทำการรักษาโรค

ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล

ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล

ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล

ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล

ใบอนุญาต หมายความว่า ใบอนุญาตซึ่งสภาการพยาบาลออกให้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลการผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์

มาตรา 32 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์พยาบาล การผดุงครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการผดุงครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามที่ได้กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการพยาบาล

มาตรา 41 มาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 48 ได้กำหนดโทษไว้ 2 ประเภท คือ

1. โทษทางพระราชบัญญัติวิชาชีพ เป็นโทษมีไว้สำหรับควบคุมความประพฤติและการปฏิบัติตนของผู้ประกอบวิชาชีพให้อยู่ในกรอบแห่งจรรยาบรรณ ก่อให้เกิดเกียรติยศและศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพเพื่อเป็นที่ยอมรับแห่งสังคม ดังนั้น ถ้าผู้ประพฤตินิติจริยธรรม สภาการพยาบาลพิจารณาเห็นว่าผู้กระทำมีความผิดจริง สภาการพยาบาลจะสั่งลงโทษบุคคลตามความของความผิด (มาตรา 41) ดังนี้ โทษสถานเบา ได้แก่ ว่ากล่าว ตักเตือน และภาคทัณฑ์ โทษรุนแรง พักใช้ใบอนุญาตและเพิกถอนใบอนุญาต

2. โทษทางอาญา เป็นโทษที่สามารถลงโทษได้ทั้งผู้ประกอบวิชาชีพ และบุคคลภายนอกที่กระทำการฝ่าฝืนจึงประโยชน์หลายประการ ได้แก่

2.1 ป้องกันและลงโทษบุคคลไม่มีสิทธิมาประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เหล่านี้ได้แก่

2.1.1 ผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเว้นแต่บุคคลนั้นกระทำการตามข้อยกเว้นในมาตร 27

2.1.2 ผู้ประกอบวิชาชีพที่อยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต เพราะต้องการจะลงโทษผู้ประพฤตินิติจริยธรรมนั้น ไม่ให้ประกอบวิชาชีพ

กล่าวได้ว่า พรบ. วิชาชีพการพยาบาลได้มีการระบุถึงความหมายเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาลที่ชัดเจน รวมถึงได้มีการกำหนดโทษทางพระราชบัญญัติวิชาชีพไว้สำหรับควบคุมความประพฤติและการปฏิบัติตนของผู้ประกอบวิชาชีพและโทษทางอาญาซึ่งลงโทษได้ทั้งผู้ประกอบวิชาชีพและบุคคลภายนอกที่กระทำการฝ่าฝืน

จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล

จรรยาบรรณพยาบาล ฉบับปี พ.ศ. 2546 (ละเอียด แจ่มจันทร์ และ สุรี ชันธรัถยวงศ์ 2552) ได้อธิบายไว้ว่าจรรยาบรรณพยาบาลฉบับนี้ เป็นจรรยาบรรณฉบับที่ 2 ซึ่งปรับปรุงแก้ไขจากจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลที่ได้ประกาศใช้เป็นฉบับแรกใน พ.ศ. 2528 ได้รับการปรับปรุงให้เป็นหลักนการประกอบวิชาชีพที่ตอบสนองความต้องการของยุคสมัย ภายใต้อิทธิพลของแนวโน้มและสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งประเทศที่มีความก้าวหน้าทางการศึกษาเทคโนโลยี การสื่อสารและการคมนาคม เป็นภาวะโลกาภิวัตน์ที่ทำให้ทราบถึงความรู้ ความคิดเห็น วัฒนธรรม ความต้องการสภาพการดำรงชีวิต ตลอดจนปัญหาสุขภาพหรือลักษณะโรคของประชาชนเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น รวมทั้งความก้าวหน้าในวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์

จรรยาบรรณพยาบาลแต่ละข้อเป็นหลักการปฏิบัติที่มีข้อความสั้น เพื่อให้เห็นความเป็นเอกภาพของจรรยาบรรณพยาบาลได้ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายครอบคลุมการปฏิบัติหน้าที่ทาง

จริยธรรมแต่ละหมวดอย่างกว้างขวาง มีแนวทางการปฏิบัติขั้นละเอียด เพื่อขยายความหมายของแต่ละข้อ จรรยาบรรณฉบับนี้ใช้ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลทุกด้าน ในทุกสถานที่และทุกตำแหน่งหน้าที่

ข้อที่ 1 พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชนผู้ต้องการการพยาบาล และบริการสุขภาพ

ข้อที่ 2 พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความเป็นสุภาพดีและความผาสุกของเพื่อนมนุษย์

ข้อที่ 3 พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงาน และประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิมนุษยชน

ข้อที่ 4 พยาบาลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์

ข้อที่ 5 พยาบาลประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศ

ข้อที่ 6 พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ให้บริการ

ข้อที่ 7 พยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคม เกิดความเชื่อถือไว้วางใจต่อพยาบาลและต่อวิชาชีพการพยาบาล

ข้อที่ 8 พยาบาลพึงร่วมในการทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพการพยาบาล

ข้อที่ 9 พยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเอง เช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น

จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล กำหนดหลักเกณฑ์ดังนี้ (สุปาณี เสนาดีสัย และวรรณภา ประไพพานิช, 2551)

1. จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อประชาชน

1.1 ประกอบวิชาชีพด้วยความมีสติ ตระหนักในคุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

1.2 ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึง เชื้อชาติ

ศาสนาและสถานภาพของบุคคล

1.3 ละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ และการใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตน

1.4 พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้ให้บริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ผู้นั้นหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย

1.5 พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ ความสามารถอย่างเต็มที่ ในการวินิจฉัย และการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพอนามัยของประชาชน

1.6 พึงป้องกันภัยอันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

2. จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อสังคมและประเทศชาติ

2.1 พึงประกอบกิจแห่งวิชาชีพให้สอดคล้องกับนโยบายอันยังประโยชน์แก่สาธารณสุข

- 2.2 พึงรับผิดชอบร่วมกับประชาชนในการริเริ่ม สนับสนุนกิจกรรมที่ก่อให้เกิดสันติสุขและยกระดับคุณภาพชีวิต
- 2.3 พึงอนุรักษ์และส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมประจำชาติ
- 2.4 พึงประกอบวิชาชีพโดยมุ่งส่งเสริมความมั่นคงของชาติ ศาสนาและสถาบันกษัตริย์
3. จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อวิชาชีพ
 - 3.1 พึงตระหนัก และถือตระหนักในหน้าที่ ความรับผิดชอบตามหลักแห่งวิชาชีพการพยาบาล
 - 3.2 พัฒนาความรู้และวิธีปฏิบัติให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ
 - 3.3 พึงศรัทธา สนับสนุน และให้ความร่วมมือในกิจกรรมแห่งวิชาชีพ
 - 3.4 พึงสร้างและธำรงไว้ซึ่งสิทธิอันชอบธรรมในการประกอบวิชาชีพพยาบาล
 - 3.5 พึงเผยแพร่ชื่อเสียงและคุณค่าแห่งวิชาชีพให้เป็นที่ปรากฏแก่สังคม
4. จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อผู้ร่วมวิชาชีพ และผู้ประกอบวิชาชีพอื่น
 - 4.1 ให้เกียรติ เคารพในสิทธิและหน้าที่ของผู้ร่วมวิชาชีพ และผู้อื่น
 - 4.2 เห็นคุณค่า และยกย่องผู้มีความรู้ ความสามารถในศาสตร์สาขาต่างๆ
 - 4.3 พึงรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดีกับผู้ร่วมงาน ทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ
 - 4.4 ยอมรับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ และชักนำให้ประพฤติปฏิบัติภารกิจอันชอบธรรม
 - 4.5 พึงอำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือแก่ผู้ร่วมงานในการปฏิบัติภารกิจอันชอบธรรม
 - 4.6 ละเว้นการส่งเสริมหรือปกป้องผู้ประพฤติผิด เพื่อผลประโยชน์แห่งตนหรือผู้กระทำนั้นๆ
5. จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อตนเอง
 - 5.1 พึงประพฤติตน และประกอบกิจแห่งวิชาชีพ โดยถูกต้องตามกฎหมาย
 - 5.2 ยึดมั่นในคุณธรรม และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
 - 5.3 ประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในด้านการประกอบกิจแห่งวิชาชีพและส่วนตัว
 - 5.4 ใฝ่รู้และพัฒนาแนวคิดให้กว้าง และยอมรับการเปลี่ยนแปลง
 - 5.5 ประกอบกิจแห่งวิชาชีพด้วยความเต็มใจ และเต็มกำลังความสามารถ
 - 5.6 ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมีสติ รอบรู้ เชื่อมั่น และมีวิจารณญาณอันรอบคอบ

สรุปได้ว่า พรบ. วิชาชีพการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล เป็นหลักนำการปฏิบัติ ที่มีความหมายครอบคลุมแนวทางการปฏิบัติหน้าที่โดยละเอียด ใช้ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลทุกด้าน ในทุกสถานที่และทุกตำแหน่งหน้าที่โดยมีการกำหนดคุณสมบัติต่างๆ ของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียน จรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพ กำหนดคบทลงโทษผู้กระทำการพยาบาลที่ไม่เหมาะสมและลงโทษผู้ที่ไม่ได้เป็นพยาบาล หรือมิได้ขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพมากระทำการพยาบาลแก่บุคคลอื่นในสังคม ช่วยให้ประชาชนได้รับความปลอดภัย และทำให้วิชาชีพการพยาบาลเป็นที่นิยมยกย่องของสังคมต่อไป

4. พฤติกรรมการบริการและการร้องเรียนพฤติกรรมบริการ

4.1 ความหมายของการร้องเรียนพฤติกรรมบริการ

โอยฐ วาริรัถย์ (2539) กล่าวว่า พฤติกรรมบริการ เป็นรูปของมนุษย์สัมพันธ์ เช่น กิริยามารยาท ความกระตือรือร้น ความมีน้ำใจ การพูดจา สีสหน้า ท่าทาง ที่ผู้ให้บริการแสดงต่อผู้ใช้บริการตลอดจนกระบวนการของการบริการ

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541) ให้ความหมาย พฤติกรรม ว่าหมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและกิจกรรมนี้ อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้

นวลลักษณ์ นุษบง (2541) กล่าวถึงพฤติกรรมบริการว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติ และมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในขณะเวลาหนึ่ง เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ให้และผู้ให้บริการ

นวิรัตน์ สุวรรณผ่อง และคณะ (2550) กล่าวว่า พฤติกรรมบริการ หมายถึง เป็นการแสดงออกที่ผู้ให้บริการ ณ สถานบริการต่างๆ ปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการทั้งโดยวาจา การใช้น้ำเสียงและการแสดงออกด้วยสีหน้า ท่าทางที่เรียกว่า การเคลื่อนไหวร่างกาย (Body movement) หรือภาษาท่าทาง (Body language)

วิโรจน์ ไวกานิชกิจ (2552) กล่าวว่า คำร้องเรียน หมายถึง การแสดงความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการที่ได้รับ ให้แก่ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งแสดงออกทางสื่อสาธารณะต่างๆ โดยอาจเป็นคำร้องเรียนที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นคำร้องเรียนทางวาจา อาจเป็นคำร้องเรียนผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ และสื่ออื่นๆ ก็ได้

Leebov, Scott and Olson (1998) กล่าวว่า พฤติกรรมบริการ หมายถึง สิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุนในการทำและพูดกับผู้ใช้บริการด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและช่วยให้มีความชัดเจน ซึ่งพฤติกรรมเช่นนี้ เป็นรูปแบบพฤติกรรมให้ผู้ปฏิบัติงานกระทำ

Parasuraman, Zeithnal and Beny (1985) ให้ความหมายพฤติกรรมบริการ เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ในบางครั้งมีความสำคัญมากกว่าผลของการบริการ

British Standards Institute 8600 (1999 cited in Platt, 2008) อธิบายว่า การร้องเรียน เป็นการแสดงความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อผลิตภัณฑ์หรือการบริการ

International Organization for Standardization (2004 cited in Platt, 2008) อธิบายว่า การร้องเรียนเป็นการแสดงออกถึงความไม่พึงพอใจต่อสถานบริการเกี่ยวกับบริการที่ได้รับหรือเป็นกระบวนการที่ผู้ใช้บริการสะท้อนให้เห็นในสิ่งที่คาดหวัง

Insurance Commission of Western Australia (2011) กล่าวว่า การร้องเรียน หมายถึง การแสดงออกถึงความไม่พึงพอใจในคุณภาพในการให้บริการ

สรุปได้ว่า การร้องเรียนพฤติกรรมบริการ เป็นการแสดงถึงความไม่พึงพอใจหรือไม่พอใจในสิ่งที่คาดหวังของผู้ใช้บริการต่อการบริการที่ได้รับ โดยผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจต่อการปฏิบัติของผู้ให้บริการทั้งทางวาจา การใช้น้ำเสียงและการแสดงออกด้วยสีหน้า ท่าทหรือภาษา ที่ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความไม่พึงพอใจและแสดงออกด้วย อาจเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรแสดงทางวาจา หรือสื่อต่างๆ ออกมาเพื่อให้ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบรับทราบ

4.2 แนวคิดเรื่องพฤติกรรมบริการ

สภาการพยาบาล (2545) ได้ให้หลักการเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการไว้ว่าผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล จำเป็นต้องมีจิตวิญญาณของความเป็นพยาบาลอย่างแท้จริงตรงตามปรัชญาพื้นฐานการก่อกำเนิดของวิชาชีพ จริยธรรม คุณธรรมของพยาบาลที่สังคม และผู้ใช้บริการคาดหวัง ทุกกาลสมัย ตลอดจนไม่แตกต่างกันไปจากปรัชญาพื้นฐานของวิชาชีพ การปรับปรุงหรือพัฒนาพฤติกรรมของตนเองหรือทีมวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดการยอมรับ เชื่อถือ และศรัทธาตามความรู้สึกของผู้ใช้บริการและสังคม ดังนั้น พฤติกรรมบริการที่เหมาะสมสำหรับวิชาชีพพยาบาลมีดังนี้

ด้านบุคลิกภาพ

1. มีภาพลักษณ์ที่แสดงถึงสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งกายและใจ
2. แต่งกายสะอาด เรียบร้อย

3. ทำที่สุภาพ อ่อนน้อม สง่าผ่าเผย
4. มีท่าที กิริยาวาจาที่แสดงให้เห็นถึงความเอื้ออาทร เห็นใจ พร้อมให้บริการ เมตตากรุณา เป็นมิตร

ด้านเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล

1. มีความรู้ความสามารถในการใช้ศาสตร์และศิลปะในการปฏิบัติการพยาบาล
2. มีความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง รวดเร็ว เหมาะสมต่อสถานการณ์
3. ให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ตรงตามความต้องการ ปลอดภัย ปราศจากความเสี่ยง
4. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ
5. มีคู่มือปฏิบัติการพยาบาล
6. คำนึงถึงประโยชน์และสิทธิของผู้รับบริการ

ปัจจัยที่ส่งผลให้การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติมองว่าพยาบาลให้บริการที่มีคุณภาพหรือไม่ นั้น ขึ้นกับการประเมินพฤติกรรมบริการของพยาบาลที่องค์ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งพบว่ามี 8 ประการ (Abramoxitz et al., 1987 อ้างใน ไพเราะ กลองนา วัจ, 2543) ดังนี้

1. ผู้ให้บริการพยาบาลให้การดูแลรักษาพยาบาลด้วยดีอย่างเป็นมิตร และมีอัธยาศัยอันดี (Friendliness and courtesy)
2. สามารถจัดสรรบริการพยาบาลได้ตามความต้องการของผู้ใช้บริการ (Availability of the nurse)
3. ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคล (Personalized care)
4. มีความพร้อมในการให้บริการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง (Access to specialists with national)
5. ความทันสมัยของเทคโนโลยีที่ช่วยในการให้บริการพยาบาล (Latest technology)
6. การจัดลำดับความสำคัญของการบริการ (Range of service)
7. บริการพยาบาลให้มีคุณภาพ มีชื่อเสียง สามารถกล่าวถึงได้ (Overall reputation)
8. อำนวยความสะดวกสบาย และสร้างบรรยากาศในหอผู้ป่วยให้สวยงามสดชื่น (Comfort and esthetic appearance)

เกณฑ์การประเมินพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล(อนุกรรมการจริยธรรม
สภาการพยาบาล, 2554)

1. มีบุคลิกภาพดี เหมาะสมในการประกอบวิชาชีพ และในการดำรงตนอยู่ในสังคม
 - 1.1 การแต่งกายถูกต้องตามระเบียบสะอาด เรียบร้อย
 - 1.2 รักษาสุขวิทยาส่วนบุคคล
 - 1.3 วางตัวได้เหมาะสมตามกาลเทศะน่าเชื่อถือเป็นแบบอย่างที่ดี สังคมยอมรับ
 - 1.4 กิริยาท่าทางสุภาพ นุ่มนวล อ่อนโยนใช้คำสุภาพ
 - 1.5 คล่องแคล่ว ว่องไว
 - 1.6 สุขภาพกายแข็งแรง
 - 1.7 สุขภาพจิตสมบูรณ์
2. ประพฤติตนอยู่ในศีลธรรม สอดคล้องกับค่านิยมวัฒนธรรมและกฎเกณฑ์ ของสังคม
 - 2.1 ไม่มีประวัติการทำผิดศีลธรรม
 - 2.2 ดำรงตนอยู่ในขอบเขตกฎหมายบ้านเมือง
 - 2.3 ซื่อสัตย์ สุจริต ไม่แสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบ
 - 2.4 รักษาระเบียบ วินัย วัฒนธรรมขององค์การ
 - 2.5 มีความเสียสละ
 - 2.6 มีความเพียรพยายาม มานะ อดทน
 - 2.7 ละเว้นการส่งเสริม ปกป้องผู้ประพฤติผิด
 - 2.8 ดำรงชีวิตอย่างเรียบง่าย ไม่ฟุ้งเฟ้อ
3. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
 - 3.1 กระตือรือร้น ให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการและผู้ร่วมงานอย่างเต็มความสามารถ
 - 3.2 ยกย่องให้เกียรติเคารพในศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน
 - 3.3 ยกย่องผู้มีความรู้ความสามารถและผู้ประพฤติดี
 - 3.4 สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ดี
 - 3.5 มีความสามารถในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
 - 3.6 ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น
4. แสดงความเป็นมิตรต่อผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป
 - 4.1 ให้การต้อนรับด้วยอัธยาศัยอันดี
 - 4.2 สนใจรับฟังตอบข้อซักถามและอธิบายให้ผู้รับบริการทราบ ด้วยความเต็มใจ
5. ให้บริการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรเต็มใจ
 - 5.1 ดูแลเอาใจใส่ ห่วงใยผู้รับบริการอย่างสม่เสมอด้วยความเต็มใจและเท่าเทียมกัน

5.2 แสดงออกด้วยกิริยา วาจา นัย และสัมผัสที่อ่อนโยนอย่างเหมาะสม

6. รักษาสิทธิของผู้รับบริการ

6.1 ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการ

6.2 ปกป้องสิทธิในความเป็นส่วนตัวและไม่เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ

6.3 เป็นตัวแทนผู้รับบริการที่สื่อความต้องการด้วยตนเองไม่ได้

6.4 ไม่ละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ

7. มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ผู้รับบริการและสังคม

7.1 ตรงต่อเวลา

7.2 ไม่ละทิ้งหน้าที่

7.3 ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จครบถ้วน

7.4 ช่วยเหลืองานนอกเหนือจากงานที่ได้รับมอบหมาย ตามโอกาสอันสมควร

8. ให้บริการด้วยเทคนิคที่ถูกต้องตามขอบเขตและมาตรฐานวิชาชีพ

8.1 ปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องตามหลักการ วิธีการ ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

9. มีการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เกี่ยวกับการดำเนินงานในการประกอบวิชาชีพ

9.1 สนใจศึกษาค้นคว้าหาความรู้และทักษะด้านศาสตร์ทางวิชาชีพ ศาสตร์ทางจริยธรรม และศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์กับการปฏิบัติวิชาชีพและการดำรงตนในสังคม

10. มีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรวิชาชีพ

10.1 เป็นสมาชิกขององค์กรวิชาชีพ

10.2 เข้าร่วมกิจกรรมในการพัฒนาวิชาชีพ

10.3 ส่งเสริมสนับสนุน และเผยแพร่กิจกรรมวิชาชีพ

10.4 ปฏิบัติตามมาตรฐานจรรยาบรรณและกฎหมายวิชาชีพ

10.5 ปฏิบัติตามมาตรฐานจรรยาบรรณและกฎหมายวิชาชีพ

10.6 ติดตามข้อมูลข่าวสารของวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ

เกณฑ์การประเมินพฤติกรรมของพยาบาลโดยผู้รับบริการ

1. อธิยาศัยในการต้อนรับ

2. ความสุภาพและความอ่อนโยน

3. มีมนุษยสัมพันธ์

4. ความกระตือรือร้น

5. การควบคุมอารมณ์

6. การให้ความเสมอภาค

7. การให้เกียรติ
8. ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ
9. ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์
10. รับฟังและช่วยคลี่คลายปัญหาและให้คำปรึกษา
11. รักษาสิทธิของผู้รับบริการ
12. รักษาความลับของผู้รับบริการ
13. อธิบายให้เข้าใจทั้งก่อนและหลังการให้บริการ
14. ปลอดภัยให้กำลังใจ
15. ความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการบริการ
16. ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติการพยาบาล
17. มีน้ำใจ (สนใจ เต็มใจ เอาใจใส่)
18. ช่วยเหลือให้บรรเทาความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบาย
19. ความสะอาดเรียบร้อยในการแต่งกาย
20. พฤติกรรมโดยทั่วไปน่าเชื่อถือและน่าศรัทธา

สำหรับโรงพยาบาล O' Connor (Curry, 2011) ได้กล่าวถึงมาตรฐานพฤติกรรมบริการตามหลักเกณฑ์ของโรงพยาบาลว่าประกอบด้วยมาตรฐานดังนี้

1. ลักษณะ

ความเคารพตนเองต้องเริ่มจากข้างในตัวบุคคลที่จะสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะที่เรียบง่ายที่จะแสดงให้เห็นออกมาภายนอก ดังนี้

1.1 เสื้อผ้าควรจะสะอาดเรียบร้อยและอยู่ในสภาพดี เสื้อผ้าไม่ควรแน่นเกินไปควรปฏิบัติตามระเบียบที่วางไว้

1.2 ภาษากายเป็นส่วนหนึ่งของลักษณะ เช่น การยิ้มและความเป็นมิตร

1.3 แสดงออกถึงความเอาใจใส่และกระตือรือร้น พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือ

1.4 สวมป้ายชื่ออย่างถูกต้องในส่วนบนของร่างกายที่ซึ่งมองเห็นได้ง่ายและไม่ปกปิด

1.5 หลีกเลี่ยงการใส่ น้ำหอมและผลิตภัณฑ์ที่มีกลิ่นหอมมาก

1.6 บำรุงรักษาและจัดระเบียบพื้นที่ทำงาน

2. ทักษะ

การเริ่มต้นกับสถานการณ์ต่างๆ มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ให้บริการควรมีลักษณะดังนี้

2.1 มีความสุภาพ สงสาร เชื้อม่น กระตือรือร้น และเคารพนับถือ

2.2 มีความรวดเร็ว

- 2.3 มีอารมณ์ตามเหมาะสม
- 2.4 ตัดสินใจอย่างมีสติในทัศนคติที่ดีทุกวัน
- 2.5 พูด คำว่า“ได้” ก่อนเสมอ

3. การสื่อสาร

ผู้ให้บริการต้องมีวิธีการใช้คำพูดและการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองและรู้สึกถึงความเข้าใจผู้อื่นเป็นสิ่งสำคัญที่จะแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ

- 3.1 ให้การดูแลผู้ป่วยทุกคนตามหลักการจรมีค่าสี่ขั้น
- 3.2 เคาะประตูห้องผู้ป่วยทุกครั้งก่อนเข้าไปในห้องผู้ป่วย
- 3.3 แสดงภาษากายที่ดี
- 3.4 สบตาผู้ป่วยขณะฟังและพูด
- 3.5 พยายามทำความเข้าใจด้วยการฟังด้วยความตั้งใจ ปราศจากการขัดจังหวะก่อนที่จะ

พูด

- 3.6 ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมที่แตกต่างและเสนอใช้ล่ามตามความต้องการ
- 3.7 พูดกับผู้ป่วยในระดับสายตา เช่น เมื่ออยู่ข้างเตียง นั่งและพูดกับผู้ป่วยในระดับ

สายตา

- 3.8 หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ คำศัพท์ และภาษาโรงพยาบาลเมื่อสื่อสารกับญาติผู้ป่วย
- 3.9 ถามคำถาม และส่งเสริมให้ญาติถามคำถาม
- 3.10 แนะนำตนเองและตำแหน่งเมื่ออยู่ในเวลาที่เหมาะสม
- 3.11 อธิบายขั้นตอนและการปฏิบัติในลักษณะที่ผู้ฟังเข้าใจง่าย
- 3.12 ตรวจสอบว่าความเข้าใจในสิ่งที่อธิบายและตรวจสอบสิ่งที่ญาติให้ความคาดหวัง
- 3.13 ใช้เวลาให้มีค่า
- 3.14 มีมารยาทขณะใช้โทรศัพท์ ตอบคำถามด้วยรอยยิ้ม
- 3.15 ปฏิบัติ 4 A ได้แก่ คาดหวัง (Anticipate) รับทราบ (Acknowledge) ขอโทษ

(Apologize) และแก้ไข (Amend)

4. การพัฒนาส่วนบุคคล

ผู้ให้บริการต้องมีการลงทุนด้วยตนเอง มุ่งมั่นที่จะเป็นให้ดีที่สุด มีความสามารถในการสิ่งทีกระทำ เป็นรากฐานสำคัญของวิชาชีพและความสำเร็จของบุคคลโดย

- 4.1 เป็นแบบอย่างพฤติกรรมที่ดี
- 4.2 หาโอกาสในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นมืออาชีพ และพัฒนาตนเอง
- 4.3 เป็นที่ปรึกษา/มีที่ปรึกษา
- 4.4 สร้าง และเปิดรับความคิดเห็นใหม่ๆ มีความยืดหยุ่น และไม่ก่อให้เกิดความเสียด

- 4.5 มีไหวพริบ
- 4.6 สนับสนุนสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้
- 4.7 เห็นอกเห็นใจคนอื่น เอาใจเอามาใส่ใจเรา
- 4.8 ดูแลสุขภาพ และอารมณ์ตนเองให้ดีเพื่อสามารถดูแลผู้อื่นได้
- 4.9 ฝึกการให้อภัย
- 4.10 เป็นผู้ประนีประนอม
- 4.11 มีความซื่อสัตย์ และมีสำนึก
- 4.12 สร้างสรรค์ และรักษาสีเขียว
- 4.13 ส่งเสริมบุคคลอ่อนแอ
- 4.14 เคารพในศาสนาและวัฒนธรรมที่แตกต่าง
5. การทำงานเป็นทีม
 - 5.1 มีการปรับเปลี่ยน และมีความยืดหยุ่น
 - 5.2 มีความภาคภูมิใจในการทำงาน ตรงต่อเวลา เป็นมืออาชีพ
 - 5.3 ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพ
 - 5.4 มีทัศนคติทางบวก
 - 5.5 ใช้ความกิริยาเริ่ม มีส่วนร่วม และร่วมรับผิดชอบ
 - 5.6 รู้จักชื่นชม และขอบคุณผู้อื่น
 - 5.7 ตั้งความหวัง ยินดีเมื่อต้องปฏิบัติตามและปฏิบัติพิเศษ
 - 5.8 เสนอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องการ
 - 5.9 พาผู้ป่วยไปในที่ที่จำเป็นต้องไป
 - 5.10 ให้ความสำคัญกับการเสนอแนะแทนที่จะใช้การบ่นหรือห้าม
 - 5.11 ใช้การร้องเรียนเป็นโอกาสในการปรับปรุงคุณภาพ

กล่าวได้ว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ มีจริยธรรม คุณธรรมให้และบุคลิกภาพทั้งในลักษณะ ทัศนคติ การสื่อสาร การพัฒนาตนเอง และความสามารถในการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นบุคลิกภาพที่แสดงถึงความพร้อมที่จะให้บริการ รวมทั้งตอบสนองความต้องการของให้ใช้บริการได้อย่างรวดเร็วภายใต้มาตรฐานการพยาบาล

สถิติการร้องเรียนพฤติกรรมบริการ

จากสถานการณ์การร้องเรียนของสำนักงานประกันสังคม จำนวนข้อร้องเรียนในด้านการบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี2543-2546 ดังนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนข้อร้องเรียนและหัวข้อการร้องเรียน

หัวข้อร้องเรียน	จำนวนข้อร้องเรียน(ราย)							
	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546
การบริการไม่ดี ไม่ดูแลเอาใจใส่	-	21	44	25	112	66	220	491
พุดจา								
ไม่สุภาพ								

ที่มา : กองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม (2546 อ้างใน วิโรจน์ ฌ ระนอง, และคณะ, 2547)

จากตารางที่ 1 พบว่าจำนวนข้อร้องเรียนในด้านบริการของประชาชนต่อสำนักงานประกันสังคมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นมา ซึ่งหัวข้อการร้องเรียนเป็นเรื่องการบริการไม่ดี ไม่เอาใจใส่ และพุดจาไม่สุภาพ ดังต่อมามีการศึกษาวิจัยเรื่องการสื่อสารและพฤติกรรมบริการ: ข้อขัดแย้งภายใต้ต้นนโยบาย 30 บาท เป็นการศึกษากรณีร้องเรียนของผู้ใช้บริการที่มีบัตรทอง ในปีงบประมาณ 2548 ซึ่งพบว่าเป็นเรื่องตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 57 และ 59 จำนวน 1,864 เรื่อง ในจำนวนนี้เป็นเรื่องไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร 164 เรื่อง และพบว่าเป็นไม่พึงพอใจต่อเรื่องพฤติกรรมบริการ 60 เรื่อง จากจำนวนผู้ใช้บริการที่มีบัตรทอง ทั้งหมด 913 คน โดยพบว่าในภาพรวมร้อยละ 16.9 มีประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการ โดยภาคใต้มีข้อร้องเรียนไม่พึงพอใจต่อมากที่สุด ร้อยละ 21.5 รองลงมาคือภาคเหนือ ร้อยละ 21.1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 19.3 ตามลำดับ ส่วนภาคที่มีข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการน้อยที่สุดคือ ชายฝั่งทะเลตะวันออกโดยพบเพียง ร้อยละ 9.1 สำหรับพฤติกรรมบริการที่ผู้ใช้บริการไม่พอใจต่อผู้ให้บริการมีดังนี้ ทำแผลแรง นิ่งไม่ตอบคำถาม ถูกลัดคิว จากผู้ที่รู้จัก พุดคุยกันเองเรื่องส่วนตัวขณะให้บริการ ไม่อธิบายโรค บริการช้า รอคิวนาน ไม่สนใจคำถาม สีหน้าเรียบเฉย ไม่ยิ้มแย้ม ท่าทีเฉยเมย ไม่ใส่ใจ และส่วนใหญ่ที่เป็นเรื่องไม่พอใจมากที่สุดคือ ผู้ให้บริการใช้เสียงดัง และน้ำเสียงห้วนฟังแล้วไม่สุภาพซึ่งเมื่อเกิดปัญหาเรื่องเรียนพฤติกรรมบริการเกิดขึ้นพบว่าหลายกรณีสามารถไกล่เกลี่ยยุติข้อร้องเรียนได้เพราะส่วนใหญ่เป็นเรื่องคำพูดหรือกิริยาท่าทางของผู้ให้บริการซึ่งมีการวิเคราะห์ว่าเกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการไม่สามารถสื่อสารให้ผู้ใช้บริการเข้าใจถึงกระบวนการ และข้อกำหนดในการใช้บริการบางประเภท ทำให้เกิดเป็นความขัดแย้งขึ้นได้ในวรัตน์ สุวรรณผ่อง และคณะ, 2550)

สำหรับการดำเนินงานข้อร้องเรียนและการคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการดำเนินงานตามมาตรา 57 และมาตรา 59 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งในปีงบประมาณ 2549 พบว่ามีการร้องเรียนจากผู้ให้บริการทั้งหมด จำนวน 2,945 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องไม่ได้รับการตามสิทธิที่กำหนด เช่น ถูกปฏิเสธการใช้สิทธิ ถูกปฏิเสธการส่งตัว ถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน และอีกส่วนหนึ่งเป็นการร้องเรียนไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรโดยพบว่ามีจำนวน 470 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 15.96 ซึ่งขณะที่ปีงบประมาณ 2548 พบว่ามีจำนวนเพียง 164 ราย หรือร้อยละ 8.80 ซึ่งเท่ากับว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 186.59 ภายใน 1 ปี (ตารางที่ 2) ซึ่งหมายความว่าจำนวนเรื่องร้องเรียนได้เพิ่มขึ้นอย่างมากในปีถัดมา

ตารางที่ 2 จำนวนเรื่องร้องเรียนการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรในการบริการ

เรื่องร้องเรียน	ปีงบประมาณ 2548 จำนวน (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ 2549 จำนวน (ร้อยละ)	เพิ่มขึ้นร้อยละ
ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร	164 (8.80)	470 (15.96)	186.59

ที่มา : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2549 อ้างใน ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล และจตุรงค์ บุนยรัตนสุนทร, 2551)

ส่วนกองประสานการแพทย์สำนักงานประกันสังคม(2550 อ้างใน ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล และจตุรงค์ บุนยรัตนสุนทร, 2551) รายงานว่าปี 2548 มีผู้ประกันตนประมาณ 8.4 ล้านราย และมีเรื่องร้องเรียนบริการทางการแพทย์ ซึ่งสามารถแบ่งประเภทข้อร้องเรียน ได้ดังนี้

1. ข้อร้องเรียนเชิงบริหารจัดการ จำนวน 142 ราย คิดเป็น 1.7 รายต่อผู้ประกันตน 1 แสนราย
2. ข้อร้องเรียนเชิงพฤติกรรมบริการ จำนวน 362 ราย คิดเป็น 4.3 รายต่อผู้ประกันตน 1 แสนราย
3. ข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐานการบริการ จำนวน 440 ราย คิดเป็น 11.2 รายต่อผู้ประกันตน 1 แสนราย

นอกจากนี้ หากสถิติการร้องเรียนพฤติกรรมบริการของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือ ในปี 2552 พบว่าพยาบาลถูกร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการมาร้อยละ 2.41 และในปี 2553 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นซึ่งในอดีตไม่เคยมีปรากฏมาก่อน ซึ่งการร้องเรียนดังกล่าว เป็นเรื่อง การบริการล่าช้า ไม่ทันใจ การแสดงออกด้วยกิริยา วาจา น้ำเสียงไม่เหมาะสม การสื่อสารที่ไม่เข้าใจกัน เป็นต้น(คณะกรรมการพัฒนาพฤติกรรมบริการ โรงพยาบาลศูนย์, 2554)

จะเห็นได้ว่าสถิติข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้บริหารโรงพยาบาลระดับสูงจึงสมควรเห็นความสำคัญที่จะมองหาแนวทางในการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการร้องเรียนเกิดขึ้นต่อโรงพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียตามมาอีกหลายประการ

4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการร้องเรียนพฤติกรรมบริการ

วิสูตร ฟองศิริไพบุลย์ (2541 อ้างใน จันทรพร จันทรสิน, 2551) ได้กล่าวถึงสาเหตุการร้องเรียนที่เกิดจากผู้ป่วยและญาติ ไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่โดยดูจากพฤติกรรมของแพทย์และพยาบาลที่ให้การดำเนินการรักษาทางการแพทย์อย่างไม่เหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยและญาติมีการศึกษาค้นคว้าสนใจทางด้านทางการแพทย์มากขึ้น
2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ด้านกฎหมายมากขึ้น
3. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้สึกว่าลักษณะความสัมพันธ์เป็นผู้ใช้บริการกับผู้ใช้บริการมากกว่าเรื่องของจิตใจ
4. ผู้ป่วยและญาติคำนึงถึงศักดิ์ศรีมากขึ้น
5. ผู้ป่วยและญาติต้องการทำให้เป็นคดีตัวอย่างเพื่อยื่นแนวทางให้กับผู้ป่วยคนอื่น
6. ผู้ป่วยและญาติต้องการทำให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมเพื่อไม่ให้แพทย์ทำเช่นนั้นกับบุคคลอื่นได้อีก

7. ผู้ป่วยและญาติเสียค่าใช้จ่ายไปจำนวนมากแล้ว แต่ไม่ได้ผลที่พอใจ

8. ผู้ป่วยและญาติถูกขู่ข่มขู่และชักจูงโดยมีที่ปรึกษาทางการแพทย์และทางกฎหมาย

ระบบบริการสุขภาพที่ต้องใช้ทรัพยากรมหาศาลในการชดเชยผู้ใช้บริการในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จึงทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพยายามศึกษาหาทางแก้ไข โดยมุ่งเน้นค้นหาและแก้ไขสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง ก่อนจะเกิดการร้องเรียน จึงเป็นที่มาของการศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) ในหลายประเทศ เช่น การบาดเจ็บที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษาโดยไม่ตั้งใจ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical errors) ซึ่งคือ ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือการวางแผนการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546)

ชำนาญ ภู่อี่ยม (2537) กล่าวถึง ความบกพร่องในเรื่องพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลของรัฐ เกิดจากสาเหตุ ดังต่อไปนี้

1. วัฒนธรรมองค์กร โรงพยาบาลรัฐ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยเห็นความสำคัญของ ผู้ใช้บริการ มองว่าผู้ให้บริการมาเพื่อขอความช่วยเหลือ ยังมีจำนวนน้อยเท่าไร จะทำให้ปฏิบัติงาน ได้ง่ายมากยิ่งขึ้น การบริหารจัดการต่างๆ จึงยึดเอาความรู้สึกของผู้ให้บริการเป็นสำคัญ

2. ผลประโยชน์ โรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ คือ การขาดแคลน บุคลากร และความเหน็ดเหนื่อย จึงทำให้มีโอกาสที่จะปฏิบัติงานผิดพลาด โคนตำหนิ คำว่า ทั้งนี้เพราะ ผู้ใช้บริการและญาติต่างไม่รับรู้ ไม่เข้าใจ หรือเห็นอกเห็นใจ

3. บรรยากาศในองค์กร โรงพยาบาลรัฐ มีบรรยากาศที่ไม่สดชื่น

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการร้องเรียนพฤติกรรมบริการนั้น มีสาเหตุปัจจัยส่วนหนึ่งเกิด จากผู้ป่วย ญาติ ที่เกิดความไม่พึงพอใจในเรื่องการบริการ ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ให้บริการและ สถานพยาบาล ที่มีความไม่พร้อมในการให้บริการ จึงทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวัง

4.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ

Corovitz et al, (1976 อ้างใน ศิริมา ทองดี, 2549) กล่าวถึง ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ดังนี้

1. พฤติกรรมและท่าทีของพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากความ บกพร่องของพยาบาล ได้แก่ ขาดมนุษยสัมพันธ์ ขาดความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ มีความสนใจงาน น้อย ขาดความรอบคอบในการปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานผิดพลาดทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย

2. การรักษาความลับของผู้ป่วย เป็นจรรยาบรรณประการสำคัญที่พยาบาลไม่พียงนำข้อมูล ผู้ป่วยไปเปิดเผยต่อบุคคลอื่นที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาล เพราะอาจนำมาซึ่งความ เสียหายต่อผู้ป่วยและกระบวนการรักษาพยาบาล ที่สำคัญที่สุดเป็นการไม่เคารพต่อความเป็นมนุษย์ และสิทธิผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ทั้งนี้ในการ พิจารณาคัดสินนี้ พยาบาลต้องอาศัยความรู้ประสบการณ์และการไตร่ตรองด้วยวิจารณญาณเพื่อ เป็นข้อมูลในการตัดสินใจร่วมกับผู้ร่วมงานด้วย

3. การบอกความจริง ในที่นี้ หมายถึง ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคที่รักษาไม่หายหรือร้ายแรง เช่น มะเร็ง โรคนอดส์ เป็นต้น โดยทั่วไปการบอกความจริงเป็นสิทธิของแพทย์ในการตัดสินใจ แต่ พยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยจึงมีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

4. การยินยอมรักษาพยาบาล โดยทั่วไปแล้วในกระบวนการรักษาพยาบาลก่อนที่แพทย์ และพยาบาลให้การรักษาแก่ผู้ป่วยจะต้องให้ข้อมูลก่อนเสมอ การยินยอมที่เกิดจากการสมัครใจของ ผู้ป่วยโดยมีความเข้าใจในรายละเอียดอย่างชัดเจน ย่อมไม่ก่อให้เกิดปัญหาใดๆ ตามมา แต่ในบาง กรณีผู้ป่วยไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้ ไม่เห็นความสำคัญของการรักษาพยาบาลหรือเกิดความขัดแย้งต่อ

ค่านิยมความเชื่อ อาจจะไม่ยินยอมรับการรักษาหรือมีความลังเลใจ กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ การพิจารณาตัดสินใจแทนหรือให้ข้อมูลที่เป็นกลางโดยไม่โน้มน้ำหนักหรือชักจูงจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งแพทย์และพยาบาลต้องใช้ในการพิจารณาใด่ตรงอย่างรอบคอบเพราะมิฉะนั้นอาจกลายเป็นการกระทำผิดจริยธรรมโดยไม่ตั้งใจได้

Berry, Parasuraman and Zeithaml นักวิจัยทางด้านบริการ กล่าวถึงลักษณะ 5 ประการที่ผู้ใช้บริการจะประเมินคุณภาพการบริการที่ได้รับ ซึ่งเป็นสาเหตุของการร้องเรียน (Osborne, 2004) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Reliability) ความสามารถในการปฏิบัติการบริการที่น่าเชื่อถือและถูกต้อง
2. ความรับผิดชอบ (Responsiveness) ความปรารถนาในการช่วยเหลือผู้ใช้บริการและให้บริการโดยทันท่วงที
3. การรับรอง (Assurance)
 - 3.1 สมรรถนะ (Competence) การมีทักษะและความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานการให้บริการ
 - 3.2 มีอัธยาศัย (Courtesy) ในเรื่องความสุภาพ ความเคารพ ความเห็นใจ และความเป็นมิตรในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ
 - 3.3 มีความน่าไว้วางใจ (Credibility) ในการบริการของผู้ให้บริการ
 - 3.4 มีความปลอดภัย (Security) ปราศจากอันตราย ความเสี่ยง หรือความสงสัยต่างๆ
4. การเอาใจใส่ (Empathy)
 - 4.1 สามารถเข้าถึง (Access) รับรู้สิ่งที่ประสบได้
 - 4.2 มีความสามารถการสื่อสาร (Communication) แจ้งข้อมูลกับผู้ใช้บริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความเข้าใจและสามารถฟังได้รู้เรื่อง
 - 4.3 เข้าใจผู้ใช้บริการ (Understanding the customer) ทราบถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ
5. มีความเป็นรูปธรรม (Tangibles) ได้แก่ ลักษณะทางกาย อุปกรณ์ บุคลิก และวิธีการสื่อสาร

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากความบกพร่องของพยาบาล ได้แก่ พฤติกรรมและท่าทีของพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย การสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ การมีทักษะและมีความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาล ที่แสดงถึงความน่าเชื่อถือ บุคลิกลักษณะที่แสดงถึงความเอาใจใส่ผู้ใช้บริการเพื่อทราบถึงความต้องการของผู้ใช้บริกร

4.5 การจัดการกับการร้องเรียนพฤติกรรมบริการพยาบาลวิชาชีพ

Department of Health and Human Service ในประเทศสหรัฐอเมริกา (อ้างใน ทัทนีย์ มะโนปัญญา และนันทชัย บุญญาสุรฤทธิ์, 2547) ได้เสนอลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบ การจัดการ ร้องเรียนไว้ว่า ในการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพใดๆ ก็ตามย่อมมีความคาดหวังที่จะได้รับบริการตรงตามข้อตกลง ให้ได้รับการบริการที่ได้มาตรฐาน เหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐานการรักษาที่พึงปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ในการรับบริการย่อมไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัญหาจากการเข้ารับบริการได้ โดยสาเหตุอาจมีความหลากหลาย กระบวนการ จัดการให้เกิดการรับร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการจัดการปัญหาที่โปร่งใส ย่อมเป็นที่ คาดหวังของผู้ใช้บริการ ดังนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบในการแก้ปัญหา ควรคำนึงถึงหลักการที่ดีใน การจัดการระบบการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน ดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงและเป็นกันเอง การจัดทำมีระบบรับข้อร้องเรียน ที่ทำให้ผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาจากการรับบริการ ได้รับทราบช่องทางในการ ร้องเรียน นอกจากนี้ การเข้าถึงช่องทางดังกล่าว ต้องเป็นไปโดยสะดวกและเป็นระบบที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อนที่จะดำเนินการแจ้งข้อร้องเรียน
 2. หลักการที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม หน่วยงานการต้องตระหนักถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของ การรับบริการเป็นสำคัญ รวมทั้งการดำเนินการจัดการต้องดำเนินการอย่างไรที่ไม่มีอคติทั้งต่อ ผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ
 3. ความสามารถประเมินข้อร้องเรียน หน่วยงานที่รับผิดชอบจำเป็น ต้องมีศักยภาพเพียงพอ ในการทบทวนและประเมินข้อร้องเรียน โดยเฉพาะองค์ความรู้ทางด้านคลินิก มีทรัพยากรอย่าง เพียงพอในการเข้าไปตรวจสอบอย่างถี่ถ้วน
 4. ความโปร่งใสแก่ผู้ร้องเรียนและผู้รับร้องเรียน การสร้างความโปร่งใสของกระบวนการ จัดการปัญหาข้อร้องเรียนนั้น จำเป็นที่จะต้องให้ทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการที่เป็นคู่กรณีได้ รับทราบข้อมูลที่ครบถ้วนที่ใช้ในการพิจารณาทบทวนข้อร้องเรียน ตลอดจนเหตุการณ์ตัดสินใจ ดำเนินการประการใด และข้อมูลการจัดการดังกล่าว ต้องตอบสนองต่อการแก้ปัญหาข้อร้องเรียน นั้นๆ อย่างตรงประเด็น
- วิโรจน์ ไวนิชกิจ (2552) กล่าวว่า การสอบสวนข้อร้องเรียนนั้น เป็นสิ่งที่ต้องกระทำเมื่อ ได้รับคำร้องเรียนมิให้เพิกเฉย ต้องมุ่งแก้ปัญหาแต่มิใช่หาทางลงโทษผู้ถูกร้องเรียน การสอบสวน ข้อร้องเรียนที่มีปรากฏในคำร้องเรียนนั้น ต้องการทำความรอบคอบ เป็นธรรม และละเอียดถี่ ถ้วน โดยมีหลักการดำเนินการ ดังนี้

1. ตรวจสอบว่าเป็นคำร้องเรียนที่สมบูรณ์ มิใช่บัตรสนเท่ห์ที่ไม่มีชื่อ ไม่มีสาระ หรือมีประเด็นอื่นแอบแฝง
2. หาว่าในคำร้องเรียนมีข้อร้องเรียนกี่ข้อ กี่ประเด็น แยกแยะนำเพื่อมาพิจารณา
3. ตรวจสอบเหตุการณ์ว่าเกิดขึ้นจริงหรือไม่ มีผู้ป่วยที่เป็นผู้ร้องเรียนมารับบริการจริงหรือไม่ ถ้ามีจริงต้องติดต่อผู้ป่วยเพื่อขอโทษและปรับทัศนคติให้เกิดความเข้าใจ
4. ส่วนรายละเอียดของเหตุการณ์ ต้องสอบสวนผู้เห็นเหตุการณ์และควรให้ผู้ถูกกล่าวหาในคำร้องเรียนมีโอกาส ให้คำชี้แจงและรับพิจารณาปัญหาด้วย
5. สรุปปัญหาที่พบแล้วนำมาหาต้นตอของปัญหา(Root cause) โดยผู้ถูกร้องเรียนควรมีส่วนร่วมด้วยเช่นกัน
6. เน้นแก้ไขและป้องกันปัญหาต่อไปในอนาคต เพื่อเข้าสู่กลไกใน Plan-Do-Check-Act (PDCA) ซึ่งจำเป็นมากในการพิจารณาคุณภาพในการบริการให้ดีขึ้น

การจัดการกับข้อร้องเรียนเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีการแบ่งเป็นการจัดการเมื่อยังไม่เกิดปัญหาและการจัดการเมื่อเกิดปัญหา ดังนี้(กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์, 2553)

1. การจัดการเมื่อยังไม่เกิดปัญหา
 - 1.1 ทุกหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาลมีหน้าที่สำรวจความเสี่ยง จัดทำบัญชีความเสี่ยงที่สำคัญ และประเมินความเสี่ยง
 - 1.2 จัดทำแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง
 - 1.3 ฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยง
2. การจัดการเมื่อเกิดปัญหา
 - 2.1 ผู้ที่ประสบกับอุบัติการณ์ต่างๆ ให้ดำเนินการแก้ไขเฉพาะหน้า
 - 2.2 ถ้าควบคุมสถานการณ์ได้ ให้จัดทำบันทึกลงในรายงานต่างๆ ซึ่งได้แก่ แบบบันทึก รายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยง ของกลุ่มการพยาบาล รายงานผู้ตรวจการ รายงานผู้บังคับบัญชา
 - 2.3 ถ้าควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ ให้ขอความช่วยเหลือจากหัวหน้าเวร หัวหน้างาน/ผู้บังคับบัญชา
 - 2.4 เมื่อเสร็จสิ้นให้บันทึกรายงานอุบัติการณ์ตามแบบฟอร์ม เสนอผู้บังคับบัญชา
 - 2.5 จัดเก็บข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

Leebov (2003) กล่าวว่า Joint Commission ต้องการให้ปฏิบัติตามแนวการปฏิบัติเป็นประจำ ดังนี้

1. กลไกการรับเรื่องร้องเรียนต้องมีอยู่จริงและสามารถตอบสนองเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลและการบริการ

2. องค์กรต้องแจ้งถึงสิ่งที่ถูกต้องกับผู้ใช้บริการ โดยการนำเสนอกระบวนการร้องเรียนซึ่งที่สามารถนำเสนอได้

3. องค์กรต้องวิเคราะห์การร้องเรียนและเมื่อมีข้อคำถาม ต้องตอบคำถามให้เหมาะสม

4. เมื่อผู้ใช้บริการสร้างเรื่องร้องเรียนแล้วองค์กรต้องตอบสนองต่อเนื่องหาสาระการร้องเรียนนั้น

5. ถ้าผู้ใช้บริการหรือครอบครัวที่กำลังร้องเรียน เรื่องการร้องเรียนต้องไม่ส่งผลกระทบต่อ การให้การดูแลหรือการบริการในอนาคต

นักวิจัยเกี่ยวกับผู้ใช้บริการได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดการกับข้อร้องเรียนที่ตรงกับความ ต้องการของผู้ใช้บริการ(Osborne, 2004) ดังนี้

1. เมื่อเกิดการร้องเรียนขึ้น พยายามในสถานที่นั้นต้องสามารถจับปัญหาได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ใช้บริการไม่นำเรื่องราวไปบอกกับบุคคลอื่น หรือแผนกอื่น

2. ให้มีบุคคลหนึ่งบุคคลใดรับผิดชอบในการสืบสวนและแก้ไขปัญหา

3. การลงมติให้เป็นธรรม ให้โอกาสผู้ใช้บริการได้ออกความเห็น มติมีเหตุผลให้ติดตาม การปฏิบัติตามข้อตกลงไว้

4. ให้กระบวนการดำเนินไปอย่างรวดเร็ว โต้ตอบกับปัญหาและแก้ปัญหอย่างรวดเร็ว เป็นไปได้ภายในหนึ่งวัน

5. กำหนดความชัดเจนของข้อมูล และตอบทุกข้อคำถามเพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความ พึงพอใจ

6. ผู้ใช้บริการเป็นบุคคลสำคัญ ต้องไม่ปฏิเสธผู้ใช้บริการ ฟังปัญหาของผู้ใช้บริการ และ ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการว่าเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ

เมื่อมีการร้องเรียนจากคำพูดเกิดขึ้น การดำเนินการร้องเรียนควรปฏิบัติ (Peterson, 1988) ดังนี้

1. พยายามต้องบันทึกการร้องเรียนบนบัตร ลงวันที่ เวลา ชื่อผู้ป่วย หมายเลขห้อง บรรยาย การร้องเรียน และชื่อของผู้ที่ร้องเรียน หมายเลขโรงพยาบาลแล้วโทรศัพท์ไปยังผู้ตรวจการพยาบาล เพื่อแจ้งความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยรวมทั้งบันทึกเวลาของการ โทรศัพท์ไว้

2. ผู้ตรวจการเป็นผู้ที่ได้รับการคาดหวังให้พบผู้ป่วยภายใน ชั่วโมง ถ้าไม่สามารถมาพบ ผู้ป่วยได้ภายในเวลาที่กำหนด ผู้ร้องเรียนจะแจ้งความคาดหวังนั้นต่อพยาบาล พยาบาลจะต้อง บันทึกข้อมูลนั้นไว้บนบัตร

3. พยาบาลแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบว่าผู้ร้องเรียนจะได้รับการติดต่อกับผู้ตรวจการพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ติดตามการร้องเรียน

4. การติดตามนั้น ผู้ตรวจการพยาบาลจะแจ้งพยาบาล เรียกว่าบัตร เขียนการตอบสนองกับผู้ป่วย เวลา วันที่ และเซ็นบัตร

5. ผู้ตรวจการพยาบาลเก็บบัตรไว้ในกล่อง เมื่อสิ้นสุดวัน บัตรจะถูกเก็บไปเป็นตัวแทนของผู้ป่วย ผู้บริหารหรือบุคคลอื่นที่ได้รับมอบหมายจะเป็นผู้รับผิดชอบไปพบผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อยืนยันในสิ่งที่เกิดขึ้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การจัดการการร้องเรียนพฤติกรรมบริการพยาบาลวิชาชีพนั้น เมื่อเกิดการร้องเรียนพฤติกรรมบริการขึ้น ควรมีระบบการจัดการข้อร้องเรียนที่โปร่งใส มีการตรวจสอบข้อร้องเรียนเป็นขั้นเป็นตอนเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ ส่วนการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนนั้น ควรให้ยุติข้อร้องเรียนนั้นด้วยวิธีที่รวดเร็วและง่ายที่สุด โดยอาจใช้การเจรจาไกล่เกลี่ย เพื่อเป็นการระงับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นต่อไป

4.6 ผลกระทบของการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ

กระบวนการร้องเรียนเป็นวิธีการที่เกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติงานตลอดจนมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบ การร้องเรียนเป็นส่วนหนึ่งของวงจรการเรียนรู้สำหรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดควรมีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการหลีกเลี่ยงความผิดพลาด หรือปัญหาในอนาคต ซึ่งความคิดนี้อาจไม่มีทางเป็นไปได้ พยาบาลวิชาชีพมองว่าระบบการร้องเรียนเป็นลงโทษ การจำกัด และลดโอกาสความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ทางคลินิกภายในองค์กรที่จะส่งเสริมความต้องการภายในพื้นที่ แต่มีวิจัยสนับสนุนถึงกระบวนการร้องเรียนว่าเป็น โอกาสที่จะทำให้เกิดเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นผลมาจากการทบทวน และตรวจสอบระบบการร้องเรียน (Young and Cooke, 2002) ขณะที่โรจน์ ไววานิชกิจ (2552) กล่าวว่า เมื่อเกิดข้อร้องเรียนขึ้น บ่อยครั้งที่พบว่ามีการนำข้อร้องเรียนต่างๆ มาใช้ประโยชน์ เพื่อการปรับปรุงคุณภาพของการบริการ เป็นสิ่งที่ควรกระทำ และช่วยให้งานพยาบาลผู้ป่วยดีขึ้น ควรใช้การร้องเรียนเป็นโอกาสของการพัฒนาอย่างใดก็ตาม ต้องเลือกข้อร้องเรียนที่มีสาระนำมาเป็นใช้ประโยชน์ โดยคำร้องเรียนที่จัดว่ามีสาระควรมีการระบุชื่อผู้ร้องเรียนชัดเจน ตรวจสอบได้ กรณีมีชื่อผู้ร้องเรียนนั้นผู้รับคำร้องเรียนหรือผู้รับผิดชอบต้องติดต่อกลับผู้ป่วยแล้วดำเนินการขอโทษและปรับทัศนคติผู้ป่วย กรณีที่ไม่มีชื่อผู้ร้องเรียนนั้นจัดได้ว่าเป็นบัตรสนเท่ห์ ตามหลักการจะไม่นำมาพิจารณา

ทั้งนี้ควรสืบหาสาเหตุของปัญหาและหาทางปรับปรุง ส่วนผู้ถูกร้องเรียนควรได้รับทราบคำร้องเรียน และควรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตนเองต่อไป

บรรพต ต้นธีรวงศ์ (2550) ได้กล่าวว่า เมื่อมีการร้องเรียนเกิดขึ้นจะทำให้บั่นทอนจิตใจทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการ รวมทั้งภาพลักษณ์ของระบบบริการสุขภาพ จากการศึกษาของจันทร์พร

จันทร์สิน (2551) ที่ศึกษาแนวทางการไกล่เกลี่ยข้อร้องเรียนโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดสมุทรปราการ กรณีร้องเรียนด้านการรักษาพยาบาล พบว่ามูลเหตุสำคัญหนึ่ง ที่พบในการร้องเรียนนั้น เป็นเรื่อง พฤติกรรมบริการ และพบว่า การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ทำให้เกิดเรื่องร้องเรียน จึงมี ข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางการพยาบาลควรมีความระมัดระวังและตระหนักในการให้ข้อมูลและมีการสื่อสารให้ชัดเจน ด้วยพฤติกรรมบริการที่มีความสุภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเรื่องร้องเรียน ตามมา

Leebov (2003) ซึ่งให้เห็นผลของการร้องเรียน ดังนี้

1. ก่อให้เกิดการบริการที่เป็นเลิศตามงานที่ได้รับมอบหมาย
2. การร้องเรียนเป็นโอกาสที่สองที่จะทำในสิ่งที่ถูกต้อง
3. การร้องเรียนในเรื่องที่เกิดขึ้น ทำให้ต้องเรียนรู้ตลอดเวลา
4. การแก้ปัญหาประเด็นการร้องเรียนจะช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดความเชื่อสัจย์
5. การไม่ใส่ใจกับการร้องเรียน จะทำให้ผู้ใช้บริการเผยแพร่คำพูดและส่งผลเสียต่อ ผู้ปฏิบัติงาน
6. การร้องเรียนช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลที่มีคุณค่าเกี่ยวกับอุปสรรคของการบริการ
7. ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น ในเรื่องทักษะและความพึงพอใจส่วนบุคคลที่ นำมาซึ่งจากการแก้ปัญหาการบริการและช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่า ผลกระทบของการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการพยาบาลวิชาชีพที่เกิดขึ้นนั้น ส่งผลกระทบต่อจิตใจทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการแต่ช่วยให้เห็นแนวทางในการปรับปรุง พฤติกรรมบริการให้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการมากยิ่งขึ้น

5. แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญต่อปัญหา

5.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา

Lazarus and Folkman (1984) ให้ความหมายการเผชิญปัญหาว่า เป็นความพยายามทาง ปัญญาและพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อจัดการกับปัญหาและความต้องการทั้ง จากภายในและภายนอกตัวบุคคล โดยที่บุคคลประเมินว่าเป็นการคุกคามหรือเกินกว่าความสามารถ ที่ตนจะรับ

การเผชิญปัญหามีความเกี่ยวข้องกับการจัดการกับสภาวะเครียด จึงไม่จำเป็นต้องหมายถึง การเรียนรู้ การจัดการ อาจรวมถึง การลดลง การหลีกเลี่ยง การอดทนต่อการเปลี่ยนแปลง หรือการ ยอมรับสภาวะความเครียด ซึ่งเป็นความพยายามของบุคคลที่จะเรียนรู้หรือการจัดการสิ่งแวดล้อม

ของตนเอง (Lyon, 2000: 11) ทักษะการจัดการอาจจะพัฒนามาจากการเรียนรู้ในการเผชิญกับปัญหาตามปกติ ไม่ได้เป็นกลวิธีการเผชิญความเครียด แต่อาจจะเป็นหนทางในการเผชิญความเครียด (Aldwin, 2007)

5.2 กลวิธีการเผชิญปัญหา

Baumeister, Faber and Wallace (1999) กล่าวว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาเป็นทางออกหรือการหาทรัพยากรของบุคคลที่ถูกจำกัดจากการที่บุคคลต้องเลือกตัดสินใจ เลือกลงหนทางในการตอบสนองและเลือกการตอบสนองรวมทั้งการควบคุมตนเอง แต่เมื่อเกิดความเครียดแล้วสิ่งที่ติดตามมาเป็นความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของบุคคลจะสูญเสียไป ทำให้การค้นหาทางเลือกและใช้ทรัพยากรต่างๆ ลดลง

Snyder and Dinoff (1999) อธิบายกลวิธีการเผชิญปัญหาว่า เป็นการตอบสนองของบุคคลเพื่อลดสิ่งไม่พึงประสงค์ที่เกินกว่าบุคคลจะสามารถรับได้ ประสิทธิภาพของการเผชิญปัญหาขึ้นอยู่กับว่าจะสามารถลดความวิตกกังวลได้รวดเร็วและส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต

Norman, Laura and James (1998) ชี้ให้เห็นกลวิธีว่าเป็นความพยายามของบุคคลทั้งความคิดและพฤติกรรมในการที่จะเปลี่ยนแปลง แก้ไขหรือจัดการปัจจัยต่างๆ ทั้งภายนอกและภายใน ที่อาจจะปรับเปลี่ยนได้หรือไม่ก็ตาม

Lazarus and Folkman (1984) ได้กล่าวถึงวิธีการเผชิญปัญหา ใน 2 ลักษณะ คือ

1. การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused forms of coping) คือ การที่บุคคลใช้วิธีการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญอยู่ ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยใช้กระบวนการทางความคิด ด้วยการปรับสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกหรือเตือนสติตนเองหรือการใช้กลไกทางจิต เช่น การหลีกเลี่ยง การปฏิเสธ ลดความสำคัญของปัญหา การเปลี่ยนแปลงความคิด ความสนใจ การหลีกเลี่ยงจากปัญหา การเลือกให้ความสนใจ คิดในแง่ดี บิดเบือนสถานการณ์จริงที่เป็นลบให้เป็นบวกและการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหานี้เป็นการช่วยลดหรือบรรเทาความรู้สึกเครียดเท่านั้น แต่ปัญหายังคงอยู่เนื่องจากรับไม่ได้รับการแก้ไข

2. การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused forms of coping) คือ การที่บุคคลใช้วิธีการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญอยู่ ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยใช้วิธีการในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ด้วยเทคนิคการแก้ปัญหา การทำความเข้าใจปัญหาว่าคืออะไรหาทางแก้ไข ตัดสินใจเลือกแก้ไข โดยคำนึงถึงประโยชน์และความคุ้มค่าแล้วจึงตัดสินใจเลือกและแสดงพฤติกรรมออกมา วิธีการเผชิญปัญหานี้ มุ่งที่สิ่งแวดล้อมและตนเองโดยการเปลี่ยนแปลงความ

กอดันจากสิ่งแวดล้อม อุปสรรค ทรัพยากร และวิธีดำเนินการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ทักษะวิธีการใหม่ และพัฒนามาตรฐานพฤติกรรมของตนเอง

Newman and Beehr (1979 cited in Cooper and Cartwright, 1996) แนะนำกลวิธีการเผชิญปัญหาใน 4 ข้อหัว ดังนี้

1. มุ่งที่สภาวะทางจิตวิทยา ได้แก่ การวางแผนในอนาคต การจัดการชีวิต การประเมินตนเอง
2. มุ่งที่สภาวะทางสรีรวิทยา เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการนอนหลับ
3. มุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ลดการเป็นคนที่มึลักษณะชอบการแข่งขัน บ้างงาน กระทบความสำเร็จ ใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบ ใจร้อน อารมณ์เกรี้ยวกราดรุนแรง โดยเป็นการผ่อนคลาย มีเวลาว่าง และพัฒนาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
4. มุ่งเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น การปรับเปลี่ยนในการลดออกคำสั่ง ในงานหรือองค์การ

Nolajasuwat (1995, อ้างใน ปณตพร พงษ์อนันต์โยธิน, 2544) กล่าวถึงการเผชิญปัญหาว่าเป็นพฤติกรรมภายในและ/หรือภายนอกที่บุคคลใช้ในการจัดการความเครียดหรือความไม่สบายใจ โดยการใช้ความคิด (Cognition) และการกระทำ (Behaviors) เพื่อจัดการปัญหาและอารมณ์ลบที่เกิดขึ้นใน 3 ลักษณะคือ

1. มีลักษณะแบบประจำตัวของบุคคล (The trait-oriented approach) กล่าวคือ แต่ละคนนั้นมีลักษณะบุคลิกภาพของตนเองในการเผชิญกับปัญหา ในแนวทางที่เหมาะสม
2. มีลักษณะเป็นกระบวนการ (The process-oriented approach) กล่าวคือ การเผชิญปัญหาของแต่ละคนขึ้นอยู่กับแบบแผนของแต่ละบุคคล และสถานการณ์ที่มีความเครียด
3. มีลักษณะเป็นปฏิสัมพันธ์ (The transactional approach) ลักษณะนี้เห็นว่าการเผชิญกับปัญหา เป็นกระบวนการของบุคคลและสถานการณ์ความเครียดในสภาพแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลต่อกัน

การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความคิด (Cognitive process) หรือการประเมินด้วยสติปัญหา (Cognitive appraisal) ซึ่งเมื่อมีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งมากระทบต่อบุคคล บุคคลก็จะประเมินเหตุการณ์ที่มากระทบ (Lazarus, 1977 cite in Barry, 1989) ดังนี้

1. ประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินโดยตัดสินจากเหตุการณ์ว่ามีความสำคัญหรือมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพ หรือความปกติสุขของบุคคลหรือไม่โดยประเมิน 3 ด้าน ดังนี้

1.1 เหตุการณ์นั้นไม่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับบุคคล(Irrelevant)

1.2 เหตุการณ์เกิดผลดีหรือมีประโยชน์กับบุคคล (Being positive) ทำให้ต้นเกิดความ สุข สนุกสนาน

1.3 เหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่ตึงเครียด(Stressful) มีผลกระทบต่อตัวบุคคลโดยแบ่งเป็น

1.3.1 ภาวะอันตรายหรือสูญเสีย (Harm-loss) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดอันตรายหรือเกิดการสูญเสียต่อบุคคลขึ้นแล้ว

1.3.2 ภาวะคุกคาม (Threat) เป็นความกลัวที่จะเกิดอันตรายหรือเกิดการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

1.3.3 ภาวะท้าทาย(Challenge) เป็นภาวะที่ตรงข้ามกับภาวะคุกคาม โดยพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นอันตรายแต่มีทางที่จะควบคุมได้เป็นความรู้สึกด้านดีต่อเหตุการณ์ทำให้มีขวัญและกำลังใจและยังทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดีขึ้น

2. การประเมินด้านทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินได้ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะทำการประเมินด้วยสติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์และจิตสำนึกประยุกต์การเผชิญปัญหาที่เคยใช้ในอดีตและนำมาใช้เพื่อให้ความเครียดลดลง โดยบุคคลจะตั้งคำถามว่า“โอกาสที่จะทำสำเร็จมีมากน้อยเพียงใด มีทางเลือกใดบ้างในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดและผลตามมาจะเป็นอย่างไร” การประเมินชนิดทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินปฐมภูมิแต่อาจจะเกิดขึ้นพร้อมกันได้ การประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหน ขึ้นกับปัจจัยดังนี้ (Lazarus, 1977 cite in Barry, 1989)

2.1 ปัจจัยด้านสถานการณ์(Situation factors) ซึ่งได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์มากน้อยเพียงใด เพราะถ้าเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลไม่เคยประสบบุคคลก็จะประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม ลักษณะของเหตุการณ์สามารถทำนายได้มากน้อยแค่ไหน เหตุการณ์มีความคลุมเครือหรือไม่แน่นอนหรือไม่ เพราะความคลุมเครือจะทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาว่าตนเองจะควบคุมสถานการณ์หรือหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้

2.2 ปัจจัยทางด้านบุคคล (Personal factors) ซึ่งได้แก่ การประเมินความเกี่ยวข้องของบุคคลต่อเหตุการณ์ (Commitment) ถ้ามีมากบุคคลก็จะประเมินว่าถูกคุกคาม สูญเสีย หรือเป็นอันตราย นอกจากนี้ยังขึ้นกับปัจจัยความเชื่อ สติปัญญาของบุคคลซึ่งมีผลต่อการประเมิน โดยผู้ที่มีสติปัญญาดีสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง จึงอาจก่อให้เกิดความเครียดน้อย

2.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินซ้ำอีกครั้งหลังจากการประเมินในขั้นทุติยภูมิและใช้การเผชิญปัญหาที่เคยใช้มาไม่ได้ผล ในการประเมินซ้ำ นี้ จะเป็นการรับข้อมูลใหม่

เข้ามาเพื่อพิจารณาอันตรายที่ตนรับรู้ นั้นว่ายังมีอยู่ ลดลงหรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว ถ้าผลการประเมินบุคคลรับรู้ว่ามีอันตรายอยู่ก็จะเริ่มกระบวนการย้อนกลับอย่างต่อเนื่องระหว่างภาวะอารมณ์สติปัญญา และสิ่งแวดล้อม

กล่าวโดยสรุปได้ว่ากลวิธีการเผชิญปัญหา เป็นการตอบสนองของบุคคลในการลดสิ่งไม่พึงประสงค์ โดยการเลือกหาหนทางในการตอบสนองและเลือกการตอบสนองรวมทั้งการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นความพยายามของความคิดและพฤติกรรมในการที่จะเปลี่ยนแปลง แก้ไขหรือจัดการปัจจัยต่างๆ ทั้งภายนอกและภายใน เพื่อมุ่งจัดการกับอารมณ์และมุ่งแก้ปัญหา เมื่อบุคคลประเมินได้ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะใช้ความคิด สติปัญญาและประสบการณ์ในประเมิน ตัดสิน และประยุกต์การเผชิญปัญหาที่เคยใช้ในอดีตและนำมาใช้เพื่อให้ความเครียดลดลง

5.3 ผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptation outcomes)

Lazarus and Folkman (1984) มองผลการประเมินตัดสิน (Appraisal) และการเผชิญปัญหาต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวใน 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) ขวัญและกำลังใจ (Morals) และภาวะสุขภาพ (Somatic health)

1. การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) เป็นการคงไว้ซึ่งบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม การที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคามจะมีปัญหาในการทำหน้าที่ เช่น การหลีกเลี่ยงจากสังคม มีพฤติกรรมก้าวร้าว ดึงเลไม่แน่ใจ และรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ในสังคม ส่วนบุคคลที่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ จะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ขวัญและกำลังใจ (Morals) เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากการประเมินผลของการเผชิญความเครียด ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่มากระทบ หากบุคคลมีความพึงพอใจในผลของการเผชิญปัญหาและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับสถานการณ์ บุคคลที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหามักจะมีขวัญและกำลังใจในการจัดการกับสถานการณ์ดีกว่าจะใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่อารมณ์ความรู้สึก

3. ภาวะสุขภาพ (Somatic health) มีผลในความสามารถตอบสนองความต้องการของสุขภาพร่างกายหรือทำให้สุขภาพทรุดโทรม

กล่าวได้ว่า ผลลัพธ์ของการปรับตัวนั้น อาจแสดงออกด้วยการคงไว้ซึ่งบทบาทสัมพันธภาพทางสังคมหรือแสดงออกด้วยปฏิกิริยาทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากการประเมินผลของการเผชิญความเครียด ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่มากระทบ รวมทั้ง มีผลในความสามารถตอบสนองความต้องการของสุขภาพร่างกายหรือทำให้สุขภาพทรุดโทรมได้

6. การวิจัยเชิงคุณภาพการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

6.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพนั้น มาจากคำภาษาอังกฤษว่า Qualitative method เป็นการสร้างแนวความคิด การตีความซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจมนุษย์และสังคมยิ่งขึ้น การวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่ได้เป็นเทคนิค การวิจัยของสาขาหนึ่งสาขาใด หรือของปรัชญาหรือของทฤษฎีใดโดยเฉพาะ แต่ครอบคลุมหลายๆ สาขาของสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ เกี่ยวข้องกับวิธีการการตีความหมาย ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ ข้อมูลเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางสังคม (Social phenomena) การค้นหาและการให้ความหมาย (Meaning) ของผู้เคยมีหรือผ่านประสบการณ์ดังกล่าวซึ่งเป็นความจริง (Social reality) ของบุคคล นั้นๆ เป็นเรื่องของ “กระบวนการ” (Process) ตลอดจนถึงการสร้างทฤษฎี (Theory building) จาก บริบทของผู้เกี่ยวข้องในสภาวะทางสังคมนั้นๆ เพื่อแสดงว่า “โลกทางสังคม” ที่เป็นอยู่ของเขานั้น เป็นอย่างไร เป็นไปและสำคัญอย่างไร (นิศา ชูโต, 2548) ซึ่งแนวความคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ได้รับอิทธิพลของความคิดทางมานุษยวิทยาโดยอยู่บนพื้นฐานความเชื่อตาม แนวคิดปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) มีความเชื่อที่เป็นสาระสำคัญว่าสังคมมนุษย์นั้น มี ลักษณะอัตวิสัย (Subjective) มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา ปรากฏการณ์ทางสังคมมีสภาพที่แตกต่าง กันไปตามการเปลี่ยนแปลงทางประวัติศาสตร์และสภาพแวดล้อม จึงมีลักษณะเฉพาะของแต่ละ สังคม (ชาย โพธิ์สิตา, 2549)

ซึ่ง สุกกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ (2550) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) หมายถึง การวิจัยที่มุ่งทำความเข้าใจ ตีความ และให้ความหมายแก่ปรากฏการณ์ทาง สังคมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึคนึกคิดความเชื่อ เจตคติ พฤติกรรม และวัฒนธรรมของมนุษย์ โดยมี วิธีการเก็บข้อมูลหลายๆ วิธีในทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต นักวิจัยอาจแฝง ตัวเองเข้าไปคลุกคลีอยู่กับประชากรในชุมชนหรือท้องถิ่นที่ต้องการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลไม่เน้น การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นตัวเลขแต่ให้ความสำคัญกับการตีความและสังเคราะห์ข้อค้นพบ บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงที่เก็บได้ แล้วนำเสนอข้อค้นพบในรูปแบบการบรรยาย หรืออาจสร้าง ออกมาเป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายพฤติกรรมทางวัฒนธรรมของมนุษย์หรือปรากฏการณ์ทางสังคมได้ หรือช่วยสร้างสมมติฐานเพื่อใช้ประโยชน์ในการวิจัยต่อไป ตัวอย่างการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การ วิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาการวิจัยเชิงประวัติศาสตร์

การวิจัยเชิงคุณภาพจะต้องครอบคลุมทั้งความเชื่อเรื่องความรู้ ความจริง และ กระบวนการวิจัย ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ 13 ประการดังต่อไปนี้ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2552)

1. เป็นการแสวงหาความรู้ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาบนพื้นฐานของการตีความ (Interpretative orientation) ซึ่งมาจากปรัชญาแนวจิตนิยม
2. มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เข้าใจความหมาย ระบบคิด เหตุผล กระบวนการเกิดปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และนำไปสู่การอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างเป็นระบบ หรือได้แนวคิด ทฤษฎีใหม่ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทที่ศึกษา
3. คำถามการวิจัยเน้นการหาคำตอบปรากฏการณ์ที่ศึกษาว่าคืออะไร เปลี่ยนแปลงไปในสถานการณ์ต่างๆ อย่างไร และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น นั่นคือ มุ่งเน้นการตอบคำถาม อะไร อย่างไร และเพราะเหตุใด
4. ใช้วิธีการหาความรู้แบบอุปนัยมากกว่านิรนัย กล่าวคือ หาความรู้จากข้อเท็จจริงตามที่มี เป็นอยู่ในบริบท รวบรวมมาวิเคราะห์ ตีความ แล้วประมวลเป็นข้อสรุป สมมติฐาน แนวคิด หรือ ทฤษฎี
5. ศึกษาในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ (Naturalistic) ไม่มีการคัดสรรหรือควบคุมตัวแปร หรือสิ่งแวดล้อมใดๆ ทั้งสิ้น ฝึาดูปรากฏการณ์ที่ศึกษาที่ปล่อยให้ปรากฏการณ์เป็นไปตามธรรมชาติ ของมันเอง นักวิจัยต้องทำตัวให้สอดคล้องกับธรรมชาตินั้นๆ จนสามารถเข้าใจโลกทัศน์ของผู้ถูก ศึกษา วิเคราะห์ เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของระบบคิดกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพทาง ธรรมชาตินั้นๆ
6. มีความเป็นองค์รวม (Holistic) เนื่องจากการจะทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคม เข้าถึงความหมาย วิถีคิด และเหตุผลต่างๆ ได้ นั้น นักวิจัยต้องศึกษาจากหลายมิติ ใช้ทฤษฎี หลากหลาย ใช้วิชาการหลายแขนง ต้องศึกษาทุกอย่างให้รอบด้านทุกแง่มุม เพราะปรากฏการณ์ ทางสังคมมีความซับซ้อน นักวิจัยต้องให้ความสนใจทั้งภาพรวมที่มีลักษณะกลางๆ เหมือนๆ กัน และ ภาพเฉพาะที่มีความแตกต่างกันซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว
7. นักวิจัยและผู้ถูกวิจัยมีความคุ้นเคย เชื่อถือไว้วางใจกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน นักวิจัยต้องทำให้ตัวเองเปลี่ยนจากการเป็นคนนอก (Outsider/etic) เป็นคนใน (insider/emic) เพื่อจะ สามารถทำความเข้าใจวิถีคิดและเข้าถึงโลกทัศน์ของผู้ที่ถูกวิจัยโดยผ่านการสะท้อนประสบการณ์ ต่างๆ
8. ลื่นไหล ปรับเปลี่ยนไปตามบริบท นักวิจัยต้องใช้วิธีการเก็บข้อมูล การเข้าถึงผู้คนที่ เกี่ยวข้องหลายวิธี ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ว่าเหมาะจะใช้วิธีใดจึงจะได้ประโยชน์ที่สุด นักวิจัยต้องคิด เสมอว่าเรื่องราวต่างๆ จะถูกเปิดเผยอย่างไร นั้น ขึ้นอยู่กับกาละ (Time) เทศะ (Space) นักวิจัยต้อง ลื่นไหลไปตามบริบท
9. มีความละเอียดอ่อนต่อบริบท นักวิจัยต้องศึกษาบริบทในทุกแง่มุมทั้งทางด้านสังคม ประวัติศาสตร์ และลักษณะทางกายภาพ

10. ความพยายามเข้าถึง เข้าใจ (Empathic) นักวิจัยต้องเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาตามมุมมองของผู้ถูกศึกษา ด้วยการตรวจสอบอย่างลึกซึ้ง สะท้อนคิด และไม่ตัดสินโดยใช้นักวิจัยเป็นบรรทัดฐาน

11. ข้อมูลรุ่มรวย แน่นหนา(Thick description) มีรายละเอียดมากมาย ทั้งที่เป็นรายละเอียดของคำ บอกเล่าเรื่องราวและข้อมูลอื่นๆ

12. เลือกปรากฏการณ์และผู้ถูกศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อให้แน่ใจว่าปรากฏการณ์ที่ศึกษานี้ จะถูกเปิดเผยจากผู้รู้ ผู้มีประสบการณ์จริงผ่านนักวิจัยที่น่าเชื่อถือและเข้มงวดต่อคุณภาพของทุกขั้น ตอนการวิจัย ดังนั้นงานวิจัยเชิงคุณภาพจึงไม่มีเป้าหมายเพื่อขยายผลสู่ภาพรวม (Generalization)

13. แบบงานวิจัยมีความยืดหยุ่นภายใน นักวิจัยต้องออกแบบงานวิจัยไว้ล่วงหน้าก่อนลงมือดำเนินการวิจัย แบบงานวิจัยนี้ ต้องแสดงให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องศึกษาอย่างชัดเจน มีคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัยที่ชัดเจน สามารถใช้การวิจัยเชิงคุณภาพหาคำตอบได้ มีลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) และผู้ให้ข้อมูลรองหรือผู้ให้ข้อมูลทั่วไป (General informant) ที่เฉพาะเจาะจง นำไปสู่การเลือกที่เหมาะสมได้ แต่จำนวนอาจจะยังไม่แน่นอน เป็นแค่จำนวนที่คาดหมาย กำหนดวิธีเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไว้ชัดเจน แต่ไม่สามารถคาดการณ์ข้อค้นพบได้ เพราะเป็นสิ่งที่นักวิจัยเข้าไปค้นหา

การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพแต่ละเรื่อง นักวิจัยต้องทุ่มเทเวลา ทรัพยากร และใช้ศักยภาพต่างๆ มากมาย ดังนั้นก่อนจะตัดสินใจใช้งานวิจัยเชิงคุณภาพแสวงหาความรู้ นักวิจัยต้องแน่ใจว่าสิ่งที่นักวิจัยลงทุนนี้คุ้มค่า ซึ่งแนวทางในการตัดสินใจใช้วิธีการหาความรู้ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพมีดังนี้ (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2552)

1. เมื่อต้องการทำความเข้าใจความหมายของข้อเท็จจริงในระดับลึกซึ้งเกี่ยวกับปรากฏการณ์ โดยเฉพาะปรากฏการณ์ที่ไม่สามารถใช้วิธีการอื่นๆ ศึกษาได้

2. เมื่อต้องการศึกษาปรากฏการณ์โดยให้ความสำคัญกับบริบท สภาพแวดล้อมในความเป็นธรรมชาติ (Natural setting) ของปรากฏการณ์นั้นๆ

3. เมื่อต้องการประเมินกระบวนการที่ต้องการข้อค้นพบที่เป็นองค์รวม

4. เมื่อต้องการทำงานวิจัยในสังคมหรือชุมชนที่มีข้อจำกัด มีลักษณะพิเศษเฉพาะ

5. เมื่อต้องการทำความเข้าใจความหมายของเรื่องราว หรือประเด็น หรือมโนทัศน์ที่เป็นนามธรรมให้ชัดเจน ก่อนที่จะนำไปศึกษาเชิงปริมาณ

6. เมื่อต้องการศึกษาเรื่องที่ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน หรือมีความรู้เดิมอยู่น้อย โดยเฉพาะถ้าเรื่องนั้นๆ เกี่ยวข้องกับบริบท วัฒนธรรม วิถีชีวิตของผู้คนในสังคม

7. เมื่อต้องการขยายความหรือทำความเข้าใจความหมายของตัวเลข หรือข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงปริมาณ

8. เมื่อผู้บริหารไม่สามารถตีความหมายข้อมูลที่เป็นตัวเลขอย่างเดียว การใช้การวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาความหมายจะช่วยให้ได้ความเข้าใจเหตุผลของข้อมูลนั้นๆ นำไปใช้ประกอบการตัดสินใจ

9. เมื่อต้องการสร้างสมมติฐานหรือทฤษฎีใหม่ๆ

10. เมื่อต้องการทำความเข้าใจกระบวนการเกิดปรากฏการณ์ทางสังคม

11. เมื่อต้องการปรับเปลี่ยน พัฒนาองค์การ แก้ไขปัญหา เพิ่มพูนประสิทธิภาพการทำงานขององค์การ โดยการให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการหาความรู้และวิธีการปรับเปลี่ยนนั้นๆ

กล่าวโดยสรุปได้ การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการศึกษาหาความรู้ โดเนการตีความ (Interpretative) เน้นการหาคำตอบปรากฏการณ์ที่เป็นธรรมชาติจากหลายมิติโดยใช้วิธีการหาความรู้แบบอุปนัย มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเพื่อให้เข้าใจความหมาย ระบบคิด เหตุผล กระบวนการเกิดปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และนำไปสู่การอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างเป็นระบบ หรือได้แนวคิด ทฤษฎีใหม่ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทที่ศึกษา

6.2 การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

6.2.1 ความหมายปรากฏการณ์วิทยา

จอห์นเซจ ฟิงเจด (2546) ให้ความหมายการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น

ศิริพร จิรวัฒน์กุล (2548) กล่าวถึงความหมายของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาว่า เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจความหมาย และการตีความของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์หรืออยู่ในสังคมนั้นๆ

Streubert and Carpeter (2007) กล่าวถึง การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาเพื่อต้องการอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมให้มีความเฉพาะ และเป็นลักษณะของประสบการณ์ชีวิต

Schram (2003 cited in Merriam, 2009) กล่าวว่า การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาประสบการณ์ในชีวิตของคนนั้นๆ ที่เป็นอยู่ “ในชีวิตประจำวันและการปฏิบัติทางสังคม

สรุปได้ว่า การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง เป็นการศึกษาปรากฏการณ์เพื่อให้เข้าใจ ความหมายและการตีความจากผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์และเป็นผู้มีประสบการณ์โดยตรง รวมถึง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเป็นธรรมชาติ มีลักษณะเฉพาะของประสบการณ์นั้น

6.2.2 ประวัติความเป็นมาและแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่อาศัยแนวคิดและ โลกทัศน์จากปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาเป็นเครื่องมือในการศึกษาปรากฏการณ์ และประสบการณ์ ของมนุษย์ (Holloway, 1997 อ้างใน ชาย โพธิสิตา, 2549) ความจริง ปรากฏการณ์วิทยาเป็นปรัชญา หรือทัศนคติต่อภาวะการมีอยู่ ดำรงอยู่(Existence) ของมนุษย์ ไม่ใช่วิธีการวิจัยแต่ถูกนักวิชี้นำมาใช้ เสมือนว่าเป็น “วิธีการ” เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ในชีวิตที่บุคคลได้ประสบมา (Lived experience) การวิจัยแบบนี้มุ่งทำความเข้าใจความหมายประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้ประสบเป็นหลัก (ชาย โพธิสิตา, 2549) ด้วยความเชื่อว่ามนุษย์มีความใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อมเมื่อจะศึกษาเกี่ยวกับ มนุษย์จึงไม่สามารถแยกตัวบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้ การวิจัยประเภทนี้มีเป้าหมายเพื่อตีความ ของปรากฏการณ์ที่ศึกษาจากประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่ดำเนินอยู่สภาวะการณ์หนึ่ง เป็นการทำความเข้าใจ โลกทัศน์ของบุคคล(ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2552)

Edmund Husserl (ค.ศ. 1859-1938) ถือว่าเป็นบุคคลแรกที่เริ่มต้นการศึกษาปรากฏการณ์ วิทยาแนวใหม่ เขาเชื่อว่าปรากฏการณ์ความเป็นอยู่หรือการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่ สามารถเข้าใจได้ทันทีทันใด แต่บุคคลจะเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเองต่อปรากฏการณ์นั้น บุคคล ไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ (Dualism) มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Kosh, 1995 อ้างใน ศิริพร บุญชาติ, 2553) โดยมีแนวคิดหลักสำคัญคือ การให้ความสนใจ (Intentionality) องค์กรประกอบสำคัญหรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์ และการทอน ปรากฏการณ์ (Phenomenological reduction) ที่สำคัญคือ มนุษย์จะรู้ดีในเรื่องที่ตนเองมี ประสบการณ์มาก่อน โดยการรับรู้และเข้าใจความหมายในขณะที่มีสติสัมปชัญญะอยู่ โดยเริ่มจาก ความเข้าใจของมนุษย์เกิดจากรับรู้ซึ่งสัมพันธ์ผ่านประสบการณ์ต่างๆ ซึ่งประสบการณ์เหล่านั้นจะ ผ่านการกลั่นกรองตีความก่อน จนกระทั่งรายละเอียดของการรับรู้และการตีความถูกผสมกลมกลืน เป็นเนื้อเดียวกัน “การตีความ” จึงเป็นส่วนและสิ่งสำคัญยิ่งในการที่มนุษย์จะเข้าใจถึงประสบการณ์ ต่างๆ ได้ ประสบการณ์ต่างๆ ของมนุษย์จึงมักจะรวมการตีความไว้เสมอ(นิศา ชูโต, 2548) ต่อมา Martin Heidegger นักปรัชญาชาวเยอรมันที่มีชื่อเสียงมากคนหนึ่ง ในสมัยสงคราม โลกครั้งที่ 2 (ค.ศ. 1889-1976) เป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของ Edmund Husserl ได้นำแนวคิดของ Edmund Husserl มาพัฒนาต่อเป็นการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาการแปลความ (Hermeneutic

phenomenology) โดยเป็นผู้ริเริ่มและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงจากการศึกษาวิธีการได้มาซึ่งสิ่งที่เรารู้ (How we know what we know) หรือเรียกว่า Epistemology มาเป็น Ontology หมายถึง การศึกษาวิธีการของสิ่งที่เป็นอยู่ในโลกและศึกษาความหมายของการเป็นบุคคล โดยเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอยู่และเวลา มีความหมายในตัวเองสามารถแปลความได้และภาษาเป็นสื่อสำคัญในการแปลความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายนั้น (Leonard, 1994 cited in Holloway and Wheeler, 1996) มีองค์ประกอบ 3 ประการคือ บุคคล (Person) สิ่งแวดล้อม (World) และการตีความหรือการแปลความเชื่อมโยงประสบการณ์ในชีวิต (Hermeneutic circle)

แนวคิดนี้เชื่อว่ามนุษย์และสังคมมีความเป็นพลวัต คือ ไม่อยู่นิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แต่ละบุคคลมีระบบคิด วิจักษณ์ญาณ โลกทัศน์ ค่านิยม และอุดมการณ์เฉพาะตนที่เป็นผลมาจากบริบทและการรับรู้ พฤติกรรมของบุคคลจึงเป็นผลมาจากวิธีการที่บุคคลให้ความหมายต่อการเป็นอยู่ในโลก ดังนั้นหากต้องการแสวงหาความรู้เพื่อให้เข้าใจเหตุผลของการกระทำ หรือพฤติกรรมของบุคคล หรือการเปลี่ยนแปลง หรือต้องเข้าใจความหมายที่คนในสังคมมีต่อพฤติกรรมนั้นด้วย แนวคิดนี้มาจากปรัชญาประเภทจิตนิยม (Idealism) และเป็นพื้นฐานของการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมาจากแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา 3 กระแสหลัก ซึ่งแตกต่างกัน ตามจุดเน้นดังนี้ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2552)

1. ปรากฏการณ์วิทยาอูตรวิสัย (Transcendental phenomenology) ซึ่งมี Edmund Husserl (ค.ศ. 1859-1938) นักปรัชญาชาวเยอรมันเป็นเจ้าของแนวคิดนี้ โดยเชื่อว่าบุคคลมีความสัมพันธ์แนบแน่นกับทุกชีวิตในโลก ไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้ การศึกษามนุษย์ภายใต้แนวคิดนี้จึงมุ่งทำความเข้าใจโครงสร้างการรับรู้และอธิบายว่าบุคคลให้ความหมายต่อประสบการณ์ โลกทัศน์ และตีความปรากฏการณ์ในโลกทัศน์อย่างไร แนวคิดนี้มีอิทธิพลต่อการศึกษาด้านจิตวิทยามาก

2. ปรากฏการณ์วิทยาอรรถปริวรรต (Hermeneutic phenomenology) ซึ่งแนวคิดมี Martin Heidegger (ค.ศ. 1888-1976) ลูกศิษย์ของ Edmund Husserl เป็นเจ้าของแนวคิดนี้ แนวคิดนี้ต่างจากแนวคิดของ Edmund Husserl ตรงที่ไม่ให้ความสำคัญกับโครงสร้างการรับรู้ แต่เน้นความหมายของสิ่งที่อยู่เบื้องหลังสิ่งที่ปรากฏ เพราะเชื่อว่าความรู้อยู่ที่ประสบการณ์ การตีความประสบการณ์ต้องคำนึงถึงบริบทจึงจะทำให้ได้ความจริงและความหมายนั้นๆ ปรากฏออกมาได้ การศึกษาภายใต้แนวคิดนี้จึงเริ่มจากการทำความเข้าใจ จากนั้นนำไปสู่การให้ความหมายของการดำรงอยู่ของความจริงที่ปรากฏ และนำไปสู่การวิเคราะห์ความจริงที่ดำรงอยู่ ซึ่งมีความหมายเฉพาะเจาะจงลงไปอีก

3. ปรากฏการณ์วิทยาภวนิยม (Existential phenomenology) ซึ่งมี Maurice Merleau-Ponty (ค.ศ. 1908-1961) และ Jean Paul Sartre (ค.ศ. 1905-1980) เป็นผู้พัฒนาขึ้น โดยพัฒนามาจาก

แนวคิดของ Edmund Husserl โดยเน้นที่จุดกำเนิดของการรับรู้ ซึ่งมีจุดกำเนิดทั้งจากความเชื่อทางวิทยาศาสตร์และทางปรัชญา และเชื่อว่าการให้ความหมายในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ไม่มีวันสิ้นสุด

กล่าวได้ว่าแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบ่งเป็น 3 กระแสหลัก ซึ่งในแต่ละปรากฏการณ์วิทยาจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกันไปในการที่จะนำไปสู่การให้ความหมายของการดำรงชีวิต การศึกษาแต่ละปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นการทำความเข้าใจธรรมชาติและความจริงที่มีความหมายเฉพาะเจาะจงลงไปอีก

6.2.3 พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของการศึกษาของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยาเริ่มขึ้นในต้นศตวรรษที่ 20 และมีการพัฒนาขึ้นเรื่อยมา การเปลี่ยนแปลงในการศึกษาของปรากฏการณ์วิทยาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Hollway and Wheeler, 1996: Streubert and Carpenter, 2003)

ระยะที่ 1 Preparatory phase เป็นระยะที่เริ่มมีการปูพื้นฐานโดย Franz Brentano (ค.ศ. 1838-1917) และ Carl Stumpf (ค.ศ. 1848-1936) ในระยะนี้เป็นแนวคิดของการศึกษาด้วยความตั้งใจ ซึ่งหมายถึงความมีสติอยู่ตลอดเวลาต่อสิ่งที่กำลังศึกษา

ระยะที่ 2 German phase เป็นระยะที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดโดยนักปรัชญาชาวเยอรมัน ได้แก่ Edmund Husserl (1857-1938) และ Martin Heidegger (ค.ศ. 1889-1976) ได้มีการพัฒนาแนวคิดการเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบสำคัญ หรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา การหยั่งรู้ (Intuiting) เป็นการแปลความจากความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาเท่าที่เป็นไปได้จากข้อมูลจนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและการทอนปรากฏการณ์

ระยะที่ 3 France phase เป็นระยะที่นักปรัชญาชาวฝรั่งเศส ได้แก่ Gabriel Mareel (1889-1973) Jean Paul Sartre (1905-1980) และ Maurice Merleau-Ponty (1905-1980) แนวคิดในระยะนี้เป็นการศึกษาที่มุ่งอธิบายสิ่งที่มีอยู่จริง (Existential) เน้นการแสดงออกเป็นรูปธรรม (Embodiment) และสิ่งที่เป็นอยู่ในโลก โดยมีความเชื่อว่าการกระทำทุกอย่างถูกสร้างจากการรอบรู้หรือการตระหนัก เราสามารถเข้าใจประสบการณ์ได้โดยผ่านการรับรู้ ความคิด การสัมผัส รับรส การได้ยินและการมีสติ

กล่าวได้ว่าการศึกษาปรากฏการณ์วิทยานั้นเป็นการศึกษาที่มีการพัฒนามาเรื่อยๆ ซึ่งในการศึกษาแต่ละระยะจะมีระเบียบวิธีที่มีจุดเน้นแตกต่างกัน ในแนวคิดของ Martin Heidegger ลำดับขั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นแนวคิดที่เน้นการหาความหมายจากสิ่งที่ปรากฏไปยัง

ความหมายของพูด จากการศึกษาค้นคว้าของ Martin Heidegger ทำให้ทราบว่า การศึกษาในครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบประสบการณ์ของหลายๆ คน ในการหาข้อมูลแล้วเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อค้นพบใหม่ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Martin Heidegger เป็นแนวคิดในการศึกษาวิจัย

6.2.4 ลำดับขั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Spiegelberg (1975 cited in Streubert and Carpenter, 2003) ได้แบ่งลำดับขั้นที่สำคัญของปรากฏการณ์วิทยาไว้ 6 ระดับดังนี้

1. Descriptive phenomenology คือ การสืบค้นปรากฏการณ์โดยตรง การวิเคราะห์และพรรณนาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ศึกษาต้องเปิดประสาทสัมผัสทั้งห้า พร้อมกับยอมรับความไม่รู้ และมุ่งที่จะแสวงหาคำตอบให้กับตนเอง
2. Phenomenology of essences คือ การสืบสวนข้อมูลเพื่อจะค้นหาคำตอบสำคัญ (Theme) หรือแก่นแท้
3. Phenomenology appearance คือ การให้ความตั้งใจ ฝึกรูปแบบของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จะสามารถเห็นโครงสร้างหรือแก่นความรู้ของปรากฏการณ์นั้นๆ ได้
4. Constitutive phenomenology คือ การตรึงตรองปรากฏการณ์หรือวิถีทางที่ ก่อตั้งขึ้นหรือปรากฏการณ์เป็นรูปร่างขึ้นอย่างมีสติ (Consciousness)
5. Reductive phenomenology คือ การทอนปรากฏการณ์ เป็นการขจัดความเชื่อส่วนตัว ขจัดอคติหรือการคาดคะเนล่วงหน้าออกไปเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริงมากที่สุด
6. Interpretive or hermeneutic phenomenology คือ การค้นหาเพื่อแปลความหมายที่ซ่อนอยู่ในปรากฏการณ์อย่างไม่เปิดเผยให้ชัดเจนขึ้น ตามที่ได้สืบค้นวิเคราะห์และอธิบายอย่างตรงไปตรงมา

ลำดับขั้นในการศึกษาวิจัยปรากฏการณ์วิทยาทั้ง 6 ระดับนี้ นักวิจัยไม่จำเป็นต้องใช้ทั้งหมด ส่วนใหญ่นักวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยาใช้วิธีการศึกษา 3 ระดับแรก ได้แก่ descriptive phenomenology, phenomenology of essences, reductive phenomenology ส่วนการศึกษาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) สามารถแยกมาใช้โดยลำพังโดยไม่ต้องใช้ร่วมกับวิธีอื่นก็ได้

6.2.5 ระเบียบวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยแบบปรากฏการณ์นิยมเชื่อว่าการที่คนเราจะเข้าใจผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นการแปลข้อความที่สื่อสารถึงกัน การเข้าใจความหมาย (Meaning) แรงจูงใจ ความคิด และพฤติกรรมของผู้อื่นนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผู้นั้นสั่งสมมา (Stock of knowledge) อย่างไรก็ตามการเข้าใจความหมายของสิ่งต่างๆ ของคนๆ หนึ่งสามารถสื่อผ่านทางกรบอกเล่า (Narrative) โดยที่นักวิจัยต้องพยายามกักเก็บ (Bracket) ความรู้สึก ประสบการณ์ ความคิดเห็นต่างๆ ของคนที่สั่งสมมาออกจากสิ่งที่ตนเองกำลังศึกษา ประสบการณ์ที่สั่งสมมานั้นเพียงแต่ช่วยให้นักวิจัยได้เข้าใจและเกิดการหยั่งรู้ (Intuition) ในเรื่องราวต่างๆ ดังนั้นการที่นักวิจัยพยายามที่จะเข้าใจในประสบการณ์ของผู้อื่นอย่างถ่องแท้โดยผ่านการบอกเล่าเปรียบเหมือนกับการที่นักวิจัยพยายามวางภาพต่อที่ละชิ้นเพื่อให้ได้ภาพรวมของสิ่งนั้นๆ โดยไม่มีการตัดแปลงใดๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งโลกแห่งความจริงของผู้ให้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547)

ศิริพร จิรวัดนากุล (2552) ได้แนะนำถึงส่วนประกอบของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ไว้โดยกระชับ เป็นไปตามลำดับระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เป็นการทำความเข้าใจความหมาย ระบบคิด เหตุผล กระบวนการเกิดปรากฏการณ์ สร้างแนวคิด/ทฤษฎี
2. คำถามการวิจัย เป็นการตั้งคำถามว่าทำไม อย่างไร เพราะเหตุใด
3. วิธีการศึกษา ใช้วิธีอุปนัยมากกว่านิรนัย
4. กรอบแนวคิด/ฐานแนวคิด เป็นการกำหนดแนวคิดไว้กว้างๆ เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการวิจัย แต่เมื่อดำเนินการวิจัยแล้ว กรอบแนวคิดจะมีการปรับเปลี่ยนไปตามองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากกระบวนการวิจัยและข้อค้นพบ
5. ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เป็นลักษณะที่ไม่เน้นการสุ่มเพื่อเป็นตัวแทน แต่ศึกษาจากผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก (Key informant) เพื่อให้เห็นความลึกซึ้งของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เก็บข้อมูลขนาดเล็กจากแหล่งข้อมูลที่มีลักษณะเฉพาะที่ผู้วิจัยแน่ใจว่าเป็นผู้มีประสบการณ์หรือรู้ ในสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการจะศึกษา
 1. เครื่องมือวิจัย เป็นตัวนักวิจัยที่ได้รับการฝึกวิธีการคิด การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ การตีความ และการพัฒนาคุณสมบัติเฉพาะมาเป็นอย่างดี
 2. วิธีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องเก็บข้อมูลเอง โดยใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การใช้แบบวัดบางอย่างประกอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลหลากหลายรอบด้านในธรรมชาติของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นโลกทัศน์ของผู้ถูกศึกษา หรือทัศนคติของ คนใน (Emic/insider viewpoint)

3. ลักษณะข้อมูลนั้น ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ เพราะเป็นเรื่องความคิด ค่านิยม โลกทัศน์ ประสบการณ์ต่างๆ

4. ความแม่นยำและเชื่อถือได้ของข้อมูล ใช้ความเข้มงวด (Rigorous) และไว้ใจได้ (Credibility) ของคุณภาพผู้วิจัย โดยการควบคุมกระบวนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล การสะท้อนข้อมูลไปยังแหล่งที่มาของข้อมูลและข้อมูลอื่นๆ จากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

5. วิเคราะห์ข้อมูล เป็นการทำความเข้าใจและตีความเนื้อหาของข้อมูล เช่น การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การตีความ (Interpretative) การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ซึ่งกระทำไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล และผู้วิเคราะห์ข้อมูลต้องเป็นผู้วิจัยเองเท่านั้น เพราะจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในบริบทที่วิจัยเป็นอย่างดี

6. รายงานวิจัย ใช้รูปแบบไม่ตายตัว เน้นการบรรยายสภาพแวดล้อม บริบท อธิบายปรากฏการณ์ ข้อค้นพบ (Findings) ต่างๆ และอาจเชื่อมโยงกับทฤษฎีแนวคิดต่างๆ พร้อมนำเสนอองค์ความรู้จากข้อค้นพบ

เนื่องจากการพยาบาลเป็นการฝึกการปฏิบัติ ฉะนั้น จุดประสงค์สำคัญของการวิจัยเป็นการค้นหาละเอียดเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการหาคำตอบที่ไม่เคยบันทึกมาก่อนหรือเพื่อหาแนวทางใหม่ๆ ที่มีความจำเป็นในการปฏิบัติ คำตอบที่ได้จากคำถามจะสะท้อนหลักฐานที่สำคัญในการนำเสนอเกี่ยวกับปรากฏการณ์และสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้น (LoBiondo-Wood and Haber, 2010)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพอย่างหนึ่งซึ่งกระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาประกอบด้วยส่วนเพื่อให้ระเบียบการศึกษาปรากฏการณ์วิทยามีความชัดเจนในข้อค้นพบต่างๆ ในการที่จะนำเสนอองค์ความรู้ที่ถูกต้องที่ได้จากข้อค้นพบต่อไป

เนื่องจากผู้วิจัยอยู่ในโลกที่มีความใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นความเป็นวิชาชีพเดียวกัน สภาพแวดล้อม ของการปฏิบัติงานต่างๆ จะช่วยทำให้เข้าใจในภาษาของผู้ให้ข้อมูลได้ง่าย เพื่อให้เข้าใจสภาพความเป็นจริงที่ชัดเจนผู้วิจัยจึงเลือกระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์เป็นการตีความที่เน้นความหมายของสิ่งที่อยู่เบื้องหลังสิ่งที่ปรากฏเป็นการตีความประสบการณ์ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพที่มีความลุ่มลึก ถูกต้องและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ถนอม จันทกุล (2544) ได้ศึกษาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และสูติ-นรีเวชกรรมแผนกละ 30 คนของ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า ในด้านพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์จากพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลในด้านการกระทำหรือส่งเสริมให้กระทำสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์สูงสุด ด้านความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างให้ความรู้สึกพึงพอใจในการให้ข้อมูลของผู้ป่วยสูงที่สุด ในด้านความต้องการของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลในด้านการกระทำหรือส่งเสริมให้กระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างต้องการให้ความเอื้ออาทร สนใจ เอาใจใส่สูงที่สุด

นกุลยา ส่งสวัสดิ์ (2544) ศึกษาความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ เพื่อศึกษาความพึงพอใจและความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก และศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการให้บริการในปัจจุบันกับความคาดหวังคุณภาพบริการของประชาชน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 100 คน พบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงสุดทุกด้าน โดยด้านที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา ด้านพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ สำหรับความคาดหวังนั้น พบว่าผู้ป่วยนอกมีความคาดหวังสูงที่สุดในด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ ส่วนความสัมพันธ์คุณภาพบริการระหว่างการให้บริการในปัจจุบันกับความคาดหวังในอนาคตนั้น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน โดยความพึงพอใจมากหรือน้อยไม่มีผลต่อความคาดหวัง

สมฤดี พุ่มทำอิฐ (2544) ศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยศัลยกรรมในหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 252 คน พบว่าการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเป็นการรับรู้ด้านสิทธิที่จะได้รับการดูแลอย่างเสมอภาค สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน และสิทธิในการได้รับบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้ด้านสิทธิที่จะได้รับการแจ้งเกี่ยวกับชื่อ สกุล และตำแหน่งของผู้ให้บริการอยู่ในระดับต่ำ

เรวดี ภูมมะกิติกร (2545) ศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาลของ

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางพลี จำนวน 175 คน พบว่าความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยในคาดหวังมากที่สุด คือด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

สมศิริ สายภัทรานุสรณ์ (2545) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่สร้างความประทับใจต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่สร้างความประทับใจสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ 20 คน และผู้ป่วยจำนวน 60 คน ที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่สร้างความประทับใจ แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติพฤติกรรมบริการพยาบาลและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลังการใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่สร้างความประทับใจสัปดาห์ที่ 1 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจของผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลังการใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่สร้างความประทับใจสัปดาห์ที่ 3 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจุพร หริ่งรอด (2546) ศึกษาพฤติกรรมบริการของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บริการที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาทจำนวน 338 คน พบว่า พฤติกรรมบริการของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท โดยรวมอยู่ในระดับดี ผู้ใช้บริการเพศชาย หญิง อายุต่างกัน ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรับรู้พฤติกรรมบริการของพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัตัญชลี นาคชุ่ม (2546) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวประกอบคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาตัวประกอบและตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีอาการรุนแรง อายุเกิน 15 ปีขึ้นไป มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร 4 แห่ง จำนวน 600 คน พบว่าตัวประกอบความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 6 ตัวประกอบ ได้แก่ 1) ความคาดหวังความเป็นรูปธรรมของบริการและอัตรายศัสมิตรีของเจ้าหน้าที่เป็นตัวประกอบที่

สามารถอธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 28.09 2) ความคาดหวังด้านบริการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องไม่ผิดพลาด และให้เกียรติผู้ป่วย เป็นตัวประกอบที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 22.04 3) ความคาดหวังจริยธรรมของแพทย์และพยาบาลและการคิดราคารักษาพยาบาลเป็นตัวประกอบที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 16.70 4) ความคาดหวังด้านการให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการ เป็นตัวประกอบที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.36 5) ความคาดหวังด้านความเต็มใจและความพร้อมที่จะให้บริการ เป็นตัวประกอบที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5.41 6) ความคาดหวังด้านการได้รับการปฏิบัติด้วยความนับถือจากเจ้าหน้าที่ เป็นตัวประกอบที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 2.48

เกศริน จันทน์นิมิตรศรี (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมฝึกพฤติกรรมบริการพยาบาลต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ หน่วยพักรอดูอาการผู้ป่วยนอก เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยในหน่วยพักรอดูอาการระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามโปรแกรมฝึกพฤติกรรมบริการพยาบาลกับกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจำนวน 54 คน ที่มาใช้บริการในหน่วยพักรอดูอาการ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้โปรแกรมฝึกพฤติกรรมบริการ โดยใช้แนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau คู่มือการฝึกพฤติกรรมบริการ แบบประเมินการฝึกพฤติกรรมบริการ แบบสังเกตพฤติกรรมบริการพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยในการประเมินผลการทดลอง พบว่าความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย หน่วยพักรอดูอาการผู้ป่วยนอกในกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการใช้โปรแกรมฝึกพฤติกรรมบริการพยาบาล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าโปรแกรมฝึกพฤติกรรมบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความพึงพอใจในบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการหน่วยพักรอดูอาการผู้ป่วยนอก

ฉกัญญา สุวรรณมณี (2548) ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปเขตภาคใต้ที่ผ่านการรับรองคุณภาพและที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปเขตภาคใต้ที่ผ่านการรับรองคุณภาพและที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยอายุกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลทั่วไปเขตภาคใต้ที่ผ่านการรับรองคุณภาพและที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ จำนวน 180 คน พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีเกือบทุกด้าน ยกเว้นบางด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ด้านการอำนวยความสะดวก และด้านสิทธิการเลือก การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีเกือบทุกด้าน ยกเว้นเพียงด้านเดียวคือ ด้านสิทธิการเลือกที่อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปเขตภาคใต้ที่ผ่านการรับรองคุณภาพและที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อจำแนกความแตกต่างของการรับรู้รายด้านพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงด้านเดียวคือ ด้านความเป็นเอกสิทธิ์

สุมาลี ตาลเลี้ยง (2548) ศึกษาพฤติกรรมบริการที่คาดหวังและที่ได้รับตามสิทธิของผู้ป่วยหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลทั่วไป เขต 9 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทุกแผนกที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลทั่วไป เขต 9 จำนวน 393 คน พบว่า ความคาดหวังในพฤติกรรมบริการตามสิทธิของผู้ป่วย พฤติกรรมบริการที่บุคลากรทีมสุขภาพให้บริการซ้ำ ๆ หลายๆ ครั้ง ผู้ป่วยคาดหวังที่จะได้รับระดับมาก สูงที่สุด คือ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การรักษาพยาบาลด้วยความเต็มใจ โดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย การติดป้ายชื่อ-สกุลของบุคลากรทีมสุขภาพผู้รับผิดชอบในเวรนั้นๆ ไว้ให้มองเห็นชัดเจน และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถนำบุคคลที่ไว้ใจมาอยู่ด้วยขณะรับการตรวจรักษา ส่วนพฤติกรรมบริการที่ผู้ป่วยได้รับตามสิทธิของผู้ป่วย พฤติกรรมบริการที่บุคลากรทีมสุขภาพให้บริการซ้ำ ๆ หลายๆ ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยได้รับบริการในระดับมาก จำนวนสูงสุด คือ การตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ การให้การักษาพยาบาลโดยไม่เลือกผู้ป่วยด้วยโรคใด การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยคำนึงถึงความพร้อมและสภาพจิตใจของผู้ป่วย การติดป้ายชื่อ-สกุลของบุคลากรทีมสุขภาพผู้รับผิดชอบในเวรนั้นๆ ไว้ให้มองเห็นชัดเจน และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถนำบุคคลที่ไว้ใจมาอยู่ด้วยขณะรับการตรวจรักษา

วิลาวัลย์ สุวรรณเจริญพร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการลดข้อร้องเรียนในการไปใช้บริการทางการแพทย์ : ศึกษากรณีสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ 7 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เป็นแพทย์จำนวน 3 คน พยาบาลจำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่ประสานงานประกันสังคม จำนวน 1 คน พบว่า จำนวนและแนวโน้มของสถิติร้องเรียนโรงพยาบาลมีแนวโน้มค่อนข้างเพิ่มขึ้นจากสถิติ พ.ศ. 2547-2549 โดยโรงพยาบาลที่กระทำผิด มีจำนวน 116, 120 และ 194 ครั้ง ส่วนผู้ประกันตนที่เข้าใจผิด มีจำนวน 955, 824 และ 818 ครั้ง พบว่าโรงพยาบาลกระทำผิดมีจำนวนครั้งเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ประกันตนที่เข้าใจผิดมีจำนวนลดน้อยลง ส่วนสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อร้องเรียน มาจากการวินิจฉัยของแพทย์ การสื่อสาร การรักษาไม่เต็มความสามารถของแพทย์ แพทย์ตรวจไม่ละเอียด การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล การปฏิเสธการรักษา ผู้ประกันตนขาดความรู้ความเข้าใจ

จันทร์พร จันทร์สิน (2551) ศึกษาแนวทางการไกล่เกลี่ยข้อร้องเรียนโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดสมุทรปราการ กรณีร้องเรียนด้านการรักษาพยาบาล พบว่า มีกรณีศึกษาจำนวน 28 ราย ร้องเรียนจำนวน 22 ราย ไม่ได้ร้องเรียนจำนวน 6 ราย แผนกที่พบการร้องเรียนมีจำนวนมากที่สุดที่เท่ากันจำนวน 6 ราย คือ อายุรกรรมและกุมารเวชกรรม รองลงมา คือ สูติกรรมและศัลยกรรม

มูลเหตุที่พบการร้องเรียนมากที่สุด คือ ความขัดแย้งด้านความสัมพันธ์ คือ การให้ข้อมูลสื่อสารในการรักษาโรคที่ไม่ชัดเจนของผู้ให้บริการ รองลงมา คือ ความขัดแย้งด้านข้อมูลและความขัดแย้งด้านผลประโยชน์ วิธีการร้องเรียนที่พบมากที่สุด คือ ร้องเรียนที่โรงพยาบาล จำนวน 15 ราย ผลดำเนินการใกล้เคียงข้อร้องเรียนพบว่ามีความสำเร็จเรื่องร้องเรียนยุติทั้งหมด จำนวน 22 ราย และยังคงรักษาสัมพันธภาพไว้ได้

พิณทกาญจนา ชานูชัยกิตติสกุล (2553) ศึกษาความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการในงานผู้ป่วยนอก: โรงพยาบาลหัวเฉียว เพื่อศึกษาระดับความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการในงานผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เข้ามาใช้บริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหัวเฉียว จำนวน 400 คน พบว่าผู้ใช้บริการเข้ารับบริการ ส่วนมาก 1 ครั้ง/เดือน และมูลเหตุจูงใจในการเข้ารับบริการคือ เคยเป็นผู้ป่วยเก่าสูงสุด ระดับความคาดหวังของผู้ใช้บริการอยู่ในระดับที่สูงถึงสูงมากในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการรักษาพยาบาล โดยให้ความสำคัญมากที่สุด ผู้วิจัยได้เสนอแนะให้เน้นการปรับปรุงและการพัฒนาเป็นระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความคาดหวังของผู้เข้ารับบริการในงานผู้ป่วยนอกได้มากที่สุด ได้แก่ ด้านคุณภาพในการบริการ ด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร

อังคณา ธัญวัฒน์สวัสดิ์ (2553) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างระดับการรับรู้ คุณค่าวิชาชีพ บรรยากาศองค์กร และสุขภาพจิต กับพฤติกรรมบริการของพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 67 คน พบว่าการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ บรรยากาศองค์กรของพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยรวมอยู่ในระดับสูง สุขภาพจิตของพยาบาลอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไปร้อยละ 70 และพฤติกรรมบริการของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี การรับรู้คุณค่าวิชาชีพ บรรยากาศองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้คุณค่าวิชาชีพ บรรยากาศองค์กรและสุขภาพจิตสามารถพยากรณ์พฤติกรรมบริการของพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรทั้งสาม สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมบริการของพยาบาลได้ร้อยละ 97

Walker (1992) ทำการศึกษาผลกระทบของคุณภาพการพยาบาลกับผลลัพธ์ความเสียหาย (ทางลบ) จากทฤษฎีการรวมในผู้ป่วยเมืองเท็กซัส ผลทางการพยาบาลในด้านลบในกรณีการกระทำผิดเมือง Texas กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 82 คน พบว่า มีความแตกต่างของระดับคะแนนจากการแบ่งระดับของพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดย

พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนคุณภาพการพยาบาลสูงกว่าและมีประสบการณ์ในเรื่องผลลัพธ์การดูแลที่เป็นเชิงลบน้อยกว่ากลุ่มผู้ช่วยพยาบาล

Tuttle (1997) ศึกษาพฤติกรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงการดูแลจุดประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ทำ Coronary artery bypass grafting (CABG) จำนวน 25 คน ซึ่งพฤติกรรมพยาบาลเป็นเรื่องที่สำคัญมากที่สุดและเป็นตัวชี้วัดการดูแลสำคัญอย่างหนึ่ง วัดได้โดยใช้แบบประเมินที่เรียกว่า Caring Behaviors Assessment (CBA) มีข้อคำถามจำนวน 63 ข้อ แต่ละหัวข้อแบ่งเป็นระดับ ตั้งแต่ สำคัญมากที่สุด ถึงน้อยที่สุด พบว่าพฤติกรรมของพยาบาลที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นตัวชี้วัดการดูแลมากที่สุด คือการติดตามอาการของผู้ป่วยและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

Reiss (2005) ศึกษาคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจากหลักฐานพฤติกรรมการดูแล เพื่อศึกษาพฤติกรรมพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลตามมิติของผู้ป่วย ทดสอบคุณภาพการดูแลระหว่างผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการพยาบาลกับผู้ป่วยมีประสบการณ์การได้รับการดูแล ในการทดสอบคุณภาพการดูแลพิจารณาจากอายุ ระดับการศึกษา เพศ และจำนวนครั้งในการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 120 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการดูแลจำนวน 80 คน กับผู้ป่วยมีประสบการณ์การได้รับการดูแลจำนวน 75 คน จาก 4 โรงพยาบาล โดยใช้ Quality of Nursing Care Visual Analog Scale และ Wolf's Caring Behavior Inventory พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องพฤติกรรมการดูแลหรือคุณภาพการให้การพยาบาลระหว่าง 2 กลุ่ม

Wright (2005) ศึกษาพฤติกรรมของพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการทำนายความพึงพอใจในการดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจำนวน 124 คน ได้รับการสำรวจความพึงพอใจโดยใช้เครื่องมือ PSI (Patient Satisfaction Instrument) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Risser (1975) และปรับปรุงโดย Hinshaw and Atwood (1982) ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 25 ข้อ เพื่อประเมินความพึงพอใจพฤติกรรมดูแลของพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในพฤติกรรมการใช้เทคนิค ส่วนในด้านความน่าเชื่อถือและการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องปรับปรุง

แนวคิดเบื้องต้น (Preconceive Notion)

แนวเหตุผลการวิจัย

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม การดูแลที่ให้ความสำคัญทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจช่วยให้เข้าถึงผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในอดีตจึงเป็นแบบเอื้ออาทร ก่อความศรัทธาในวิชาชีพ การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพนั้น นอกจากจะอยู่ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพแล้ว ยังอยู่ภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพร่วมด้วย เพราะฉะนั้น วิชาชีพพยาบาลจึงเป็นวิชาชีพที่มีลักษณะเฉพาะ ที่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการแสดงออกที่แสดงถึงความเต็มใจและยินดีให้บริการ การร้องเรียนพฤติกรรมบริการจึงเกิดขึ้นน้อยในอดีต แต่เนื่องจากปัจจุบันมีกฎหมายคุ้มครองผู้ใช้บริการสาธารณสุขที่ผู้ใช้บริการจึงมีสิทธิในการได้รับการบริการที่ดี เป็นธรรม ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ รวมทั้งผู้ใช้บริการมีความรู้สูงขึ้น ประกอบกับความเจริญเติบโตทางด้านวัตถุ การบริการที่จะได้รับจึงเป็นความคาดหวังของผู้ใช้บริการ สัมพันธภาพแบบเอื้ออาทรในอดีตกลายไปเป็นลักษณะเชิงพาณิชย์มากขึ้น ผู้ใช้บริการจึงเกิดการเรียกร้องในบริการที่ได้ลงทุน ขณะเดียวกันจำนวนพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัดซึ่งต่างกับจำนวนผู้ใช้บริการที่เพิ่มขึ้นทุกปี ระยะเวลาของการให้บริการผู้ป่วยในแต่ละบุคคลจึงลดน้อยลง เนื่องจากความคาดหวังในการบริการ และสัมพันธภาพที่เปลี่ยนแปลงไป จึงก่อให้เกิดการร้องเรียนพฤติกรรมบริการเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ผลเสียที่เกิดขึ้นกับวิชาชีพพยาบาล เพราะนอกจากการให้บริการอย่างหนักแล้ว ความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียน หรือผลจากการถูกร้องเรียนยังบั่นทอนความรู้สึก ก่อให้เกิดความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพจึงต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการปรับตัวที่จะสามารถปฏิบัติงานต่อไปได้

ผู้วิจัยจึงสนใจต้องการศึกษาและค้นหาประสบการณ์พยาบาลวิชาชีพที่ถูกร้องเรียน พฤติกรรมบริการเพื่อบรรยายประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพว่า เป็นอย่างไรเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ มีความรู้สึกอย่างไร มีการปรับตัวอย่างไร โดยนำประสบการณ์จากการเป็นเพื่อนร่วมปฏิบัติงานที่เห็นเหตุการณ์การร้องเรียนพฤติกรรมบริการ และจากการที่ผู้วิจัยได้อยู่ในเหตุการณ์นั้น จึงได้นำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นแนวคิดพื้นฐานของความรู้เดิม เพื่อใช้นำไปสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์และหาข้อค้นพบใหม่จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยาโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก(In-dept interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้เสมอในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน ในการศึกษาผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ดังนี้

พื้นที่ที่การศึกษา

พื้นที่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดภาคเหนือ ขนาดเตียง 500-600 เตียง มีภารกิจในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาของโรคซับซ้อนและรุนแรง ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในแต่ละสาขา ขณะเดียวกันก็เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของแพทย์เฉพาะทาง นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ให้บริการที่ครอบคลุมทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ การรักษา สุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค อีกทั้งเป็นโรงพยาบาลที่ต้องรับการส่งต่อผู้ป่วยในบริเวณจังหวัดใกล้เคียงจำนวนมาก ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น ขณะที่ผู้ป่วยแต่ละคนมีความคาดหวังในการบริการที่ตนเองจะได้รับ ประกอบกับการรับผู้ป่วยอย่างไม่จำกัด แต่จำนวนพยาบาลวิชาชีพมีจำกัดจึงอาจทำให้การบริการไม่เป็นไปตามที่ผู้ใช้บริการคาดหวัง ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงมีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดภาคเหนือเป็นพื้นที่การศึกษา เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ได้รับการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจากการปฏิบัติงานของพยาบาลมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจึงเป็นเรื่องน่าสนใจ เพราะอาจเป็นพื้นที่ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนมากขึ้นในอนาคต ผู้วิจัยเป็นสมาชิกคนหนึ่งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ เข้าใจบริบทของพื้นที่ สามารถสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้ง่ายรวมทั้งสามารถได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกจะทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์ในการศึกษามากที่สุดผู้วิจัยกำหนดแหล่งการศึกษาในพื้นที่ดังกล่าวเพื่อความสมบูรณ์ และความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพที่เคยถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจากการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดภาคเหนือปฏิบัติงาน โรงพยาบาลที่ศึกษามาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี และเคยถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจากผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการมาแล้วตั้งแต่ ครั้งขึ้นไป ภายในระยะเวลาไม่เกิน 4 ปี นับตั้งแต่วันที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ แต่ไม่เคยถูกฟ้องร้องเป็นคดีความ โดยเรื่องที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการเป็นในเรื่องพุดจาไม่สุภาพ สีหน้าไม่ยิ้มแย้ม ให้บริการโดยขาดความนุ่มนวล เป็นต้น ในแต่ละเรื่องที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจะมีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับการถูกตักเตือนโดยหัวหน้าจนถึงการตั้งคณะกรรมการสอบสวนข้อร้องเรียนโดยมีผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งของคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนในการสอบสวน ซึ่งวิธีการร้องเรียนของผู้ใช้บริการอาจเป็นการร้องเรียนทางวาจาหรือที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การหย่อนกล่องในแต่ละหน้าหอผู้ป่วย การเขียนเป็นหนังสือร้องเรียนจากภายนอกโรงพยาบาล ซึ่งจากเหตุการณ์ร้องเรียนพฤติกรรมบริการ ผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการอาจถูกตัดสินโดยการว่ากล่าวตักเตือนโดยผู้บังคับบัญชาในระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้เขียนบันทึกข้อความ การถูกบันทึกประวัติการปฏิบัติงานในการพิจารณาคำดับขั้นทางด้านความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน เป็นต้น รวมถึงผู้วิจัยใช้วิธีคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพตรงกับเรื่องที่คุณวิจัยต้องการศึกษาอย่างแท้จริง และมีความยินดี และเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการได้มา และการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากโครงสร้างการวิจัยผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลที่เป็นสนามศึกษาแล้ว ผู้วิจัยใช้วิธีการสอบถามถึงพยาบาลวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจากการปฏิบัติงานจากเพื่อนร่วมงานจำนวน 2-3 คน หลังจากนั้นใช้วิธีสอบถามผู้ให้ข้อมูลรายต่อไปแบบสายใยเชื่อมโยง (Snowball sampling) ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อบุคคลดังกล่าวเพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเบื้องต้น เมื่อได้รับการยินยอมการมีประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจากการปฏิบัติงาน และมีความยินดีเข้าเป็นผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยนัดวัน เวลา เพื่อนำเอกสารสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของผู้ให้ข้อมูล และดำเนินการนัดพบเพื่อการสัมภาษณ์ต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดว่าจะสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อไม่มีข้อมูลใหม่ไม่เกิดขึ้น

ผลการศึกษาพบว่า ได้จำนวนผู้ให้ข้อมูล 15 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) อายุ น้อยสุด 25 ปี มากสุด 52 ปี อายุเฉลี่ย 35 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 15 คน (ร้อยละ 100) เป็น โสด 6 ราย สมรส 8 ราย หย่าร้าง 1 ราย ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ปฏิบัติงานที่

หอผู้ป่วยในจำนวน 7 ราย และอีก 8 ราย ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนอกมีประสบการณ์ในวิชาชีพมา ที่สุด 25 ปี น้อยที่สุด 3 ปี ระยะเวลาที่ถูกร้องเรียนต่ำสุด 3-4 เดือน สูงที่สุด 3-4 ปี ถูกร้องเรียน พฤติกรรมบริการจำนวน 1 ครั้ง 13 ราย จำนวน 2 ครั้ง 1 ราย และจำนวน 3 ครั้ง 2 ครั้ง ลักษณะการ ถูกร้องเรียนทางคำพูดจำนวน 7 ราย หย่อนก่อกองของโรงพยาบาลจำนวน 3 ราย และหนังสือจาก ภายนอกโรงพยาบาลจำนวน 5 ราย ถูกร้องเรียนถึงระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 4 ราย ระดับ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลจำนวน 8 ราย และระดับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำนวน 3 ราย ถูกร ้องเรียนสูงสุดในเรื่อง พุดจาไม่สุภาพ จำนวน 4 ราย รองลงมา คือ ลัดคิวผู้ป่วย และให้บริการไม่ นุ่มนวล จำนวนละ 2 ราย (ภาคผนวก)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัยคือ ตัวผู้วิจัยเอง โดยผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมในการ ดำเนินการวิจัย และจัดหาเครื่องมือประกอบอื่นๆ ในการวิจัย ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

1.1 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยลงทะเบียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ ทางการพยาบาล 3 หน่วยกิต เพื่อเรียนรู้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และ ได้ฝึกทักษะการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคลพร้อมถอดความจากเทปบันทึกเสียง รวมทั้งการ วิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสำรองโดยกาศัมภาษณ์พยาบาลที่ถูกร้องเรียน พฤติกรรมบริการจากการปฏิบัติงาน จำนวน 3 ราย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการสร้างคำถามใน การสัมภาษณ์

1.2 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาเกี่ยวกับการร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาล วิชาชีพที่ส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกจากการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการและระเบียบวิธีการวิจัย เชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา

1.3 การเตรียมความรู้ด้านเทคนิคการสัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดทักษะในการนำไปใช้ในการ เก็บข้อมูลให้ครอบคลุม โดยทบทวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์ดังนี้

1.3.1 เป็นผู้ฟังที่ดี ใช้ความเงียบให้เป็นประโยชน์ อดทนต่อความเงียบได้ ฟังอย่าง เอาใจใส่ ตั้งใจ (Active listening) มีพฤติกรรมตอบสนองต่อคำพูดของผู้ให้ข้อมูลในเชิงที่กระตุ้นให้ พุดต่อ และแสดงว่าสิ่งที่กำลังพูดนั้นมีความสำคัญ

1.3.2 แสดงความเป็นกลางอย่างเคร่งครัดในการสัมภาษณ์ โดยการหลีกเลี่ยงการให้ ความเห็นส่วนตัวของผู้วิจัยต่อประเด็นต่างๆ ที่กำลังสนทนา

1.3.3 กรณีเรื่องที่กำลังสนทนาเป็นเรื่องสะท้อนอารมณ์และผู้ที่ให้ข้อมูลแสดงอารมณ์ต่างๆ ผู้วิจัยใช้การประทับประคองอารมณ์ด้วยการแสดงความเข้าใจและปถอบโยนแต่จะไม่แสดงบทบาทเป็นผู้บำบัดรักษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ให้ข้อมูล สำหรับบันทึก อายุเพศ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานในวิชาชีพ แผนกที่ปฏิบัติงาน เรื่องที่ถูกร้องเรียน และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะเป็นการให้เติมข้อความในช่องว่างและการเลือกตอบ รวมทั้งหมด 9 ข้อ

2.2 แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกรายละเอียดเบื้องต้นของการสัมภาษณ์ คือ วันที่ เวลาในการสัมภาษณ์ อากัปกริยา บริบท ปัญหา การบรรยายฉาก และบรรยากาศขณะสัมภาษณ์

2.3 เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 1 เครื่อง สำหรับการบันทึกการสัมภาษณ์

2.4 การเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์สำหรับใช้สนทนา โดยเป็นคำถามปลายเปิดที่มุ่งให้ผู้ให้ข้อมูล อธิบาย และเล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา

2. การเตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล

ก่อนนำแนวคำถามไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามมาให้แพทย์ที่ปรึกษาตรวจสอบสำนวนภาษา ความชัดเจนเข้าใจง่าย ตลอดจนความเหมาะสมของข้อคำถาม รวมถึงให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ให้คำชี้แนะ ปรับแนวคำถามให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำไปทดลองสัมภาษณ์กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ราย ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลกล่าวคือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจากการปฏิบัติงาน และมีความยินดีเต็มใจให้สัมภาษณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความสั้น ใหญ่ของสำนวนภาษาในการสัมภาษณ์ และความเข้าใจของข้อคำถามระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล โดยไม่ได้ นำผู้ให้ข้อมูล รายนี้ มาเป็นข้อมูลจริง จากนั้นจึงปรับปรุงแนวคำถามให้สมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจริงต่อไป

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ในการพิทักษ์สิทธิพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจโดยก่อนสัมภาษณ์ได้มีการให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัย และสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการ

เก็บข้อมูลอย่างละเอียด แจ่มให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก การขออนุญาตการบันทึกเสียงสนทนา พร้อมทั้งจัดบันทึกในประเด็นที่สำคัญขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ในทุกระยะของการสัมภาษณ์ ที่รู้สึกไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูล และขอข้อมูลกลับได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งในการสัมภาษณ์จะใช้สถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวเงียบสงบ โดยในการเลือกวัน เวลา และสถานที่ที่จะขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลกล้าเปิดเผยข้อมูลและแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นจริงรวมถึงการไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่จะสามารถเกี่ยวข้องกับข้อมูล ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียใดๆ ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ทราบถึงกาขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การนำข้อมูลเอกสารสัมภาษณ์ไปอภิปราย เผยแพร่ นั้น จะกระทำในลักษณะภาพรวม และเฉพาะนำเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย มีการเขียนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆ ไว้ในที่ปลอดภัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก(In-depth interview) โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ลักษณะคำถามจะมีการปรับเปลี่ยนตามข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกถึงประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมโครงร่างการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและขอพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในคน
2. ติดต่อฝ่ายการพยาบาล เมื่อโครงร่างการวิจัยผ่านการอนุมัติแล้วให้ติดต่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยติดต่อฝ่ายการพยาบาลเพื่ออธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลโดยตรง เพื่อสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ
3. เมื่อผู้วิจัยสามารถติดต่อขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยขอพบเป็นรายบุคคล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับแนวคำถาม และวิธีการสัมภาษณ์ รวมถึงระยะเวลาที่จะใช้ในการสัมภาษณ์ การบันทึกเทปการสัมภาษณ์ สถานที่ในการสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการที่ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และในรายงานผลการศึกษาไม่มีการเปิดเผยชื่อ หรือลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การรู้จัก

ผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอและสรุปผลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ทั้งผู้วิจัยเปิดโอกาสอย่างอิสระให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยซึ่งพบว่าทุกคนให้ความร่วมมือโดยยินดีเข้าร่วมวิจัย

4. เมื่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเลือกวัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์โดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนตัว และความพอใจของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและรู้สึกคุ้นเคย เพื่อสร้างบรรยากาศในการสัมภาษณ์ให้ผ่อนคลาย และดำเนินไปด้วยความราบรื่น

5. ในการสัมภาษณ์แต่ละราย ผู้วิจัยเริ่มต้น โดยการแนะนำตัวเองพร้อมแสดงเอกสาร การได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลของโรงพยาบาล ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบายสิทธิผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง และให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในใบยินยอมร่วมการวิจัย จากนั้น จึงทำการสัมภาษณ์ตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่กำหนดไว้โดยเริ่มด้วยพูดคุยในเรื่องทั่วไป ตามด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และเข้าสู่การสัมภาษณ์ด้วยคำถามกว้างๆ ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับการร้องเรียนพฤติกรรมบริการ แล้วต่อด้วยคำถามแคบๆ เพื่อเข้าสู่ประเด็นที่สนใจ พร้อมกับสังเกตลักษณะท่าทาง ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล รวมถึงการสร้างบรรยากาศที่เป็นอันเองเพื่อผู้ให้ข้อมูลไม่เกิดความเกร็งพร้อมแสดงถึงความตั้งใจในการฟังเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังพูด ในขณะที่เดียวกันผู้วิจัยจะจดประเด็นคำถามที่ต้องการรายละเอียดไว้ก่อน รอให้ผู้ให้ข้อมูลพูดจบ แล้วจึงย้อนไปถามคำถามดังกล่าวเพื่อไม่ขัดจังหวะการตอบคำถามในแต่ละรายผู้วิจัยสัมภาษณ์ในลักษณะดังกล่าวจนข้อมูลมีความอิ่มตัว โดยผู้วิจัยพบว่าข้อมูลของผู้วิจัยอิ่มตัวตั้งแต่สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 เนื่องจากผู้วิจัยได้กลับมาทบทวนข้อมูลที่ได้จากการถอดคำสัมภาษณ์ พบว่าข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลซ้ำ ๆ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ต่ออีก 3 คน เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมเมื่อแน่ใจว่าข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวจึงได้ยุติการเก็บรวมรวมข้อมูลซึ่งได้จำนวนผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 คน พบว่าใช้เวลาการสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 45 - 115 นาที โดยแต่ละรายใช้การสัมภาษณ์อย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มเติมประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนให้มีความชัดเจนสมบูรณ์มากขึ้น

6. การยุติการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยบอกให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าผู้วิจัยได้รับข้อมูลตามวัตถุประสงค์อย่างครบถ้วนแล้วได้หยุดการสัมภาษณ์ การบันทึกเทปและกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ที่ผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อวันที่ มิถุนายน 2554 และยุติการสัมภาษณ์ 15 กรกฎาคม 2554 รวมระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 45 วัน

ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่ามีปัญหาอุปสรรคที่ผู้วิจัยต้องดำเนินการแก้ไขหรือให้การดำเนินการเป็นไปได้อย่างราบรื่น พบว่าปัญหามีดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงานเป็นผลัดและจำนวนที่ต้องขึ้นปฏิบัติงานต่อเนื่องค่อนข้างมาก ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลบางรายมีการปฏิบัติงาน Part time โรงพยาบาลอื่น ทำให้การนัดหมายเป็นไปค่อนข้างยาก ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 ราย ได้ติดภารกิจในวัน เวลาที่ได้นัดหมาย จำเป็นต้องเลื่อนการให้สัมภาษณ์ถึง 2-3 ครั้ง ทำให้ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลยาวนานขึ้น

2. สถานที่สัมภาษณ์ โดยเฉพาะสถานที่ในโรงพยาบาลจะมีเสียงรบกวนตลอดเวลา ได้แก่ เสียงการปฏิบัติงานของพยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ทำให้การบันทึกเทปต้องหยุดเป็นช่วงๆ ทำให้การถอดเทปเป็นไปได้อย่างยาก ผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงความจำเป็นของสถานที่สัมภาษณ์ จึงได้ปรับสถานที่สัมภาษณ์เป็นห้องหัวหน้าหอผู้ป่วยและใช้เวลาช่วงเลิกงานในการสัมภาษณ์

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

สำหรับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น ผู้วิจัยเลือกใช้การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ตามเกณฑ์ของ Guba and Lincoln (1985) ซึ่งวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) และตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ดังนี้

1. ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูล (Member checking) โดยหลังจากถอดเทปคำให้สัมภาษณ์จนได้รายละเอียดครบถ้วนผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) แล้วกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายอ่านข้อมูลในประเด็นต่างๆ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อยืนยันว่าข้อมูลนั้นตรงกับความเป็นจริงโดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะ หากข้อมูลที่ได้ไม่ถูกต้องตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลและหากมีประเด็นที่เข้าใจไม่ตรงกันมีการอธิบายเพิ่มเติมและปรับความเข้าใจให้ตรงกันมากที่สุดซึ่งผู้ให้ข้อมูลยอมรับข้อมูลของผู้วิจัยโดยไม่มีการแก้ไข

2. ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) เป็นการนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุปไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในประเด็นที่นักวิจัยศึกษาและเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการ

วิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งในการวิจัยของผู้วิจัย จะให้อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลของ Leonard (1989) ดังต่อไปนี้

Leonard (1989) กล่าวว่า การสัมภาษณ์ การบันทึก การสังเกต และตัวอย่างการกระทำของมนุษย์จากการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ถูกนำมาใช้ในกระบวนการวิเคราะห์ แปลความ (Interpretation) โดยจะเป็นการค้นหาดำกหนด (Deterministic) หรือกลไกความคิดที่สัมพันธ์กับข้อมูล เป็นการอธิบายถึงสาเหตุ ที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลแบบแปลความตามวิธีของ Leonard (1989) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. Thematic analysis ขั้นนี้หลังจากผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนามและการสังเกต ผู้วิจัยนำบทสัมภาษณ์ที่ได้อ่านซ้ำ หลายรอบ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุม จากนั้นจึงทำการแยกข้อมูลหรือประเด็นย่อย (Categories) นี้ นออกจากข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

2. Analysis of specific episodes or incident ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เหตุการณ์อุบัติการณ์ตามสถานการณ์ที่ได้จากการสัมภาษณ์ และทำความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์มาบันทึกบรรยายเป็นข้อความสั้น ๆ (Vignettes) เพราะการสัมภาษณ์หลายสถานการณ์นี้ จะได้สถานการณ์มีความแตกต่างกันไป

3. Identification of paradigm ขั้นนี้ผู้วิจัยได้นำแนกข้อมูลตามความหมาย และการตีความตามสิ่งที่ปรากฏออกมาในบริบทนั้นๆ

ผลจากการศึกษาประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ ผู้วิจัยได้นำเสนอในบทที่ 4

บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากข้อมูลสถิติการร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าปัญหาการร้องเรียนพฤติกรรมบริการกำลังเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการร้องเรียนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อหลายประการทั้งในด้านองค์กร ผู้ป่วยและตัวผู้ถูกร้องเรียนเอง โดยเฉพาะพยาบาลที่ถูกร้องเรียนนั้น อาจส่งผลกระทบต่อกระทั่งสูญเสียพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้จำนวนพยาบาลวิชาชีพลดน้อยลงไป ประกอบกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นเชิงพาณิชย์มากขึ้น ผู้ใช้บริการจึงเกิดความคาดหวังสูง ปัญหาการร้องเรียนจึงเกิดขึ้นได้ง่าย การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นศึกษาประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพว่าเป็นอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปพัฒนาแนวทางการป้องกันการถูกร้องเรียนพฤติกรรมต่อไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอประสบการณ์การร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีรายละเอียดผลการศึกษาดังนี้

1. ความหมายพฤติกรรมบริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มี 2 ลักษณะ คือ
 - 1.1 การแสดงออกทางคำพูดและกริยาท่าทางที่เป็นมิตร
 - 1.2 การสนใจ และเต็มใจให้ความช่วยเหลือ
2. สาเหตุและเงื่อนไขของการเรียนพฤติกรรมบริการ
 - 2.1 คำพูดและน้ำเสียงของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยและญาติ
 - 2.2 ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจผิดต่อความช่วยเหลือที่ได้รับจากพยาบาล
 - 2.3 สัดส่วนพยาบาลมีน้อยกว่า (ภาระงาน) จำนวนผู้ป่วย
 - 2.4 เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแก่ผลที่ได้รับไม่สอดคล้องกับความคาดหวัง
 - 2.5 การถูกขู่งส่งเสริมให้ร้องเรียนจากบุคคลรอบข้าง
 - 2.6 การละเลยต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานการรักษาพยาบาล
3. ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาล
 - 3.1 ความรู้สึกเป็นทุกข์และคับข้องใจเมื่อรับทราบการถูกร้องเรียน
 - 3.2 ความรู้สึกเครียดและไม่มีความสุขขณะถูกดำเนินการพิจารณา
 - 3.3 ความรู้สึกดีและโล่งใจภายหลังการเผชิญปัญหาสิ้นสุดลง

4. วิธีการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่(วิธีการจัดการตนเองในการเผชิญปัญหา)
 - 4.1 การบอกเล่าระบายความทุกข์ให้กับเพื่อนร่วมงาน
 - 4.2 การกล่าวโทษความผิดเป็นของผู้อื่น
 - 4.3 การใช้ธรรมะและศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ
 - 4.4 การปรึกษากับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับสูง
 - 4.5 การปรึกษากับครอบครัว
 - 4.6 การทำกระบวนการพิจารณาของคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียน
 - 4.6.1 คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียน
 - 4.6.2 ขั้นตอนการดำเนินการพิจารณาข้อร้องเรียน
 - 4.6.3 การเยียวยาความรู้สึกระหว่างการดำเนินการ
 - 4.6.4 การแจ้งผลเมื่อสิ้นสุดการพิจารณาข้อร้องเรียน
5. ผลที่ตามมาภายหลังการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ
 - 5.1 การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและกิริยาท่าทางในการให้บริการ
 - 5.2 การตอบสนองความต้องการผู้ป่วยอย่างเต็มใจและรวดเร็ว
 - 5.3 การใช้เวลาในการให้ข้อมูลและคำอธิบายมากขึ้น
 - 5.4 การให้การบริการพยาบาลโดยให้ญาติมีส่วนร่วม
 - 5.5 การไม่โต้แย้งหรือมีปฏิกิริยาตอบโต้กับผู้ป่วยและญาติ
 - 5.6 การลงบันทึกการพยาบาลเป็นหลักฐานอ้างอิง

1. ความหมายพฤติกรรมบริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นบทบาทหน้าที่ส่วนใหญ่ของพยาบาลในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งปัจจุบันพบว่า ผู้ใช้บริการมีการศึกษาสูงขึ้นและการรับรู้สิทธิของตนเองมากขึ้น ทำให้การมาใช้บริการที่โรงพยาบาล จึงมีความคาดหวังต่อบริการที่จะได้รับสูงตามไปด้วย ดังนั้นหากไม่ได้รับบริการที่ตนเองคาดหวัง ย่อมนำไปสู่การร้องเรียนพฤติกรรมบริการตามมา โดยเฉพาะการร้องเรียนพฤติกรรมบริการจากพยาบาลเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะได้รับการร้องเรียนพฤติกรรมบริการจากผู้ใช้บริการ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้พยาบาลเข้าใจว่าพฤติกรรมบริการคืออะไร เพื่อจะได้แสดงพฤติกรรมบริการสอดคล้องกับผู้ใช้บริการต้องการได้ จากการศึกษาพบว่าพยาบาลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการมาแล้วให้ความหมายของพฤติกรรมบริการใน 2 ลักษณะ คือ

1.1 การแสดงออกทางคำพูดและกิริยาท่าทางที่เป็นมิตร

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการได้ให้ความหมายพฤติกรรมบริการว่าเป็นการแสดงออกต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเป็นกิริยาท่าทางที่พยาบาลแสดงออกไป ด้วยลักษณะสีหน้ายิ้มแย้ม ท่าทางเป็นมิตร กิริยาวาจาและสำเนียงภาษาที่แสดงถึงความพร้อมในการบริการ นอกจากนี้พยาบาลบางคนยังมองว่าต้องเป็นการแสดงออกต่อผู้ป่วยในลักษณะเป็นมืออาชีพ โดยเฉพาะการสื่อสารในเชิงวิชาการ โดยการอธิบายให้ความรู้โดยสังเขปเกี่ยวกับโรคและการดูแลที่ผู้ใช้บริการจะได้รับ คำสัมภาษณ์ ดังนี้

“พฤติกรรมบริการหรือ ก็คงเป็นการ เป็นการแสดงออกต่อ ต่อคนไข้จะ ไรอย่าง ไรเย้ย ต่อผู้รับบริการ สิ่งที่แสดงกิริยาท่าทางที่เราแสดงออกไป” (ID 9)

“พฤติกรรมบริการหรือที่ ก็คือ เอ่อ สิ่งที่แบบประมาณว่าเราแสดงออกใน ขณะที่แบบว่าให้ ให้บริการลักษณะท่าทาง การพูดจา บริการกับผู้ป่วยจะ ไรอย่าง ไรเย้ย สิ่ง ที่ควรปฏิบัติ” (ID 5)

“จริงๆ เลย ก็น่าจะเป็นลักษณะการแสดงออก อย่างของพี่ก็เหมือนลักษณะเป็นมือ อาชีพ โดยเฉพาะการสื่อสารจะ ไรอย่าง ไรเย้ย อืมก็อธิบาย คือ มีการไม่ต้องทำให้เค้ามีคำถาม ได้” (ID 6)

“ตัวอย่างเช่น การที่เป็นผู้ให้ความรู้ ให้ความรู้เค้าเบื้องต้น ตั้งแต่โรค นิดยา grasab นับไวอธิบายเค้าสั้นๆ ไม่ต้องอะไรเยอะ เค้าจำได้ไม่เยอะหรือพวกคนไข้” (ID 6)

การให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการได้ให้ความหมายการร้องเรียนพฤติกรรมบริการว่าเป็นความไม่พึงพอใจต่อการแสดงออกที่ไม่ดีของผู้ให้บริการ ทั้งคำพูดวาจา กิริยาท่าทาง ขณะที่ผู้ใช้บริการคาดหวังจะได้รับบริการที่พูดจาไพเราะ หน้าไม่บึ้งตึง แต่เมื่อได้รับการบริการที่ช้า และพบพยาบาลที่ไม่พูดคุย นิ่งเฉย ไม่สนใจผู้ป่วย ตอบคำถามด้วยคำพูดห้วนๆ หรือสั้นๆ ซึ่งไม่เข้าใจตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการและผู้ใช้บริการคิดว่าเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องปรับปรุงให้ดีขึ้นจึงทำการร้องเรียน และในทุกอย่างที่ปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกมาในลักษณะของการปฏิบัติ ทำ เคน สายตาโดยนึกถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นหลัก คำสัมภาษณ์ ดังนี้

“คงเป็นคำร้องเรียนเกี่ยวกับกริยาท่าทางที่มันไม่เหมาะสมมั้งคะ เค้าคาดหวังจะ
ได้รับบริการที่พูดเพราะ หน้าไม่งอ แต่พอมารับบริการแล้วไม่รวดเร็ว ไม่เจอบทบาทยิ้ม
แย้มแจ่มใส หมายถึงตอบคำถามก็สั้นไป หมายถึงว่าเค้าคาดหวังไว้จากเรา หรือเห็นว่าเป็น
สิ่งที่ต้องปรับปรุง” (ID 9)

“ถ้าเราค่าคนไข้ เราไม่ยิ้มแย้ม เราไม่พูดคุย เรานิ่งเฉย ไม่สนใจผู้ป่วย เค้าร้องเรียน
อันนั้นเป็นข้อดี มันจะได้เป็นกระจกส่องเงาเราได้ ว่าเป็นยังไง” (ID 11)

“ก็คงน่าจะ ก็คือ ว่าเข้าใจทุกอย่าง เข้าใจว่าตัวเองมาทำไม ป่วยเป็นอะไร จะรักษา
นานมัย สิ่งที่เค้าคาดหวัง อยากได้คำพูดดีๆ คำพูดที่ไพเราะ อยากได้หน้าตายิ้มแย้มสดใส”
(ID 12)

“คือพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อผู้รับบริการ ทั้งคำพูดว่าจากกริยาท่าทางคือเราแสดงต่อเค้า
ไม่ดี มันก็เลย *feed back* กลับมา ทำให้ไม่พึงพอใจเราอะนะ” (ID 15)

“การให้บริการ การแสดงออกอย่างตามมาตรฐานวิชาชีพ แล้วก็เวลาปฏิบัติ
อะไร ประมาธยัง ینگนี่ถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นหลักแล้วก็เอาใจเขามาใส่ใจเรอะคะ” (ID14)

1.2 การสนใจ และเต็มใจให้ความช่วยเหลือ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการได้ให้
ความหมายพฤติกรรมบริการว่าเป็นการให้บริการด้านสุขภาพที่แสดงออกด้วยความเต็มใจ ว่ามี
ความใส่ใจและเต็มใจในการบริการดูแลคนไข้ สนใจรับฟังปัญหาแล้วก็นำปัญหามาแก้ไขให้เป็นไป
ตามความคาดหวังโดยรวดเร็วตามมาตรฐานวิชาชีพที่มีความชัดเจนโปร่งใสในระบบการให้บริการ
รวมถึงการให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลให้คนไข้รู้สึกสบาย ดังคำสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“อืม พี่ก็การบริการที่ดี อืม ทำด้วยความเต็มใจอะไรอย่างเงี้ย” (ID 4)

“การ *advise* คนไข้มีทำที่ว่าสนใจเค้า รับฟังปัญหาเค้า แล้วก็นำปัญหาของเค้ามา
แก้ไขแหละ จะทำคนไข้ที่เค้ารู้สึก ว่า เค้าไม่สบายอยู่ เค้ารู้สึกดีขึ้นได้อะ เอ้อ หมายถึงว่า
ปัญหาของเค้าส่วนหนึ่ง ก็คือได้รับการแก้ไข แล้วเราก็ไม่นิ่งดูตาย และให้การพยาบาลเค้า
อย่างนุ่มนวล และในทุกๆ อย่างที่ปฏิบัติกับเค้าไม่ว่าจะเป็น เอ้อ การแสดงออกออกมาใน

ลักษณะของ เออ การปฏิบัติ ทำเดิน หรือว่าคือเราต้องระวังทุกๆ อย่างแม้กระทั่งสายตาที่เรา มองเค้าอะ เราจะระวังมาก นอกจากคือสิ่งที่มันจะเกิดขึ้นนะ มันก็ดี มันก็ได้เป็น ประสบการณ์สำหรับเราอะอะอะ” (ID 10)

“ก็เป็นการให้บริการ ด้วยความเต็มใจ เต็มใจในการให้บริการ เช่น การแสดงออก ว่าเราใส่ใจในการบริการ เช่น คุณแกลนใช้ทุกอย่างตามความคาดหวังนะ มันก็คือ เป็นเรื่องที่เป็นแล้วแต่ละบุคคลค่อนข้างมาก แต่ละคนจะพอใจความคาดหวังไม่เท่ากัน เป็นเรื่องการ นบนอบ ต้องการแสดงการยอมรับอย่างจ๋า” (ID 13)

เช่นเดียวกัน ในกรณีให้ผู้ให้ข้อมูลเคยถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการมาแล้ว ให้ ความหมายการร้องเรียนพฤติกรรมบริการว่าเป็นเพราะผู้ใช้บริการมีความรู้สึกไม่ สอดคล้องกับความต้องการตนเอง โดยอยู่ในลักษณะการรอบริการที่ยาวนาน ทำให้ไม่ ทนใจหรือไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่อย่างเต็มที่ หรือไม่พึงพอใจกับการทำ หัตถการที่ทำตามมาตรฐานการพยาบาล เช่น การดูดเสมหะ การอาบน้ำ เช็ดตัว ดังคำ สัมภาษณ์ ดังนี้

“เค้าอาจจะต้องการความพึงพอใจ ความรวดเร็วอะไรอย่างเงี้ย เค้าคงคิดว่าทุกอย่าง คือบอกปุบได้ปั๊บ บางอย่างเราอาจจะแบบว่า ไม่ทนใจเค้า ไม่ถูกใจเค้าอะไรอย่างเงี้ย” (ID 4)

“กรณีที่คุณใช้มา complain หรือร้องเรียนเรา พี่คิดว่าหนึ่งคือความไม่พึงพอใจของ เค้านะ ไม่พอใจกับการบริการของเรา อย่างของพี่เงี้ยก็เป็นลักษณะรอนาน เค้าจึงไม่ พพอใจนะ” (ID 6)

“อืม พี่ว่านี่ไง เค้าไม่พอใจกับการบริการของเรา อย่างพี่เงี้ยก็คงเป็นเรื่องที่เรา เหมือนไม่ใส่ใจให้บริการเงี้ย” (ID 13)

“ไม่พอใจคนที่ไปทำอะไรให้แม่เค้า คนที่ไปทำหัตถการอย่างเงี้ยอะ เช่น suction (ดูดเสมหะ-ผู้วิจัย) ทำแผล อาบน้ำ เช็ดตัวอย่างเงี้ยอะ คนที่ไปทำอะไรให้แม่เค้าอย่างเงี้ยเค้า ก็จะไม่พอใจหมด ทั้งๆ ที่ทำตามมาตรฐานการพยาบาลปกติอะอะ” (ID 14)

กล่าวได้ว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ 1) เป็นการแสดงออกทางคำพูดและกิริยาซึ่งจะอยู่ในลักษณะยิ้มแย้มแจ่มใส ท่าทางเป็นมิตร กิริยาวาจาสุภาพเรียบร้อย กับอีกประเด็นหนึ่ง 2) การสนใจ และเต็มใจให้ความช่วยเหลือ คือการให้บริการด้วยเอาใจใส่ ดูแล สอบถามผู้ป่วย และการให้บริการด้วยความเต็มใจภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ

2. สาเหตุและเงื่อนไขของการร้องเรียนพฤติกรรมบริการ

จากเหตุการณ์การร้องเรียนพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ทำให้ทราบแนวโน้มการเกิดเหตุการณ์การร้องเรียนที่อาจเกิดขึ้นต่อไปการศึกษาสหุปัจจัยการร้องเรียนพฤติกรรมบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลโดยแท้จริงได้ ถึงแม้ว่าจะทราบได้ว่าการร้องเรียนส่งผลกระทบต่อผลกระทบบหลายประการที่ต่อองค์การ ต่อพยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนเองและต่อผู้ป่วยและญาติ แต่หลังจากพิจารณาผลของการถูกร้องเรียนที่เกิดขึ้นนั้น พบว่าก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายประการ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการเผชิญกับเหตุการณ์การร้องเรียนหรือใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพที่อาจเกิดขึ้นต่อไป การศึกษาพบว่าประสบการณ์พยาบาลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการมี ดังต่อไปนี้

2.1 คำพูดและน้ำเสียงของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยและญาติ

จากเหตุการณ์การร้องเรียนพฤติกรรมที่เกิดขึ้น พบว่าสามารถเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ ขณะที่พยาบาลปฏิบัติงานพยาบาล จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการระบุสาเหตุการร้องเรียนพฤติกรรมบริการที่เกิดจากการแสดงออกว่าเป็นน้ำเสียงคำพูดหรือท่าทางที่ไม่เป็นมิตร โดยลักษณะใช้คำพูดห้วนๆ ไม่นุ่มนวล ขาดการอธิบายหรือขยาดความในการพูดเพื่อให้ญาติหรือผู้ใช้บริการได้เข้าใจให้ปฏิบัติตามที่พยาบาลแนะนำเพราะเป็นระเบียบหรือมาตรฐานการบริการที่ผู้ใช้บริการยึดถือปฏิบัติกับผู้ใช้บริการอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งด้วยลักษณะคำพูดที่สั้นๆ ห้วนๆ และน้ำเสียงที่จริงจัง ไม่นุ่มนวล ส่งผลให้ผู้ใช้บริการหรือญาติเกิดความรู้สึกไม่พอใจกับกิริยาท่าทางดังกล่าวได้ และนำมาซึ่งข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการตามมาดังกล่าว ต่อไปนี้

“จึงมองว่าเราอาจเคร่งครัดเกินไปหรือป่าว หมายถึงว่า จริงๆ แล้วก็น่าจะ รอฝนหยุดก่อน หรือไม่ก็ช่างมันหะอะ กฏระเบียบมีไว้ แต่เกิดถ้าเค้าไม่ปฏิบัติตาม เค้าก็คงรู้แล้วละ ตั้งแต่ยามพูดแล้ว ถ้าเค้าไม่เชื่อก็ปล่อยเค้าไปเถอะ อย่างนี้นะ และตอนนั้นก็น่าจะพูดไม่

ยาวมาก น่าจะพูดไม่ยาวนะค่ะ ที่ว่านะพูดไม่ยาว และยึดกฎระเบียบ ไม่ได้แบบอ่อนหนัก
อ่อนเบาเจี๊ย” (ID 1)

“สาเหตุ ก็คงคำพูดนี้ละมั้ง คำพูดกับท่าทางนี่ละมั้ง แต่ว่าท่าทางไม่เป็นมิตร เป็นใจ
เค้าเจียน ไม่เต็มใจให้บริการเฉยๆ ไม่เข้าใจเหมือนกันวะ” (ID 8)

“อาจจะตรงคำพูด เหมือนกับบอกปิดอย่างนี้ป่าว ไม่ยอมอธิบายต่ออะไรเจี๊ย
ถ้าอธิบายปุ๊บ มันก็จบใช้ป๊าที่พูดให้เค้าฟังว่า อย่างงี้จ้ะ มันก็จบ ไม่ใช่ไปโยนว่าให้
ไปถามญาติเอเอง อธิบายให้เค้า ถ้าเราไม่พูด เหมือนกับว่า อะไรวะ ญาติถามมึง มึงกับให้กู
ไปถามคนอื่นอะไรอย่างงี้” (ID 3)

“ก็น้ำเสียงเราก็พูดไม่แบบเชิงว่า ว่าsoft (นุ่มนวล-ผู้วิจัย) อะไรมากมายหรอกพี่ ก็
พูดอย่างนี้ ห้วนๆ อย่างงี้แหละก็เลย โคนเป็นคนอารมณ์ร้อน ถ้าเกิดว่า ก็เป็นคนพูดเร็ว ทำ
เร็ว เราแบบไม่ใช่เป็นคนใจเย็นอะพี่ มันจะพูดไว คิดไว ทำไว บางที่เราคำพูดไปเราพูดไป
เราก็ไม่ได้คิดอะไร ใจด้วยบุคลิกของหนู หนูจะบริการ ไม่ค่อยเก่ง และก็แบบว่าคำพูด สี
หน้า อารมณ์ แบบอารมณ์ร้อน มันเลยทำให้เราโดนร้องเรียน ใจ ก็มันคงน่าจะคล้ายๆ กันอะ
ก็พฤติกรรม ทั้งสาเหตุ มันคงไม่มีอย่างอื่นร่วม ก็คิดว่า สีหน้าเฉยๆ คำพูดแบบว่าพูดห้วน
ๆ ท่าทางแข็งๆ นี่แหละที่เราแสดงออกนั่นแหละ” (ID 7)

2.2 ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจผิดต่อความช่วยเหลือที่ได้รับจากพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการระบุถึงสาเหตุอีกประการ
หนึ่งของการร้องเรียนพฤติกรรมบริการว่ามีสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วยหรือญาติเกิดความเข้าใจผิดหรือ
สับสนต่อความช่วยเหลือดูแลที่ได้รับจากพยาบาล ซึ่งพยาบาลให้การช่วยเหลือหรือทำหัตถการกับ
ผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจผิดหรือไม่เข้าใจอย่างชัดเจนแต่ไม่มีการสอบถามพยาบาลโดยตรงแต่
มาร้องเรียนภายหลังเมื่อเหตุการณ์ผ่านไปแล้วหรือรวมถึงความไม่เข้าใจในอาการของญาติและการ
พยาบาลที่พยาบาลกระทำดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“ก็เป็นเพราะสายออกซิเจนด้วยมั้งน่าจะผลอาจจะทำให้ยายคิดว่าอย่างนั้น เพราะว่า
มันต้องรูตสายคล้องแบบนี้ เวลาคล้องก็แบบว่ายายเค้าสับสนด้วยไง หนูถึงบอกว่า จะบอก
ว่า มันอาจจะเกิดจากความสับสนของ ของตัว คนไข้เอง หนูคิดว่าน่าจะ เป็นเรื่องเข้าใจผิด

มากกว่า ก็คือเหมือนอย่างที่บอกขยายอาจจะสับสน และไปสื่อสารกับลูกกับหลานเค้า อีกทั้ง
ในลักษณะที่เค้าเข้าใจอะ เค้าก็อาจจะไม่ผิด” (ID 5)

“บางทีคนไข้เยอะ ทำให้เราไม่มีเวลาที่จะให้เราไปแนะนำ บางทีคนไข้เยอะ รับ
คนไข้ไม่อ่อนอย่างเงี้ย ในกรณีรับไม่อ่อน มีเตียงเสริม มาต้องย้ายเตียง ต้องย้ายเตียงคนเนี้ยลง
เตียงเสริม ลงเตียงผ้าใบเพื่อจะเอาคนไข้หนักเข้ามา ก็เกิดปัญหาไม่พอใจกัน ไม่อยากย้าย
ขึ้นมา จะนอนตรงเนี้ย ก็มีบ้าง ร้อนก็ร้อน” (ID 8)

“เรานะเป็นอาชีพเนี้ยเป็นพยาบาล หมอ ก็ต้องคุยกัน คนไข้ก็ต้อง ต้องให้เกียรติ
เคารพเรา เราไม่ใช่คนรับใช้นะเราไม่ใช่คนรับใช้นะ เราเป็นพยาบาล เราเป็นผู้ให้บริการที่
ให้การพยาบาลนะ เอ้า ชั้นปวดจี๊ เอากะ โดนมาเช็ดจี๊อะ ไรอย่างเงี้ย ก็คือ หมอทำไม่ได้
หมอช่วยหน่อย มันก็เป็นส่วนของการช่วยเหลือเป็นเรื่อง ของการพยาบาล ไม่ใช่ เฮ้ย พอ
บอกไม่ทำ ปู้บ เนี้ย พุดจาไม่ดี ไม่เอา ไม่อาบน้ำให้ ไม่เช็ดตัวไม่ช่วย ซึ่งที่จริงมันก็ไม่ใช่
เรื่อง เราก็ไม่ใช่คนใช้นะ เราก็ไม่ใช่อาชีพบริการจะต้องมาขายบริการ จะต้องมาขายของนะ
ต้องทำคีนะ เค้าจะได้มาชื่อของเราอะ ไรอย่างเงี้ย มันก็ไม่ใช่ตรงส่วนนี้ไง อย่างน้อยเราต้อง
ให้เกียรติกัน เราพยาบาลต้องให้เกียรติญาติให้เกียรติคนไข้ และคนไข้ คนไข้ ก็ต้องให้
เกียรติเรายังไง ไม่ได้เป็นคนรับใช้ ไม่ได้เป็นเจ้านายถูกปะ ก็ต้องฟังพียงซึ่งกันและกันนะ
เอาพวก ถ้าเป็นเรื่องที่คุยกันได้ เราน่าจะมาคุยกันก่อน ว่าเอ เอ ทำไมคิดอย่างนี้นะ แต่ชั้น
ต้องการให้พยาบาลเป็นแบบนี้นะ พยาบาลก็บอกว่าเอ ญาติคนไข้ก็ต้องเข้าใจพยาบาลบาง
เรื่องอย่างนี้นะก็มันแหละ เค้าอาจจะไม่เข้าใจในอาการของญาติเค้า และการพยาบาลของ
พยาบาล” (ID 8)

“ไม่รู้จะตอบไง เค้าก็ร้องทุกคนที่เค้าไม่ถูกใจ เออ ไม่ถูกใจ ไม่ชอบ ไม่เข้าใจ ว่า
เกิดอะไรขึ้น อันนี้อาจจะไม่เข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นแบบว่าเราอธิบายเค้า เค้าก็น่าจะเข้าใจนะ
แต่เค้าก็ยังเฉยๆ” (ID 12)

“เค้าก็เลยเข้าใจว่าหมอรักชาติ แต่พยาบาลทำให้แม่เค้าตาย ด้วยการทำให้ผลการทำ
treatment (รักษา-ผู้วิจัย) การให้การพยาบาลต่างๆ ทำให้แม่เค้าแยลง เค้าจะโทษประมาณนี้
ค่ะ” (ID 14)

2.3 สัตว์ส่วนพยาบาลมีน้อยกว่า (ภาระงาน) จำนวนผู้ป่วย

ในการปฏิบัติงานของพยาบาลในแต่ละวัน พยาบาลต้องเผชิญกับความเสี่ยงในการถูกรื้อเรียนตลอดเวลา การศึกษาเหตุการณ์รื้อเรียนพฤติกรรมบริการทำให้ทราบถึงสาเหตุหลักการรื้อเรียนว่าเกิดจากตัวพยาบาลเองและเกิดจากตัวผู้ป่วยหรือญาติ แต่จากการศึกษาข้างพวงงอไขที่นำไปสู่การรื้อเรียนพฤติกรรมบริการ โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่ถูกรื้อเรียนพฤติกรรมบริการจากมองว่าตนเองมีภาระงานในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไปเพราะจำนวนผู้ป่วยมีมากในขณะที่สัดส่วนต่อพยาบาลไม่เหมาะสมรวมทั้งมีการกระจายอัตราในเวรเช้า บ่าย ดึก ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีจำนวนมากภาระงานการดูแลศึกษาก็ย่อมมีมากขึ้นทำให้พยาบาลไม่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วย ในบางครั้งผู้ป่วยจำนวนมากต้องมีเตียงเสริม ต้องย้ายลงเตียงผ้าใบเพื่อรับผู้ป่วยหนักรายใหม่ ดังนั้นทำให้พยาบาลเกิดความเหน็ดเหนื่อยและยุ่งกับการทำงานจนทำให้ไม่มีเวลาให้คำแนะนำหรือใช้เวลาอธิบายผู้ป่วยแต่ละรายมากเพียงพอ รวมทั้งทำให้ขาดการยิ้มแย้มแจ่มใสซึ่งทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความไม่พอใจ ดังคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“หรือว่าสภาวะงาน คนไข้ของเรามันเยอะ อะไรอย่างเงี้ย บางทีเราก็คือ ทำงานไปเรื่อยๆบางทีเราก็ดูไม่ได้สนใจว่าตอนนี้หน้าชั้นยิมอยู่หรือป่าวนะตอนนี้ อะไรอย่างเงี้ย หรือว่าชั้นหน้ามู่อยู่ อะไรอย่างเงี้ยซึ่งแต่คนก็จะมึนคลิกไม่เหมือนกัน พี่คนหนึ่งที่ว่าปกติพี่ก็จะไม่ค่อยยิม ถ้าที่อยู่หลายๆ ทุกคนจะบอกว่าพี่หน้าคู่มาก มันก็เลยก็อาจจะเป็นส่วนหนึ่งด้วยบางทีเราไป ก็ทำให้ผู้ป่วยหลายๆอะไรอย่างเงี้ย มันก็อาจจะมีส่วนด้วยมั้งในอันนั้น” (ID 4)

“พี่มีเจตนาที่จะไปช่วยเห็นเค้าทำคนเดียว บางคนคือคนเดียวทำได้ก็ปล่อยเค้าทำ แต่ทำทุกคนก็ไม่ไหวใช่ปะละ แล้วก็คนไข้มันมีเยอะ แล้วก็พยาบาลมีไม่มีก็คนอย่างเงี้ย” (ID 8)

“บางที่มันก็แล้วแต่อารมณ์นะ ที่ว่าเรื่องของคนไข้ จำนวนคนไข้กับจำนวนการทำงาน และเวลาในการทำงาน มันก็มีส่วน บางทีคนไข้เยอะ ทำให้เราไม่มีเวลาที่ให้เราไปแนะนำ บางทีคนไข้เยอะ รับคนไข้ไม่อันอย่างเงี้ย ในกรณีรับไม่อัน มีเตียงเสริม มาต้องย้ายเตียง ต้องย้ายเตียงคนเนี่ยลงเตียงเสริม ลงเตียงผ้าใบเพื่อจะเอาคนไข้หนักเข้ามา ก็เกิดปัญหาไม่พอใจกัน” (ID 8)

“อัตรากำลังของ โรงพยาบาลเนี่ยไม่มี หรือมีการกระจายอัตรากำลังกันอย่างไม่เหมาะสม ทำให้บางเวิร์ดก็ขาด แบบทำให้น้องใหม่ช่วยและก็กลายเป็นตัวจริง” (ID 10)

2.4 เสียค่าใช้จ่ายสูงแต่ได้ผลไม่พึงพอใจ

จากผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการให้ปัจจัยส่งเสริมการเรียนพฤติกรรมบริการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมว่าปัจจุบันผู้ป่วยรู้สึกว่าการพยาบาลที่ได้รับเป็นแค่การบริการอย่างหนึ่งที่แตกต่างกับการเสียค่าใช้จ่ายแสดงให้เห็นว่าวัฒนธรรมของผู้ป่วยต่างไปจากอดีต ซึ่งอดีตผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการจะมีความเคารพ ศรัทธาในวิชาชีพ ซึ่งปัจจุบันการบริการที่ออกเป็นเชิงพาณิชย์ เมื่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเกิดความไม่พึงพอใจในการบริการจึงสามารถแสดงออกได้อย่างเต็มที่ว่าไม่พึงพอใจโดยเกิดข้อร้องเรียนตามมา ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“ก็รู้สึกแบบว่า วัฒนธรรมหรือว่าเค้าเรียกว่าอะไร แนวคิดของผู้ป่วย ไม่ได้มองว่าวิชาชีพเราเป็นวิชาชีพที่ให้ความเคารพ ศรัทธาแล้วนะอะไรอย่างเงี้ย มันมีความเท่าเทียมเกิดขึ้น ถ้าสมัยก่อนเนี่ย ชาวบ้านหรือคนระดับชาวบ้านเรารู้เลย มาที่เนี่ยจะต้องมาพังกหมอ พังกพยาบาล เจ็บป่วยมา เป็นความรู้สึกว่าเราเป็นผู้ช่วยเหลือเค้าอย่างแท้จริง แต่ปัจจุบันเนี่ย คนไข้มีความรู้สึกว่าเป็นแค่การบริการอย่างหนึ่ง ที่เค้ามาซื้อ มาจ่ายเงิน แสดงได้เต็มที่ว่าไม่พึงพอใจ คือ เหมือนกับ วัฒนธรรมคนไข้ต่างไปจากอดีต” (ID 6)

“แต่ทุกคนจะพอใจความคาดหวังไม่เท่ากัน ถ้าคนไข้ที่ education (การศึกษา-ผู้วิจัย) สูงๆก็จะความคาดหวังค่อนข้างสูงต้องการเรื่องการนอนบอบ ต้องการแสดงการยอมรับ แต่ถ้าเป็นพวกครึ่งๆ กลางจะมีดั่งค์เลยก็ไม่ใช่ เค้าก็ต้องการบางอย่างที่ excellent (ดีเยี่ยม-ผู้วิจัย) ที่ดีที่สุด แต่เค้าไม่ต้องการจ่ายดั่งค์เลย บางกลุ่มยอมจ่ายเงินเยอะ แต่ต้องการการบริการแบบสุดยอด พอไม่ได้พวกนี้ก็จะแบบว่าไม่พอใจใจ คือเค้ายอมเสียเงินเงี้ย” (ID 13)

“เค้าก็บอกว่า เราบริการเค้าไม่ดี ทำไมถึงปล่อยให้หน้าเกลื่อหมดคสาสายเค้าได้ ทั้งๆที่เข้ามาก็เห็นแล้วนะ เค้าก็คือ เอ่อ จะจะพักหลับเพื่อแบบว่าให้ร่างกายให้ได้พักผ่อนได้มากที่สุด แต่ทำไมเค้ากับไว้ใจไม่ได้ อยู่ๆ ก็ปล่อยให้หน้าเกลื่อเราหมดอะไรอย่างเนี่ย ก็แบบคิดแหละว่า อุตส่าห์เสียเงินอยู่ห้อง VIP (พิเศษ-ผู้วิจัย) แล้ว ก็ต้องอยากได้บริการที่ดีที่สุด แต่กลับได้บริการไม่พอใจ เค้าก็เลยร้องเรียนนั่นแหละ” (ID 10)

2.5 การถูกยุยงส่งเสริมให้ร้องเรียนจากบุคคลรอบข้าง

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการระบุงการที่ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการไม่มีความรู้เรื่องกฎหมายหรือมีความรู้ทางด้านกฎหมายไม่ชัดเจน ประกอบกับมองว่ากฎหมายในการร้องเรียนไม่มีมาตรฐานเป็นการเปิดโอกาสช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการร้องเรียนได้ง่าย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการกลับไปบ้านเจอบุคคลที่สามมักจะถูกยุยงส่งเสริมให้ร้องเรียนเพื่อเรียกร้องการชดใช้ค่าเสียหายดังกล่าวให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“กลับบ้านไป” บไปเจอคนข้างบ้านบอกว่าทำไมไม่ขอใบรับรองแพทย์ เอาไปเบิกเป็นค่าสินไหมอีกว่าตัวเองมีความพิการทางสมองตรงเนี่ยพี่ว่ามันเกิดจากบุคคลที่สามที่แนะนำ ในบางกรณีนะ” (ID 13)

“เรื่องของกฎหมายอะไรอย่างเงี้ย กฎหมายของเรา ในเรื่องของเรา ในการร้องเรียนเนี่ย เค้าก็ไม่มีมาตรฐาน ร้องเรียนเค้า ไม่มีความรู้เรื่องนี้ไงพี่ว่าความรู้ลึกของพี่นะ เค้าไม่มีความรู้เรื่องเนี่ย เค้าร้องเรียนในสิ่งที่เค้าไม่พอใจ เมื่อเค้าไม่พอใจอยู่แล้วถูกคนรอบข้างบอกให้ร้องเรียนอีก ก็ร้องเรียนไง” (ID 8)

2.6 การละเลยต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการรักษพยาบาล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการเป็นสาเหตุหนึ่งของการร้องเรียนพฤติกรรมบริการ โดยเกิดจากอธิบายไม่ชัดเจน การสื่อสารผิดลักษณะหรือการไม่ได้อธิบายอีกที่ มีการละเลยในการที่จะปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้จึงทำให้เกิดการร้องเรียนเกิดขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“แต่บางกรณีที่แพทย์และพยาบาลผิดจริงตรงนั้นการร้องเรียนมัน มันก็จะทำให้มีการ aware (ระมัดระวัง-ผู้วิจัย) ในมาตรฐานคนไข้ ให้การดูแลมากขึ้น แต่มาตรฐานที่ว่ามันมีอยู่แล้วเพียงแต่ว่าคนเราละเลยในการที่จะปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าทำให้มีปัญหาโดนร้องเรียนหรือการร้องเรียนบางครั้งเท่าที่พี่เคยเจอคือเกิดจากการสื่อสารผิดลักษณะถึงทำให้เกิดการร้องเรียนเกิดขึ้น” (ID 13)

“พี่เคยเจอคนไข้ uro (ทางเดินปัสสาวะ-ผู้วิจัย) มาจากอีก โรงพยาบาลด้วย void (ปัสสาวะ-ผู้วิจัย) เป็นเลือด เพราะว่ากังวลกลัวจะเป็นมะเร็งอยากจะผ่าตัดเลย พี่ย้อนกลับไปดูประวัติที่ได้มาจากอีกโรงพยาบาลเนี่ย ก็คือว่า หมอว่าเค้านัดวันที่ 5 เพื่อไปนอนและก็ไป

ผ่าซึ่งมันไม่ได้ห่างกัน ถ้าทำอยู่แล้วเข้าใจมัย แต่ที่นี้คือ พี่ก็เข้าใจ โรงพยาบาลอื่นว่าความที่คนไข้มันเยอะเหมือนกัน ทำให้เวลาในการสื่อสารน้อย เราก็บอกเนี่ย 5 และก็มาวันที่ 15 เนี่ยมัน 10 วันเอง 10 วันไปนอน โรงบาลแล้วก็ผ่าแล้วถ้าผ่าลุงเป็นมะเร็งก็ต้องไปรักษาต่อกี ต้องไปรักษาที่เค้าอยู่ดี ก็สิทธิ์อยู่ที่นั่น แล้วจะมาตรวจใหม่อีกทำไมให้หนูทำไม 10 วันถือว่ามีมากนะเพราะปกติเค้านัดกันเป็นปี ซึ่งพอเค้ารู้ตรงนี้ปุ๊บ เค้าบอกว่าพยาบาลไม่ได้อธิบายเค้า ตรงเนี่ยพี่ถึงบอกมันเกิดเป็น *communication* (การสื่อสาร-ผู้วิจัย)” (ID 10)

กล่าวโดยสรุปได้ สาเหตุและเงื่อนไขของการร้องเรียนพฤติกรรมบริการประกอบด้วย

- 1) คำพูดและน้ำเสียงของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยและญาติเกิดจากการแสดงออกว่าเป็นน้ำเสียงคำพูดหรือท่าทางที่ไม่เป็นมิตร ขาดการอธิบายเพื่อให้ญาติหรือผู้ใช้บริการได้เข้าใจ
- 2) ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจผิดต่อความช่วยเหลือที่ได้รับจากพยาบาลมาจากตัวผู้ป่วยหรือญาติเกิดความเข้าใจผิดหรือสับสนต่อความช่วยเหลือดูแลที่ได้รับจากพยาบาล
- 3) สัดส่วนพยาบาลมีน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีมากขณะที่สัดส่วนพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยไม่สมดุลกันจึงทำให้พยาบาลมีภาระงานมากเกินไป
- 4) เสียค่าใช้จ่ายสูงแต่ได้ผลไม่พึงพอใจ เนื่องจากวัฒนธรรมของผู้ป่วยในปัจจุบันต่างไปจากอดีต โดยความต้องการการบริการที่ออกเป็นเชิงพาณิชย์ จึงทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความคาดหวังที่ไม่ได้ตามความคาดหวังจึงสามารถแสดงออกได้อย่างเต็มที่ว่าไม่พึงพอใจการให้บริการ
- 5) การถูกขย่งส่งเสริมให้ร้องเรียนจากบุคคลรอบข้าง เนื่องจากผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการไม่มีความรู้เรื่องกฎหมายหรือมีความรู้ทางด้านกฎหมายไม่ชัดเจน ประกอบกับมองว่ากฎหมายในการร้องเรียนไม่มีมาตรฐานเป็นการเปิดโอกาสช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการร้องเรียนได้ง่าย
- 6) การละเลยต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการรักษาพยาบาล โดยเกิดจากอธิบายไม่ชัดเจน การสื่อสารผิดลักษณะหรือการไม่ได้อธิบายอีกทั้งมีการละเลยในการที่จะปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน ด้วยสาเหตุดังกล่าวทำให้เกิดข้อร้องเรียนตามมา

3. ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาล

ความรู้สึกจากที่เพิ่งรับทราบว่าถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ อยู่ในระหว่างการดำเนินการ และเมื่อการจัดการข้อร้องเรียนสิ้นสุดลง ความรู้สึกที่ได้จากผู้ใช้ข้อมูลผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการล้วนแต่มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา การรับทราบถึงความรู้สึกในแต่ละช่วงเวลาจะทำให้สามารถหาวิธีการในการช่วยลดความรุนแรงของความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ช่วยให้คลายกังวล และสามารถที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้องเรียนพฤติกรรมบริการ ซึ่งความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ มีดังนี้

3.1 ความรู้สึกเป็นทุกข์และคับข้องใจเมื่อรับทราบการถูกรังเรียน

ผู้ให้ข้อมูลที่ถูกรังเรียนพฤติกรรมบริการจะรับทราบว่าถูกรังเรียนจากหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นส่วนใหญ่ โดยใช้วิธีการเรียกพบและบอกกล่าวถึงการถูกรังเรียนให้รับทราบซึ่งพบว่า ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่ถูกรังเรียนพฤติกรรมบริการจะเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ นึกถึงเหตุการณ์ เดิมทำให้นอนไม่หลับ คิดทบทวนหลายครั้ง รู้สึกเหนื่อย มีแต่ความทุกข์ ตกใจ กลัว หวาดระแวง คับข้องใจหมกมุ่นกังวลใจในการทำงาน ศัพท์สัมภาษณ์ ดังนี้

“ตอนนั้นก็รู้สึกว่ พอหลังจากกลับมาพักที่แฟลตที่หอพัก ก็ยังคิดถึงเหตุการณ์ ตอนนั้นอยู่แล้วก็มันก็จะนอนไม่ค่อยหลับ หมายถึงมันเป็นเพราะตัวนี้ คิดไปคิดมา มันขนาดนั้นเลยหรอ หมายถึงถามตัวเอง เราคิดด้วยหรอ ผิดมากขนาดนั้นเลย คิดทบทวนคิด ทบทวนอะไรอย่างนี้ค่ะ ก็จะนอนไม่ค่อยหลับ แล้วก็หัวใจเต้นเร็ว ตอนเครียดนะ รู้สึก หัวใจเต้นเร็ว หน้าร้อนๆ ตอนที่รู้ อะนะ ตอนที่รู้ ตอนแรกอะนะ หน้าชาๆ หน้าร้อนๆ.. (จับแขนตัวเอง)” (ID 1)

“รู้สึกโอ้โหตกใจว่ามันเป็นเรื่องของการ ตกใจ มันตกใจว่า เอะ จริงๆ เราไม่ได้มี เจตนาที่กระทำ ไม่มีเจตนาที่กระทำ เพราะฉะนั้นเราจะไม่ได้คิด เตรียมตัวที่จะรับ นึก ออกมัย ถ้าเราตั้งใจที่จะกระทำเนี่ย เราจะ เราเหมือนกับระแวง ว่าใครจะทำอะไร ใครจะว่า อะไร ใครจะมาทัก หรือว่าเราต้องระแวง ไข่ม้อย อืม เราจะเหมือนเตรียมใจรออะไรอย่างเงี้ย แต่ว่าอันนี้มันเป็นเรื่อง เรื่องที่เราเราทำโดยสุจริตใจ โดยเจตนาดีกับ กับ กับใครซักคนหนึ่ง อะไรอย่างเงี้ย แล้วมาโดนแบบนี้เรารู้สึกตกใจ” (ID 12)

“ซีเรียสก็มีความรู้สึกว่ระแวง รู้สึกว่หมกมุ่นกังวลใจในการทำงานเลยคะ ท้อเบื่อ งานไม่ รู้สึกว่ความรักในอาชีพนี้มันน้อยลงคะ” (ID 14)

“พอร้องเรียนปุ้ บ คนเราเมื่อถูกรังเรียนพวาก็รู้สึกไม่ดีใช่ปะ ไม่อยากทำอะไรละ รู้สึกกลัวรู้สึก low self (ความมั่นใจลดลงผู้วิจัย) รู้สึกไม่อยากจะไปคุยไปพูดอะไรอีก” (ID 8)

“ก็รู้สึกว่ มัน คับข้องใจนะจริงๆ นะ อยากไปคุยกับเค้า อะคะ ออกไปคุยกับคนที่ เขียนมา เขียนร้องเรียนไปว่ามัน มันเป็น มันขนาดนั้นเลยหรอ...(สีหน้าเคร่งเครียด) ก็คือจริงๆ อยากคุยกับเค้าตัวต่อตัว” (ID 1)

“อี๊ดอ๊ะๆ ทั้งๆ ที่มันไม่ใช่อย่างนั้นอ๊ะคะ เราทำไปก็เพราะว่าประโยชน์ของคนไข้ แต่เค้าเห็นว่าสิ่งที่เราทำให้ดีๆ กับแม่เค้า กลายเป็นสิ่งร้ายๆ มันก็เลยไม่ดี” (ID 14)

3.2 ความรู้สึกเครียดและไม่มีความสุขขณะถูกดำเนินการพิจารณา

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเมื่อผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการมองว่าได้กระทำสิ่งที่ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่กลับเกิดเป็นผลเสียต่อตนเองจึงเกิดความรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำงาน เกิด ความรักในวิชาชีพพลดลง อีกทั้งก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด กังวลใจ รู้สึกหดหู่ เสียสุขภาพจิตในการ ทำงาน นอกจากนี้แล้วผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการยังรู้สึกท้อแท้กับการทำงาน โดยเฉพาะเมื่อคนรอบข้างไม่เข้าใจมองว่าเป็นต้นเหตุของความผิดพลาดยิ่งจะทำให้หมดกำลังใจใน การทำงาน รู้สึกเศร้า เกิดการบ่นทอนจิตใจ ทำให้ความรู้สึกว่าหาวเคราะห์ดวงตลอดเวลา บางครั้ง เหมือนกับถูกข่มขู่ยิ่งเมื่อเกิดความไม่มั่นใจในการทำงานจะยิ่งรู้สึกกลัวบางครั้ง รู้สึกโดดเดี่ยวไม่มี ผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนดังคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“ตอนนั้นก็เสีย Self (ความมั่นใจ-ผู้วิจัย) ไปเลย แบบ เบื่อแข็ง ไม่อยากทำงาน ะไรวะ ทุกอย่างเราเต็มที่ ทำไมแค่คำพูดแค่นี้ คนอื่นก็พูด ทำไมไม่โดนบางคนนะ พูด เยอะกว่าพี่อีกนะ ไม่โดนนะไม่รู้ ไม่อยากทำงาน เบื่อ แข็ง แบบ ไม่อยากขึ้นเวร ไม่อะไร เลยอะ” (ID 4)

“รู้สึกเบื่อการทำงาน ไม่ชอบอาชีพนี้เลย ญาติไม่เข้าใจคนไข้ไม่เข้าใจ เราพยายาม ทำดีที่สุดแต่ก็ไม่เข้าใจพี่ พี่ชิมไปพักใหญ่ๆ เลย เบื่อวิชาชีพนี้ไปเลย พี่มีความรู้สึกเบื่อ มากเลย อ๊ะคะ พี่ก็เลยเบื่อไปพักหนึ่ง พี่ลาพักร้อนไป 10 วัน พี่เบื่อย่างเงี้ยอ๊ะคะ ตอนนั้นก็ ประมาณว่าแข็ง เบื่อวิชาชีพพยาบาล มีความรู้สึก ว่า พอมาทำงานวันแรกแข็งมากอะ ไรอย่าง นั้น เบื่อในการทำงานเออ ฅ ตอนนั้นนะคะ เบื่อไปพักใหญ่ แข็ง ในความรู้สึก ใช้คำว่าเบื่อๆ แข็งอ๊ะคะ ประมาณ 3 เดือน ได้ที่มีความรู้สึกเบื่อวิชาชีพ 3 เดือน มีความรู้สึกที่เกลียดวิชาชีพ ฅ ตอนนั้น กลัวว่าเดี๋ยวต่อไปต้องฟ้องร้องอะไรอีก เบื่ออีก เครียดอีก ไม่อยากให้หลานเป็น แบบนั้น เลยให้หลานเป็นเอนแบค ไปเรียนเอกชน” (ID 11)

“ถามว่าก็ไม่เชิงเครียด แต่รู้สึก รู้สึกเหมือนกับอารมณ์เสียสะสมอารมณ์ประมาณ อย่างเนี้ย เออ บางทีเนอะ คนเรามันเป็น มันเป็น มันก็มีเรื่องมา มันน่าจะเป็นอารมณ์ มากกว่า รู้สึกแข็ง ะไรวะ แม่ ภูทำถูกก็ไม่ได้เอาประโยชน์ใส่ตัวเอง ทำให้ไม่ต้องถูกร้องเรียนวะอะ ไรอย่างเงี้ย” (ID 12)

“คือ อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมบังคับตัวเราให้เราเครียดด้วยมั้งพี่ เพราะว่า เพราะว่าพี่เค้า safe เรา คือ เค้าบอกว่าหนอย่าออกไปนะ เคี้ยวเค้าจะมาทำร้ายอะไรประมาณเนี่ย ด้วยสิ่งแวดล้อมบังคับให้ตัวเรารู้สึกเครียดด้วย ก็เลยรู้สึกเครียด” (ID 5)

“คือพอมีปัญหาแล้วก็เครียดไข่ม้อย พี่เครียดแล้วก็รู้สึกหุดหู่ไม่อยากทำอะไรอะ” (ID 9)

“คือ เครียด เครียดมากเลย เครียดมากเลย เพราะว่าคือว่าโดยเจตนาพี่เนี่ยพี่ไม่ต้องการให้คนไข้เกิดแบบนี้...(เน้นเสียง) แต่ต้องการตามความสะดวกญาติและให้คนไข้สบายที่สุดเพราะว่ามัน คือจริงๆ ไม่ใช่ว่าเค้าไม่สามารถถ่ายในห้องน้ำได้นะ เค้าสามารถเข้าไปได้เพียงแต่ว่ามันเดินเข้าไปไม่ได้เท่านั้นเอง” (ID 13)

“เครียด รู้สึกเฉื่อย อะไร ไม่มีความสุขกับการทำงาน อะไรเนี่ย เราก็พยายามทำหน้าที่ของเราแล้วแล้วนะ ว่าเราก็มีหน้าที่รับผิดชอบ เราก็พยายามแล้วนะอะไรอย่างนี้” (ID 1)

“แต่พี่ก็เครียด พี่มีปัญหาเรื่องจิตใจ แต่พี่เจอมาบ่อยอะไร แบบ แล้วก็เราไม่ได้ผัดใจ พี่ชอบมานั่งทำ root cause (สาเหตุสำคัญ-ผู้วิจัย) นะ ว่าถ้าลองฟุ้งร้องคนที่ผัดใจอาจจะไม่ใช่พี่ พี่อาจจะได้สินไหมทดแทนด้วยมั้ง เพราะมันทำร้ายจิตใจพี่ ทำให้พี่เสียสุขภาพจิตในการทำงาน ถ้าเกิดเรื่องฟุ้งร้องยัง พี่ก็ไม่ได้ผัด เพราะพี่ให้บริการเต็มความรู้ความสามารถ ตรงตามหลักวิชาการ” (ID 9)

“เมื่อเราทำดีที่สุดแล้ว ทำไมถึงต้องมากล่าวหาว่าเราทำ ทำไมคิดต่อคนไข้แบบเนี่ย มันทำให้เรารู้สึกท้อแท้กับการทำงานเหมือนกันนะพี่ โดยเฉพาะว่า ถ้าสมมติว่าคนรอบข้างไม่เข้าใจแล้วบอกว่าเราผัดอะไรอย่างเงี้ย แล้วเราไม่ได้ทำนะ หนูว่าบาป มันต้องมาตกกับคนที่ปกติมันจะรู้สึกแย่มาก รู้สึกท้อแท้ไปเลยอะไรประมาณเนี่ย” (ID 5)

“ก็รู้สึกหอรอ ก็ว่า โอ๊ย ทำไมเราทำผิดแค่ครั้งเดียว ทำไมเราโดนขนาดนี้วะ และก่อนหน้านั้นเราทำไปกับญาติไปก็ตั้งเยอะตั้งแยะ ทำไมเค้าไม่คิดถึงตอนนั้นบ้าง แค่เราพูดแค่นี้ ทำไม อืมต้องร้องเรียน ก็คือ หมดกำลังใจในการทำงานเลยอะพี่ ไม่อยากทำงาน ไม่อยากขึ้นเวร เสรีาเลยอะพี่ นานอะเป็นอาทิตย์ได้” (ID 7)

“คิด เออ ปัญหาทุกอย่างเวลามันเกิดขึ้นมันบั่นทอนจิตใจงูหนู” (ID 9)

“รู้สึกว่่าท้อแท้ในการทำงานอะคะหมดกำลังใจในการทำงานมีความรู้สึกว่่า
ระแวงตลอดเวลาแล้วคล้ายเหมือนกับรู้สึกเหมือนถูกญาติข่มขู่ประมาณเนี่ย ประมาณว่่า
ญาติมีข้อต่อรองอะไรอย่างเงี้ยประมาณว่่าถ้าคุณทำไม่ใช้อย่างงี้มันทำรู้สึกว่่าเราต้องถูก
ร้องเรียนนะอะไรอย่างเงี้ย รู้สึกว่่าการร้องเรียนของญาติรู้สึกว่่าเดี๋ยวนี้อะจะกลายเป็นข่มขู่
เจ้าหน้าที่คนหนึ่งอะไรอย่างเงี้ย..(หัวเราะ)” (ID 14)

“ก็แบบว่่าหมอเค้าให้ท้ายพอเกิดเรื่อง แล้วหมอไม่ ไม่ ไม่ เค้าไม่อธิบาย ไม่แก้ต่าง
ให้เลย เหมือนว่่าใจเรามีความรู้สึก low self (ความมั่นใจลดลง-ผู้วิจัย)” (ID 8)

“คนเราเมื่อถูกร้องเรียนเราก็รู้สึกไม่ดีใช่ปะ ไม่อยากทำอะไรละ รู้สึกกลัวรู้สึก
low self (ความมั่นใจลดลง-ผู้วิจัย) รู้สึกไม่อยากจะไปคุยไปพูดอะไรอีก เดี๋ยว โคนร้องเรียน
เดี๋ยวขึ้น โคนร้องเรียน เดี๋ยว โคนร้องเรียน มันก็เลยมันกลายเป็นตราปาบ คนนี้ โคนอีก
แล้ว โคนอีกแล้วหรือ ทำไม โคนอีกแล้ว คิดคุณสิ คนที่ โคนร้องเรียนเงี้ย” (ID 8)

“พี่ก็จะจิตตกนะ ไม่ค่อยพูด เงียบไป เหมือนมันท้อเหี้ยว ไม่อยากพูดกับใครอย่าง
งี้” (ID 13)

“รู้สึกไม่อยากทำการพยาบาลให้อะไรให้ใครๆ เลยเพราะมีความรู้สึกว่่าทำแล้วจะ
ผิดมีัย เกิดความไม่มั่นใจ เกิดความระแวงอะคะ” (ID 14)

“จึ้นมา มันเหมือน โคนเดี๋ยวอะ ความรู้สึกที่อะนะ ว่่าไม่มีใครมาช่วย อันนี้เป็่น
เรื่องของอันนี้ ไม่มีใครมาช่วย ทุกคนแบบเล็งเห็นว่่า คุณ แสดงว่่าคุณมีความผิดแล้วเนี่ย
โคนร้องเรียน” (ID 8)

“ก็เป็่นกลายเป็นเรื่องของการทำงาน ไม่รู้ว่่าเรา ไปทำ แล้วไม่ถูกใจเค้าหรือป่าว กลั
จะร้องเรียนอีกเงี้ย พอโคนร้องเรียนมา เราก็ไม่มีใครมาปกป้องเรา” (ID 8)

ผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการบางรายทำให้ทราบว่่าขณะที่อยู่ระหว่างการ
ดำเนินการอาจเกิดอารมณ์โกรธ อับอายสลับกับความเครียดและไม่มีความสุข โดยเมื่อเกิดอารมณ์
โกรธเพราะมองคว่่าอาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่สังคมมองว่่ามีเกียรติเป็นประ โยชน์ต่อสังคม
พยาบาลก็ให้การพยาบาลอย่างดีแต่กลับได้ข้อร้องเรียนกล่าวโทษทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกโกรธ

โดยมองว่าผู้ใช้บริการไม่ให้เกียรติ ไม่ให้ความเชื่อถือ ศรัทธา ไม่เหมือนในอดีต ทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางคนรู้สึกที่ไม่อยากประกอบอาชีพเป็นพยาบาลต่อไป ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“ในใจเราต่อนั้นเราก็คิด มึงเป็นใคร พ่อแม่มึงเป็นใคร กูเป็นใคร มึงมายืนค่ากู ป่าว ป่าว ป่าวอย่างนี้ แต่เราต้องแสดงออกด้วยความนิ่งเงียบ นิ่งนวลและก็ ยิ้มรับ คำ คือ คือ ต้องมีแบบว่า เหมือนกับว่ากูปิดเทอ ในใจลึกๆ ถ้าไม่ได้ใส่หมวก อันี่ตาย อันี่ตายแน่ๆ อืม ก็คิดว่า ทำไมวะ เรมาค่านวิชาชีพนี้ แต่ทำไมเราไม่ได้รับเกียรติ เราไม่ได้รับความเชื่อถือ ไม่ใช่ ไม่ได้รับเกียรติของความเป็นวิชาชีพเราอะไรอย่างเงี้ย หรือว่ามันต่างจึ้น มันต่างจาก สมัยก่อนจริงนะพี่” (ID 6)

“คือ ไม่อยากเป็นพยาบาลอีกแล้ว กูไม่อยู่แล้ววิชาชีพ อะไรวะ ทำบุญไม่ได้บุญ ทำบุญบูชาโทษเลย รู้สึกอับอายมากอะไรอย่างนี้ ว่าทำไม ทำไม แต่ลองมาคิดอีกที อ้าวที่เรา ทำงาน คนไข้เราอย่าไปป่วยตามคนไข้เลยนะ แต่ใจจริงๆ กูไม่อยากจะทำอาชีพนี้ ก็อยากจะ ถอดหมวก ขยี้มันมก ขยี้มันเลยเงี้ย โมโห แต่ทำไมไม่ได้ อืม..(กำมือแน่น)” (ID 2)

3.3 ความรู้สึกดีและโล่งใจภายหลังการเผชิญปัญหาสิ้นสุดลง

จากการศึกษาพยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการพบว่าเกิดความรู้สึกดีกับการได้ระบายสิ่งที่เก็บกดอยู่ในใจกับเพื่อนสนิทหรือกับญาติที่มีความใกล้ชิดกัน รวมถึงการได้รับการสนับสนุน พุดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกันดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“เออ มันก็เหมือนกับจิตวิทยาทั่วไป เออ การที่ได้ระบายอะไรที่เป็นความเก็บกด อยู่ในใจมันก็รู้สึกดีขึ้นนะ ก็ ก็นิดนึงนะ ได้พูดไปแล้ว ก็รู้สึกนึกหนึ่งเหมือนเราได้พูด ออกไปแล้วก็เออ บางทีก็ พี่ก็น่า ไม่มีไรหรอกพี่ เค้ก็เป็นแบบนี้แหละ นักร้อง ที่นี้เค้าเรียก นักร้องอยู่แล้ว ไม่มีอะไรหรอกพี่อย่างนี้ เหมือนก็support กัน ไปตามเรื่องตามราวก็ใครก็ ไม่สามารถบอกได้ใช้ปะละ ก็คุยให้กำลังใจกันไปตามภาษา..(ยิ้ม)” (ID 12)

“พอได้ทำบุญก็รู้สึกดีขึ้นบ้าง แล้วก็รู้สึกมีความหวังว่าเราจะไม่เจอเรื่องร้ายๆ อีกอะคะ แต่ก็ไม่ถึงกลับร้องไห้เหมือนคนอื่นเค้าอะคะ บางคนนี่เจอแรงกว่านี้มากเลย นำ สงสาร” (ID 14)

“ก็คินะ รู้สึกดี รู้สึกว่าเลือกคน ไม่ผิดவே้ย บางทีเนอะ เราก็รู้เนอะว่าเราคิดอะไรอย่างเงี้ย ณ ตอนแรก ที่เล่าให้เค้าฟังปุ๊บ เนี่ย ก็อยากให้เค้าอยู่ข้างเราเงี้ย ธรรมชาติของทุกคนนะ ก็อยากให้ใครสักคนอยู่ข้างเรานะ อิม พี่นะพอมีปัญหาปุ๊บ ก็จะโทรเล่าให้เพื่อนสนิทสุฟังก่อน แล้วมันจะพูดว่าจริงวะอย่างงั้นจ้ะ เพื่อนที่อะนะเพราะเพื่อนที่จะเจอปัญหาคล้ายๆ กัน แต่เพื่อนที่มันต่างจากพี่ตรงที่เพื่อนที่มันเป็นคนไม่พูด” (ID 9)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า เมื่อผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจะเกิดความรู้สึกตามลำดับดังนี้ 1) เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์และคับข้องใจเมื่อรับทราบการถูกร้องเรียน โดยจะเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ นอนไม่หลับ ตกใจ กลัว หวาดระแวง คับข้องใจ หมดกำลังใจในการทำงาน 2) เกิดความรู้สึกเครียดและไม่มีความสุขขณะถูกดำเนินการพิจารณา โดยเกิดความรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำงาน เกิดความรักในวิชาชีพลดลง เครียด กังวลใจ รู้สึกหดหู่ เศร้า หวาดระแวง กลัว โดดเดี่ยวไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุน 3) เกิดความรู้สึกดีและโล่งใจภายหลังการเผชิญปัญหาสิ้นสุดลง ซึ่งจะเกิดความรู้สึกดีกับการได้ระบายสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจ การได้รับการสนับสนุน พุดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกันกับเพื่อนสนิทหรือกับญาติที่มีความใกล้ชิดกัน

4. วิธีการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ (วิธีการจัดการตนเองในการเผชิญปัญหา)

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการกำลังเผชิญปัญหา จำเป็นต้องมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ซึ่งวิธีการต่างๆ ที่ใช้อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล แต่สิ่งที่ได้จากวิธีการที่แตกต่างกันนั้น จะนำมาซึ่งการลดความกังวลภายในจิตใจที่เหมือนกัน แต่อาจลดความกังวลได้ในระดับที่ต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการจัดการกับปัญหาที่เลือกใช้ในการที่จะสามารถลดความกังวลได้มากหรือน้อย และยังคงอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลในแต่ละคนอีกด้วย ซึ่งวิธีการจัดการกับปัญหาจะเป็นวิธีที่จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการสามารถปรับตัวให้สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาได้ วิธีการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ของผู้ให้ข้อมูลระบุไว้ มีดังนี้

4.1 การบอกเล่าระบายความทุกข์ให้กับเพื่อนร่วมงาน

ปัญหาการร้องเรียนพฤติกรรมบริการที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ ซึ่งมีระดับความรุนแรงของปัญหาแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การจัดการต่อปัญหาเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดระดับความเครียดลงได้ ผลการศึกษาพบว่า การจัดการกับปัญหาการร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจะใช้วิธีการบอกเล่าเพื่อระบายความรู้สึกออกไปซึ่งบุคคลที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้ในการระบายคือเพื่อนร่วมงานที่เป็นพยาบาล

ด้วยกัน โดยให้เหตุผลว่าเป็นพวกเดียวกันทำให้เข้าอกเข้าใจกันได้ดีกว่าใครซึ่งเรื่องที่น่ามาบอกเล่าคือ การระบายความทุกข์ทรมาน การช่วยเหลือที่ได้รับจากผู้บริหารซึ่งสิ่งที่ได้รับคือ การได้กำลังใจและปลอบใจให้คลายความทุกข์ลงได้บ้าง ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“ก็เล่าเล่าให้เพื่อนฟัง เล่าให้ ให้ เพื่อนที่ทำงานฟัง ระบายออก รู้สึกพวกเดียวกัน”

(ID 1)

“มันหลายอย่างอะ ปนเปกัน ร้องไป บางทีคุยกันอธิบาย คุยกันว่าเนี่ย ก็คุยถึงเรื่องผู้ใหญ่ เรื่องการช่วยเหลือเรา เรื่องความlow self ก็คุยไปคุยมาก็ปลอบกันให้กำลังใจกัน ก็อย่างว่าแหละ รู้สึก คุณสินะ ตั้งใจทำงานมันมาเกิดเหตุการณ์อย่างนี้ ทำให้เรารู้สึกไม่ใช้อย่างเสีย” (ID 8)

“ตอนนั้นก็พูดคุย ระบายอารมณ์ ระบาย ก็ทำแบบนี้ละ จะให้ทำยังไง ยังไง ไม่ได้ให้คำปรึกษา แต่ระบายมากกว่า กับเพื่อนร่วมงาน” (ID 11)

“ระบายมันก็คืนะน้อง ได้แนวคิด feed back (สะท้อนกลับ-ผู้วิจัย) กลับมาเราก็อาจจะมองเป็นเรื่องความรุนแรง เรื่องของบุญเวรกรรม บางคนก็แนะนำวิธีเรามาแล้ว ก็ให้กำลังใจเรามา พอเราได้พูดคุย มันเหมือนได้เคลียร์ปัญหาออกจากตัวเรา” (ID 6)

“ก็คุยแกวนั้นแหละ คุณสิโครตแข็ง ทำไปไม่ได้หวังผลประโยชน์ซักหน่อย ก็พูดกับคนแกวนั้นแหละ กับเพื่อนๆ น้องๆ เพื่อนร่วมงานแกวนั้นแหละ ก็บอกเค้าละ ก็ทำงานด้วยกัน” (ID 12)

4.2 การกล่าวโทษความผิดเป็นของผู้อื่น

จากผลการศึกษาพบว่าการจัดการต่อปัญหาการร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจะใช้วิธีโทษผู้อื่น โดยผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการให้ความรู้สึว่าการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการอาจเกิดจากบุคคลอื่น โดยนี่คือการร้องเรียนเป็นผลมาจากการกระทำของผู้ปฏิบัติงานร่วมกันหรือเป็นผู้ป่วย โดยผู้ปฏิบัติงานอาจให้ข้อมูลที่ผิดพลาดกับผู้ป่วยไปจนเกิดเป็นความเข้าใจผิดตามมาหรืออาจเกิดจากผู้ป่วยเองเพราะอาการเจ็บป่วยอาจทำให้สภาพอารมณ์หรือการสื่อสารของผู้ป่วยผิดเพี้ยนไปทำให้เกิดเป็นความไม่พึงพอใจตามมา ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“เผชิญวันนั้นมีน้อง Aids (ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยผู้วิจัย) ด้วย พี่ไม่รู้ว่าจะเอาอะไรหรือ ปวดมันก็เลยก็แบบไปเตะใจ พี่ก็ไม่รู้ นะ รวมผสมโรงกันไปด้วย นั่นแหละ ก็เลยไม่รู้ว่ายังไง” (ID 3)

“ตอนนี้หรือคะ มองว่าเป็นอาการ แสดงอาการป่วยอย่างหนึ่งของคนไข้ เป็น อารมณ์ป่วยอย่างหนึ่งของคนไข้ ถ้าเราจะเก็บมาใช้ จะเก็บมา ก็โชคดีที่เราได้เห็นไง นี่ เวลา เราดูแลคนไข้ คนอื่นออกไป เราจะได้มีข้อดีนะให้เห็นความแตกต่าง” (ID 6)

4.3 การใช้ธรรมะและศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ

เมื่อเกิดความไม่สบายใจมีอาการนอนไม่หลับ จะใช้ธรรมะเป็นที่พึ่ง มะการใส่บาตร เข้า วัด ฟังธรรมะ อ่านธรรมะ การถวายสังฆทาน บางรายใช้วิธีการอ่านหนังสือเพื่อลดความเครียด และช่วยให้สบายใจขึ้น ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“ตอนนั้นหรือ ตอนนั้นก็ ก็ใช้พี่ตัวเอง ถ้าพี่ไม่ค่อยสบายใจ พี่ก็จะคิดถึงธรรมะ ใช้หลักธรรม หมายถึงว่าจะอ่านธรรมะ ส่วนใหญ่ก็ฟังบ้าง อ่านบ้าง เพราะพี่เป็นคนขี้ลืม ก็ จะลืมง่ายอยู่ หลายๆปัญหา ก็จะลืมง่าย แล้วก็ใช้นี้แหละ อ่านหนังสือด้วย ตอนนั้นมันจะ นอนไม่ค่อยหลับ ถ้าพี่อ่านหนังสือไม่ก็หน้าพี่ก็หลับละ ก็หลับ ก็หลับ” (ID 1)

“แต่มันก็ยังทำงานปกตินะ อ้อ ก็ไปทำสังฆทานไปไหว้พระ เมื่อก่อนไม่ค่อยนะ ไปใส่บาตร ตอนเช้า ไป ใส่บาตร ใช้ทางพระเป็นที่พึ่ง คลายเครียดลงมั้ง แต่ไม่เคยไปเที่ยว ไปไหนนะ ไม่ได้ไปหาทางออกแบบเที่ยว ไม่เคยไป แล้วก็คุย คุย เขาก็รู้กันหมด เพื่อนใน วอร์ด” (ID 3)

“อ้อ ตอนนั้น และก็ปล่อยวางและนึกถึงพระพุทธก็เลยดีขึ้น สบายใจขึ้น เพราะว่า ตอนนั้น ความคิดของเรา เราก็เอาคนไข้ไปส่งห้องคลอดก่อน เพราะเค้ามีตกลือคออะ” (ID 11)

4.4 การปรึกษากับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับสูง

หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้ตรวจการพยาบาลจะเป็นบุคคลที่สอบถามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อทราบเหตุการณ์ทั้งหมดจะให้คำปรึกษาเพื่อช่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยเป็นสื่อกลาง

ระหว่างพยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนกับผู้ป่วยหรือญาติ โดยผู้ใกล้ชิดซึ่งสามารถลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการยังระมัดระวังกว่าการมีหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้ป่วที่ดีคอยรับฟังปัญหา วิเคราะห์ปัญหา รักเพื่อนร่วมงานจะมีผลดีต่อพยาบาลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ ซึ่งจะรู้สึกได้ว่าได้รับการปกป้อง ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยนอกจากนั้นยังคอยชี้แนะเรื่องการปรับตัว ตักเตือน สอนเทคนิคเวลาเกิดปัญหา เช่น ให้หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าขอคำปรึกษา รุนพี่ที่มีประสบการณ์สูงกว่าเมื่อพบว่าตนเองไม่สามารถแก้ปัญหาได้ แนะนำการพุดจามีมีความนุ่มนวลและให้พิจารณาความบกพร่องของตนเอง รวมถึงการแนะนำการบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้น ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“พี่หัวหน้าก็ช่วยนะ ตอนที่ไปปรึกษา แต่เค้าก็ไม่ได้อะไร เจ๊ ก็เรียกไปถามเฉยๆ เหตุการณ์มันเป็นอย่างไร เค้าก็บอกไม่ต้องซีเรียส เค้าก็แค่ไปสอบสวนถามเฉยๆ ไม่มีอะไร มันคงต้องถึงโรงพยาบาล อย่างที่พี่บอกเค้ารู้จักพยาบาล เค้ามีญาติเป็นพยาบาล แต่พี่ไม่รู้ ญาติสายตรงหรือป่าวไง แต่เค้าแนะนำมาอย่างปาวนี่นะ พี่ไม่รู้ นะ” (ID 3)

“หัวหน้าที่ดี มีเรารู้สึกprotect (คุ้มครอง-ผู้วิจัย) เรามั่ง case (กรณี-ผู้วิจัย) นี้อย่างเนี่ย เราไม่ต้องอะไรอะไรเลย ภัยก็ไม่ต้องถึงตัวเราเลยและ เรารู้สึกปลอดภัย ถ้าหัวหน้าเราดี ถ้าหัวหน้าเราไม่ดี เอาละ โอ๊ยจะเอาไปพูดยังไง จะพูดอีกอย่าง เรื่องราวใหญ่โตไปใหญ่ ถ้าหัวหน้าที่ดีเนี่ยมีผลดีต่อการถูกร้องเรียนนะ ถ้าหัวหน้าไม่ดีไปกันเลย แบบที่ดีก็มีการรับฟัง การวิเคราะห์ หัวหน้ารักเพื่อนร่วมงานเหมือนญาติตัวเอง เจ๊ โอเค ถ้าเค้ารักเราเหมือน junior (พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย-ผู้วิจัย) เป็นรุ่นน้อง เป็นญาติ เป็นน้อง เป็นไรกันเนี่ย พี่ก็ว่า โชคดี case (กรณี-ผู้วิจัย) นี้เป็น case complain (กรณีร้องเรียน-ผู้วิจัย) ลักษณะว่า หัวหน้าเป็น senior (พยาบาลที่มีประสบการณ์สูง-ผู้วิจัย) สนทนกัน เค้าก็เข้าใจเราเค้า รู้นิสัยเรา” (ID 6)

“ก็แบบพูดเหมือนให้เราได้ย่อนดูตัวเองประมาณนี้อะค่ะ ว่าเราได้เป็นอย่างดีจริงหรือไม่ เค้าพูดแนวถ้าในกรณีที่เราเป็นญาติบ้างหรือว่าจะ ไรอย่างเจ๊ เราจะเป็นอย่างนั้นมัยอย่างเจ๊อะ เค้าก็ ไม่ได้ตำหนิอะไรที่แบบว่ารุนแรง แต่เค้าพยายามจะหาข้อเท็จจริงก่อนก่อนที่จะมาตำหนิ เตือนเรามากกว่าค่ะ” (ID 14)

“ก็น่าจะเป็น supervisor (ผู้ตรวจการพยาบาล) เพราะว่าวันนั้นเป็นที่เค้าจะค่อนข้าง soft (นุ่มนวล) ค่ะ เค้าก็พยายามที่จะพูดอธิบาย แต่ว่าอยู่ด้วยประมาณ 2 ชั่วโมงเลยนะพี่

เหมือนคุยกับญาติคุยกับคนไข้ อาจจะเป็นช่วงจังหวะดีของหนูก็ได้ ที่เจอใครหลายๆ คนที่รู้จักเราสนิทกับเรา อะไรอย่างงี้ แล้วเค้าแบบมีส่วนช่วย ช่วยพูดช่วยอธิบายว่ามันเกิดอะไรขึ้น อะไรอย่างเนี่ย ก็เลยถือว่าเราโชคดี” (ID 5)

“มันก็ดี มันก็โล่งเหมือนปัญหามันได้รับการถูกแก้ไข คือตอนนั้นเราแก้ไม่ได้ละ แต่ว่ามีผู้ใหญ่มาช่วยแก้ไข มันก็โล่ง มันเหมือนกับภาวะปัญหามันหมดไปละ” (ID 15)

4.5 การปรึกษากับครอบครัว

เมื่อเกิดปัญหาจะพูดคุยกับครอบครัวซึ่งประกอบด้วยพ่อแม่ สามี ญาติพี่น้อง ซึ่งครอบครัวมักคอยช่วยเหลือให้การสนับสนุน พร้อมกับให้คำปลอบโยน ให้ใจเย็น ไม่ควรเคืองแค้นผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยย่อมทำอะไรไม่ผิดในขณะที่เจ็บป่วย ซึ่งคำปลอบโยนจากครอบครัวจะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการมีความรู้สึกสบายใจ ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“แล้วก็คุยกับครอบครัวเรา แม่ พี่แม่ เล่าให้แม่ฟัง โดยปกติแม่จะเป็นคนอารมณ์รุนแรง สไตลล์คล้ายๆ พี่นี้แหละ แต่ไม่ถึงกับขนาดนี้ คล้ายๆ ผู้ป่วยนี้แหละ คือแบบอารมณ์รุนแรงอะไรอย่างเงี้ย ในบางครั้งเราเจอแบบนี้ อย่าง แม่ก็เฮ้อ อย่าไปคิดอะไรกับเค้า เค้าเลย อย่าไปคิดแค้น เค้าเลย ก็เค้าเป็นคนป่วย ถ้าเค้าไม่ป่วยจะมาโรงพยาบาลทำไม ปล่อยเค้าไป เค้าป่วย เค้าไม่สบาย อย่าไปป่วยตามเค้า” (ID 6)

“เวลามีปัญหาอะไรก็จะคุยกัน ในครอบครัวก็จะคุยกัน เค้าก็จะบอกว่าไม่เป็นไร ใจเย็นๆ ต่อ ไปก็อย่าไปถาม จะได้ไม่ต้องมานั่งเศร้าอะไรอย่างเงี้ยเงี้ย พี่จะมีพี่สาว พี่สาวจะคุยได้ทุกเรื่องจะโทรมาหาตลอด ถึงจะอยู่ไกลกันนะ พี่สาวจะให้กำลังใจ อะไรอย่างเงี้ย ตั้งแต่สมัยเรียนแล้วละ” (ID 9)

“คือพี่โชคดีตรงที่ว่าได้ครอบครัวช่วยเหลือ คือเค้าจะ support อย่างเช่น เค้าจะไม่พยายามหาปัญหาเข้ามาซ้ำเติมพี่ แล้วก็คือก็โชคดีตรงที่ว่าแม่เค้าจะไปนั่งสมาธิ อะไรประมาณทำนองนั้น ก็เลยแบบคือภาคบังคับพาแม่ไปหน่อยอะไรอย่างเงี้ย พอไปก็ต้องไปทำกับเค้าไง ก็เลยเป็นภาคบังคับไปได้นั่งคิดมั่งหลับมั่งตื่นมั่ง” (ID 13)

“เค้าอยู่กับเราตลอดเค้าไม่มีพูดให้เราเจ็บหัวใจ ไปตัดดวงความสุขอย่างนั้นดีกว่า ตรงนี้ก็ทำงานหาเงิน ไว้ใช้ พี่จะเป็นคนอย่างเงี้ยนะ พี่จะเป็นคนมองโลกอีก” (ID 9)

4.6 การทำกระบวนการพิจารณาของคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียน

เมื่อเกิดการร้องเรียนพฤติกรรมบริการเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลจะมีคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนอยู่แล้ว ซึ่งระบบการจัดการข้อร้องเรียนมีอิทธิพลสำคัญต่อความรู้สึกรักของพยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ ซึ่งระบบการจัดการข้อร้องเรียนที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการรวมถึงผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ จึงถือได้ว่าป็นระบบการจัดการข้อร้องเรียนที่ดี ส่วนระบบการจัดการข้อร้องเรียนที่ได้ศึกษามีดังนี้

4.6.1 คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียน

คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนในโรงพยาบาลจะประกอบด้วยผู้อำนวยการ ทีมบริหาร ความเสี่ยง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ที่ทำการจัดการข้อร้องเรียนจะมีความแตกต่างกันในแต่ละความรุนแรงของเหตุการณ์หรือปัญหาข้อร้องเรียนเรียงตามลำดับ คือ 1) ผู้อำนวยการ ทีมบริหารความเสี่ยง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย 2) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย 3) หัวหน้าหอผู้ป่วย คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนหรือแต่ละบุคคลในคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนจะมีหน้าที่สอบสวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ โดยการสอบถาม ให้เล่าเหตุการณ์ เขียนบันทึกข้อความ เมื่อทราบเหตุการณ์ทั้งหมดแล้วจะทำการติดต่อไปยังผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการที่ได้ร้องเรียนเพื่อแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเกิดความเข้าใจถึงคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“โดยส่วนใหญ่เค้าจะเค้าคณะกรรมการ ก็มีพอ หัวหน้าฝ่ายการ หัวหน้าพี่เอง แล้วก็ทีม risk คือ แล้วก็ให้เขียนบันทึกข้อความ ให้เขียนบันทึกข้อความ หมายถึงเล่าเหตุการณ์นะค่ะ ชี้แจง แล้วถ้าเกิดมีเบอร์ โทร หรือมีอะไรที่จะติดต่อกับคนร้องเรียนได้ เค้าก็จะโทรไป โทรไปตาม แล้วก็ มี มีแก้ไขอย่างนี้อะค่ะ” (ID 1)

“พี่หัวหน้าเออ ก็บอกว่าฝ่ายการเค้าจะเรียกไปคุย อืม เสร็จแล้วก็เรียกไปสอบสวน มีพี่หัวหน้าพี่ พี่หัวหน้าวอร์ดอื่นอีกสองคน เนี่ยเค้าก็ถามๆ แต่พี่เค้าให้พี่เขียนเล่าบรรยายเหตุการณ์ก่อนนะ ว่ามีใครขึ้นเวรบ้าง เหตุการณ์เป็นยังไง เรียก ไปถาม ก็เขียนบรรยายเหตุการณ์ แล้วก็เอาไปอ่านแค่นั้นแหละ เค้าไม่ได้ดู เค้าก็แค่ให้เขียนบรรยายว่ามันเป็น ไร มีใครขึ้นเวรบ้าง” (ID 3)

“ก็เขียนเป็นบันทึกข้อความ แต่ไม่มีการเรียกไปสอบสวน มีแค่ที่วอร์ด ก็โดนแค่หัวหน้าตักเตือนเฉยๆ” (ID 4)

“เราต้องเขียนตอบผู้ใหญ่ มีเหตุการณ์อย่างนี้ ไหนคุณอธิบายอีกครั้งสิ แล้วจะแก้
 ยังไง ปรับปรุงยังไง ก็จะมีคำสั่งของเค้าลงมา ก็คำสั่งถึงผู้ ผู้ ท้าหน้าเรา ผู้ บังคับบัญชา เรา
 เราก็คุยคุยให้หัวหน้าฟัง อธิบายเค้าให้เข้าใจสถานการณ์” (ID 6)

4.6.2 ขั้นตอนการดำเนินการพิจารณาข้อร้องเรียน

ผู้ให้ข้อมูลผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการระบุว่า ขั้นตอนการดำเนินการพิจารณา
 ข้อร้องเรียนเริ่มจากพยาบาลผู้ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจะต้องเล่าเหตุการณ์เบื้องต้นให้หัวหน้า
 หอผู้ป่วยได้พิจารณา จากนั้นจะให้เขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในวันและเวลาที่เกิดเหตุ ได้แก่
 ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ผู้ขึ้นปฏิบัติงาน จำนวนคนไข้ ภาระงาน เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น
 การแก้ไขปัญหาและสิ่งที่ต้องปรับปรุงซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นบุคคลที่นำบันทึกข้อความที่ได้ แจง
 ให้หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลรับทราบร่วมพิจารณาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาจเรียกตัวไปสอบสวนก่อน
 ในเบื้องต้น จากนั้นคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนแล้วจึงเรียกพยาบาลผู้ถูกร้องเรียนพฤติกรรม
 บริการเข้าไปสอบสวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอีกครั้ง พร้อมกับไปบันทึกข้อความที่พยาบาลผู้ถูกร
 ร้องเรียนได้เขียนขึ้นเพื่อชี้หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาหรือเพื่อตักเตือนผู้ให้ข้อมูลผู้ที่ถูกร
 ร้องเรียนพฤติกรรมบริการ ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“ก็เรียกเราบอกว่ามันมีเหตุการณ์ ไรอย่างนี้ และเราจะทำอย่างไร เค้าก็ให้เขียนว่า
 เราจะวิธีแก้ไขอย่างไร มันก็ไม่เชิงเขียนรายงาน แต่มันก็จะมีสมุดให้ ให้ลงวันที่ ลงเวลาที่
 เกิดเหตุ ประมาณที่เค้ามา ที่เค้ารับบริการมา แล้วก็เขียนว่าทำไมเป็นอย่างนั้น แล้วก็ มีข้อ
 แก้ไขอย่างไร” (ID 2)

“แล้วก็เรียก ก็ผ่านไป เค้าก็ให้ที่เขียน นั่นแหละ เค้าก็เรียกฝ่ายการเรียก เนี่ย เค้าจะ
 เรียกไปสอบสวนก่อน ไรเงี้ย คือ เหมือนแบบ มันต้องแก้ไข ไขปะ จากนั้นก็เข้า
 คณะกรรมการนั่นแหละ ก็จะเรียกไปสอบสวนอีกครั้ง” (ID 3)

“และก็เขียนบันทึกข้อความ ก็เขียนแล้วว่าทำงานในตำแหน่งอะไร อยู่กับใคร ก็
 เหมือนกว่าเขียนเล่าเหตุการณ์นั่นแหละ เค้าก็พยายามบอกว่าให้เราเขียนเล่าเหตุการณ์ว่ามัน
 เป็นยังไง” (ID 4)

“โดยส่วนใหญ่เค้าจะเค้าคณะกรรมการ คือ แล้วก็ให้เขียนบันทึกข้อความ ให้เขียน
 บันทึกข้อความ หมายถึงเล่าเหตุการณ์นะค่ะ ชี้แจงนั่นแหละ” (ID 1)

“ทุก Case (กรณี-ผู้วิจัย) ละ พี่ว่าทุก Case (กรณี-ผู้วิจัย) แหะ ต้องเรียกไปสอบสวน ถ้าเรื่องมันมาถึง ให้เราเขียนบรรยายเหตุการณ์ วันนี้รับเวรคนไข้ก็คน ยอดเท่านี้ ภาระเท่านี้ ภาระงานเป็นอย่างไร มีใครขึ้นเวรกับเราบ้าง ก็เรียกไปดักเตือน แ่ดักเตือน (ID 3)

4.6.3 การเยียวยาความรู้สึกระหว่างการดำเนินการ

หัวหน้าหอผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานมองว่าผู้ให้ข้อมูลผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจะเกิดความรู้สึกเครียด จึงให้กำลังใจ ปลอบใจ ไม่จำเป็นต้องเครียดเนื่องจากเป็นแค่การเรียกไปสอบสวนมองว่าเป็นเรื่องเล็ก เมื่อเกิดเหตุการณ์ร้องเรียนเกิดขึ้นผู้ที่ถูกร้องเรียนจะต้องได้รับการสอบสวนถือว่าเป็นเรื่องปกติโดยทั่วไป ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“แต่คนอื่นเค้าก็บอกว่าไม่ต้องซีเรียส เพราะแค่เรียกไปสอบสวน มันไม่ใช่เรื่องใหญ่โตใครๆ เค้าก็โดน เหมือนประมาณว่าปลอบใจ แค่เรื่องนี้เอง ไม่ใช่อะไรสักหน่อย พี่ที่เวิร์ด เพื่อนๆ บอกไม่ต้องซีเรียสหรอก เออ นื่องๆ ก็พูดหลายคน” (ID 3)

“ตอนที่กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการนี่นะพี่หัวหน้าก็ช่วยนะ เค้าเหมือนรู้ใจ ว่าเราเครียด เค้าก็บอกไม่ต้องซีเรียส เค้าก็แค่ไปสอบสวนถามเฉยๆ ไม่มีอะไร” (ID 2)

4.6.4 การแจ้งผลเมื่อสิ้นสุดการพิจารณาข้อร้องเรียน

ในการแจ้งผลเมื่อสิ้นสุดการพิจารณาข้อร้องเรียน ผู้ให้ข้อมูลผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการมักจะทราบทันทีว่าเหตุการณ์สามารถยุติได้เมื่อการไกล่เกลี่ยประสบความสำเร็จ ณ เวลานั้น แต่สำหรับกรณีที่มีการร้องเรียนพฤติกรรมบริการภายหลัง เมื่อมีการดำเนินการจัดการข้อร้องเรียน โดยคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนแล้วเหตุการณ์เงียบไปผู้ให้ข้อมูลผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจึงรู้สึกว่าการร้องเรียนสิ้นสุดลงแล้ว โดยที่ไม่มีผลการแจ้งผลการพิจารณาข้อร้องเรียนแต่อย่างใด ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“ไม่รู้เหมือนกัน มันก็เงียบไปเลย เงียบไปเลย ที่เรียกพี่ไป ไม่ได้มาถามต่อ ก็ไม่ได้อะไร ก็ไม่มีอะไร” (ID 8)

“เรื่องเงียบหายไปโดยที่ไม่มีการเอาความอะไรกันต่อ เพราะว่าตอนเกิดเหตุวันแรกแรงเหมือนกันแรงมาก” (ID 13)

“ก็ตอนนั้นแหละ พอเคลียร์ได้อะไรได้ พอเค้าได้ขึ้นพิเศษ มันก็จบเลยและเขียน รายงานส่งเลย” (ID 5)

“อืม ก็คือ ก็คือ กับคนไข้ ก็คือสิ้นสุดเค้าก็ไม่ได้ว่า มีทางกฎหมายอะไรเข้ามา เกี่ยวข้อง ก็โอเคจบ แต่เค้าก็ไม่ค่อยฟังพอนะคะ” (ID 10)

“สิ้นสุดแล้ว ก็รู้สึก สิ่งที่เกี่ยวข้องเค้าก็โทรไปเค้าให้เบอร์โทรด้วยนะค่ะ คำร้องเรียนนี้ที่จะต้องเข้าคณะเพราะมีคำร้องเรียนจากผู้รับบริการ ก็โทรไป ก็เข้าที่ประชุม แล้ว คุณแล้วอะไรอย่างนี้ ข้อสรุปแล้ว โรงพยาบาลแก้ไขอย่างนี้” (ID 1)

ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการมองวิธีการจัดการข้อร้องเรียนของ คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนในด้านไม่ดีว่าระบุเป็นความผิดของพยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียน พฤติกรรมบริการ โดยผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการระบุว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ร้องเรียน พฤติกรรมบริการ คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนจะรับฟังทั้งฝ่ายผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการและฝ่าย ของพยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ ถึงแม้จะมีการรับฟังทั้งสองฝ่ายแต่คณะกรรมการ จัดการข้อร้องเรียนจะให้ความเชื่อถือน้อยกว่าของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการมากกว่าเนื่องจากมองว่าผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการถูกต้องเสมอ บางครั้ง ระบุว่า เป็นความผิดของพยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนอย่างชัดเจน ทั้งที่ขณะที่ปฏิบัติงานยังมีผู้ร่วมงานบุคคลอื่นปฏิบัติงานอยู่ด้วยจึงทำให้พยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียน พฤติกรรมบริการรู้สึกที่ไม่ได้รับความยุติธรรม ไม่ได้รับการปกป้อง ในบางครั้ง การสอบสวน พบว่าพยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการไม่มีความผิดจริงเรื่องกลับเจ็บป่วยไม่ได้มี การชี้แจงให้คนอื่นเข้าใจว่าไม่ได้เป็นความผิดของพยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนผู้นั้น ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“เค้าก็ได้แต่บอกว่า เนี่ยหัวหน้าเค้าก็ระบุนานะ เหมือนว่า ว่าต้องเป็นเธอ อะไร อย่างเงี้ย ซึ่งเราก็ไม่รู้ว่าจริงๆ ไข้เราหรือป่าว ก็อาจไม่ใช่เรา หรือว่าก็ไม่ได้โทษคุณเวรนะ แต่ ในเวรก็จะมีคนอื่นอีกอะไรอย่างเงี้ย” (ID 4)

“อืมยัง รู้สึกแย่ คือ ยังไม่ค่อยยังไงละค่ะ ไม่ค่อยปกป้องเจ้าหน้าที่ด้วยกันอะค่ะ ทั้งๆ ที่สืบสวนราวเรื่องแล้วเราไม่ได้ผิด แล้วก็เค้าก็ไม่ได้ไปแก้หน้าให้เราอะไร ก็คือผิดก็ ผิดไปเลย” (ID 14)

“อยากจะพูดอะไรแล้ว แบบว่าแทนที่จะมีคนช่วยเราแต่มันไม่ใช่อะค่ะ เพราะเค้าก็ไม่ได้ช่วยเราอะไรค่ะ เหมือนคือเห็นพร่องต้องไปกับญาติ things ที่มันไม่ใช่อะค่ะ” (ID 12)

“supervisor (ผู้ตรวจการพยาบาล-ผู้วิจัย) เค้าเครียดนะ เครียด พี่ก็เล่าเหตุการณ์ให้ฟังไป ว่ามันเป็นแบบนี้ แบบนี้ แต่มัน โดยปกติ มันก็ต้องเข้าข้างคนไข้ไว้ก่อนไง เออ ในสาย ตา supervisor เนี่ยเราก็จะคิดเท่านั้น คนไข้ต้องถูกไว้ก่อน ยังไง ยังไง เราก็คิดวันยังค่ำคือ (หัวเราะ) ดูเหมือน ไม่มีเหตุผลไง คืออย่างน้อยๆ ก็เข้าใจว่า เออ มัน มันก็ต้องฟังคนไข้ แต่อย่างน้อยๆ คนเราเนี่ย มันก็ต้องมีเหตุผลไง ต้องฟังครึ่ง ฟังครึ่งไว้ครึ่งใจ แต่เค้าก็เชื่อคนไข้อยู่ดี ไม่เชื่อเราเพราะว่ามันเป็นยังไง ความจริงเค้าก็น่าจะเข้าใจเรา เพราะว่าเราอยู่ดีๆ เราเจอยังไง เราพบเหตุการณ์ยังงี้ อืม เพราะเราจะอยู่ใกล้ชิดกับคนไข้มากกว่าไง” (ID 15)

ความรู้สึของผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการมองวิธีการจัดการข้อร้องเรียนของคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนในด้านที่ว่าคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนพยายามช่วยไกล่เกลี่ยเหตุการณ์ให้ยุติโดยผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการระบุว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ร้องเรียนพฤติกรรมบริการบนหอผู้ป่วยแล้วหัวหน้าเวรไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้จะแจ้งให้คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนซึ่งจะเป็นผู้ตรวจการพยาบาลในแต่ละเวรช่วยจัดการข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการที่เกิดขึ้น โดยพยายามไกล่เกลี่ยทั้งฝ่ายผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการที่ร้องเรียนพฤติกรรมบริการและพยาบาลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดความเข้าใจกันทั้งสองฝ่าย ถ้าการไกล่เกลี่ยสามารถยุติข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการได้ก็จะทำให้พยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการลดความเครียดความกังวลลงได้ ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“มีวิธีการจัดการตรงที่ว่าให้หัวหน้าเวรเคลียร์ปัญหานี้ก่อนว่า มันแก้ปัญหานี้ได้มั๊ย ถ้ามันแก้ได้ปัญหามันก็จะจบบนวอร์ดแต่ถ้าแก้ไม่ได้เนี่ย ก็ต้องบอก อิกทีให้ supervisor (ผู้ตรวจการพยาบาล-ผู้วิจัย) ขึ้นมาจัดการกับปัญหาที่มันเกิดขึ้นนะ อย่างของพี่เจ๊ย พี่ไม่สามารถจัดการได้ ก็บอก supervisor (ผู้ตรวจการพยาบาล-ผู้วิจัย) ให้ supervisor (ผู้ตรวจการพยาบาล-ผู้วิจัย) ขึ้นมาช่วยไกล่เกลี่ยอย่างเจ๊ย” (ID 15)

“เรารู้สึกว่า อืม อันแรกเลยนะพี่ เหมือนประมาณว่าเค้าพยายามไกล่เกลี่ยออกเพื่อให้ ให้ ให้ดีทั้ง 2 ทาง ไม่ว่าจะเส้นทาง ทางตัวของคนไข้ หรือว่าทาง ทาง ตัวของผู้ปฏิบัติการอะไรอย่างเจ๊ย พี่ เพราะว่าหลังจากที่ว่า เค้า เค้าไปคุยกับญาติเพื่อให้ได้ข้อยุติแล้ว เค้ายังกลับมาคุยกับเราด้วยอะ เพื่อเหมือนประมาณว่า ผักผ่อน จิตใจนะ ไม่ต้องเครียดไม่

ต้องกังวล มันเป็นเหตุการณ์แบบนี้ แบบนี้ พี่เคยแล้วมันเป็นอย่างไรจะไรอย่างเงี๊ว คือ เค้ามาแล้ว
ให้เราฟังไงพี่ คือเค้าบอกทั้งสองทางอะ เราเลยมีความรู้สึก เอ่ออะ ไรอย่างเงี๊ว เค้าจัดการดี”

(ID 5)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าวิธีการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรม
บริการระบุไว้ 5 วิธี ดังนี้ 1) การบอกเล่าระบายความทุกข์ให้กับเพื่อนร่วมงาน โดยจะใช้วิธีการบอก
เล่าเพื่อระบายความรู้สึกกับเพื่อนร่วมงานเนื่องจากมีความเข้าใจกัน 2) การกล่าวโทษความผิดเป็น
ของผู้อื่น เนื่องจากต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคคลอื่นการให้ข้อมูลอาจเกิดความผิดพลาดกับผู้ป่วยได้
3) การใช้ธรรมะและศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ โดยใช้วิธีการใส่บาตร เข้าวัด ฟังธรรมะ อ่าน
ธรรมะ การถวายสังฆทาน เป็นต้น 4) การปรึกษากับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับสูงเนื่องจาก
เป็นผู้ที่จะช่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยเป็นสื่อกลางในการไกล่เกลี่ยระหว่างพยาบาลผู้ที่
ถูกร้องเรียนกับผู้ป่วยหรือญาติคอยเสนอแนะเรื่องการปรับตัว ตักเตือน สอนเทคนิคเวลาเกิดปัญหา
เช่น ให้หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า ให้ปรึกษาผู้ที่มีประสบการณ์สูงกว่าแนะนำการพูดจาให้มีความ
นุ่มนวล 5) การปรึกษากับครอบครัว ส่วนในกระบวนการพิจารณาข้อร้องเรียนของคณะกรรมการ
จัดการข้อร้องเรียนประกอบด้วย 1) คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียน 2) ขั้นตอนการดำเนินการ
พิจารณาข้อร้องเรียน 3) การเยียวยาความรู้สึกระหว่างการดำเนินการ 4) การแจ้งผลเมื่อสิ้นสุด
การพิจารณาข้อร้องเรียน

5. ผลที่ตามมาภายหลังการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ

การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการถึงแม้ว่าส่งผลเสียในด้านความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร
้องเรียนพฤติกรรมบริการเป็นส่วนใหญ่ แต่ผลดีที่ตามมาภายหลังการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ
นั้นจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ถูกร้องเรียนที่เกิดขึ้น การเกิดเหตุการณ์ร้องเรียน
พฤติกรรมบริการในเรื่องต่างๆ จะช่วยให้เห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสามารถปรับปรุงคุณภาพ
การบริการให้เป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ให้บริการได้ ซึ่งผลดีที่ตามมาภายหลังการถูกร้องเรียน
พฤติกรรมบริการ มีดังนี้

5.1 การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและกิริยาท่าทางในการให้บริการ

การใช้คำพูดที่ไพเราะ ยิ้มแย้มเวลาพูด สีหน้าไม่จริงจังจนเกินไปมีการปรับเปลี่ยนคำพูดไป
ตามสถานการณ์หรือตามลักษณะบุคลิกของผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการโดยอาจใช้การพูดซ้ำลง มีการ

ทอดเสียงคำลงท้ายลักษณะที่สุภาพ อ่อนโยน ไม่แข็งกระด้างจนเกินไป หากจำเป็นต้องเผชิญกับผู้ป่วยที่กำลังไม่พึงพอใจก็ต้องหลีกเลี่ยงไม่ปะทะกับผู้ป่วยโดยตรง ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“ก็คง ลดการปะทะ หมายถึงว่าคำพูดไร้อ้อ ถ้าเราพูดเพราะๆ อะไรเงี้ย พูดเพราะๆ และก็ลดการปะทะ มันง่ายกว่า พูดไปอึดใจไป ก็คงจะช่วยให้ หมายถึงว่าถ้าเราบอกหน้าตาไม่ ต้องจริงจังมาก มันก็น่าจะพอช่วยลดได้” (ID 1)

“ก็ตอนนั้นเราก็ไม่ได้หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าไปเราปะทะกับเค้าไป ตอนนี้อ่าเกิดมีกรณีอย่างนี้อีกก็จะดูจากตัวญาติคนที่มาก่อนแหละ พี่ว่าบุคลิกของญาติแต่ละคนที่มา มันก็ ไม่เหมือนกัน คำพูดที่เราใช้ เราก็ต้องปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ ตอนนี้อยู่ปรับ แล้วนะ หนูพยายามที่จะปรับ ก็พยายามที่พูดช้า ไม่ห้วนก็ปรับอยู่ค่ะ ทำอยู่ เวลาจะเข้าไป แนะนำหรือว่าให้ข้อมูลกับคนไข้ คำพูดเราก็ต้องแบบพูดจาที่จะดูแบบสุภาพ อ่อนโยน ไม่ แข็งกระด้างเกินไป ทำทาง สีหน้าที่เรากำลังให้ข้อมูลจะต้องไปกับคำพูดของเราด้วยอย่างเงี้ย ค่ะ” (ID 7)

“ก็อย่างที่พี่บอกนั่นแหละ ต้องพูด Case (กรณี-ผู้วิจัย) ไหนที่มีปัญหา ก็ไม่ต้องไป ปะทะเค้า ถ้า Case (กรณี-ผู้วิจัย) ไหนเราจะต้องปะทะหรือว่าจะต้องคุยจะต้องไร ก็คือ ก็ ต้องมีหมอบ มีพยาบาล ต้องแจ้งหมอ แจ้งอะไร แจ้งหัวหน้าให้เค้ารับทราบ รับฟังก่อน Case (กรณี-ผู้วิจัย) นี้มีปัญหาอย่างเงี้ย เราได้ทำอย่างนี้ นี้ไป แล้วเค้าไม่พอใจยังงี้ ให้ผู้ใหญ่เค้า เป็นคนจัดการ เราก็หลีกเลี่ยงการปะทะไป ที่เรารู้ว่าทำให้เราผิคน้อยที่สุดนะ” (ID 8)

“ก็พี่อะนะ ส่วนใหญ่ที่อยู่วอร์ดพิเศษอะนะ ก็ต้องเป็นคนมีการศึกษาแหละ แบบนี้ ก็ต้องระวังนะ จะพูดอะไร ก็ต้องใจเย็น พูดให้ช้า ให้Soft อะไรอย่างเงี้ย แบบว่าอธิบายบ้าง แต่ไม่ต้องเยอะอะไร แต่ตอนนั้น ก็แบบว่ารู้สึกแยเหมือนกันนะ ก็เรื่องบุคลิก ต้องแบบว่าดูดี ใจมีที่ การเดิน การพูด สีหน้าอะไร ใจมีนะ หน้าต้องยิ้มแย้ม อ่า การเดินเราก็ต้องเดินแบบ ให้เหมือนนางงามหรือป่าว (หัวเราะ) เราต้องพูดช้าๆ ไทเราะ อ่อนหวาน อ่อนโยน ใจมีนะ พี่” (ID 7)

“กลายเป็นพูดน้อยลง ละก็ทำอะไรแล้วก็ต้องคอยระวัง เป็นการป้องกันตัวเอง ป้องกันตัวเองเลยเพราะว่าพอเกิดปัญหาขึ้นปุ๊บ บ่ไม่มีใครป้องกันเลย (ID 8)

5.2 การตอบสนองความต้องการผู้ป่วยอย่างเต็มใจและรวดเร็ว

เมื่อผู้ป่วยหรือญาติต้องการความช่วยเหลือจะต้องตอบสนองผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการโดยทันที อย่างนุ่งเฉยหรือจงใจที่จะละทิ้งในการทำ ควรจะรีบทำตามต้องการที่ผู้ป่วยหรือญาติเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติให้เร็วมากขึ้นและกระทำด้วยความเต็มใจ ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“ก็คุยกับพวกพี่เค้า แล้วก็พยายามทำตัว พยายามปรับตัว เหมือนกับว่า เหมือนกับถ้ามีคนไข้มา ทำอะไรก็คือ ก็เหมือนว่าของเราโดนเรื่องที่ว่าให้พวกนี้น้ำเกลือ อะไรอย่างเงี้ย คือว่าใครมาบอกอะไรก็รีบไปรีบทำให้มันเร็ว อะไรอย่างเงี้ย จะได้เป็นที่พอใจของเค้าไป เหมือนการทำงานของเรา ก็เหมือน เหมือน ยังไงนะ ทำด้วยความเต็มใจ ก็คือไม่ได้ว่า ผัดวันประกันพรุ่ง อะไรอย่างเงี้ย เออ เหมือนเค้ามาตาม เราก็โอเครับทราบ ตอบรับเค้า อะไรอย่างเงี้ย คืออย่าเป็นเฉย หรือว่าอย่าทำเป็นลืมไป” (ID 4)

“อืม ถ้าจะให้ป้องกันคือจริงๆ ก็ต้อง เข้าถึงใจผู้ป่วยให้เร็วที่สุดอะ ไม่ให้เค้าเกิดปัญหา หรือว่าขยายปัญหาไปในแนวความใหญ่โต บางทีผู้ป่วยก็ต้องการให้พยาบาลจะเข้าถึงตัวให้ได้มากที่สุด ถึงความต้องการเค้า response (ตอบสนอง-ผู้วิจัย) ต่อความต้องการเค้าให้เร็วดี ให้ดีที่สุด จะต้องไม่ทำให้โมโหสิ่งที่เค้าโมโห” (ID 6)

5.3 การใช้เวลาในการให้ข้อมูลและคำอธิบายมากขึ้น

แนวทางในการป้องกันการเกิดการร้องเรียนนั้น พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการมองว่าหลังการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการแล้วจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลผู้ป่วยใหม่โดยมองว่าผู้พยาบาลต้องมีการสื่อสารกับผู้ป่วยมากขึ้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ควรพยายามตอบคำถามที่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการถาม โดยไม่มีการบอกปิดไปให้ถามผู้อื่น รวมทั้งต้องให้อธิบายให้ชัดเจนด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และหลีกเลี่ยงคำศัพท์เฉพาะ ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“สำหรับตัวเรา สำหรับพี่ก็คง อาจจะต้องพูดเยอะขึ้น เค้าถามอาจจะต้อง นั้นแหละ ทุกคำถามต้องมีคำตอบ หรือคำตอบ เค้าอยากรู้ ก็ต้องพยายามอธิบายเค้านะ ไม่บอกปิดอย่างนี้” (ID 6)

“คำพูดของเรา ก็คือเราต้องพูดให้ช้า ต้องพูดให้ soft (นุ่มนวล-ผู้วิจัย) ลงกว่านี้อีก ก็อธิบายมากขึ้นแต่ก็ไม่เยอะมากนักนะ แต่ก็ไม่ค่อยพูดอะไรมากมายอยู่แล้วนะพี่ ก็คือ ไม่พยายามอธิบายให้มันมากความกว่านี้” (ID 7)

“คือการทำที่สื่อสารกับหมอ คนไข้แล้วก็ญาติ พี่ว่าขึ้นอยู่กับการใช้ศัพท์ยังไงให้เค้าเข้าใจมากกว่าเพราะจากที่เวลาที่ติดกับคนไข้เนี่ย บางครั้งมันต้องใช้คำที่เป็นค่อนข้างชาวบ้าน เอาง่ายๆ ว่าชัดเจน” (ID 13)

“พี่ก็จะเอา case (กรณี-ผู้วิจัย) สำคัญก่อน และพี่ก็อธิบายญาติเค้าก่อนเหมือนเดิม แต่อาจจะเพิ่มรายละเอียดให้มากขึ้นอย่างเงี้ย เพราะบางเค้าก็ไม่เข้าใจ ใจ อย่างเงี้ยก็แสดงว่าเค้าไม่เข้าใจเราเนอะ ถ้าเค้าไม่เข้าใจก็ไม่รู้จะทำยังไงแต่พี่ก็ยังเอาแนวทางนี้อยู่ ถ้าเกิดคนไข้อาการหนักมา ก็เอาอาการหนักก่อน” (ID 11)

“ก็เคยรับรู้ มั่งสงสัย ก็บอกว่าเป็นเรื่อง ที่เค้าพยายามบอกประชุมผอ. ทุกโรงพยาบาลว่า ให้พยายามหาคนสื่อสารถ้ามีชาวต่างชาติมารับบริการ ก็พยายามหาคนสื่อสารกันให้เข้าใจ พยายามหนึ่งคนไม่ได้ ก็สองคน สองคนไม่ได้ก็สามคน หลังจากเกิดเหตุของพี่แล้วนะ พยายามสื่อสารกันให้เข้าใจ” (ID 12)

5.4 การให้การบริการพยาบาลโดยให้ญาติมีส่วนร่วม

การให้การพยาบาลโดยญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมต้องกระทำด้วยความระมัดระวังตัวมากขึ้น โดยการปรับปรุงคุณภาพการบริการ เวลาทำหัตถการกับผู้ป่วยต้องถ่มน้ำให้มิดชิดเพื่อป้องกันการเข้าใจผิดในบางครั้ง ก็ผู้ป่วยอยู่ในภาวะจำเป็นต้องผูกมัดต้องให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมส่วนในการช่วยยึดจับผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดต้องแจ้งให้ญาติทราบถึงความจำเป็นที่ต้องมีญาติอยู่ด้วย เช่น การพาผู้ป่วยเข้าห้องนี้ ำ คำสัมภาษณ์ ดังนี้

“ก็ปรับนะ แต่มันก็ไม่ได้ปรับเปลี่ยนอะไรมาก นะ แต่ก็คือ ก็พยายาม เหมือนยัง ใจระมัดระวังตัวให้เพิ่มมากขึ้น ไม่ใช่ระมัดระวังตัวนะ หมายถึงว่า ก็พยายามทำให้มันดีขึ้น หรือว่าจะไรอย่างเงี้ย พี่ก็ว่าพี่ก็พยายามปรับปรุง ก็ให้การพยาบาลแบบให้มีคุณภาพให้ดีเงี้ย พี่ก็ไม่รู้ว่ามันดีขึ้นหรือป่าว นั่นแหละ” (ID 4)

“อย่างคนไข้ที่แบบเหมือนมีอาการ confuse (สับสน-ผู้วิจัย) หรือมีสับสนมากๆ ะไรอย่างเงี้ย เราอาจจะแบบเรียกญาติเข้ามาช่วยอะ ไรอย่างงี้พี่ ก็คือให้เห็นว่าลักษณะของคนไข้ ณ เวลานั้น มันเป็นอย่างไง และก็คืออธิบายให้ญาติฟัง ว่า มันเป็นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการดมยาหรือว่าอะไรก็แล้วแต่ อะไรประมาณเนี้ยพี่ สิ่งที่ดีที่สุดก็คือให้ญาติเข้ามาอยู่กับคนไข้เลย ช่วยจับช่วยอะไรประมาณนี้ อาจจะต้องการกั้นม่านหรือว่าอะไรอย่างเงี้ย เวลาทำหัตถการเพราะว่าอย่างที่บอกว่า อย่างบางที่คนไข้ตื่น พี่ก็เข้าใจอยู่แล้วเนอะ มันต้องล็อก มันต้องทำอะไรอย่างเงี้ย เพราะว่าไม่งั้นก็เป็นอันตรายทั้งตัวคนไข้เองทั้งพยาบาลเองด้วย ก็ต้องเป็นแบบนี้ละ ญาติห้ามเข้าถ้าไม่ได้รับอนุญาต เพราะมันเป็นเขตหวงห้ามอยู่แล้ว” (ID 5)

“ก็พยายามย้อนนึกถึงตัวเองว่าเราเป็นอย่างนี้ นมึนแล้วก็พยายามให้ดีขึ้น แล้วลองดูสิว่าเรา เราก็คือเป็นอย่างงี้ แล้วคนอื่นเค้าพอใจเราหรือป่าวอะ ไรอย่างเงี้ยอะคะ ก็พยายามจะปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น ช่วงนี้ พี่ก็พยายามจะไม่คิดมากอะคะ มีความรู้สึกกระแวง ต้องระมัดระวังตัว” (ID 14)

“พอเกิดเรื่องนะพี่ประชุมเลยนะ เพราะต้องระวังแล้ว ึงก็คือได้ว่าจขงจ้งให้คนไข้ และญาติทราบ ว่า เมื่อคนไข้จะเข้าห้องนี้ ้ต้องมีญาติอยู่ด้วยและเวลาเข้าห้องนี้ ้ต้องไม่ลัดประตู” (ID 13)

5.5 การไม่ได้แจ้งหรือมีปฏิกิริยาตอบโต้กับผู้ป่วยและญาติ

ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเมื่อพบว่าผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเกิดความไม่พึงพอใจหรือมีปฏิกิริยาแสดงออกว่าไม่พึงพอใจจากคำพูดหรือท่าทาง พยาบาลควรใช้ชีวิตเชิงรับ ไม่ควรโต้แย้งหรือตอบโต้ผู้ป่วยหรือญาติทันทีเพราะการโต้แย้งกับผู้ป่วยเพียงไม่เกิดประโยชน์ไม่แต่ยังเกิดผลเสียต่อตัวพยาบาลเอง ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“ตอนนั้นก็ได้แต่รับฟังนะ ก็ไม่ได้พูดอะไรมากก็พยายามที่จะเงียบไว้ก่อนนั่นแหละ แต่ก็บอกว่าด้วยอาการคนไข้จริงๆ แล้วก็สามารถไปเข้าห้องน้ำได้เนอะคะ ก็แจ้งญาติไปอย่างงี้” (ID 13)

“ที่คิดว่าเวลาที่เราเจออะไรแรงๆ มาเนี่ยเราควรจะเจ็บให้มากที่สุด เท่าที่เราจะเจ็บได้ การต่อปากต่อคำกับคนไข้ไม่เกิดประโยชน์ไม่เกิดผลดีกับตัวเราเลยสักกะนิด” (ID 15)

“หลังจากที่เกิดเหตุจากที่ ทุกคน ก็ ีระวังตัวเยอะขึ้น ก็คือไม่ได้พูด ึ่ง ที่เคยพูดก็ ไม่พูด นั่งเงียบ ไอ้ที่คุยกันเฮฮา คุยกัน เนี่ย ก็เงียบแล้วก็บริการเท่าที่จะทำได้” (ID 12)

5.6 การลงบันทึกการพยาบาลเป็นหลักฐานอ้างอิง

ปริมาณพยาบาลมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย อัตรากำลังที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีเวลาอธิบาย ข้อมูลกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ในการสื่อสารนั้นต้องพยายามสื่อสารกันให้เข้าใจ หรือขอเวลาที่เข้าหาผู้ป่วยพยาบาลต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้มีความสามารถในการประเมินผู้ป่วยรวมถึงสนใจในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยว่ามีสิ่งใดผิดปกติเกิดขึ้น เมื่อมีการประเมินผู้ป่วยแล้วและปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล พบว่ามีปัญหาใดเกิดขึ้นต้องมีการลงบันทึกหลักฐานให้ชัดเจน ดังคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“อ้อ ตอนนี้อยู่ในแผนก ก็คือว่า case (กรณี-ผู้วิจัย) ไหนที่รอ ก็เข้าไปพูด ก็เข้าไปถาม ว่า มีอะไรให้ช่วยมั๊ย รอนาน รออะไรมั๊ยอะไรอย่างเงี้ย ค่ะ เมื่อก่อนก็พูด แต่ว่าคือประมาณว่า เจ้าหน้าที่ยังมีไม่เยอะ ตอนนี้อยู่เจ้าหน้าที่เยอะขึ้นแล้ว แต่ก่อนอัตรากำลังยังไม่เยอะ คือ ก็ได้มีเวลาอธิบายคนไข้มากขึ้น อัตรากำลังเพิ่มขึ้น” (ID 11)

“พฤติกรรมบริการมันเป็นเรื่องของแต่ละคน ึ่งเวลาเราเข้าไปในคน ึ่งเนี่ย มันไม่ ึ่งแค่เอาวางไว้บน โต๊ะอย่างเดียว มันต้องสนใจสิ่งแวดล้อมในตัวคน ึ่งด้วยว่ามันมีอะไร ที่เริ่มจะผิดปกติมั๊ย เหมือน receptor (รับความรู้สึก-ผู้วิจัย) เราต้องไปจูนกับตัวคน ึ่งและ ึ่งคิดว่าเกิดขึ้นและแหล่งข้อมูลเราก็ต้องแน่น เช่นเราอาจจะไม่ได้จากตัวเราเอง มันอาจจะ ได้จากแม่บ้าน ได้น้อง aids (ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยผู้วิจัย) หรือว่าเป็นแค่เวรเปลที่รับส่งคน ึ่ง ถ้าเกิดเค้าบอกอะไรเราอย่างเงี้ยเราต้อง aware (ระวัง-ผู้วิจัย) แล้วว่ามันจะเกิดอะไรขึ้น ประมาณอย่างเงี้ย แล้วทำงานก็ต้องมีการลงหลักฐานให้ชัดเจนว่าเวลานี้ประเมินคน ึ่งนี่ เป็นแบบนี้ ทำอะไร ไป ลง nurse note (บันทึกการพยาบาล-ผู้วิจัย) ลง record (บันทึก-ผู้วิจัย) ให้ชัดเจน คือหลังจากนั้นที่เรามาพยายามปรับปรุงมันแบบว่าเรา record (บันทึก-ผู้วิจัย) ชัดเจนเนี่ยพอนั้นปุ้ บมันสามารถอามาติดกับญาติคน ึ่งที่เป็นบุคคลที่สามที่

ไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ว่า เกิดอะไรขึ้นซึ่งทำให้เค้ามารวมก็จริงเรามีหลักฐานทำตามมาตรฐานแล้วนะ แบบเนี้ย แบบเนี้ย ทำจริงอะไรจริงมันก็โอเค” (ID 13)

“เราก็ต้องสังเกตและก็รายงานหมอใน Case (กรณี-ผู้วิจัย) ของเราใช้ความรู้ของเราในการสังเกตอาการ ดูแลอาการ ตามที่หมอสั่ง แล้วก็ สังเกตอาการเพื่อจะไปรายงานหมอ แล้วก็ดูแลของเรื่องของการพยาบาล” (ID 8)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าผลดีที่ตามมาภายหลังการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ ได้แก่ 1) เรื่องการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและกิริยาท่าทางในการให้บริการ โดยการพูดจาไพเราะ ชุ่มแยมเวลาพูด รวมถึงลดการปะทะกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ 2) การตอบสนองความต้องการผู้ป่วยอย่างเต็มใจและรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยหรือญาติต้องการความช่วยเหลือจะต้องตอบสนองผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการโดยทันทีและกระทำด้วยความเต็มใจ 3) การใช้เวลาในการให้ข้อมูลและคำอธิบายมากขึ้น โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงคำศัพท์เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน 4) การให้บริการพยาบาลโดยให้ญาติมีส่วนร่วม ซึ่งต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง เช่น การกั้นม่านให้มิดชิด การแจ้งให้ญาติทราบถึงความจำเป็นที่ต้องมีญาติอยู่ด้วย 5) การไม่ได้แย้งหรือมีปฏิกิริยาตอบโต้กับผู้ป่วยและญาติ ควรใช้วิธีเงียบเพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรงจนเกิดการร้องเรียนพฤติกรรมบริการ 6) การลงบันทึกการพยาบาลเป็นหลักฐานอ้างอิง เมื่อมีการประเมินผู้ป่วยแล้วและปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล พบว่ามีปัญหาใดเกิดขึ้นต้องมีการลงบันทึกหลักฐานให้ชัดเจน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2554 ถึงวันที่ 15 กรกฎาคม 2554 โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ร่วมกับการบันทึกเทป โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์ (Interview guideline) ได้จำนวนผู้ให้ข้อมูลรวม 15 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยวิธีการของ Leonard (1989)

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า

1. ความหมายพฤติกรรมบริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพพบว่า มี 2 ลักษณะ คือ

1.1 การแสดงออกทางคำพูดและิริยาท่าทางที่เป็นมิตร เป็นการแสดงออกต่อผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการด้วยิริยาท่าทางที่พยาบาลแสดงออกไปในลักษณะสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ท่าทางเป็นมิตร มีิริยาวาจาและสำเนียงภาษาที่แสดงถึงความพร้อมในการบริการ

1.2 การสนใจ และเต็มใจให้ความช่วยเหลือ เป็นการให้บริการด้านสุขภาพที่แสดงออกถึงความเต็มใจว่ามีความใส่ใจและเต็มใจในการบริการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการ สนใจรับฟังปัญหาแล้วนำปัญหามาแก้ไขให้เป็นที่พอใจตามความคาดหวังอย่างรวดเร็วตามมาตรฐานวิชาชีพที่มีความชัดเจน โปร่งใสรวมถึงการให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ

2. สาเหตุและเงื่อนไขของการร้องเรียนพฤติกรรมบริการ

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้สาเหตุและเงื่อนไขของการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการประกอบด้วย 6 ประการ คือ 1) คำพูดและน้ำเสียงของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยและญาติโดยเกิดจากการใช้น้ำเสียงหรือิริยาท่าทางที่ไม่เป็นมิตรกับผู้ป่วยรวมทั้ง ำนาจการอธิบายหรือให้ข้อมูลเพื่อให้ญาติหรือผู้ป่วยมีความเข้าใจ 2) ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจผิดต่อความช่วยเหลือที่ได้รับจากพยาบาลซึ่งสาเหตุมา

จากผู้ป่วยหรือญาติมีความเข้าใจผิดหรือสับสนต่อข้อมูลที่ได้รับหรือตีความความช่วยเหลือที่ได้รับ จากพยาบาลผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริง 3) จำนวนพยาบาลมีน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีมาก ขณะที่จำนวนพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยไม่สมดุลกัน จึงทำให้พยาบาลมีภาระงานมากเกินไปและอาจจะสนองความต้องการผู้ป่วยไม่ได้ตามความคาดหวัง 4) เสียค่าใช้จ่ายสูงแต่ได้ผลไม่พึงพอใจ เนื่องจากความคาดหวังในบริการสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบันมีลักษณะเป็นเชิงธุรกิจหรือเชิงพาณิชย์ เมื่อไม่ได้รับบริการตามความคาดหวังจึงกล้าแสดงออกถึงความไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ 5) การถูกขูข่มส่งเสริมให้ร้องเรียนจากบุคคลรอบข้าง สาเหตุมาจากผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการมีความรู้ทางด้านกฎหมายไม่ชัดเจน ประกอบกับมองว่ากฎหมายในการร้องเรียนยังไม่ยุติธรรมจึงทำให้เกิดการร้องเรียนง่ายขึ้น 6) การละเลยต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการรักษาพยาบาล ซึ่งสภาพปัญหาเกิดจากการให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนรวมทั้งการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยมองว่าการบริการที่ได้รับไม่มีมาตรฐาน

3. ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาล

เมื่อผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจะเกิดความรู้สึกตามลำดับดังนี้ 1) เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์และคับข้องใจเมื่อรับทราบการถูกร้องเรียน โดยจะเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ นอนไม่หลับ ตกใจ กลัว หวาดระแวง คับข้องใจ หดหู่ ลังใจในการทำงาน 2) เกิดความรู้สึกเครียดและไม่มีความสุขขณะถูกดำเนินการพิจารณา โดยเกิดความรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำงาน เกิดความรักในวิชาชีพลดลง เครียด กังวลใจ รู้สึกหดหู่ เศร้า หวาดระแวง กลัว โดดเดี่ยวไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุน 3) เกิดความรู้สึกดีและโล่งใจภายหลังการแก้ไขปัญหาการร้องเรียนสิ้นสุดลง

4. วิธีการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ (วิธีการจัดการตนเองในการเผชิญปัญหา)

วิธีการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ผู้ให้ข้อมูลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการระบุไว้ 5 วิธี ดังนี้ 1) การบอกเล่าระบายความทุกข์ให้กับเพื่อนร่วมงาน โดยจะใช้วิธีการบอกเล่าเพื่อระบายความรู้สึกกับเพื่อนร่วมงานเนื่องจากอยู่ในวิชาชีพเดียวกันจึงมีความเข้าใจกันเป็นอย่างดี 2) การกล่าวโทษความผิดเป็นของผู้อื่น โดยมองว่าในปฏิบัติงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวลานั้นต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคคลอื่นซึ่งไม่ใช่พยาบาลเพราะฉะนั้น การให้ข้อมูลอาจไม่ชัดเจนจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจผิดได้ 3) การใช้ธรรมะและศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ โดยใช้วิธีการใส่บาตร เข้าวัด ฟังธรรมะ อ่านธรรมะ การถวายสังฆทาน เป็นต้นซึ่งจะช่วยให้รู้สึกสบายใจ 4) การปรึกษากับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง เนื่องจากเป็นผู้ที่จะช่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการ

ร้องเรียน โดยเป็นสื่อกลางในการไกล่เกลี่ยระหว่างพยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนกับผู้ป่วยหรือญาติทั้ง คอยเสนอแนะเรื่องการปรับตัว ตักเตือน สอนเทคนิคเวลาเกิดปัญหา เช่น แนะนำการให้พุดจาด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยหรือญาติขณะที่เกิดความไม่พึงพอใจที่จะก่อให้เกิดการร้องเรียนพฤติกรรมบริการตามมา นอกจากนั้นแล้ว ยังแนะนำให้พยาบาล ต้องเผชิญกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการที่เกิดความไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับแล้วไม่สามารถยุติ ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ให้ปรึกษาพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์สูงกว่าเพื่อช่วยไกล่เกลี่ยเพื่อให้ปัญหายุติลง

5) การปรึกษากับครอบครัว เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับพยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนมากที่สุด จึงเกิดความเข้าใจ เห็นใจ และพร้อมที่จะรับฟังปัญหาอย่างไม่สิ้นสุดจึงช่วยให้พยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการเกิดความสบายใจขึ้นได้

5. ผลที่ตามมาภายหลังการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ

ผลที่ตามมาภายหลังการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้ใน 5 เรื่อง ประกอบด้วย 1) การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและกิริยาท่าทางในการให้บริการ โดยพบว่าพุดจาไปเพราะขึ้น ยิ้มแย้มเวลาพุดจาเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ 2) ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเต็มใจและรวดเร็ว ซึ่งเมื่อพบว่าผู้ป่วยหรือญาติต้องการความช่วยเหลือในเรื่องใดจะต้องตอบสนองผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการโดยทันทีและกระทำด้วยความเต็มใจ) ใช้เวลาในการให้ข้อมูลและคำอธิบายมากขึ้น โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงคำศัพท์เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล 4) การให้บริการพยาบาลโดยให้ญาติมีส่วนร่วม ซึ่งต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง เช่น การกั้นม่านให้มิดชิด การแจ้งให้ญาติทราบถึงความจำเป็นที่ต้องมีญาติอยู่ด้วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับในคำแนะนำของพยาบาล 5) การไม่ได้แย้งหรือมีปฏิกิริยาตอบโต้กับผู้ป่วยและญาติโดยผู้ให้ข้อมูลมองว่าวิธีเจียบจะช่วยเหลืออารมณ์โกรธของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการลงได้ และช่วยให้เกิดการร้องเรียนพฤติกรรมบริการลดลง 6) การลงบันทึกการพยาบาลเป็นหลักฐานอ้างอิง เมื่อมีการประเมินผู้ป่วยแล้วและปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างครบถ้วนแล้วต้องมีการลงบันทึกหลักฐานให้ชัดเจน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสบการณ์การถูกรื้อเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. ความหมายของพฤติกรรมบริการ

พยาบาลผู้ที่ถูกรื้อเรียนพฤติกรรมบริการ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมบริการว่าเป็นการแสดงออกทางกิริยาท่าทางที่แสดงออกไป ด้วยลักษณะสีหน้าไม่บึ้ง ยิ้มแย้ม ท่าทางเป็นมิตร กิริยาวาจา การพูดจาสำเนียงที่แสดงออกกับผู้ป่วยในลักษณะเป็นมืออาชีพ โดยเฉพาะการสื่อสารและการสนใจ เต็มใจให้ความช่วยเหลือ ขณะที่ผู้ใช้บริการของก็ย่อมคาดหวังที่จะได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ได้รับการต้อนรับที่ดี สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส บ่งบอกถึงความเต็มใจบริการ ผู้ให้บริการต้องมีทักษะการสื่อสารที่เอื้ออำนวยต่อการระบวนการส่งและรับข่าวสาร ทักษะนี้จะช่วยสร้างสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการที่สามารถขอรับความช่วยเหลือดูแลได้อย่างตรงกับความต้องการ ช่วยให้ผู้ให้บริการได้รับข้อมูลที่ต้องการ ช่วยให้ผู้ให้บริการแสดงออกอย่างอิสระในความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งทักษะดังกล่าวของผู้ให้บริการได้แก่ การแสดงความสนใจกับปัญหาของผู้ป่วยและผู้ใช้บริการ การฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก การถาม การเสนอความช่วยเหลือ เป็นต้น (นวรรตน์ สุวรรณผ่อง และคณะ, 2552)

เนื่องจากพฤติกรรมสามารถสังเกต บรรยาย และบันทึก โดยผู้อื่นที่ให้ความสนใจในพฤติกรรม เพราะพฤติกรรมเป็นการแสดงออก เป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการสามารถสังเกตได้ (Miltenberger, 2008) การแสดงออกทั้งการสื่อสารที่ใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูดในการดูแล เป็นพฤติกรรมบริการที่สำคัญที่พยาบาลต้องใช้ปฏิสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วย (Leininger, 1984) เพราะฉะนั้นพฤติกรรมบริการจึงมีความสำคัญในทุกขณะที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งมีความสอดคล้องกับความหมายที่พยาบาลผู้ที่ถูกรื้อเรียนพฤติกรรมบริการได้ให้ไว้ว่าการปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกมาในลักษณะของการปฏิบัติ ท่าเดิน สายตาควรนึกถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นหลัก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดของผู้ใช้บริการ

2. สาเหตุและเงื่อนไขของการร้องเรียนพฤติกรรมบริการ

ส่วนใหญ่ประเด็นการร้องเรียนในเรื่องคำพูด หรือกิริยาท่าทางของผู้ให้บริการหรือแม้แต่ผู้ใช้บริการเองเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดข้อร้องเรียน ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่สามารถสื่อสารให้ผู้ใช้บริการเข้าใจถึงกระบวนการและข้อกำหนดในการใช้บริการ (นวรรตน์ สุวรรณพ่อง และคณะ, 2552) ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าสาเหตุการร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพเป็นการแสดงออกของตัวพยาบาลเองได้แก่ คำพูด ลักษณะท่าทาง ความยึดมั่นในกฎระเบียบ

ส่วนสาเหตุที่เกิดจากตัวผู้ป่วยหรือญาติ เป็นเรื่องที่ไม่เข้าใจในสภาวะอาการของผู้ป่วย และการให้การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ขาดความนุ่มนวล มีท่าทีไม่เต็มใจให้บริการ ซึ่งสาเหตุสูงสุดของการร้องเรียนเกิดขึ้น โดยที่ผู้ใช้บริการเกิดทัศนคติที่ไม่ดี โดยเฉพาะการเขียนและการสื่อสารที่ไม่มีความชัดเจนต่อผู้ใช้บริการ (Burton and Ormrod, 2011) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่พบสาเหตุการร้องเรียนว่าส่วนใหญ่เป็นการสื่อสาร โดยการอธิบายไม่ชัดเจน การสื่อสารที่ไม่ตรงกัน เพราะฉะนั้นเมื่อผู้ร้องเรียนเกิดความไม่เข้าใจตรงกันในการให้การดูแล จึงทำให้เกิดการร้องเรียนเกิดขึ้น เนื่องจากมีความคาดหวังการให้บริการทางการแพทย์สูง เมื่อไม่เป็นไปตามความคาดหวัง จึงเกิดการร้องเรียนตามมา (จันทน์พร จันทรสิน, 2550) ขณะที่ลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาลประการหนึ่งคือการเป็นวิชาชีพที่ปฏิบัติต่อบุคคลที่มีความแตกต่างกัน การเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละคนจึงต้องอาศัยการวางแผนการพยาบาล การสังเกตบุคลิกลักษณะของแต่ละคน และพยาบาลจะต้องเป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูลและการปฏิบัติต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการออกความเห็นและตัดสินใจเพื่อลดความสับสน ความเข้าใจผิดที่อาจเกิดขึ้น (Mauksch and Davis, 2009 อ้างใน พจนา ปิยะปกรณ, 2554)

สาเหตุที่จะเป็นปัญหาการร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐาน และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีจำนวนบุคลากรที่มีคุณภาพเหมาะสมกับจำนวนและสภาวะของผู้ป่วย (สภากาพยาบาล, 2541 อ้างใน วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, 2553) อีกทั้งการขยายตัวด้านระบบบริการสุขภาพเชิงธุรกิจ และอิทธิพลของการประชาสัมพันธ์ ได้สร้างค่านิยมของผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยที่ต้องการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ในการตรวจวินิจฉัยให้กับผู้ป่วยในการตรวจวินิจฉัยโรค ขณะที่ผู้ป่วยก็เกิดความคาดหวังสูงตามที่ได้รับข้อมูลด้านบวกจากเทคนิคในการส่งเสริมการขาย สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดช่องว่างในการติดต่อสื่อสาร (วิลาวัลย์ สุวรรณเจริญพร, 2550) เมื่อเกิดผลที่ไม่เป็นไปตามการคาดหวังของผู้ป่วย จึงนำไปสู่การร้องเรียนในที่สุดและจากการที่สิทธิผู้ป่วยได้ระบุไว้เป็นกฎหมายโดยตรงในมาตรา 31 โดยระบุว่า บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายในประมวลกฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2552 มีการกำหนดสิทธิผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยสิทธิในการตัดสินใจที่จะรับ

หรือเลือกบริการทางการแพทย์ สิทธิที่จะได้รับการบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน สิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวหรือสิทธิที่จะรู้ สิทธิส่วนตัวและสิทธิในครอบครัว สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย และสิทธิที่จะได้รับการปกปิดเรื่องราวไว้เป็นความลับ (สภาการพยาบาล, 2554) จากการที่สิทธิผู้ป่วยระบุไว้ว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหายจึงทำให้ประชาชนเกิดความเข้าใจว่าการร้องเรียนต่างๆ นั้นจะทำให้ได้รับเงินตอบแทนจึงเกิดการร้องเรียนเกิดขึ้น เพราะฉะนั้นการทราบถึงสาเหตุการร้องเรียนพฤติกรรมบริการดังกล่าวมาแล้วนี้ จะช่วยทำให้มองเห็นแนวทางในการป้องกันการร้องเรียนพฤติกรรมบริการที่อาจเกิดขึ้นต่อไปได้

3. ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่าการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพนั้น ความรู้สึกหลังจากถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการจะเกิดความรู้สึก คับข้องใจ เบื่อ เป็นความโชคร้าย เครียด รู้สึกท้อแท้ เสียความมั่นใจ โดดเดี่ยว โกรธ เป็นความทุกข์เศร้าเสียใจ ตกใจ งง เพราะไม่เคยคิดว่า จะเกิดขึ้น เพราะไม่ได้มีเจตนาที่จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเกิดความเสียหายใดๆ ต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรู้สึกในตัวบุคคล เกิดภาวะช็อค ประหลาดใจ เกิดความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความวิตกกังวล ความกลัว และต้องการหา รู้สึกถูกละทิ้ง มีความผิดปกติในการรับประทานอาหาร ถูกข่มขู่ ความสนใจในงานลดลง เกิดความประหม่าในการทำงาน สูญเสียพลังอำนาจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ต้องการความช่วยเหลือและ ยังเกิดภาวะ โกรธ เศร้า รู้สึกไม่พอใจ เจ็บปวด ความรู้สึกไม่ยุติธรรม รู้สึกอ่อนคลายบรรเทา รู้สึกผิดหวัง การคิดทบทวน (Johnson and Wroblewski, 1989 cited in Wojciechowski, 2005)

นอกจากนั้นแล้วยังทำให้การทำงานหยุดชะงัก(Paralysis of action) เพราะเกิดความเครียดเต็มไปด้วยอารมณ์ขุ่นมัว จนทำให้คับข้องใจ ส่งผลให้ขาดความสามารถในการตัดสินใจ และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (Barnard, 1968) เพราะฉะนั้นความรู้สึกของการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการที่เกิดขึ้นนั้น จะส่งผลต่อความรู้สึกของพยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนเป็นไปในทางลบเป็นส่วนใหญ่ ส่วนในความรู้สึกระหว่างถูกดำเนินการร้องเรียนพบว่าเกิดความเครียด ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อม สถานการณ์หรือเหตุการณ์ในการปฏิบัติงาน (Ivancevich and Matteson, 1990) ส่วนความรู้สึกที่ได้จากการเผชิญปัญหาพบว่าเกิดรู้สึกดี พยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการพบว่าเกิดผลทางด้านจิตใจ

(Morale) มีผลจากการรับรู้ของตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกเกี่ยวกับตนเองและสภาพชีวิตของตนเองเป็นอย่างไร เช่น พึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ มีความสุข ไม่มีความสุข เป็นต้น (Lazarus and Folkman, 1984) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าคนที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการเกิดความรู้สึกดีที่ได้ระบาย ได้รับการสนับสนุน ได้กำลังใจซึ่งกันและกัน สามารถปล่อยวางมองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการผลลัพธ์การเผชิญประสบความสำเร็จ ช่วยให้พยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนเกิดความรู้สึกลดความเครียดลงได้

4. วิธีการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ (วิธีการจัดการตนเองในการเผชิญปัญหา)

จากการศึกษาพบว่าวิธีการจัดการต่อปัญหาการร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการนั้น ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการระบายต่อวิชาชีพเดียวกันเพราะมีความเข้าใจกันเป็นอย่างดีคือทั้งใช้วิธีการกล่าวโทษความผิดที่เกิดขึ้นให้บุคคลอื่นการยึดถือธรรมะเป็นที่ตั้งเพื่อให้เกิดความผ่อนคลายการที่บุคคลใช้วิธีการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญอยู่ ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยใช้กระบวนการทางความคิด ด้วยการปรับสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกหรือเตือนสติตนเองหรือการใช้กลไกทางจิต เช่น การหลีกเลี่ยง การปฏิเสธ ลดความสำคัญของปัญหา การเปลี่ยนแปลงความคิดความสนใจ การหลีกเลี่ยงจากปัญหา การเลือกให้ความสนใจ คิดในแง่ดี บิดเบือนสถานการณ์จริงที่เป็นลบให้เป็นบวกและการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหานี้เป็นการช่วยลดหรือบรรเทาความรู้สึกเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) นอกจากนี้แล้ว การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking Social Support) เป็นวิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นจัดการกับปัญหา

ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากผู้ที่อยู่รอบข้าง เช่น การขอความช่วยเหลือจากพ่อแม่ เพื่อน หรือขอคำแนะนำจากผู้อื่นมาแก้ปัญหาของตน (Frydenberg and Lewis 1993 อ้างใน วิวัฒนา มิ่งเมือง, 2540) ซึ่งการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ได้รับกำลังใจ (Seeking social support for emotion reasons) เป็นการขอกำลังใจ ความเห็นใจ คำปลอบโยน และความเข้าใจจากบุคคลอื่น (Lazarus and Launier, 1987) หรือในขณะที่เกิดความไม่สบายใจการใช้หลักธรรมเป็นที่พึ่ง ใช้การระบายจะช่วยคลายเครียดลงได้ การเผชิญปัญหาที่จัดอยู่ในเป็นแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) ได้แก่ การแสวงหาความเพ็ดเพลินเพื่อการผ่อนคลาย การแก้ปัญหา การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย การคบหาเพื่อนสนิท การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแสวงหาความเพ็ดเพลินเพื่อการผ่อนการ การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ การรวมกลุ่มจัดการกับปัญหา และการมีความวิตกกังวล(Lazarus and Folkman, 1984) จะเห็นได้ว่าการจัดการต่อปัญหาแต่ละอย่างที่เกิดขึ้นของพยาบาลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการเป็นการมุ่งการจัดการทางด้านอารมณ์ เพื่อจะช่วยให้พยาบาลผู้นั้นลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้

ส่วนระบบการจัดการข้อร้องเรียน ระบบการจัดการข้อร้องเรียนที่มีความชัดเจนในการปฏิบัติ จะทำให้พยาบาลทราบแนวทางการปฏิบัติ แนวทางแก้ไขที่เหมาะสมต่อไปได้ เหตุการณ์ร้องเรียนบางเหตุการณ์ไม่มีความรุนแรงจะสามารถไกล่เกลี่ยยุติ คลี่คลายลงได้ กระบวนการที่ดำเนินไปอย่างรวดเร็ว การโต้ตอบกับปัญหาและแก้ปัญหาอย่างรวดเร็ว การตอบทุกข้อคำถาม ไม่ปฏิเสธ ผู้ใช้บริการ รับฟังปัญหาของผู้ใช้บริการ จะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ(Osborne, 2004) เพราะฉะนั้นเมื่อเกิดการร้องเรียนปัญหาขึ้นเกิดขึ้นพยาบาลต้องตัดสินใจในการตอบสนองต่อผู้ป่วย และติดตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Rumbold,1999) ในเรื่องวิธีการจัดการข้อร้องเรียน การแจ้งอาการของผู้ป่วยให้ญาติทราบเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะอาจเกิดปัญหาเมื่อสื่อสารกันไม่เข้าใจ แต่เมื่อใดที่เกิดปัญหา การรับฟังจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดในความรูสึกของผู้ป่วย จากนั้นใช้วิธีการไกล่เกลี่ยตั้งแต่แรก เพื่อลดการปะทะ ลดความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์พร จันทร์สิน และคณะ (2551) ที่พบว่าแนวทางการไกล่เกลี่ยข้อร้องเรียน โดยการนัดผู้ป่วยและญาติ เจรจา ให้ข้อมูลสื่อสารแก่ญาติและผู้ป่วย หาข้อยุติเรื่องร้องเรียน และสัญญาประนีประนอม เพราะฉะนั้นการไกล่เกลี่ยองค์กรพยาบาลใช้ในการจัดการข้อร้องเรียนจึงเป็นสิ่งที่เหมาะสม เพราะเป็นแนวทางแรกในการยุติข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นได้ ในด้านความเห็นต่อระบบการจัดการข้อร้องเรียน การจัดการข้อร้องเรียนที่ยังไม่ได้ชี้ชัดถึงความผิดนั้นเป็นการจัดการที่ดี การยอมรับฟังเหตุผลต่างๆ ทำให้พยาบาลผู้ถูกร้องเรียนทราบถึงความห่วงใยจากเจ้าที่เดียวกัน ซึ่งการแก้ปัญหา และการสร้างข้อตกลงร่วมกัน ซึ่งแต่ละฝ่ายอาจแสวงหาความช่วยเหลือจากฝ่ายหรือบุคคลที่เป็นกลางที่สาม ในการที่จะบรรลุทางออกที่ก่อให้เกิดความพอใจและตัดสินใจร่วมกัน จึงมีการพิจารณาประเด็นที่หลากหลาย (Crawley and Graham, 2002)

5. ผลที่ตามมาภายหลังการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ

การให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการเป็นสิ่งจำเป็น และเป็นความต้องการของผู้ใช้บริการ พยาบาลที่เป็นบุคคลที่มีความสำคัญและเหมาะสมที่จะให้ข้อมูลกับผู้ใช้บริการเพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการ และรับทราบแผนการรักษาของผู้ใช้บริการทั้งหมด(พอเพ็ญ ไกรนรา, 2545) การปรับปรุงบริการ ควรปรับปรุงให้มีการบริการที่ถูกต้องและรวดเร็ว มีการช่วยเหลือ การแนะนำ อธิบายเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง(รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ 2553) จากผลการศึกษาพบว่าแนวทางในการป้องกันการเกิดการร้องเรียนนั้นจะต้องมีสื่อสารให้มากขึ้น อธิบายให้ชัดเจน รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติ ประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว ระวังสิ่งผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น และลงบันทึกหลักฐานให้ชัดเจนเพื่อใช้เป็นการป้องกันตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประสิทธิผลการสื่อสารของพยาบาลส่วนหนึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้ผู้ป่วยประทับใจและเห็นด้วยในเหตุผลมีการสื่อสารได้อย่างแจ่มแจ้งและชัดเจน มีการสื่อสารอย่างเป็นรูปธรรมทำให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพตามความเป็นจริง มีการสื่อสารที่ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย มีการสื่อสารที่ใช้คำพูดอย่างกระชับและเข้าใจง่าย มีการสื่อสารที่มีประเมินความสามารถในการรับสารของผู้ป่วย และใช้ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นต้น (ชวนพิศ ศรัทษ์, 2547) อีกทั้งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ สุพัตรา จิตตเสถียร (2550) ที่พบว่าปัญหาที่เกิดจากความไม่เข้าใจและความคาดหวังของผู้ใช้บริการต้องใช้วิธีการอธิบาย และการสื่อสาร ตลอดจนการรับฟังอย่างตั้งใจ(Active listening) ซึ่งต้องใจเย็นและใช้ความอดทนขณะที่มณฑา ลิ้มทองกุล(2539) ได้กล่าวว่า พยาบาลผู้บันทึกจะต้องตระหนักเสมอว่า แบบบันทึกการพยาบาลเป็นเอกสารที่แสดงหลักฐานของการกระทำตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพราะฉะนั้นการให้ความสำคัญกับการสื่อสาร การบันทึกทางการพยาบาลจะสามารถช่วยป้องกันการเกิดการร้องเรียน พฤติกรรมบริการขึ้นได้

จากผลการศึกษาที่ได้จะช่วยในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพการบริการมีความสอดคล้องกับที่ วิโรจน์ ไหววานิชกิจ (2552) ที่พบว่า มีการนำข้อร้องเรียนต่างๆ มาใช้ประโยชน์ เพื่อการปรับปรุงคุณภาพของการบริการเป็นสิ่งที่ควรกระทำ และช่วยให้งานพยาบาลผู้ป่วยดีขึ้น ควรใช้ร้องเรียนเป็นโอกาสของการพัฒนา ส่วนการเปลี่ยนแปลงตนเองโดยการระวังคำพูด เมื่อเกิดการร้องเรียน พฤติกรรมบริการพยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการมีการเปลี่ยนแปลงโดยการระวังคำพูด จะเลือกอธิบายเมื่อผู้ป่วยหรือญาติมีความพร้อมที่จะรับฟัง นอกจากนั้นแล้วพยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนยังเพิ่มเติมอีกว่าการปรับปรุงคำพูดโดยการพูดจาให้ไพเราะ ปรับสีหน้าให้ยิ้มแย้มมากขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างหนึ่งที่พบ การที่พยาบาลมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย จะช่วยให้สามารถประเมินปัญหาและเข้าถึงผู้ป่วย ด้วยการแสดงออกทางสีหน้า การยิ้มแย้ม การพูดจาไพเราะ (Richins, 2002) การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานเห็นความสำคัญของการแจ้งข้อมูลต่างๆ ให้ทราบ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

ต้องมีการตรวจสอบว่าได้ปฏิบัติตามมาตรฐานหรือไม่ ซึ่งมาตรฐานการพยาบาลนั้นต้องมีความเที่ยงตรงชัดเจน เพื่อให้นำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตรงกันและต้องแสดงถึงคุณภาพทั้งด้านโครงสร้างการบริการ ด้านกระบวนการให้บริการพยาบาลและด้านผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับ ผู้รับบริการ (Mason, 1984)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เน้นการป้องกันการเกิดการร้องเรียนพฤติกรรมบริการ โดยการนำผลการค้นพบที่ได้ (ข้อ 5) นำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาพฤติกรรมบริการให้กับพยาบาลวิชาชีพ
2. ในโรงพยาบาลควรมีการตั้งคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนโดยพิจารณาบุคคลที่มีความเหมาะสม และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ขั้นตอนในการพิจารณาข้อร้องเรียนเพื่อให้พยาบาลผู้ที่ถูกร้องเรียนรู้สึกว่าได้รับความเป็นธรรม
3. ในแต่ละโรงพยาบาลควรมีพยาบาลผู้ใกล้ชิดในแต่ละหอผู้ป่วย เพื่อดำเนินการพิจารณาใกล้ชิดเบื้องต้นเมื่อพบว่าผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยา อารมณ์ไม่พึงพอใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติบรรเทาความโกรธหรือเข้าใจในการบริการที่ได้รับก่อนที่จะเกิดการร้องเรียนตามมา
4. ควรมีการกำหนดวิธีการให้การดูแลช่วยเหลือหรือเยียวยาทางด้านจิตใจกับพยาบาลที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการในการที่อยู่ในขั้นตอนการไต่สวนหรือพิจารณาข้อร้องเรียนจากคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนโดยเฉพาะควรนำเพื่อนร่วมงานซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญทางด้านจิตใจที่จะช่วยเหลือให้พยาบาลมีความรู้สึกที่ดี ลดความเครียดความกังวล และสามารถใช้ชีวิตในการทำงานต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยหรือญาติในการร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ
2. ศึกษาประสบการณ์การฟ้องร้องเป็นคดีความด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ผิดพลาด
3. ศึกษาประสบการณ์การฟ้องร้องเป็นคดีความด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ผิดพลาดในโรงพยาบาลเอกชน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัตัญชลี นาคชุ่ม. (2546). การวิเคราะห์ตัวประกอบคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ป่วย
แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สาธิตานนสุข, กระจ่าง, กรมควบคุมโรค. (2549). แนวทางปฏิบัติการให้บริการอาชีวอนามัยและสิ่ง
แวดล้อมสำหรับสถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล
ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานอนามัย. (อค์สำเนา)
- เกศริน จันทน์นิมิตรศรี. (2546). ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมฝึกพฤติกรรมบริการพยาบาลต่อความ
พึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ หน่วยพักรอดูอาการผู้ป่วยนอก วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการพัฒนาพฤติกรรมบริการ โรงพยาบาลศูนย์ (2554). สถิติการร้องเรียนพฤติกรรม
บริการของผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์. (อค์สำเนา)
- จันทร์พร จันทร์สิน (2551). แนวทางการใกล้เคียงข้อร้องเรียนโรงพยาบาลรัฐในจังหวัด
สมุทรปราการ กรณีร้องเรียนด้านการรักษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,
คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ (2548). จริยธรรมในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลหน่วยที่ 8. ใน.
คณะกรรมการกลุ่มปรับปรุงชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล. เอกสารการสอนชุด
วิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล หน่วยที่ 1-8. นนทบุรี : โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- จอนพะจง เฟื่องจาด. (2546). ระเบียบวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสารพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 1-10.
- จอนพะจง เฟื่องจาด. (2548). ระเบียบวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ. วารสารพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 17 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 10-20.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : สหประชาพานิชย์.

เชิดชู อริยศรีวัฒนา (2553). สถิติการแพทย์ไทยที่น่าสนใจ. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา :

<http://www.thaihospital.org/hboard/index.php?action=printpage;topic=382>0

[30 พฤศจิกายน 2553]

ชาย โพธิ์สิตา. (2549). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง

ชำนาญ ภู่อี่ยม (2537). การสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ.

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. (อัครา นานา)

ชวนพิศ คชรักษ์. (2547). ประสิทธิภาพการสื่อสารของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาเทคนิคการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้.

ฉกัญญา สุวรรณมณี. (2548). เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปที่ผ่านการรับรองคุณภาพและที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ถนอม จันทกุล. (2544). พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ทิพาภรณ์ โพธิ์ ถวิล และจตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร (2551). กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

นกุลยา ส่งสวัสดิ์ (2544). ความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป คณะรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

นวรรตน์ สุวรรณผ่อง, อรณัฐ ภาชนะ, นพพร โทวธีระกุล, นุชบา สงวนประสิทธิ์ และ

ปานัน พิษขยัญญู. (2550). การสื่อสารและพฤติกรรมบริการ : ข้อยึดแย้งภายใต้นโยบาย

30 บาท. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

นวลลักษณ์ บุญจง (2541). ตัวประกอบคุณภาพบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรุงเทพพญา

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

- นิตยา ชูโต. (2548). **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร : พรินต์โพร.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). **การบริหารทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร :
ประชุมการช่าง.
- น้ำฝน โคมกลาง(2550). **บทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2551-2560)**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บุปผา แสงศิริวุฒิ. (2551). **ปัจจัยพยากรณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**
- บรรพต ต้นธีรวงศ์. (2550). **ทฤษฎีความขัดแย้ง**. มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. (อค์สำเนา).
- ปณิตพร พงษ์อนันต์โยธิน. (2544). **การเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีบทบาททางเพศแตกต่างกัน** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปัจจุพร หรีงรอด. (2546). **ศึกษาพฤติกรรมบริการของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์(ฉบับที่2) พ.ศ. 2540, 2540.
พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528.
- พิกุลทิพย์ หงส์เหิร และประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล(2548). กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาล หน่วยที่ 12. ใน. คณะกรรมการกลุ่มปรับปรุงชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล. เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล หน่วยที่9-15. นนทบุรี :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- พิณทกาญจนา ชาญชัยกิตติสกุล. (2553). **ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการในงานผู้ป่วยนอก: โรงพยาบาลหัวเฉียว**. ค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยธนเรศวร.

- พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2548). องค์การวิชาชีพพยาบาลกับการพัฒนาวิชาชีพ หน่วยที่7. ใน.
คณะกรรมการกลุ่มปรับปรุงชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล. เอกสารการสอนชุด
วิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล หน่วยที่ 1-8. นนทบุรี : โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2552). พยาบาลกับการประกอบวิชาชีพที่อาจถูกฟ้องร้องได้
วารสารสภาการพยาบาล 24 (เมษายน-มิถุนายน): 11-13.
- พจนา ปิยะปกรณ. (2554). เอกสารประกอบการสอนวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายเรื่องจริยธรรม
และจรรยาบรรณ (ethics and code of ethics). วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา
(เอกสารอัด).
- พอเพ็ญ ไกรนรา. (2545). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะความสัมพันธ์ระหว่าง
พยาบาลกับผู้ใช้บริการสำหรับนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต, สาขา
การอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ไพเราะ คลองนาง. (2543). คุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วย
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหาร
การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2542). สาระการบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร:
สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2546). ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร:
สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2551). ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่5.
กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- มณฑา ลิ้มทองกุล (2539). การบันทึกทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: หน่วยบริการการศึกษา ภาควิชา
พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรณู สอนเครือ. (2552). แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่9. นนทบุรี:
ยุคทรินทร์.
- เรวดี ภูมิภักติก. (2545). ความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางพลี
จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- รัชณี อยู่ศิริ. (2551). การบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พิทักษ์

- รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์(2553). ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
http://dspace.hsri.or.th/dspace/bitstream/123456789/470/1/KSD_Complaint+_เอกสาร+2.5_.pdf [19 ธันวาคม 2553]
- ละเอียด แจ่มจันทร์ และ สุรี ชันชรัถกวงศ์ (2549). **สารบททบทวนกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่3.** กรุงเทพมหานคร: จุฑาทอง.
- วิพุธ พูลเจริญ, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543). **คู่มือการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่1.** กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- วิโรจน์ ไหววานิชกิจ. (2552). **การจัดการด้านการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพในหน่วยงานด้านการวินิจฉัย.** กรุงเทพมหานคร: วิ.พรีนท์(1991).
- วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชณา ณ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์ (2547). **ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ.** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.). (อัคราณา)
- วิลาวัลย์ สุวรรณเจริญพร (2550). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการลดข้อร้องเรียนในการไปใช้บริการทางการแพทย์ : ศึกษากรณีสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่7. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**
- วินัย ตันติยาสวัสดิกุล (2552). **การฟ้องร้องในโรงพยาบาลศรีนครินทร์.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา :
[http://home.kku.ac.th/acamed/Meeting/25-03-52-3\).pdf](http://home.kku.ac.th/acamed/Meeting/25-03-52-3).pdf) [10 พฤศจิกายน 2553]
- วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2553). **ประเด็นและแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่1.** กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.
- วีณา มิ่งเมือง. (2540). **ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่3 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วันรพี สมณช้างเผือก (2553). **มาตรา 41 กระบวนการ “เยียวยา” คนไข้ลดการฟ้องร้องแพทย์.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา :
<http://www.naphoradio.com/News2010/SK2010/Sep2010/M41.pdf> [6 เมษายน 2554]
- ศิริพร จิรวัดน์กุล (2547). **การพยาบาลกับความต่างทางวัฒนธรรม วารสารพยาบาลศาสตร์** 16 (มกราคม-มีนาคม): 2-6.

- ศิริพร จิรวัดน์กุล (2552). การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร: วิทยาพัฒน์.
- ศิริพร บุญชาติ. (2553). **ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้วัดใหญ่
สายพันธุ์ใหม่ 2009**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริมา ทองดี. (2549). **ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมต่อความสามารถใน
การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริอร สิ้นธุ. (2542). **ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัวของอาจารย์**. คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล. (อัคราเน)
- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ (2550). **พจนานุกรมศัพท์การวิจัยและสถิติ**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สภาการพยาบาล, อนุกรรมการจริยธรรม. (2545). **แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตาม
จรรยาบรรณวิชาชีพ**. นนทบุรี: ศิริยอดการพิมพ์.
- สภาการพยาบาล, อนุกรรมการจริยธรรม. (2554). **พฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล
และการผดุงครรภ์**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://110.164.68.234/nurse/files/ethics06.pdf>
[17 กรกฎาคม 2554]
- สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (2550). **ปฏิทินสาธารณสุข 2550**. กรุงเทพมหานคร:
สหประชาพานิชย์.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(พรพ). (2547). **Patient safety : Concept and
practice**. นนทบุรี: ดีไซร์.
- สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุขุ, ปรานทิพย์ อุจะรัตน์ และ ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ (2549). **ทักษะพื้นฐานทางการ
พยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.
- สุปาณี เสนาดิษฐ์ และ วรรณภา ประไพพานิช. (2551). **การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและ
การปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี.
- สุมาลี ตาลเดี่ยว (2548). **พฤติกรรมบริการที่คาดหวังและที่ได้รับตามสิทธิของผู้ป่วย หอผู้ป่วย
พิเศษ โรงพยาบาลทั่วไป เขต 9**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- สุพัตรา จิตตเสถียร. (2550). การศึกษาการจัดการความขัดแย้งในสถานพยาบาลของรัฐระดับ
จังหวัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต, คณะรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัย
รามคำแหง
- สุพัตรา มะปรางหวาน. (2546). อนาคตภาพองค์การพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนในช่วงพุทธศักราช
2550-2554. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. บรรณาธิการ. (2548). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพฯ :
องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- สุวรรณ ศรีจันทร์อาภา. (2548). ระบบบริหารจัดการทางการพยาบาล หน่วยที่ 4. ใน. คณะกรรมการ
กลุ่มปรับปรุงชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล. เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์
วิชาชีพการพยาบาล หน่วยที่ 1-8. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2546). กฎหมายและข้อควรระวังของแพทย์ พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร : วิทยุชน.
- สำนักการพยาบาล. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน
พ.ศ. 2550. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/hospital50.pdf>
[30 พฤศจิกายน 2553]
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองการพยาบาล. (2539). บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ
ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองการพยาบาล. (2542). มาตรฐานการพยาบาลใน
โรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองการพยาบาล. (2544). การประกันคุณภาพใน
โรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองโรงพยาบาลภูมิภาค. (2542). แนวคิดทางการปฏิบัติงาน
กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการ โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป.
ขอนแก่น: เพ็ญพรินต์ติ้ง

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช). (2552). รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2552. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช). (2553). ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2552. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: วิ. พรินดี้ง
- สมจิต หนูเจริญกุล และศรีนวล โอสธเสถียร. (2548). การปฏิบัติการพยาบาล หน่วยที่ 4. ใน คณะกรรมการกลุ่มปรับปรุงชุดวิชาฯ โนมติและกระบวนการพยาบาล. เอกสารการสอนชุดวิชา โนมติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-6. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- สมทรง จุไรทัศน์ย์. (2549). พยาบาลกับการเสริมสร้างสุขภาพในโรงพยาบาลตติยภูมิ เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาลประจำปี 2549 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (อัดสำเนา)
- สมศิริ สายภัทรานุสรณ์. (2545). ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่สร้างความประทับใจต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมฤดี พุ่มท่าอิฐ. (2544). การปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย ศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์ (2547). จริยธรรมคุณภาพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ยูนิตี้ แอนด์โปรเกรสโซลูชั่น
- อัญชญา ณ ระนอง. (2547). พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพ ความคาดหวัง และผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากมุมมองของประชาชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2550). การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: หจก. โรงพิมพ์ช้างเผือก

- อังคณา ธีญวัฒน์สวัสดิ์(2553). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- โรงพยาบาลศูนย์, กลุ่มการพยาบาล, (2553). **กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ(Job description)**. (อัดสำเนา)
- โรงพยาบาลศูนย์, กลุ่มการพยาบาล, (2553). **ระเบียบบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาล**. (อัดสำเนา)
- โอบธู วาริรักษ์. (2539). **สู่ความเป็นเลิศในบริการสุขภาพ**. (อัดสำเนา)

ภาษาอังกฤษ

- Aldwin, C.M. (2007). **Stress, coping, and development: and integrative perspective**. 2nd. New York: Guilford Press.
- Barry, P.D. (1989). **Psychosocial nursing assessment and intervention care of the physically ill person**. 2nd. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Barnard, C.I. (1968). **The functions of the executive**. Cambridge: Harvard University Press.
- Bassavanthappa, B.T. (2002). **Nursing administration**. 2nd. New Delhi: Jaypee.
- Baumeister, F., Faber, E., & Wallace, M. (1999). Coping and ego depletion: Recovery after the coping processing. In C.R. Synder (Ed.). **Coping**. New York: Oxford University Press.
- Booyens, S.W. (1998). **Dimensions of nursing management**. 2nd. Lansdowne: Juta..
- Burton, R., and Ormrod, G. (2011). **Nursing : Transition to professional practice**. London: Oxford University Press.
- Clark, C.C. (2009). **Creative nursing leadership &management** . Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Chitty, K.K. (2005). **Professional nursing: concepts and challenges**. 4th ed. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Cooper, C.L and Cartwright, S. (1996). Coping in occupational setting. **Handbook of coping: theory, research, application**. In M. Zeidner and N.S. Endler (Eds). New York: John Wiley & Sons.

- Curry, R. (2011). **Service standards and behavior guidelines**. [online].
Available from: http://www.oconnorhospital.org/careers/Documents/OCH_BehaviorStandards.pdf [2011, May 25]
- Gadamer, H.G. (1976). **Philosophical hermeneutics**. (D.E.ling, Trans & Ed.). Los Angeles: University of California Press.
- Guba, E.G., and Lincoln, Y.S. (1985). **Naturalistic inquiry**. California: SAGE.
- Holloway, I., and Wheeler, S. (1996). **Qualitative research for nurses**. Malden: Blackwell Science.
- Huges, L. (1990). Assessing organization culture: Strategies for the external consult. **Nursing Forum** 25(1): 15-19.
- Ignatavicius, D.D., and Workman, M.L. (2010). **Medical-surgical nursing: patient-centered collaborative care**. 6th ed. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Insurance Commission of Western Australia. (2011). **How to make a complaint**. [online].
Available from: http://www.icwa.wa.gov.au/publications/icwa/icwa_complaints.pdf [2011, April 1]
- Ivancevich, J.M. and Matteson, M.T. (1990). **Organizational behavior and management**. 2nd ed. Boston: Donnelley & Sons.
- Juethong, W. (1998). **Thai baccalaureate nursing students' caring and uncaring lived experiences with thai nursing instructors**. Doctoral dissertation. Department of Philosophy in Nursing, Graduate School, George Mason University .
- Frederickson, K. (2003). **Opportunities in nursing careers**. Chicago: McGraw-Hill.
- Lazarus, R .S., and Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L A Pervin and M Lewis (Eds). (1978). **Perspectives in interactional psychology**. New York: Plenum.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping**. New York: Sprinder.
- Leebov, L.W., Scott, G., and Olson, L. (1998). **Achieving impressive customer service : 7 strategies for health care manager**. Chicago: Josey Bass.
- Leebov, L. (2003). **Resolving complaints for professionals in health care**. Newjersey: iUnivers.

- Leininger, M.M. (1984). **Caring : the essence of nursing and health**. New Jersey:
Charles B Slack.
- Leonard, V.W. (1989). A Heideggerian phenomenologic perspective on the concept of person.
Advances in nursing science 11: 40-45.
- LoBiondo-Wood, G., and Haber, J. (2010). **Nursing research: methods and critical appraisal
for evidence-based practice**. 7th ed. St. Louise: Mosby Elsevier.
- Loveridge, C.E., and Cummings, S.H. (1996). **Nursing management in the new paradigm**.
Gaithersburg: Aspen.
- Lyon, B.L. (2000). Stress, coping and health: a conceptual overview. **Handbook of stress,
coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice**. In V.H.
Rice (Ed). California: Sage Publications.
- MacDonald, J. B. (2009). **The experience of registered nurses involved in malpractice
litigation**. Master's Thesis. Department of Nursing, Graduate School, Dalhousie
University.
- Manzano, M. W., and Bufe, M.G. (2010). The management of nursing service. **Health care
administration: Managing organized delivery systems**. In L.F. Wolper (Ed). 5th ed.
Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Masters, K. (2005). **Role development in professional nursing practice**. Massachusetts:
Jones and Bartlett.
- Mason, E.J. (1984). **How to write meaningful nursing standards**. New York:
John Wiley & Sons.
- McHale, J., and Tingle, J. (2001). **Law and nursing**. 2nd ed . Oxford: Butterworth Heinemann.
- Merriam, S.B. (2009). **Qualitative research a guide to design and implementation**.
San Francisco: John Willey & Sons.
- Miltenberger, R.G. (2008). **Behavior modification : Principles and procedures**. 4thed. Pacific
Grove: Thomson Wadsworth.
- Nelson, S., and Gordon, S. (2006). **The complexities of care : Nursing reconsidered** . New
York: ILR Press.
- Neuman, B. (2002). **The Neuman systems model**. 4th ed. Newjersey: Pearson Education.

- Norman, S.E., Laura, J.S., & James, D.A. (1998). Coping with health problems developing a reliable and valid multidimensional measure. **Psychological**. 10(3): 195-205.
- Osborne, L. (2004). **Resolving patient complaints: A step-by-step guide to effective service recovery**. 2nd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Parasuraman, A., Zeithmal, V.A., & Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing (Fall)**: 41-50.
- Peterson, K. (1988). **The strategic approach to quality service in health care**. Rockville: Aspent.
- Platt, A.W. (2008). **Conciliation in healthcare: Managing and resolving complaints and conflict**. Oxford: Radcliffe.
- Reiss, J.P. (2005). **Patient perceptions of quality of nursing care as evidenced by nurse caring behaviors**. Doctoral dissertation. Department of Philosophy program in nursing, graduate school, Loyola University Chicago.
- Richins, S .M. (2002). Customer service for step down patients. **Journal of nursing administration** 32: 558-560.
- Rosch, P.J. (1958). **Growth and development of the stress concept and its significance in clinical medicine**. In: Gardinner-Hill H, ed. Modern trends in endocrinology. London: Butterworth.
- Rowland, H.S., and Rowland, B.I. (1997). **Nursing administration handbook**. 4th. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Rue, L.W., and Byarg, L.L. (2003). **Management skill and application**. 10th. New York, : McGraw-Hill.
- Rumbold, G. (1999). **Ethics in nursing practice**. 3rd ed. London: Bailliere Tindall.
- Schemerhorn, J.R. (1996). **Managing organization**. Singapore: John Wiley & Sones.
- Streubert, H.J., and Carpenter. (2003). **Qualitative research for nurse: Advancing the humanistic imperative**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Streubert, H.J., and Carpenter. (2007). **Qualitative research for nurse: Advancing the humanistic imperative**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Symon, A. (2000). Litigation and change in professional behavior: A qualitative appraisal.

Midwifery 16: 15-21.

Synder, C.R., & Dinoff, B.L. (1999). Coping:where have you been. **Coping**. New York: Oxford.

Tomey, M.A. (2004). **Guide to nursing management and leadership**. 7th ed. St Louis: Mosby.

Tuttle, B .S. (1997). **Patient perceptions of nurse behaviors as indicators of caring**.

Master's Thesis. Department of Science in Nursing, Graduate School, Kirkhof School of Nursing.

Walker, M.G. (1992). **The impact of the quality of nursing care on the severity of negative patient outcomes in malpractice cases in Texas**. Doctoral dissertation. Department of Education, Graduate School, University of Houston-University Park.

Weber, J., & Kelly, J. (2010). **Health assessment in nursing**. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Wojciechowski, E .C. (2005). **The lived experience of nurses who were participants in malpractice litigation**. Master's Thesis. Department of Science, Graduate School, D'Youville College.

Wright, V. (2005). **Nurses behavior perceived by patient as predictors of satisfaction with care**. Master's Thesis. Department of Science in Nursing, Graduate School, Wilmington College.

Yoder-Wise, P .S. (2007). **Leading and managing in nursing**. 4th ed. St. Louis: Mosby Elsevier.

Young, A.P., & Cooke, M. (2002). **Managing and implementing decisions in health care**. London: Harcourt.

ภาคผนวก ค

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลกำหนดจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัยเป็นแนวคำถามกว้างๆ ซึ่งสามารถปรับได้ตามสถานการณ์หรือข้อมูลในการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูล ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กำหนดไว้ดังนี้

1. การเริ่มต้นสนทนา

- 1.1 แนะนำตัวผู้วิจัย บอกวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ
- 1.2 พுகุยซักถามถึงการทำงานทั่วไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล
- 1.3 ขออนุญาตบันทึกเทปคำให้สัมภาษณ์
- 1.4 เซ็นใบยินยอมในการวิจัย

2. ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

เริ่มต้นการสัมภาษณ์เรื่องต่างๆ ไปของผู้ให้ข้อมูล เช่น อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในบริบทโรงพยาบาลที่ศึกษา เช่น

ตอนนี้ ท่านอายุเท่าไร ทำงานมากี่ปี การศึกษาอยู่ในระดับใด ท่านทำงานที่นี่มาตั้งแต่เมื่อไหร่ ลักษณะงานที่ท่านทำเป็นอย่างไรบ้าง

3. คำถามที่ใช้ในการวิจัย

- 3.1 สอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น ท่านอายุเท่าไร มีประสบการณ์ในการทำงานกี่ปี อยู่ในตำแหน่งใด ลักษณะงานที่ท่านทำเป็นอย่างไร เป็นต้น
 - 3.1 เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการร้องเรียนพฤติกรรมบริการเป็นอย่างไร เพราะอะไรจึงเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นมานานเท่าไร
 - 3.2 ขณะเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว ท่านรู้สึกอย่างไร เพราะอะไรจึงรู้สึกเช่นนั้น แล้วท่านทำอย่างไร
 - 3.3 ขณะที่เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวมีผู้เข้ามาเกี่ยวข้องบ้างหรือไม่ อย่างไร
 - 3.4 หลังเหตุการณ์ดังกล่าว ท่านรู้สึกอย่างไร
 - 3.5 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลต่อการปฏิบัติทำงานหรือไม่ อย่างไร
 - 3.6 หลังเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวแล้ว ท่านรู้สึกว่าเปลี่ยนแปลงในชีวิตหรือไม่
 - 3.7 ท่านคิดว่าจะมีแนวทางในการป้องกันการถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการได้อย่างไร

4. ขั้นตอนการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติมมีแนวคำถามดังนี้

- 4.1 ในเรื่องที่ได้พูดคุยในวันนี้ ท่านต้องการที่จะพูดในประเด็นไหนเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร
- 4.2 หากท่านมีข้อสงสัย หรือมีประเด็นใดที่ต้องการซักถามผู้วิจัยหรือไม่ อย่างไร
- 4.3 ผู้วิจัยได้กล่าวสรุปประเด็นที่สนทนาในแต่ละครั้ง และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป



งานแผนงาน วารสาร วิจัย และวิเคราะห์ต้นทุน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
 ๔๓ ถนนอรุณอมรินทร์ ตำบลปากน้ำโพ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์
 โทรศัพท์ ๐๕๖-๒๑๙๘๘๘ ต่อ ๒๖๐๔ โทรสาร ๐๕๖-๒๑๙๘๘๙

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

เลขที่ ๖ / ๒๕๕๔

ชื่อโครงการวิจัย : ประสบการณ์การเผชิญปัญหาพฤติกรรมบริการในวิชาชีพพยาบาล
 ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวบุษบา จันทาทอง
 หน่วยงานที่สังกัด : โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
 คณะกรรมการฯ ได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้วในประเด็นเกี่ยวกับ

- ๑) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- ๒) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งกา
 ปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง
- ๓) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมีมติเห็นชอบ รับรองโครงการวิจัย

วันที่ ที่ให้การรับรอง ...๓!..... กรกฎาคม ๒๕๕๔

ลงนาม.....

(แพทย์หญิงชนัญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม.....

(นายแพทย์ศักดิ์ชัย นิลวัชรารัง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

รายงานการพิจารณา
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

รายนามผู้พิจารณา

๑. พญ. มณฑกานต์	โอประเสริฐสวัสดิ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๒. นาง อำไพ	ทองแบน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๓. ภญ. วนิตา	นิมิตรพรชัย	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔. น.ส. ฉันทนพร	กลั่นเกลา	นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการ

เรื่องเพื่อพิจารณา

การพิจารณาโครงการวิจัย : จำนวน ๑ โครงการ

โครงการที่ ๑ : ประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาพฤติกรรมบริการในวิชาชีพพยาบาล

การพิจารณาทบทวน

๑. เหตุผลที่ต้องวิจัยในคน

เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ชัดเจน เหมาะสม เป็นไปได้

วิธีการวิจัย

ชัดเจน เหมาะสม สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้

ผู้วิจัย

มีความรู้ ความสามารถพอเพียง เหมาะสม

การดำเนินการเกี่ยวกับอาสาสมัคร

๑.๑ จำนวนอาสาสมัคร

เหมาะสม

๑.๒ เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

เหมาะสม

๑.๓ เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

เหมาะสม

๑.๔ เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

เหมาะสม

๑.๕ การคุ้มครองความปลอดภัย

เหมาะสม

๑.๖ การดูแลอาสาสมัครที่อ่อนด้อย (vulnerable persons)

เหมาะสม

๑.๗ การตอบแทน ขดเชย แก่อาสาสมัคร

- เหมาะสม
- ๑.๘ คำอธิบายแก่อาสาสมัคร
- เหมาะสม
- ๑.๙ ใบยินยอม
- เหมาะสม
- ๑.๑๐ ขั้นตอนและวิธีการขอความยินยอม
- เหมาะสม

๒. ข้อเสนอแนะอื่น

- ควรปรับปรุง ดังนี้

การระบุนพื้นที่ในการศึกษา ควรระบุเพียงโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในเขตจังหวัดภาคเหนือ ไม่ควรระบุจำนวนเตียง เพราะทำให้สับสนถึงชื่อโรงพยาบาลได้ ซึ่งจะไม่เหมาะสมต่ออาสาสมัครที่ให้ข้อมูล (โรงพยาบาลศูนย์ กำหนดไว้แล้วว่า มีเตียง ๕๐๐-๖๐๐ เตียง)

๓. สรุปความเห็น สมควร

- อนุมัติ
- ปรับปรุงแก้ไข เพื่ออนุมัติ
- ปรับปรุงแก้ไขและนำเข้าพิจารณาใหม่
- เลื่อนการพิจารณา
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

จากการทบทวนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะทางจริยธรรมของกรรมการแล้วได้ข้อสรุปดังนี้

โครงการที่ ๑ : ประสพการณ์การเผชิญปัญหาพฤติกรรมบริการในวิชาชีพพยาบาล
มติกรรมการ : รับรองโครงการวิจัย

M. S. S.

นางสาวณัฏฐพร กลิ่นเกล้า
ผู้บันทึกการพิจารณา

Phu

พญ.ชัญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ประสพการณ์การดูแลร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวบุษบา จันดาทอง นิสิตสาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลการติดต่อ โทรศัพท์ที่บ้าน056-274069 โทรศัพท์เคลื่อนที่081-2469830

E-mail: busaba35@hotmail.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมที่ให้กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้ เป็นการศึกษาประสพการณ์การดูแลร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ
2. วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความหมายและประสพการณ์การดูแลร้องเรียนพฤติกรรมบริการจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ
3. ลักษณะโครงการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ครั้งละ 45-60 นาที เกี่ยวกับประสพการณ์การดูแลร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ จำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้
4. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และในกรณีที่มีปัญหาให้ติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวบุษบา จันดาทอง ได้ตลอดเวลา หมายเลขโทรศัพท์081-2469830 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
5. ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกขณะ เมื่อท่านรู้สึกไม่สะดวก
6. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ และไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆ
7. ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับจากท่าน ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น เทปบันทึกการสัมภาษณ์จะถูกทำลายทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัย
8. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้นที่4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์0-2218-8147

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวบุษบา จันดาทอง เกิดเมื่อวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2525 ภูมิลำเนา จังหวัดนครสวรรค์ สำเร็จการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2548 ประสบการณ์ด้านวิชาชีพ ปี พ.ศ.2548-ปัจจุบัน ปฏิบัติงาน ตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติการ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์