

ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัด
ชายแดนภาคใต้



นางสาวสุรัสวดี ไมตรีกุล

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

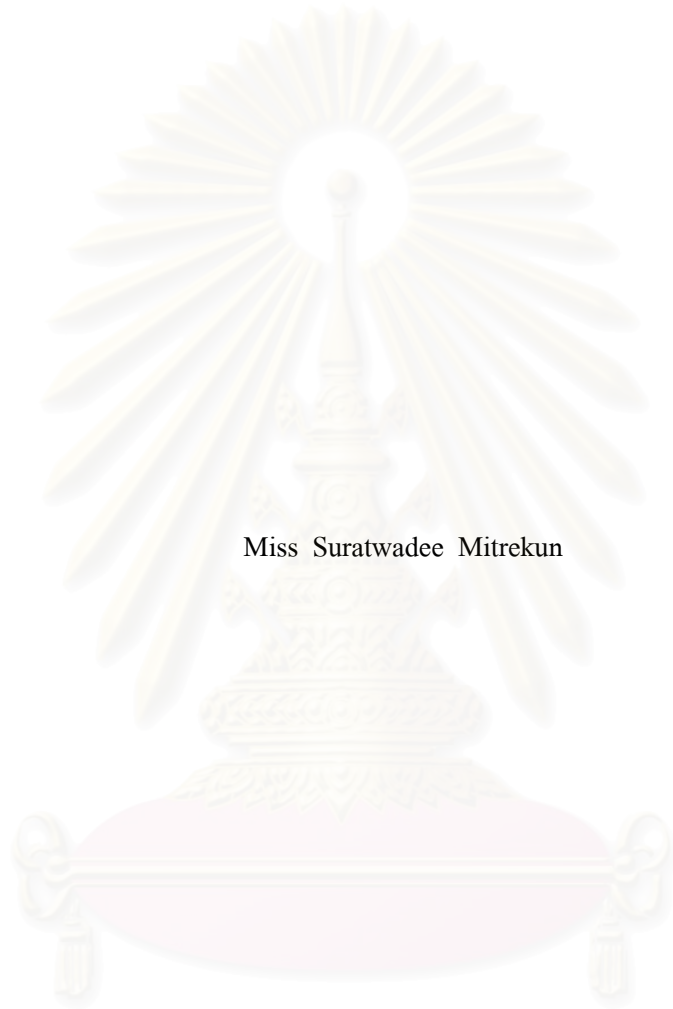
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

WORKING EXPERIENCES OF PROFESSIONAL NURSES UNDER VIOLENT SITUATION
IN SOUTHERN BORDER PROVINCE



Miss Suratwadee Mitrekun

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 2007

Copyright of Chulalongkorn University

สุรัสวดี ไมตรีกุล : ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (WORKING EXPERIENCES OF PROFESSIONAL NURSES UNDER VIOLENT SITUATION IN SOUTHERN BORDER PROVINCE)

อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร.สุชาดา รัชชกุล, 180 หน้า.

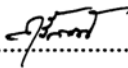
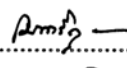
การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจบริบทและประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ยะลาซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ให้ข้อมูล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา 2 ปี ขึ้นไป จำนวน 16 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความและวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษามีดังนี้

ภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ทำให้พยาบาลวิชาชีพมองการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์นี้ว่าเปรียบเสมือนอยู่ในภาวะสงคราม บรรยากาศการอยู่ร่วมกันของผู้คนเป็นไปอย่างไร้ความสุขและเต็มไปด้วยความสับสน โดยเฉพาะการใช้ชีวิตประจำวันอยู่ในความหวาดกลัวรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและต้องระมัดระวังตัวตลอดเวลา ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีแต่ปัญหาการบาดเจ็บและล้มตายของครอบครัวจากการถูกระเบิด ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาลจึงเครียดมากขึ้นเพราะการที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยกับชีวิตทำให้รู้สึกเครียดทั้งงานและเครียดกับความปลอดภัยในชีวิต ซึ่งพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองเพื่อให้สามารถทำงานได้ต่อไปรวมทั้งต้องหาวิธีการจัดการกับความเครียด ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการหันเหความสนใจและปรับตัวโดยการยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ

สำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยแบ่งเป็นการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ปกติ ด้านการให้บริการพยาบาล ด้านการบริหาร และด้านวิชาการที่ต้องปฏิบัติตามเดิม ส่วนบทบาทหน้าที่ใหม่ที่เพิ่มขึ้นคือการปฏิบัติช่วยเหลือในอุบัติเหตุหมู่ คำแนะนำด้านสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้คำแนะนำในการมาโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย สำหรับการปฏิบัติงานที่ลดน้อยลงคือการบริการส่งเสริมสุขภาพ งานฟื้นฟูสุขภาพทำได้ยากขึ้นและการเยี่ยมบ้านต้องหยุดชะงักลง งานบริการการส่งต่อผู้ป่วยที่รูปแบบการบริการเปลี่ยนไปโดยเฉพาะงานรับผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุดำเนินการน้อยลงเนื่องจากเกรงความไม่ปลอดภัย สำหรับเหตุผลที่ทำให้พยาบาลสามารถคงอยู่ปฏิบัติงานท่ามกลางความไม่ปลอดภัยคือ 1) ได้รับความไว้วางใจจากหน่วยราชการ 2) ความรักและความผูกพันที่มีต่อถิ่นเกิด 3) รู้สึกภาคภูมิใจในวิชาชีพพยาบาลที่สามารถเป็นที่พึ่งให้กับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ

ผลการศึกษาที่ได้แม้พยาบาลวิชาชีพจะยังคงปฏิบัติงานท่ามกลางความไม่ปลอดภัยต่อไปได้แต่ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการกำหนดนโยบายเชิงรุกเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และต้องหาวิธีการต่างๆ ในการสนับสนุนและส่งเสริมขวัญและกำลังใจตลอดจนหามาตรการสร้างความปลอดภัยในชีวิตพยาบาลด้วย

สาขาวิชา ...การบริหารการพยาบาล.....ลายมือชื่อนิสิต.....  

ปีการศึกษา...2550..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก... 

4977625036 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD: WORKING EXPERIENCES / PROFESSIONAL NURSES / VIOLENT SITUATION /SOUTHERN BORDER PROVINCES

SURATWADEE MITREKUN : WORKING EXPERIENCES OF PROFESSIONAL NURSES UNDER VIOLENT SITUATION IN SOUTHERN BORDER PROVINCE.

THESIS PRINCIPAL ADVISOR : ASST.PROF.SUCHADA RATCHUKUL, Ed.D., 180 pp.

The purpose of this study was to understand working context and experiences of professional nurses under the violent situations in the southern border province of Thailand. A phenomenology was applied as a qualitative methodology of this study. The study was conducted at the tertiary Yala hospital. The sixteen participants were registered nurses working in the hospital at least 2 years. Data were collected by in-depth interviews and analyzed by content analysis.

The results of the study found that amidst violence situations, the nurses viewed the situations as they were living in the war. Their lifestyles were changed, they always felt confused, unhappy, and insecure because a bomb was exploded at the living area. The nurses were more stressful in working and concerned about their safety. They had to change their lifestyles in order to continue working. They reduced their stress by not paying attention and used the religion to support their mind.

Changing roles of nurses included services, administrations and academic aspects. Their new roles of mass casualty rescue and role of suggesting people to come to the hospital safely were increasing. The decreasing role was health promotion. Rehabilitation role was difficult to implement. Home visit was interrupted. In addition, Referral service role was changing in terms of reducing the numbers of picking up the patients on the scene care.

The reasons of retaining in their job included governmental support, native land engagement, and pride in their nursing profession that could rescue injured patients. This study suggested that although the nurses were still working in the area, senior administrators of Ministry of Public Health should be proactive in the policy of resolving nurse insufficient problems in the southern border area, support their morale, and enhance their security measures.

Field of Study:Nursing Administration.....Student's Signature:.....*Suratwadee Mitrekun*
Academic Year:2007.....Principal Advisor's Signature:.....*Suchada Ratchukul*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาดูแล เอาใจใส่ ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอื้ออาทร ตลอดจนเป็นแรงกระตุ้นและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบคุณศาสตราจารย์ ดร. วิณา จิระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและจะจดจำไว้ในใจตลอดไป อีกทั้งขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการศึกษาสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์ในการวิจัยซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างสูงสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่กรุณาให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เสียสละเวลาเวลาเพื่อให้โอกาสผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ด้วยความเต็มใจยิ่ง ขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ให้คำแนะนำและให้กำลังใจเป็นอย่างดี ตลอดจนขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ ที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจอย่างดียิ่ง

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ชายผู้เป็นที่รัก พี่สาวและน้องสาวผู้คอยสนับสนุนและให้กำลังใจเสมอมาจนมีวันนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญภาพ	ฌ
สารบัญตาราง	ญ
บทที่	
1. บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
คำถามการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	9
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	14
การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ.....	18
ทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงาน.....	36
สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน.....	45
การวิจัยเชิงคุณภาพและการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	51
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	64
กรอบแนวคิดในการวิจัย	67
3. วิธีการดำเนินการวิจัย	70
พื้นที่ที่ศึกษา	70
ผู้ให้ข้อมูล	70
วิธีการศึกษา	71
การเก็บรวบรวมข้อมูล	73
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล	77

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	78
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	80
5. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย	143
สรุปผลการวิจัย	143
อภิปรายผลการวิจัย	147
ข้อเสนอแนะ	158
รายการอ้างอิง	160
ภาคผนวก	172
ภาคผนวก ก ตารางแสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูล.....	173
ภาคผนวก ข แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์	175
ภาคผนวก ค ประมวลคำศัพท์	177
ภาคผนวก ง แผนที่จังหวัดยะลา.....	179
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	180

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. แสดงผลกระทบต่อบุคลากรสาธารณสุข.....	13
2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของHusserl และ Heidegger.....	58



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. แสดงแผนผังโรงพยาบาล.....	81
2. แสดงแผนที่จังหวัดยะลา.....	179



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากกระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อชีวิตของผู้คนในโลกอย่างมากมายทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี การสื่อสารสมัยใหม่ การถ่ายทอดอารยธรรมและวัฒนธรรมที่ทันสมัยรุกเข้าไปทำลายอารยธรรมเดิม ทำให้ผู้คนจำนวนหนึ่งปฏิเสธความทันสมัยและเกิดปฏิกิริยา “การโต้ภาวะทันสมัย” (Counter-Modernization) เกิดขึ้น (ชัยวัฒน์ สถาอานันท์, 2539: 57) นอกจากนี้แล้วโลกาภิวัตน์ส่งผลกระทบต่อให้รัฐชาติอ่อนแอลง ประชากรโลกมีแนวโน้มคลายความเชื่อในรัฐชาติกลับมายึดสายสัมพันธ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความเหมือนกันทางภาษาหรือทางศาสนา ซึ่งพบได้ในประเทศที่มีกลุ่มชาติพันธุ์หลายกลุ่มภายในประเทศ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาความมั่นคงของประเทศในบริบทของความขัดแย้งระหว่างรัฐกับกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาจนำไปสู่ข้อเรียกร้องการปกครองตนเอง (ชิตชนก ราฮิมมูลา, 2548: 34) ซึ่งการต่อสู้เพื่อเรียกร้องสิทธิในการปกครองตนเองประสบความสำเร็จในหลายพื้นที่ทั่วโลก เช่น ทิโมร์ตะวันออก ปาเลสไตน์ ความสำเร็จในเรื่องนี้มีผลต่อการต่อสู้ในลักษณะเดียวกันและเป็นแรงบันดาลใจให้กลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ เริ่มมีปฏิกิริยาต่อรัฐบาลของตนเอง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกดังกล่าวก็มีอิทธิพลต่อสถานการณ์ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทยเช่นกัน กล่าวคือเกิดการก่อตัวของขบวนการแบ่งแยกดินแดนของชาวมลายูมุสลิม มีการเรียกร้องสิทธิในการปกครองตนเองโดยมีเป้าหมายจุดร่วมเดียวกันคือรักษาอัตลักษณ์เดิมของความเป็นมลายูมุสลิม (วินัย สมะมะฮุน, 2550) โดยเฉพาะการพัฒนาทางเทคโนโลยีระบบการสื่อสารอินเทอร์เน็ตทำให้การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ เป็นไปได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น ดังนั้นภาพการรุกรานของประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีต่ออัฟกานิสถานและอิรักหรือแม้แต่เหตุการณ์ที่เจ้าหน้าที่ไทยยิงถล่มกลุ่มผู้ก่อการร้ายในมัซยิดกรือเซะและการสลายกลุ่มผู้ชุมนุมที่ตากใบ นำไปสู่ความรุนแรงในรูปแบบของสงครามการก่อการร้ายในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ชิตชนก ราฮิมมูลา, 2548: 35-37) ซึ่งต่อเนื่องและทวีความรุนแรงจนถึงปัจจุบัน

สถานการณ์ความรุนแรงจากการก่อวินาศกรรมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่า เหตุการณ์รุนแรงเริ่มในวันที่ 4 มกราคม 2547 จากการปล้นปืนในฐานปฏิบัติการทักษิณพัฒนา กองพันพัฒนาที่ 4 ค่ายกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส โดย

กลุ่มคนร้ายได้อาวุธปืนไปเกือบ 400 กระบอก และมีการกระจายกำลังเผาโรงเรียน 19 แห่งใน 11 อำเภอของจังหวัดนราธิวาส โดยใช้เวลาปฏิบัติการเพียง 30 นาทีเท่านั้น (พลเดช ปิ่นประทีป, 2547: 34-38) จากเหตุการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการและความแตกต่างในการปฏิบัติการของกลุ่มคนร้ายที่ผิดไปจากเดิมกล่าวคือ ได้รับการฝึกฝนมาอย่างดี เป็นระบบ พร้อมเพรียง ปิดเป็นความลับ มีแนวร่วมขนาดใหญ่ และสร้างเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการฆ่ารายวันซึ่งเหยื่อความรุนแรงคือตำรวจ ทหาร ครู ประชาชนในพื้นที่และพระสงฆ์ โดยเฉพาะการทำร้ายพระสงฆ์ไม่เคยปรากฏมาก่อนในอดีตของประเทศ กล่าวได้ว่าความรุนแรงได้เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมาก ซึ่งความขัดแย้งได้ขยายวงกว้างออกไปกลายเป็นความขัดแย้งระหว่างประชาชนกับรัฐและประชาชนกับประชาชน โดยคนที่นับถือศาสนาต่างกันเริ่มไม่ไว้ใจซึ่งกันและกันเหมือนต้องการให้เกิดความขัดแย้งระหว่างศาสนา (ชิดชนก ราฮิมมูลา, 2548: 30) จากข้อมูลสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในจังหวัดนราธิวาส ปีตตานี ยะลา สงขลา เดือนมกราคม 2547 ถึงเดือนสิงหาคม 2549 เกิดสถานการณ์ 5,460 เหตุการณ์ เมื่อมองในรายละเอียด จังหวัดนราธิวาสมีสถิติความรุนแรงสูงสุดจำนวน 2,074 ครั้ง จังหวัดปัตตานี 1,656 ครั้ง และจังหวัดยะลา 1,412 ครั้ง ส่วนจังหวัดสงขลามีเหตุการณ์ประมาณ 318 ครั้ง มีผู้เสียชีวิตรวม 1,730 คน ผู้ได้รับบาดเจ็บ 2,513 คน รวมผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตประมาณ 4,243 คน (ศรีสมภพ จิตต์ภิรมย์ศรี, 2549) เหตุการณ์ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นทั้งในด้านความถี่และความรุนแรงและเมื่อพิจารณาจากลักษณะประเภทของเหตุรุนแรงส่วนใหญ่เป็นการยิงด้วยอาวุธปืน รองลงมาคือการลอบวางเพลิงและลอบวางระเบิด เป้าหมายของผู้ก่อการคือต้องการสร้างความรุนแรงและใช้ความรุนแรงเพื่อสะท้อนบางสิ่งบางอย่างซึ่งปัญหาการก่อเหตุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านความถี่และความรุนแรงทำให้ปัญหาในระดับท้องถิ่นกลายเป็นปัญหาความมั่นคงระดับชาติและเชื่อมโยงเป็นปัญหาระหว่างประเทศ (ชิดชนก ราฮิมมูลา, 2548: 31) เมื่อสถานการณ์เข้าสู่ภาวะวิกฤตเกินการควบคุมของเจ้าหน้าที่จนต้องมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2548 ซึ่งจากผลการสำรวจความเห็นของประชาชนต่อประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่าประชาชนมีความเห็นด้วยมากถึงร้อยละ 58.3 (ปิยะ กิจถาวร, 2548: ก)

เหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้เกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานกว่า 3 ปีเศษ อันเป็นผลมาจากการก่อการร้ายของกลุ่มบุคคลผู้ไม่หวังดีต่อประเทศชาติ โดยกระทำการต่างๆเพื่อให้เกิดความเสียหายทั้งชีวิตและทรัพย์สิน เช่น การทำร้ายเจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชนทั่วไป การเผาสถานที่ราชการ การวางระเบิดตามที่สาธารณะต่างๆ และมีการฆ่ารายวันซึ่งประชาชนเห็นว่าสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินในพื้นที่เลวร้ายลงและ

เลวร้ายลงมากถึงร้อยละ 55.7 (ปิยะ กิจถาวร, 2548: ก) ผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าวขยายวงกว้างในทุกกระบวน ทั้งด้านความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของบุคคลและครอบครัว ผลกระทบต่อเสถียรภาพทางเศรษฐกิจในทุกระดับ โดยเฉพาะในระดับพื้นที่และระดับภูมิภาค ที่ทำให้ระดับรายได้ทางการค้าและการท่องเที่ยวลดลง ผลกระทบต่อภาพลักษณ์ทางการเมืองต่อการแก้ไขปัญหา และผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ประการสำคัญคือผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขอย่างชัดเจนทั้งในระดับสถานีนอนมัย ระดับโรงพยาบาลและระดับประชาชน โดยในระดับสถานีนอนมัยได้มีการปรับเปลี่ยนการให้บริการสุขภาพอย่างมากโดยมีการเปลี่ยนการให้บริการจากการให้บริการสุขภาพโดยทั่วไปเป็นการให้บริการในภาวะวิกฤตโดยให้บริการผู้ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความรุนแรงแทนการให้บริการสุขภาพโดยปกติ และมีการปรับเปลี่ยนระยะเวลาของการให้บริการโดยลดช่วงเวลาในการให้บริการให้สั้นลง นอกจากนี้แล้วในระดับโรงพยาบาลก็มีการเปลี่ยนแปลงโดยการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ลดลงเนื่องจากความไม่ปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเข้าสู่ชุมชน ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงการให้บริการในเชิงรุกเป็นการตั้งรับทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคถี่ขึ้น เช่น การระบาดของโรคไข้เลือดออก และตามมาด้วยผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหอบหืดและกลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะเครียด เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (สมนึก ศิริสุวรรณ และคณะ, 2548) และการที่หน่วยงานสาธารณสุขระดับสถานีนอนมัยไม่สามารถให้บริการได้ทำให้มีการไหลของผู้ป่วยเข้ามารับบริการในระดับโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และมีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมีการส่งต่อ (refer case) มายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษา ทำให้โรงพยาบาลศูนย์ยะลาซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งเดียวในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ต้องมีภาระหน้าที่รองรับผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบนี้อย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลศูนย์ยะลาเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่จำนวนเตียงตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไปมีบทบาทหน้าที่ทั้งด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ ในส่วนของการบริการมีการจัดบริการให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ มีความหลากหลายทั้งในด้านการจัดบริการ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย การแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนรุนแรงจนถึงขั้นวิกฤต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และจากการปฏิรูประบบสุขภาพโรงพยาบาลของภาครัฐและเอกชนได้มีการปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการสุขภาพโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อให้สามารถอยู่รอดในยุคของการแข่งขัน โดยมีการตรวจสอบ ประเมิน พัฒนาและรับรอง

คุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลอันดับที่ 14 .ในปี 2545 (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2550) ทำให้มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในด้านการปฏิบัติงานและการพยาบาลที่มีคุณภาพ และด้วยควมมีศักยภาพในการรักษาของโรงพยาบาล ทำให้มีจำนวนผู้มารับบริการในการตรวจและรักษาเป็นจำนวนมาก พยาบาลวิชาชีพผู้ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีจำนวนมากที่สุดในโรงพยาบาลคือมีจำนวนมากถึงร้อยละ 78 ของบุคลากรทั้งหมด (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545: 3) จึงต้องทำงานหนักมากขึ้นด้วย

การปฏิบัติงานของพยาบาลตามปกติแล้วเป็นการให้บริการหรือดูแลสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะเจ็บป่วย ช่วยเหลือจัดการกับอาการผิดปกติของโรค ดูแลให้ความปลอดภัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล โดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2549) นอกจากนี้ยังต้องรับผิดชอบงานต่างๆที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าพยาบาลให้เป็นไปตามเป้าหมาย และสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาลจึงจัดได้ว่าเป็นงานที่ก่อให้เกิดความเครียดงานหนึ่ง (Yu, Mansfiek, Pac kard, Vicary and McCool, 1992; Wheeler and Riding, 1994; Michic and Johnston, 1996) ซึ่งการที่ต้องเผชิญกับการทำงานที่มากเกินไป ทำให้เกิดความความเหนื่อยหน่ายในงาน (สิริลักษณ์ สมพลกรัง, 2542 ; นงสภรณ์ สุทธิวงศ์, 2545)สำหรับความเครียดในการทำงานของพยาบาลเกิดจากปัจจัย 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านองค์กร ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Robbin, 2007) ซึ่งความเครียดจากการทำงานดังกล่าวแล้วเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์รุนแรงที่ไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งเป็นปัจจัยความเครียดด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน (Robbin, 2007) จึงทำให้บุคลากรในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความเครียดเพิ่มมากยิ่งขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากรายงานผลการศึกษาคำรวจภูธรจังหวัดปัตตานีพบว่ามีความต้องการย้ายออกนอกพื้นที่โดยให้เหตุผลว่าเกิดจากความเครียดจากการทำงานและบรรยากาศที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน (บัญญัติ ยงย่วนและเสกสิทธิ์ ปราบภูชื้อ, 2548)

จากบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงานดังกล่าวจึงทำให้พยาบาลในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต้องการย้ายออกนอกพื้นที่เป็นจำนวนมากในแต่ละปี โดยเฉพาะใน 3 ปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลศูนย์ยะลา มีพยาบาลแจ้งความจำนงต้องการย้ายออกนอกพื้นที่มากถึง 120 คน และยังมีแนวโน้มต้องการขอย้ายออกนอกพื้นที่มากขึ้น (ข้อมูลฝ่ายบุคลากร โรงพยาบาลยะลา,

2550) ซึ่งปัญหาการย้ายออกนอกพื้นที่ของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดชายแดนภาคใต้รวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์ยะลาไม่เพียงส่งผลต่อภาวะขาดแคลนพยาบาลในด้านอัตรากำลังเท่านั้น แต่กลายเป็นปัญหาการเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาลที่คงปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ตามปกติด้วย จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหลายบริบทแตกต่างกันออกไป เช่น การศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ในโรงพยาบาลทั่วไป (ธีรภัทร แสตนบุคดา, 2546) ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน (อัญญา พลดเปลื้อง, 2546) การศึกษาประสบการณ์การดูแลและการบริหารจัดการของพยาบาลขณะเกิดวิกฤตน้ำท่วมโรงพยาบาลหาดใหญ่ (จนิษฐา อรัญดร, อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์และไขแสง โปธิโกสม, 2548) และการศึกษาของต่างประเทศในเรื่องบทเรียนและคำแนะนำของพยาบาลที่ผ่านสงครามเวียดนาม (Elizabeth, 2005) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอิสลามในระยะวิกฤตของพยาบาลในซาอุดีอาระเบีย (Phil, 2006) แต่ยังไม่มีการศึกษาในบริบทการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มาก่อน จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจและต้องการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ ความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพที่ยังสามารถปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ในสภาพแวดล้อมที่ปราศจากความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

ดังนั้นการศึกษาด้านประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบพรรณนา (Descriptive Phenomenology) ซึ่งเป็นการค้นหาความจริงที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ตรงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในเชิงลึก จะช่วยทำให้เกิดความเข้าใจและรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิดของพยาบาลวิชาชีพที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางในการสร้างเงื่อนไข แรงจูงใจหรือสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยและคงอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทำความเข้าใจบริบทการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

คำถามการวิจัย

1. บริบทการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นอย่างไร
2. ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นอย่างไร

ขอบเขตในการวิจัย

ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 500 เตียงในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เลือกผู้ให้ข้อมูลโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ยะลาตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และ มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย
2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งละประมาณ 45 – 60 นาที จนกว่าข้อมูลที่ได้จะอิ่มตัว (Saturate) จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ประสบการณ์การปฏิบัติงาน หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวหรือสิ่งทีประสบมาของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ยะลาในประเด็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ที่ครอบคลุมในการดูแลสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและความรู้สึกต่อการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาลและปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ยะลาอย่างน้อย 2 ปี

พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ หมายถึง ขอบเขตของ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล ที่มีสภาพทางภูมิศาสตร์ติดต่อกับชายแดนประเทศมาเลเซีย และมีลักษณะพิเศษคือ ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีวัฒนธรรมวิถีชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง

โรงพยาบาลศูนย์ยะลา หมายถึง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 500 เตียงตั้งอยู่ในจังหวัด ยะลา มีขีดความสามารถและศักยภาพสูงในการรักษาโรคที่ย่งยากซับซ้อนและมีเครื่องมือที่ทันสมัย มีแพทย์เฉพาะทาง มีระบบรองรับการบริการฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ และเป็นสถานที่ปฏิบัติงาน ฝึกอบรมให้กับบุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการด้านสุขภาพอนามัยและส่งเสริมสุขภาพของ ประชาชนและให้การดูแลผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขและ ผู้บริหารทางการแพทย์ในการวางแผนนโยบายแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในพื้นที่ 3 จังหวัด ชายแดนภาคใต้
2. เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับพยาบาลวิชาชีพสามารถคงอยู่ ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีสถานการณ์ความรุนแรงได้ต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิชาการที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญดังนี้

1. สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้
 - 1.1 สภาพปัญหาและความเป็นมาของสถานการณ์ความรุนแรง
 - 1.2 ผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขจากสถานการณ์ความรุนแรง
2. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
 - 2.1 โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
 - 2.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
 - 2.3 ระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
3. การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ
 - 3.1 ความหมายการปฏิบัติงานและการปฏิบัติการพยาบาล
 - 3.2 ความสำคัญของวิชาชีพพยาบาล
 - 3.3 ลักษณะของวิชาชีพพยาบาล
 - 3.4 ขอบเขตงานการพยาบาล
 - 3.5 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ
4. ทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงาน
 - 4.1 ความหมายของแรงจูงใจ
 - 4.2 ความสำคัญของแรงจูงใจ
 - 4.3 แนวคิดและทฤษฎีแรงจูงใจ
5. แนวคิดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน
 - 5.1 ความหมายของสภาพแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน
 - 5.2 แนวคิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
6. การวิจัยเชิงคุณภาพและการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
 - 6.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ
 - 6.2 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

1.1 สภาพปัญหาและความเป็นมาของสถานการณ์ความรุนแรง

สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้โดยเฉพาะใน 3 จังหวัด คือ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องหลังจากยุบเลิกศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) และ กองกำลังเฉพาะกิจพลเรือน ตำรวจ ทหาร 43 (พตท.43) และรุนแรงที่สุดในปี 2547 โดยการก่อเหตุร้ายและความรุนแรงมีความยาวต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยปัญหาพื้นฐานที่เป็นปัญหาเฉพาะของจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งสามารถพิจารณาได้เป็น 7 ปัจจัยดังนี้คือ (ชิตชนก ราฮิมมูลา, 2549)

1.1.1 นโยบาย 66/23 ไม่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาขบวนการแบ่งแยกดินแดน เพราะขบวนการต่างๆ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีอุดมการณ์ทางการเมืองที่มีเป้าหมายในเรื่องของรัฐปัตตานี ซึ่งเป็นอุดมการณ์ที่ผูกพันกับประวัติศาสตร์ซึ่งไม่อาจลบล้างให้หมดไปได้ รัฐอาจจะรักษาความสงบไว้ได้ในระดับหนึ่งแต่การต่อสู้ของกลุ่มหรือขบวนการต่างๆ ก็จะดำเนินต่อไปเท่าที่โอกาสจะมีและจะเติบโตรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีปัจจัยอื่นๆ เกื้อหนุน

1.1.2 การปรับโครงสร้างของขบวนการ Barisan revolusi malayu patani (BRN) เน้นกองโจรในเมืองแทนกองโจรในป่า ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี 2529 ในขณะที่ทางการประเมินศักยภาพของขบวนการต่างๆ ในช่วงปี 2545 ว่าอยู่ในระดับต่ำ โดยพิจารณาจากการปราบปรามและการเข้ามอมตัวของสมาชิกจากขบวนการต่างๆ ซึ่งล้วนแต่เคลื่อนไหวอยู่ในป่า และสมาชิกของกองกำลังติดอาวุธมีจำนวนเหลือน้อยมาก สามารถควบคุมได้โดยไม่ต้องมีกำลังทหาร ในขณะที่กองโจรในเมืองเติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่องและกระจายอยู่ทั่วไป

1.1.3 การปลุกฝังเยาวชนเพื่อสร้างฐานกำลัง องค์กร Pasukan komando revolusi rakyat patani (PKRRP) ของ BRN เริ่มชักจูงเยาวชนเข้าร่วมในการต่อสู้เพื่อสถาปนารัฐอิสลามปัตตานีตั้งแต่ปี 2529 ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานสำหรับการสะสมสมาชิกและเครือข่าย ถึงแม้จะพิสูจน์ไม่ได้ว่าเยาวชนที่ร่วมก่อเหตุร้ายต่างๆ ในปัจจุบันคือสมาชิกส่วนหนึ่งของ PKRRP หรือไม่ก็ตาม แต่ต้องยอมรับว่าเยาวชนส่วนหนึ่งได้ถูกจัดวางให้เป็นกำลังหลักของกลุ่มหรือขบวนการที่มีอุดมการณ์รัฐปัตตานีมาอย่างยาวนาน เพราะฉะนั้นถึงแม้ว่าจะไม่มีการยุบเลิก พตท.43 และ ศอ.บต. เหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างเห็นในช่วงปี 2546-2547 ก็ต้องเกิดขึ้นเช่นกันเพราะทางรัฐไม่ได้เน้นการป้องกันในเรื่องของกองโจรในเมืองและขาดการเอาใจใส่ต่อเยาวชนมาตั้งแต่ต้น

1.1.4 มีการวางแผนกำหนดเป้าหมายอย่างชัดเจนในการปฏิบัติการ จากข้อมูลเชิงลึกกลุ่มเยาวชนได้รับรู้มาก่อนที่มีการกำหนดเป้าหมายจะก่อเหตุร้ายในปี 2547 ประกอบกับหลักฐานเอกสารเกี่ยวกับ “แผนบันได 7 ขั้น เพื่อสถาปนารัฐอิสลามปัตตานี” (สุรชาติ บำรุงสุขและคณะ,

2549) ที่ทางการค้นพบ แสดงให้เห็นว่าความถี่ในการก่อเหตุร้ายที่เกิดขึ้นในปี 2547 เป็นความสนใจให้เกิดขึ้นอย่างถูกกำหนดมาแล้ว

1.1.5 ปัญหาพื้นฐานด้านสังคมจิตวิทยาของจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการชักจูงบุคคลต่างๆ เข้าร่วมก่อเหตุรุนแรง แม้ว่าในช่วงระยะเวลาก่อนที่จะมีการยุบเลิก ศอ.บต. ปัญหาด้านสังคมจิตวิทยาลดน้อยลงมาก แต่ก็ยังมีโอกาสสะสมและปะทุได้อีกหากมีการปลุกเร้าหรือมีสถานการณ์บางอย่างเป็นใจ เพราะยังมีผู้ฝังใจกับประวัติศาสตร์การละเมิดสิทธิมนุษยชนในพื้นที่ 3 จังหวัดนับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ประกอบกับบางฝ่ายต้องการให้เกิดความขัดแย้งเพื่อใช้เป็นชนวนเป็นเงื่อนไขสังคมนำไปสู่สิ่งที่ตนต้องการ ผู้ชักจูงอาจหยิบยกประเด็นเกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมในพื้นที่ที่เกิดขึ้น เช่น การที่ตำรวจวิสามัญฆาตกรรมผู้ต้องสงสัยว่าเป็นโจรก่อการร้ายโดยไม่ผ่านกระบวนการยุติธรรม การอุ้มฆ่าประชาชนมุสลิมหรือการเหยียดหยามจับกุมคนร้ายที่ต้องสงสัยว่าเป็นโจรก่อการร้ายอย่างขาดข้อมูลหลักฐานที่ชัดเจน รวมทั้งการเชื่อถือข้อมูลจากภายนอกประเทศเพื่อสนับสนุนนโยบายการต่อต้านการก่อการร้ายสากลของมหาอำนาจ โดยพุ่งเป้าหมายไปที่มุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กล่าวคืออิทธิพลจากต่างประเทศมีส่วนทำให้ปัญหาด้านสังคมจิตวิทยาในจังหวัดชายแดนภาคใต้ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น

1.1.6 องค์การที่ก่อเหตุร้ายในปัจจุบันได้จัดรูปแบบเป็นองค์กรลับ ไม่มีการประกาศตัวเองอย่างเปิดเผยเหมือนอย่างในอดีตที่ผ่านมาซึ่งปฏิบัติการในลักษณะ ปฏิบัติการในที่มืด ปรางภูตัวในที่สวยงาม กล่าวคือ ไม่มีรูปองค์กรและผู้นำให้เห็นชัดเจนและผู้ก่อเหตุร้ายดำเนินชีวิตอย่างคนปกติทั่วไป โดยการนำเทคโนโลยีมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการเชื่อมโยงเครือข่ายโดยผ่านเว็บไซต์ของกลุ่ม

1.1.7 อิทธิพลจากต่างประเทศในเรื่องสงครามการก่อการร้าย เป็นแนวคิดและรูปแบบวิธีการที่นำมาใช้ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีเป้าหมายในการก่อเหตุรุนแรงและบุคคลที่ตกเป็น “เหยื่อ” ของความรุนแรงคือบุคคลทั่วไปมิได้จำกัดเพียงแก่เจ้าหน้าที่รัฐ

จะเห็นว่าสาเหตุของการย้อนกลับมาของกระแสการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้ปัจจุบันเกิดจากสาเหตุที่เป็นปัจจัยพื้นฐานภายในประเทศมากกว่าปัจจัยที่มาจากต่างประเทศ อิทธิพลจากต่างประเทศเป็นเพียงปัจจัยเสริมในเรื่องรูปแบบและวิธีการก่อเหตุร้าย หลังจากยุบเลิก พตท.43 และ ศอ.บต. เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ก็ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้นเป็นลำดับ โดยมีเหตุการณ์สำคัญดังนี้ (ชิดชนก ราฮิมมูลา, 2548; ชัยวัฒน์ สถาอานันท์, 2548; สุรชาติ บำรุงสุขและคณะ, 2549)

วันที่ 4 มกราคม 2547 คนร้ายนับร้อยบุกปล้นอาวุธปืนจากกองพันพัฒนา ที่ 4 ค่ายกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ อำเภोजะเอย์ จังหวัดนราธิวาส สังหารทหารที่เข้าเวรเสียชีวิต 4

คนได้อาหารปันไปเกือบ 400 กระบอกร่วมกันนั้นก็ได้กระจายกำลังลอบเผาโรงเรียน 19 แห่งใน 11 อำเภอ ของจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้เวลาปฏิบัติการเพียง 30 นาที เหตุการณ์ในครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการและความแตกต่างในการปฏิบัติการของกลุ่มคนร้ายที่เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมาก กล่าวคือ ถูกฝึกฝนมาอย่างดี เป็นระบบ พร้อมเพรียง ปิดลับการทำงานได้ดีทั้งก่อนและหลังปฏิบัติการ มีแนวร่วมขนาดมหึมาโดยทางการไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการชี้เบาะแสจากประชาชนเท่าที่ควร ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากทั้งไม่ไว้วางใจเจ้าหน้าที่รัฐและหวาดกลัวต่อผู้ก่อการและนับแต่นั้นมาความรุนแรงก็เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคนร้ายใช้ดาบไล่ฆ่าฟันพระสงฆ์ ตำรวจ ครู และประชาชนที่เป็นพุทธและมุสลิม โดยเฉพาะการฆ่าพระสงฆ์ไม่เคยปรากฏมาก่อน ภาพของความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมาก ความขัดแย้งได้ขยายวงกว้างออกไป จากเดิมระหว่างประชาชนกับรัฐได้ขยายไปสู่ความขัดแย้งระหว่างประชาชนกับประชาชน คนที่นับถือศาสนาต่างกันเริ่มไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน เหมือนมีความจงใจให้เกิดความขัดแย้งระหว่างคนที่นับถือศาสนาต่างกัน เป้าหมายของผู้ก่อการคือต้องการสร้างความรุนแรงและใช้ความรุนแรงเป็นสื่อสะท้อนบางสิ่งบางอย่าง โดยเห็นได้ชัดเจนในเหตุการณ์

วันที่ 28 เมษายน 2547 มีการบุกโจมตีที่ตั้งจุดตรวจ ฐานปฏิบัติการ และหน่วยงานทหาร ตำรวจกว่า 10 จุด ในพื้นที่ จังหวัดปัตตานี และยะลา เหตุการณ์ครั้งนั้นผู้ก่อการไม่สงบเสียชีวิตถึง 106 คน โดยเฉพาะที่มัสยิดกรือเซะ จ.ปัตตานี ที่กลุ่มผู้ก่อการไม่สงบได้หลบหนีเข้าไปซ่อนตัว พร้อมทั้งประกาศว่าคือ “การญิฮาด” (การต่อสู้ตามแนวทางศาสนา) (จรัญ มะลูลีม, 2550) ท้ายที่สุดเจ้าหน้าที่รัฐตัดสินใจยิงถล่มเข้าไปในมัสยิดทำให้ผู้ก่อการที่อยู่ในมัสยิด 32 คน เสียชีวิตทั้งหมด เหตุการณ์ในครั้งนี้ได้ยกระดับปัญหาของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้จากปัญหาท้องถิ่นไปสู่ปัญหาระดับนานาชาติทันที

วันที่ 25 ตุลาคม 2547 เหตุการณ์การสลายการชุมนุมประท้วงและควบคุมตัวผู้ประท้วงที่อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส ทำให้มีประชาชนเสียชีวิตจำนวน 85 คน (โดยไม่นับตัวเลขของผู้สูญหาย) โดยเฉพาะในจำนวนผู้เสียชีวิตนี้ พบว่า 78 คน เสียชีวิตบนรถบรรทุกขณะขนส่งจากอำเภอตากใบ ไปค่ายอิงคยุทธบริหาร จังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นข่าวโด่งดังไปทั่วโลก

เหตุการณ์ความรุนแรงตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 ถึงเดือนกันยายน 2550 มีเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นจำนวนรวมทั้งสิ้น 7,587 ครั้ง ทำให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บรวมกันประมาณ 6,878 คน โดยมีผู้เสียชีวิตรวม 2,631 คนและมีผู้บาดเจ็บ 4,247 คน (ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี, 2550)

กล่าวโดยสรุปสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องสถานการณ์มีแนวโน้มว่าจะรุนแรงและสลับซับซ้อนมากขึ้นกว่าเดิม และยังไม่มียุติที่ว่าจะสงบในระยะเวลาอันสั้นนี้

1.2 ผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขจากสถานการณ์ความรุนแรงชายแดนภาคใต้

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ความรุนแรงชายแดนภาคใต้ ส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างในทุกระบบ ทั้งความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของบุคคลและครอบครัว ผลกระทบต่อเสถียรภาพทางเศรษฐกิจในทุกระดับโดยเฉพาะในระดับพื้นที่และระดับภูมิภาค ที่ทำให้ระดับรายได้ทางการค้าและการท่องเที่ยวลดลง ผลกระทบต่อภาพลักษณ์ทางการเมืองต่อการแก้ไขปัญหา และผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ประการสำคัญกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขอย่างชัดเจน ผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงชายแดนใต้ต่อระบบบริการสาธารณสุขมีดังนี้ (สมนึก ศิริสุวรรณและคณะ, 2548)

1.2.1 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ

1.2.1.1 ระดับสถานีอนามัย

สถานีอนามัยจำนวน 253 แห่งมีการเปลี่ยนด้านการให้บริการในภาวะวิกฤต ซึ่งส่งผลให้ผู้รับบริการลดลง โดยมีผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยนอกจากเฉลี่ย 17,820.1 ครั้งในปี 2546 ลดลงเหลือ 15,930.4 ครั้งในปี 2547 ส่วนด้านผู้ให้บริการ พบว่า จำนวนบุคลากรเฉลี่ยต่อสถานีอนามัยในระดับสถานีอนามัยมีแนวโน้มลดลง โดยผู้ให้บริการลดจากจำนวนเฉลี่ย 3.42 คน ในปี 2545 เป็น 3.26 คน ในปี 2547 และลักษณะของการเปลี่ยนแปลงบริการที่เกิดขึ้นในระดับสถานีอนามัยคือมีการเปลี่ยนเวลาการให้บริการจากให้บริการในวันราชการเป็นให้บริการในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์แทน และลดช่วงระยะเวลาในการให้บริการให้สั้นลงจากเดิม 8.00 นาฬิกา ถึง 16.00 นาฬิกา เป็น 9.00 นาฬิกาถึง 15.00 นาฬิกา มีการจัดระบบหมุนเวียนในการให้บริการหรือใช้ระบบโซน และจะต้องปิดการให้บริการเป็นบางวันในพื้นที่เสี่ยงภัยสูงหรือมีการก่อความไม่สงบเกิดขึ้นบ่อย และการแต่งกายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงจากการแต่งกายชุดปฏิบัติการ (ชุดสีฟ้า) เป็นการสวมชุดเสื้อฟ้าธรรมดา

1.2.1.2 ระดับโรงพยาบาล

พบว่าโรงพยาบาลใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรักษาพยาบาล ด้านการเยี่ยมบ้าน ด้านการนิเทศติดตามหรือให้การสนับสนุนบุคลากรในเครือข่าย และด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรค ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงการให้บริการสุขภาพเชิงรุกในด้านการส่งเสริมสุขภาพทำให้ไม่สามารถสอบสวนและควบคุมโรคได้ ก่อให้เกิดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ถ้ำขึ้น เช่น การระบาดของโรคไข้เลือดออก

1.2.2 ผลกระทบต่อบุคลากรในระบบสุขภาพ

พบว่ามีบุคลากรสาธารณสุขถูกทำร้ายจำนวน 22 คน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขถูกทำร้ายจำนวน 31 คน (ขณะทำงานเครือข่ายชมรมแพทย์ชนบท, 2549) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของบุคลากรในระบบสุขภาพ 4 ด้านคือ ด้านความรู้สึกล้มเหลวในชีวิตและทรัพย์สิน ด้านความไม่สบายใจของบุคคลในครอบครัว ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านเศรษฐกิจ (อมร รอดคล้ายและคณะ, 2548) โดยพบว่ากลุ่มแพทย์มีผลกระทบในด้านความไม่สบายใจของบุคคลในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านความรู้สึกล้มเหลวในชีวิตและทรัพย์สิน ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและด้านเศรษฐกิจ ส่วนกลุ่มพยาบาล กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มเภสัชกรและกลุ่มทันตแพทย์มีผลกระทบในด้านความรู้สึกล้มเหลวในชีวิตและทรัพย์สินมากที่สุด รองลงมาเป็น ด้านความไม่สบายใจของบุคคลในครอบครัว ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและด้านเศรษฐกิจ ส่วนกลุ่มเภสัชกรมีผลกระทบที่แตกต่างกันคือรองลงมาเป็นการดำเนินชีวิตประจำวัน ความไม่สบายใจของบุคคลในครอบครัวและด้านเศรษฐกิจ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลกระทบต่อบุคลากรสาธารณสุขใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (อมร รอดคล้ายและคณะ, 2548: 36)

ผลกระทบ	แพทย์	พยาบาล	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	เภสัชกร	ทันตแพทย์
ความรู้สึกล้มเหลว	86.7	97.7	89.9	90.6	84.8
ความไม่สบายใจของบุคคลใน ครอบครัว	93.3	88.9	80.3	75.0	78.3
การดำเนินชีวิตประจำวัน	70.0	80.6	68.5	79.0	69.6
เศรษฐกิจ	31.7	25.9	26.1	15.6	21.7
รวม	60	216	238	64	46

และจากฐานข้อมูล GIS (Geographical Information System) ในด้านอัตรากำลังของ 4 วิชาชีพได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่า กลุ่มแพทย์และทันตแพทย์มีความขาดแคลนมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มวิชาชีพพยาบาลและเภสัชกร โดยเฉพาะโรงพยาบาลยะลาพบว่ากลุ่มแพทย์มีอัตรากำลังต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์เฉพาะทางบางสาขาที่มีความจำเป็นสูงในสถานการณ์ความรุนแรง เช่น ศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูก รวมทั้งบุคลากรในวิทยาลัยสาธารณสุขและวิทยาลัยพยาบาลต่างมีการลาออกมาก

ขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ระหว่างการตัดสินใจที่จะย้ายออกจากพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่ยังไม่ได้แสดงความจำนงยังมีอีกจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาล อย่างไรก็ตามโอกาสที่จะขาดแคลนบุคลากรในระบบสุขภาพทุกกลุ่มยังมีสูงทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ดังนั้นการเตรียมการเพื่อแก้ปัญหาบุคลากรขาดแคลนจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่หน่วยงานที่รับผิดชอบควรคำนึงถึง (พงศ์เทพ สุธีรวิบูลย์, อมร รอดคล้าย, สุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ และ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2549) ซึ่งอัตรากำลังคนของผู้ที่ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้นั้นมีสภาพปัญหาความขาดแคลนในบางสาขาวิชาชีพอยู่ในขั้นรุนแรงมาก่อนหน้านี้แล้วและเมื่อถูกกระตุ้นด้วยสถานการณ์ความไม่สงบเป็นเหตุให้เกิดการไหลออกของบุคลากรสาธารณสุขให้ออกจากพื้นที่ยิ่งเพิ่มมากขึ้น

1.2.3 ผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชน

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหอบหืดเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับประชาชนกลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะเครียด ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม (Neurotic, stress-related and somatoform disorders) เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นด้วย (สมนึก ศิริสุวรรณและคณะ, 2548)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในครั้งนี้ส่งผลต่อระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด ทั้งในระบบบริการสาธารณสุขตั้งแต่ระดับสถานีอนามัยถึงระดับโรงพยาบาล ผู้ให้บริการหรือบุคลากรสาธารณสุขและผู้รับบริการหรือประชาชนในพื้นที่

2. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

2.1 โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในอำเภอเมือง หรืออำเภอขนาดใหญ่ของจังหวัดที่มีประชากรหนาแน่น และเป็นจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางด้านต่างๆ เช่น การคมนาคม การศึกษา การเศรษฐกิจ และการรักษาความปลอดภัยของประเทศ เป็นศูนย์กลางการให้บริการในแต่ละภาค ในแต่ละเขต ตามระบบเครือข่ายการพัฒนาสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มี 2 ขนาด คือ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 500-600 เตียง และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 600-1000 เตียงเรียกว่าโรงพยาบาลมหาราช หรือโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาค ซึ่งจัด

ความสามารถของโรงพยาบาลอยู่ในขั้นสูง สามารถรักษาโรคที่ยากซับซ้อนและสามารถทำการผ่าตัดที่ต้องใช้เครื่องมือและผู้ชำนาญได้

ลักษณะโครงสร้างของงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น กลุ่มงานต่างๆเฉพาะสาขา เช่น งานศัลยกรรม งานอายุรกรรม งานสูตินรีเวชกรรม งานจิตเวช งานกุมารเวชกรรม เป็นต้น ซึ่งโครงสร้างภายในของฝ่ายการพยาบาลหรือกลุ่มการพยาบาลก็ได้แบ่งออกตามลักษณะเฉพาะสาขาเช่นเดียวกัน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้กำหนดเกี่ยวกับลักษณะงานของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประกอบด้วย

2.1.1 งานทางด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคมีประมาณร้อยละ 25 ของงานทั้งหมด ดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เทศบาลในงานสาธารณสุขพื้นฐาน และสำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน ในเขตอำเภอที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานบริการอื่นใดรับผิดชอบส่งเสริมสนับสนุนสาธารณสุขพื้นฐานของระดับตำบลและหมู่บ้าน

2.1.2 งานด้านรักษาพยาบาล เฉพาะโรคทุกสาขา

2.1.3 งานศึกษาฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ

2.1.4 งานด้านวิจัยได้แก่ งานวิจัยทางด้านสุขภาพทางคลินิก การวิจัยทางด้านระบบบริการ ความสามารถของแพทย์ประจำโรงพยาบาล มีความรู้ความสามารถในทุกสาขาวิชา ในระดับผู้ชำนาญเฉพาะโรคและเวชศาสตร์ชุมชน

สรุปได้ว่าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีลักษณะงานที่ครอบคลุมทั้งในด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค รักษาพยาบาลสุขภาพ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่และการวิจัย โดยรับผิดชอบครอบคลุมหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่ให้บริการประชาชนและบุคลากรในหน่วยงานด้วย

2.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้ (ปฏิทินสาธารณสุข, 2540 อ้างถึงใน ชีรภัทร แสตนบุตดา, 2546)

2.2.1 ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค และให้การรักษาพยาบาลโรคตามสาขาวิชาทาง การแพทย์และฟื้นฟูสภาพทั้งผู้ป่วยภายนอกและผู้ป่วยภายในที่มารับการรักษาทั้งทางกายและทาง จิตรวมทั้งร่วมมือในการรักษาพยาบาลแบบหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่และรักษาพยาบาลในท้องถิ่น ห่างไกลทางวิทย์

2.2.2 ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การโภชนาการ การสุขศึกษา การอนามัยผู้สูงอายุ การป้องกันและรักษาผู้ติดยาเสพติดการสังค

สงเคราะห์ รวมทั้งให้บริการควบคุมป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการ
สุขภาพตามแผนงานและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัดแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย
ในโรงพยาบาล และประชาชนในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานบริการอื่นใด
รับผิดชอบ

2.2.3 ให้บริการชั้นสูตรสาธารณสุข ทั้งในโรงพยาบาลและแก่หน่วยบริการ
สาธารณสุขทุกแห่งภายในจังหวัดและจังหวัดอื่นๆในเขตรับผิดชอบ

2.2.4 จัดดำเนินการตามระบบรับ-ส่งผู้ป่วย เพื่อตรวจ หรือรักษาต่อให้มีประสิทธิภาพ
ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพ รวมทั้งสถาบันทาง
การแพทย์ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆในเขตจังหวัดที่รับผิดชอบ

2.2.5 ให้การสนับสนุนด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ แก่โรงพยาบาลชุมชนและสถาน
บริการสาธารณสุขอื่น ๆในเขตรับผิดชอบ ตามที่ระเบียบของทางราชการจะเอื้ออำนวย

2.2.6 การสนับสนุนด้านซ่อมแซมเครื่องมือ เครื่องใช้ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์แก่
โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆในเขตรับผิดชอบ

2.2.7 รวบรวมสถิติข้อมูลต่าง ๆ และจัดทำเป็นรายงานเสนอศูนย์ข้อมูลข่าวสาร
สาธารณสุขจังหวัดและศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขกลาง

2.2.8 ศึกษาค้นคว้าวิจัย งานด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อให้มีพัฒนาการ
ทางวิชาการในด้านการแพทย์และเทคนิคต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการ รักษาพยาบาล

2.2.9 สนับสนุนและนิเทศงาน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถาน
บริการสาธารณสุขอื่นๆ ในจังหวัดที่รับผิดชอบด้านวิชาการ ด้านการรักษาพยาบาล และด้านอื่น

2.2.10 ดำเนินงานด้านการศึกษาและฝึกอบรม เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และการ
สาธารณสุขทุกระดับ เช่น นักศึกษาพยาบาล แพทย์ฝึกหัด เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม เจ้าหน้าที่ชั้นสูตร
โรค และผู้ช่วยทันตแพทย์ รวมทั้งจัดห้องสมุดให้มีตำราและเอกสารทางวิชาการให้เพียงพอแก่การ
สนับสนุนโรงพยาบาลต่างๆด้วย

กล่าวโดยสรุปได้ว่าหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้บริการ
รักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตาม
นโยบายของรัฐบาลให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย
รวมทั้งเป็นแหล่งให้ความรู้ทางด้านการศึกษาและฝึกอบรมแก่แพทย์ พยาบาล ค้นคว้า วิจัยเพื่อ
พัฒนาทางด้านการแพทย์ให้ก้าวหน้า

2.3 ระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

สภาการพยาบาล (2543) ได้กำหนดทิศทางระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยสรุปได้ดังนี้

2.3.1 จัดระบบบริการพยาบาลให้มีระบบการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานและการพยาบาลขั้นสูงที่มีประสิทธิภาพ

2.3.1.1 กำหนดตำแหน่งผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา ให้มีความเพียงพอ กับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ติดตามพัฒนาประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2.3.1.2 กำหนดความรับผิดชอบของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ให้มีความชัดเจน โดยครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง การให้คำปรึกษา การสอน ให้บริการวิชาการ การวิจัยและจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย รวมถึงกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่รับผิดชอบ

2.3.1.3 จัดระบบที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งทักษะ

2.3.1.4 จัดให้มีพยาบาลรับผิดชอบเป็นเจ้าของไข้หรือเป็นผู้จัดการเฉพาะกรณี เพื่อสามารถให้การดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดค่าใช้จ่ายและประสานการดูแลระหว่าง เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาเช่นส่งเสริมให้มีการจัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละประเภทในเชิงรุก ร่วมกับแพทย์ และดูแลให้ได้รับการดูแลรักษาตามแผนที่วางไว้ เพื่อให้พ้นหายโดยเร็ว ปลอดภัย คุ่มค่า ทันเวลา

2.3.2 จัดระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล พิเศษและผู้ป่วยที่พึ่งพาเทคโนโลยีโดย

2.3.2.1 พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

2.3.2.2 ประสานงานกับทีมบุคลากรสุขภาพเพื่อการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วย

2.3.2.3 ร่วมมือให้การดูแลและเป็นพี่เลี้ยงให้กับบุคลากรทางสุขภาพในระยะ แรกเพื่อการป้องกันความผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล

2.3.3 จัดให้มีหน่วยงานการเรียนรู้ฝึกทักษะการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองของผู้ป่วยและ ประชาชนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและประชาชน โดยต้องมีความครอบคลุมการแก้ไข ปัญหาสุขภาพหลักของท้องถิ่นและมีสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายเพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนที่ แยกต่างกันในระดับการศึกษาและศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตนเองให้มากที่สุด ซึ่งจะช่วยส่งเสริม ให้มีความสามารถในการปฏิบัติอันเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างพฤติกรรม

2.3.4 จัดให้มีระบบประกันสุขภาพบริการพยาบาล เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพการ ทำงานซึ่งเป็นการลดต้นทุนการบริการ และเป็นการสร้างหลักประกันให้กับประชาชนว่าจะได้รับ

บริการทางสุขภาพที่ได้มาตรฐานตามสิทธิที่พึงได้รับตามรัฐธรรมนูญและเป็นการสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการปฏิบัติงาน

2.3.5 จัดระบบฐานข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลเพื่อใช้ในการตัดสินใจในการบริการพยาบาลประกอบด้วยฐานข้อมูลปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล

2.3.6 จัดให้มีหน่วยวิจัยทางการแพทย์และเครือข่ายการวิจัยโดย

2.3.6.1 จัดตั้งหน่วยวิจัยทางการแพทย์พยาบาลขึ้นในโรงพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคลากรในการทำวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

2.3.6.2 กำหนดแผนงานและให้การสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งเฉียบพลัน วิกฤตและเรื้อรัง

2.3.6.3 พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลให้มีการนำความรู้และผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงานการพยาบาล

จะเห็นได้ว่าขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมินั้นกว้างขวางและลึกซึ้งจึงต้องการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ มีวิจรรย์ญาณในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน ไวต่อความรู้สึกและความทุกข์ของผู้ใช้บริการ ตลอดจนเข้าใจปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยแบบองค์รวม

3. การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

การพยาบาลเป็นวิชาชีพสาขาหนึ่งที่มีแนวคิดและแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนเฉพาะตัว การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ได้มีการพัฒนาตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมและความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ประกอบกับความต้องการของผู้ใช้บริการที่ต้องการการได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ บทบาทของพยาบาลวิชาชีพจึงมีขอบเขตความรับผิดชอบที่กว้างขวางขึ้น ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายการปฏิบัติงาน ขอบเขตของงานการพยาบาล ไว้ดังนี้

3.1 ความหมายการปฏิบัติงานและการปฏิบัติการพยาบาล

Swansburg (1995) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติงานพยาบาล (Nurse Performance) ว่าเป็นความสามารถในการปฏิบัติงานทางการแพทย์ โดยมีพื้นฐานมาจากการศึกษา และสามารถสังเกตได้จากการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยบริการ

Schemervorn (1996) ให้ความหมายการปฏิบัติงานหมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เพื่อภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบหมายให้ประสบความสำเร็จ

Gibson (2000) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติงานหมายถึง การรวบรวมผลลัพธ์ทั้งหมดในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีความสำคัญของจุดมุ่งหมายในองค์การทั้งด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเกณฑ์ต่างๆ ของประสิทธิผล

Whetten and Cameron (2002) ได้ให้ความหมายการปฏิบัติงานหมายถึง ผลที่เกิดจากความสามารถและการจูงใจที่เกิดขึ้นในบุคคล ซึ่งความสามารถเกิดจากความฉลาด การเรียนรู้ และแหล่งทรัพยากร

Rue and Byars (2003) กล่าวว่า การปฏิบัติงาน เป็นประสบการณ์ทางสังคมของบุคคลที่เกิดจากการรวมกันระหว่างความพยายาม การรับรู้บทบาท และผลผลิตเชิงผลลัพธ์

กรรณิการ์ กันธรักษ์ (2527) ให้ความหมายการปฏิบัติว่าการปฏิบัติหมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม โดยพื้นฐานทางจิตวิทยาเชื่อว่าพฤติกรรมที่มีความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรและจะต้องสามารถปฏิบัติได้จริง

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530) ให้ความหมายการปฏิบัติงานคือ การดำเนินการสิ่งหรือเรื่องที่ทำให้เป็นไปตามระเบียบแบบแผน กระทำการเพื่อให้เกิดความชำนาญ

นางพาง ปั่นทองพันธุ์ (2542) ได้ให้ความหมายการปฏิบัติงานว่า หมายถึงการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมาย ให้ประสบผลสำเร็จ โดยอยู่บนพื้นฐาน ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคคล รวมถึงการอยู่ในภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม

ธงชัย สันติวงษ์ (2546) กล่าวถึง การปฏิบัติงานว่าเป็นการกระทำกิจกรรมในความรับผิดชอบให้ประสบความสำเร็จ

สรุปได้ว่าการปฏิบัติงาน หมายถึง การกระทำกิจกรรมในความรับผิดชอบให้บรรลุผลสำเร็จขององค์การ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเกี่ยวกับประสิทธิผลและประสิทธิภาพ โดยอาศัยความสามารถ ทักษะ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ความพยายาม การจูงใจ การรับรู้บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากองค์การ

ส่วนการปฏิบัติกรพยาบาลนั้นมีผู้ให้ความเห็นและความหมายแตกต่างกันดังนี้

CAN Connection (1984 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 4) การปฏิบัติการพยาบาลหมายถึง การระบุน การรักษา การตอบสนองของบุคคลต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรือมีโอกาสจะเกิดขึ้นรวมถึงการปฏิบัติหรือการนิเทศ การกระทำหรือการบริการทั้งโดยตรงและโดยอ้อมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย บรรเทาความทุกข์ทรมาน การฟื้นฟูสภาพของบุคคลและการพัฒนาสุขภาพให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้และรวมทุกแง่มุมของกระบวนการพยาบาล

Kenny (1995 อ้างในธีรภัทร แสตนบุคดา, 2546) อธิบายการปฏิบัติการพยาบาลไว้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลเป็นศาสตร์และศิลปะ พยาบาลต้องมึบทบาทที่มีความรับผิดชอบมีภาระหน้าที่ต่อผู้ป่วยต่อทีมพยาบาลและผู้ให้บริการอื่นๆและรัฐ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลคือต้องเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล เป็นนักการศึกษาเป็นนักวิจัย เป็นผู้ร่วมงานกับทีมสุขภาพ เป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพและเป็นนักบริหาร

Swansburg (1995) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติงานพยาบาลว่าเป็นความสามารถในการปฏิบัติงานทางการพยาบาล โดยมีพื้นฐานมาจากการศึกษา และสามารถสังเกตได้จากการปฏิบัติงานกับผู้รับบริการ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2535) ให้ความหมายการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือบุคคล กลุ่มคนและชุมชน ทั้งที่มีภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วยให้สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมของตนเองได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลจะประกอบไปด้วย การสังเกต การดูแล การให้คำปรึกษา เกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือสุขภาพ การดำรงภาวะสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การสอนและการนิเทศผู้ป่วย การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งการชี้แนะผู้ร่วมงานให้ปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างถูกต้องและเหมาะสม

กาญจนา โล่ห์ประเสริฐ (2540) มีความเห็นว่าการปฏิบัติการพยาบาลคือ การปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาพรวมที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมที่ได้ผสมผสานความรู้ ประสบการณ์ ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ และแสดงออกเป็นทักษะด้านพฤติกรรม 6 ด้านคือ การเป็นผู้นำ การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต การสอนผู้ป่วยและญาติและการให้ความร่วมมือ การวางแผนและประเมินผลการพยาบาล การติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ และการพัฒนาตนเองด้านวิชาชีพ

เพ็ญศรี ปรารักษ์สุวรรณ (2541) ได้ให้ความหมายการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การใช้ความรู้ สติปัญญา ทั้งร่างกาย จิตใจที่มีอยู่ของแต่ละบุคคลในการทำกิจกรรมที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถกระทำกิจกรรมของการดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพของร่างกายและจิตใจ

ธีรภัทร แสตนบุคดา (2546) ได้ให้ความหมายการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติในการวินิจฉัยและให้การดูแล รักษาให้บุคคลคงไว้ซึ่งสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคมทั้งในยามเจ็บป่วยและในยามปกติโดยอาศัยหลักพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการปฏิบัติงานที่

ได้รับมอบหมายให้ประสบความสำเร็จอย่างถูกต้องเหมาะสมตามขอบเขตหน้าที่ที่รับผิดชอบและอยู่บนความเคารพในคุณค่าของบุคคล

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยของพยาบาลวิชาชีพที่มุ่งเน้นให้บริการครอบคลุมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยใช้หลักพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล ผสมผสานความรู้ ประสบการณ์ ในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จและมีประสิทธิภาพ

3.2 ความสำคัญของวิชาชีพพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการช่วยเหลือผู้อื่น ที่มีปัญหาสุขภาพทุกระดับ เป็นวิชาชีพที่ให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม โดยนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในเชิงทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2540) พัฒนาการรู้ ความชำนาญเฉพาะทางเช่นการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งต้องใช้เวลาในการสร้างองค์ความรู้ ความสามารถ เจตคติและทัศนคติที่ดี การมีทักษะและความเชี่ยวชาญภายใต้มาตรฐาน จริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมายแห่งวิชาชีพ มีความรับผิดชอบต่อ การปฏิบัติวิชาชีพพยาบาล

3.3 ลักษณะของวิชาชีพพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลเป็นงานบริการที่ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนั้นลักษณะงานจึงเป็นการผสมผสานการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการสังเกต การดูแล การสอน การให้คำแนะนำและการปรึกษาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในบริบทของการปฏิบัติการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ลักษณะงานจะเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันปฏิบัติงานวันละ 3 เวรคือเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก โดยใช้ความรู้จากหลักการทางทฤษฎีรวมทั้งผลการวิจัยอย่างมีเหตุผล มีการวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนดำเนินการพยาบาล และตัดสินใจปัญหาการพยาบาล บนรากฐานทางวิทยาศาสตร์และความเป็นศิลปะแห่งการช่วยเหลือและให้การดูแลแบบองค์รวม (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2546) ซึ่งเป็นการดูแลคนทั้งคนคือดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3.4 ขอบเขตงานการพยาบาล

ขอบเขตการพยาบาลของการปฏิบัติการพยาบาล คือ การปฏิบัติที่วิชาชีพพยาบาลมีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการ และการควบคุมคุณภาพการ

บริหารการพยาบาล ตามนโยบายของสภาการพยาบาลด้านการปฏิบัติการพยาบาลได้กำหนดว่าการพยาบาลไม่สามารถกำหนดขอบเขตแยกออกจากวิชาชีพอื่นได้อย่างชัดเจน เพราะการปฏิบัติการพยาบาลต้องยืดหยุ่นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนให้มากที่สุด ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าจากการขยายขององค์ความรู้ ตลอดจนการพัฒนาเทคโนโลยีต่างๆ โดยเฉพาะเทคโนโลยีทางการแพทย์ ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลขององค์การอนามัยโลก (1996 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ได้กำหนดขอบเขตงานการพยาบาลไว้ดังนี้

1 การจัดการกับภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยพยาบาลกระทำกิจกรรมดังต่อไปนี้คือ การประเมิน การเฝ้าระวัง การประสานงาน การดูแลร่วมกับบุคคลและครอบครัว ชุมชน และร่วมกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ตรวจสอบและให้การรักษาเบื้องต้นในผู้ที่เกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และเกิดโรคประจำถิ่น ตลอดจนเฝ้าติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ซึ่งการกระทำอยู่ภายใต้สัมพันธภาพที่ให้การสนับสนุนเอื้ออาทร ยอมรับ ความรู้สึก ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี และประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

2 การเฝ้าระวังและติดตาม เพื่อควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาลในบทบาทหน้าที่พยาบาล ซึ่งต้องรับผิดชอบการปฏิบัติของตนในฐานะวิชาชีพ ได้แก่ การควบคุมการปฏิบัติการพยาบาลของตน และการปรึกษามูลนิธิอื่นตามความเหมาะสม ซึ่งขอบเขตและความซับซ้อนของการปฏิบัติการพยาบาล ต้องการพยาบาลที่มีทักษะในการใช้วิจารณญาณในการแก้ปัญหา และจะต้องมีจรรยาบรรณในการประกอบวิชาชีพเพื่อการประกันคุณภาพการบริการพยาบาล

3 การจัดระบบ และมีทักษะในการบริหารจัดการในระบบสุขภาพ โดยพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพ และสามารถบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ผู้รับบริการเผชิญปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขและขาดแคลนพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากระบบงาน สร้างรักษาทีมงานและแสวงความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งในชุมชน โรงพยาบาล ที่ทำงานและโรงเรียน นอกจากนี้พยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพทุกระดับ การแบ่งปันแหล่งประโยชน์และการสนับสนุนข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

4 การช่วยเหลือและการดูแล เป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ช่วยสร้างบรรยากาศส่งเสริมการฟื้นฟู การดูแลเรื่องความสุขสบาย การอยู่กับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมการวางแผนการ

ดูแลสุขภาพ และปัญหาของตนเองด้วย การจัดการเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญมาก พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการและครอบครัว เข้าใจ ความหมายของอาการต่างๆและร่วมกันค้นหาวิธีการจัดการเพื่อให้อาการบรรเทา ในระดับ ครอบครัวและกลุ่มบุคคล พยาบาลสนับสนุนการพัฒนาครอบครัวและชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ในการเกิด แก่ เจ็บ ตาย อย่างสงบ

5 การสอน การสอนเกี่ยวกับสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เพราะข้อมูล เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยและผู้รับบริการ แต่ จะต้องสอนเมื่อผู้รับบริการหรือครอบครัวมีความพร้อม โดยเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม เช่น การสอน การดูแลผู้สูงอายุ และเด็กให้กับผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งพยาบาลต้องทราบการให้ความหมาย เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคคล และครอบครัว ตลอดจนสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และ สิ่งแวดล้อมของครอบครัวนั้นๆก่อน จึงจะสามารถสอนผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชน ได้อย่างมี คุณภาพ

6 ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกัน การดูแล และฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม เช่น การใช้สมุนไพร การนวดแผนไทย การฝึก โยคะ การใช้ศาสนา เป็นต้น โดยพยาบาลควรเรียนรู้และส่งเสริมวิธีการเหล่านี้ให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งนอกจากผู้ป่วยและผู้รับบริการจะได้รับประโยชน์แล้วยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในทางสุขภาพลง ได้

7 การจัดการการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งพยาบาลไม่ เพียงแต่มีทักษะในการจัดการกับเหตุการณ์ปกติในชีวิตประจำวัน แต่จะต้องสามารถจัดการกับ เหตุการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ซึ่งพยาบาลต้องเข้าใจปัญหา และการรักษาในภาวะฉุกเฉิน นอกจากนั้น ยังต้องสามารถคาดการณ์และจัดการกับภาวะวิกฤตต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีความปลอดภัยใน ชีวิตของผู้ป่วย

ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 7 ด้านครอบคลุม การปฏิบัติการพยาบาลทั้งใน โรงพยาบาลและชุมชน ลักษณะที่เฉพาะของการพยาบาล คือ ความสามารถในการผสมผสาน กิจกรรมต่างๆเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัว บุคคล และชุมชนในบริบทของการ ปฏิบัติการที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ 2540 มาตรา 4 กำหนดว่าขอบเขตการประกอบวิชาชีพอย่างชัดเจนไว้ว่า การประกอบวิชาชีพการพยาบาล เป็น การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการกระทำหน้าที่ต่อไปนี้

1. การสอนและการแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

2. การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรคและการฟื้นฟูสภาพ

3. การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกัน

4. การช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค

การที่พยาบาลจะสามารถรับผิดชอบในขอบเขตที่ครอบคลุมและมีคุณภาพนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ(สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

ปัจจัยภายในวิชาชีพ ได้แก่

1. การศึกษาพยาบาล รวมทั้งการศึกษาก่อนพื้นฐานและการศึกษาต่อเนื่องที่เป็นทางการ คือ ศึกษาในสถาบันอย่างเป็นระบบ และไม่เป็นระบบเช่น การศึกษาด้วยตนเองตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเพื่อปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาที่มีคุณภาพในการฝึกให้พยาบาลรู้จักคิด แสวงหาข้อมูลและแก้ไขปัญหา รู้จักสะท้อนคิด เรียนรู้จากกรปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ใช้บริการ และการมีประสบการณ์ที่ดีจะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลในขอบเขตที่รับผิดชอบได้ครอบคลุมและมีคุณภาพ

2. การวิจัยเพื่อสร้างความรู้เป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะการปฏิบัติต้องอาศัยองค์ความรู้ที่ได้มาจากการวิจัยที่สั่งสมกันมา

3. กฎหมายและการควบคุม กฎหมายจะให้อำนาจกับวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล การที่จะปฏิบัติได้ครอบคลุมและมีคุณภาพจำเป็นต้องมีระบบควบคุมจากองค์การวิชาชีพ เช่นการออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพกับพยาบาลที่สอบผ่านการออกวุฒิบัตรรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาในแต่ละสาขาการพยาบาล

4. สภาพการทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน เครื่องมือเครื่องใช้ ที่อยู่อาศัย รายได้ของพยาบาลมีความสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานในขอบเขตความรับผิดชอบได้อย่างมีคุณภาพ

5. ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ ผู้นำที่ดีต้องรู้จักวางแผนและมีทักษะในการจัดการ รู้จักใช้ทรัพยากรบุคคลและงบประมาณให้เกิดประโยชน์สูงสุด ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ

สำหรับปัจจัยภายนอกวิชาชีพ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ทางด้านบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะการกระจายกำลังคน ในสถานที่ขาดแคลนแพทย์ พยาบาลจะต้องรับผิดชอบในการรักษาโรคและจัดการกับภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นได้ ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ แหล่ง

ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยทางการเมือง สังคม และวัฒนธรรม ประชากรตลอดจนสิ่งแวดล้อม ต่างมีอิทธิพลต่อภาวะผู้นำ การบริหารจัดการ สภาพการทำงาน พยายามจึงต้องตระหนักถึงปัจจัยเหล่านี้ในการปฏิบัติการพยาบาลและทำหน้าที่ให้ดีที่สุดในแต่ละสถานการณ์และทำให้สามารถปรับตัวได้

จะเห็นได้ว่า การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางเดียวกันสำหรับพยาบาลในการให้บริการพยาบาล เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลมีความหลากหลาย พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสาน ยึดหยุ่นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนให้มากที่สุด

3.5 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น พยาบาลต้องแสดงบทบาทหน้าที่ของตนเอง กับผู้รับบริการ ผู้ร่วมงาน และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสม สอดคล้องกับความคาดหวังของวิชาชีพและสังคม ซึ่งการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพกำหนดขึ้นจากรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล โดยพยาบาลต้องมีการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541)

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2530) ได้แบ่งบทบาทพยาบาลตามลักษณะของวิชาชีพออกเป็น 3 ด้านใหญ่ๆ ดังนี้

1. ด้านบริการ คือการให้การพยาบาลในระดับวิชาชีพ เป็นการกระทำโดยใช้ความรู้และคุณสมบัติทางวิชาชีพที่ได้รับรองโดยกฎหมาย เป็นการกระทำอย่างมีหลักการและเหตุผลตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มุ่งผลทางด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ เป็นการกระทำที่มีความเคารพในตนเองและมีความรับผิดชอบสูง สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายและแผนบริการทางเวชกรรม
2. ด้านวิชาการ คือการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยกับความเจริญก้าวหน้าของศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ และแนวคิดเชิงวิชาการให้กระจายกว้างขวางต่อไป
3. ด้านบริหาร เป็นการใช้ความรู้ความสามารถให้เกิดประโยชน์กับกลุ่มคน คือช่วยให้กลุ่มคนได้ทำงานอย่างเป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเอง สถาบันวิชาชีพและสังคม

สุปราณี เสนาคิสัย (2539) ได้กล่าวถึงบทบาทพยาบาลว่า พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญอยู่ 3 บทบาทด้วยกัน คือ

1. บทบาทด้านการรักษา (Therapeutic role) พยาบาลจะมีบทบาทหน้าที่นี้มากในหน่วยงานที่รับผู้ป่วยที่เป็นโรครยะเฉียบพลัน เช่น หน่วยบำบัดพิเศษ (Intensive care unit) หรือผู้ป่วยต่างๆ พยาบาลมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์โรค และวางแผนการรักษา เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด สามารถที่จะสังเกตอาการแรกเริ่มของผู้ป่วย อาการที่เปลี่ยนไป หลังจากได้รับการรักษาพยาบาล ต้องปฏิบัติการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามที่แพทย์ได้วางแผนไว้ เช่น ให้ยา ฉีดยาแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นจากโรคที่เป็นอยู่ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในด้านการคัดกรองโรคและการรักษาโรคอย่างง่ายๆด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชน

2. บทบาทด้านการดูแล (Caring role) พยาบาลต้องมีบทบาทด้านการดูแลมากที่สุด จุดมุ่งหมายใหญ่ของบทบาทนี้ เพื่อเป็นการช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย พยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสวัสดิภาพของผู้ป่วยแต่ละบุคคลเป็นหลัก พยาบาลจะต้องตระหนักว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีภูมิหลัง ประสบการณ์ ความคิด นิสัยที่แตกต่างกัน มีความต้องการที่ไม่เหมือนกัน พยาบาลดูแลผู้ป่วยโดยพยายามช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เคยปฏิบัติได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ปลอดภัย ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การเกิดแผลกดทับ พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้กลับคืนสู่สภาพปกติ หรือสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ให้เร็วที่สุด ทั้งนี้เพื่อช่วยให้บทบาทของพยาบาลด้านการรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น ถ้าในแผนการดูแลรักษาพยาบาล มีวัตถุประสงค์ต้องการให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด บทบาทของพยาบาลในด้านการดูแลก็ต้องพยายามให้กำลังใจผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้พยายามฝึกกิจกรรมเหล่านั้นเป็นประจำ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติยิ่งขึ้น นอกจากนี้พยาบาลจะต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสตัดสินใจและวางแผนในการดูแลผู้ป่วยเองด้วย

3. บทบาทด้านสังคม (Socializing role) ผู้ป่วยที่ต้องมารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล ต้องพลัดพรากจากครอบครัว ไม่ได้ปฏิบัติกิจวัตรต่างๆที่เคยปฏิบัติ บางครั้งผู้ป่วยต้องการที่จะรู้เรื่องอื่นๆ นอกเหนือจากเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเองด้วย พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่ทำหน้าที่นี้เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็น ลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลในด้านนี้จำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง

จะเห็นว่าบทบาทของพยาบาลนั้นเป็นบทบาทที่มีทั้งบทบาทที่เป็นอิสระ บทบาทที่ไม่เป็นอิสระต้องขึ้นอยู่กับอาชีพอื่น และบทบาทร่วมกับวิชาชีพอื่น สำหรับบทบาทที่เป็นอิสระนั้นเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถริเริ่มกิจกรรมต่างๆ ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง วางแผนการปฏิบัติและ

มอบหมายกิจกรรมนั้นๆ แก่บุคคลอื่นได้ สามารถแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลโดยใช้หลักทางวิทยาศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลยังมีความรับผิดชอบในบทบาทที่ไม่เป็นอิสระต้องขึ้นอยู่กับอาชีพอื่น เช่น แพทย์ การตัดสินใจให้ยาแก่ผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของแพทย์ พยาบาลมีหน้าที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ให้ถูกต้องและปลอดภัย ยิ่งไปกว่านั้นในบางโอกาสพยาบาลต้องมิตบบาทร่วมกับสาขาวิชาชีพอื่น โดยทำงานปรึกษาร่วมกันเป็นทีมสุขภาพเป็นต้น

ฟาริดา อิบราฮิม (2541: 162-164) ได้กล่าวว่า บทบาทของพยาบาลวิชาชีพเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ ดังนี้

1. บทบาทการให้การดูแล พยาบาลจะให้การดูแลตามแผนการรักษาที่กำหนด ภายหลังจากประเมินปัญหาของผู้รับบริการแล้ว สำหรับด้านการส่งเสริมสุขภาพให้คนได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน พยาบาลต้องตัดสินใจให้เหมาะสม
2. บทบาทครู พยาบาลมีหน้าที่ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม พยาบาลต้องประเมินความพร้อม เพื่อการเรียนรู้วางแผน สอน ผู้รับบริการและครอบครัวได้
3. บทบาทผู้จัดการ ในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยพยาบาลต้องทำหน้าที่บริหารพร้อมกัน ทั้งด้านบริหารคน บริหารการพยาบาล บริหารสภาพแวดล้อม และต้องพัฒนาวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นการวิจัยการพยาบาล
4. บทบาทผู้นำ พยาบาลมีความสามารถทำให้ผู้อื่นเชื่อถือ และปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเป้าหมายสุขภาพ มีการใช้อำนาจที่เหมาะสม สามารถนำแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเข้ามาใช้แก้ไขสถานการณ์และพัฒนาประสิทธิภาพของงาน
5. บทบาทผู้ให้การปรึกษาหรือ การปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือ เพื่อการตระหนักถึงภาวะเครียดและการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารมีความเป็นผู้นำเพียงพอที่จะวิจารณ์สถานการณ์ สังเคราะห์ข้อมูลและประสบการณ์ที่ผ่านมา ตลอดจนประเมินผลความก้าวหน้า
6. บทบาทผู้ร่วมงาน พยาบาลต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพ จึงต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เรียนรู้งานและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการทั้งหมด
7. บทบาทผู้แทนผู้รับบริการ พยาบาลต้องเป็นคนกลางระหว่างผู้รับบริการกับครอบครัว และแพทย์ เพราะพยาบาลทราบข้อมูลและปัญหาของผู้รับบริการทั้งหมด สามารถช่วยให้ผู้รับบริการรับการดูแลที่รวดเร็วและปลอดภัย

8. บทบาทผู้เปลี่ยนแปลง พยายามสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ หรือสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้รับบริการทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

9. บทบาทผู้ประสานงานด้านศาสนาและวัฒนธรรม พยายามต้องเรียนรู้ลักษณะ วัฒนธรรมและศาสนาของผู้รับบริการ เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องและปรับเปลี่ยน ให้เข้ากับระบบความเชื่อของผู้รับบริการ

สายสวาท เผ่าพงษ์ (2542) ได้กล่าวถึงหน้าที่และความรับผิดชอบต่อการพัฒนาวิชาชีพ คือ การบริการทางด้านสุขภาพและความตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อการพัฒนาวิชาชีพ หรือ ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพด้านคุณภาพการพยาบาล คุณภาพชีวิตของบุคคลและสังคม ในการพัฒนาวิชาชีพดังนี้

1. การให้บริการเชิงวิชาชีพ ลักษณะของบริการเชิงวิชาชีพจะปรากฏอยู่เป็นส่วนใหญ่ในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล โดยจุดมุ่งหมายไม่ได้อยู่ที่การทำงานให้เสร็จตามระยะเวลา ในแต่ละเวร แต่เป็นการทำงานที่เน้นคุณภาพ โดยส่งเสริมให้มีการหายของโรค ครอบคลุมทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วย ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพจึงต้องพัฒนาบริการวิชาชีพให้มี ลักษณะเฉพาะเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ และอธิบายได้ด้วยศาสตร์การพยาบาลหรือศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง โดยต้องสร้างศรัทธาให้เกิดกับผู้รับบริการให้ได้

2. การพัฒนาองค์ความรู้หรือศาสตร์การพยาบาล คือ การสร้างและส่งเสริมในองค์ความรู้หรือทฤษฎีอันเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาลด้วยการศึกษาวิจัย ที่จะพิสูจน์ได้ว่า องค์ความรู้นั้นเป็นทฤษฎีและขยายขอบเขตไปเรื่อยๆ อย่างไม่มีที่สิ้นสุด ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจะต้องมีความสำนึกต่อความรับผิดชอบในวิชาชีพการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา ศาสตร์การพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นความรับผิดชอบหลักของพยาบาล

3. การให้ความร่วมมือต่อสมาคมวิชาชีพ เป็นแนวทางพัฒนาวิชาชีพอีกแนวทางหนึ่ง ที่ถือได้ว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพในฐานะของผู้ร่วมวิชาชีพการพยาบาล ที่จะต้องมีความสำนึกต่อความรับผิดชอบการประกอบวิชาชีพในฐานะของผู้ร่วมวิชาชีพการพยาบาล ที่จะต้องรวมพลังเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อรักษาคุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ทั้งด้วยลักษณะของ กฎหมาย การเมือง และการปฏิบัติตนของผู้ประกอบวิชาชีพ องค์วิชาชีพมีส่วนสำคัญอย่างมากใน การพัฒนาพลังวิชาชีพ ดังนี้

3.1 สร้างความสามัคคีระหว่างมวลสมาชิก

3.2 พัฒนาวิชาชีพให้มีความก้าวหน้าทันกับความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ โดยองค์วิชาชีพจะเป็นผู้กำหนดมาตรฐานการจัดการศึกษา และบริการทางวิชาชีพ

3.3 ส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพของพนักงาน เพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ

3.4 เป็นศูนย์รวมเสียงและพลังของกลุ่มผู้ประกอบการพยาบาล

4. การปฏิบัติวิชาชีพโดยยึดถือกฎหมาย จรรยาบรรณและจริยธรรม เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถพัฒนาวิชาชีพได้อย่างจริงจัง จึงต้องมีความเข้าใจอันดีในเรื่องกฎหมาย จรรยาบรรณและจริยธรรม

นอกจากนี้ยังมีผู้กล่าวถึงลักษณะการปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ความรับผิดชอบในด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ความรู้และทักษะพื้นฐานในการให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย / ผู้มารับบริการ และครอบครัวในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อวางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีส่วนร่วมในการใช้มาตรฐานการพยาบาล เพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาล ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลผู้ป่วย / ผู้รับบริการ และครอบครัว รวมถึงการขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพตามความจำเป็นได้อย่างเหมาะสม และเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ

1.1 ใช้ความรู้ทางศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการประเมินปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลผู้ป่วย / ผู้รับบริการ และครอบครัว ทั้งในภาวะเจ็บป่วยตามปกติและในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย

1.2 ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วย / ผู้รับบริการ และครอบครัวดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดเตรียมผู้ป่วย / ผู้รับบริการ เพื่อรับการตรวจทั่วไปและตรวจพิเศษต่างๆ รวมทั้งให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

1.3 มีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาหารือ / ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

1.4 ฝ้าสังเกต วิเคราะห์อาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย / ผู้รับบริการ และดำเนินการปรึกษากับทีมสุขภาพ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย / ผู้รับบริการ ได้ทันท่วงทีก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤติ หรือมีปัญหาซับซ้อนตามมา

1.5 ควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย / ผู้รับบริการ การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ป่วย / ผู้รับบริการ

1.6 ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับบุคลากรในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติ เพื่อประเมินปัญหา และร่วมหาแนวทางแก้ไข เพื่อพัฒนาคุณภาพของการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.7 จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และเครื่องใช้ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้ได้ตลอดเวลา

1.8 สอน / ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการ และครอบครัว เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.9 มีส่วนร่วมในการควบคุมคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือในหน่วยงานที่ปฏิบัติ โดยใช้มาตรฐานการพยาบาล และคู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ

1.10 ให้คำแนะนำและช่วยเหลือบุคลากรทางการพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหา เพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือในหน่วยงานที่ปฏิบัติ

1.11 เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล

2. ด้านการบริหารจัดการพยาบาลวิชาชีพมีส่วนในการบริหารจัดการ การดูแลภายในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติ เพื่อให้เข้าถึงซึ่งคุณภาพบริการพยาบาล

2.1 มีส่วนร่วมในการสร้างทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการและครอบครัว

2.2 มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา การแก้ไขอุปสรรคที่เกิดจากระบบงานบุคคล และสิ่งแวดล้อม

2.3 มีส่วนร่วมในโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติ

2.4 ประเมินการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2.5 ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อประเมินคุณภาพของการบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติ

2.6 มีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์การวิชาชีพ

3. ด้านวิชาการ พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาการให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

3.1 มีส่วนร่วมในการปฐมนิเทศพยาบาลที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ และผู้ที่มารับการอบรมในหอผู้ป่วยหรือในหน่วยงานที่ปฏิบัติ

3.2 สอนหรือเป็นพี่เลี้ยงแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าปฏิบัติงานใหม่หรือหน่วยงานที่ปฏิบัติ

3.3 มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือการสอน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการ และครอบครัว

3.4 ให้ความร่วมมือหรือมีส่วนร่วมในการวิจัยทางการแพทย์และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือในหน่วยงานที่ปฏิบัติ

4. ปฏิบัติการพยาบาลในการให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานตามหน่วยงานต่างๆ พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลตามหน่วยงานต่างๆ

นันทนา น้าฝน (อ้างถึงในธีรภัทร แสนบุคดา, 2546) ได้สรุปบทบาทหลักของพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ 3 ประการ คือ

1. บทบาทการเป็นผู้ให้บริการการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ โดยครอบคลุมการบริการ 4 ด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพบุคคล
2. การเป็นผู้บริหารงานการพยาบาล
3. การเป็นนักวิชาการทางการแพทย์

สาคร ทองธวัช (อ้างถึงในธีรภัทร แสนบุคดา, 2546) ได้แบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบของวิชาชีพพยาบาลต่อสังคมของพยาบาลมี 3 ลักษณะ คือ

1. หน้าที่ให้การดูแล (Care) เป็นหน้าที่ดั้งเดิม และหน้าที่หลักของพยาบาล การดูแลที่เกิดจากความเอื้ออาทร เอื้ออารี และปรารถนาที่จะเห็นผู้รับบริการมีความสุขนั้น เริ่มต้นอย่างง่ายเกี่ยวกับเหตุการณ์เฉพาะหน้า ผู้ให้บริการใช้ความรู้เดิม ประสบการณ์เดิม บวกด้วยความผูกพันส่วนตัว ความห่วงใย ความปรารถนาดี และทัศนคติที่ปรารถนาจะให้ความช่วยเหลือ ทำให้ผลงานการดูแลนั้นได้ผลซาบซึ้งใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2. หน้าที่ให้การรักษา (Cure) หน้าที่ด้านการดูแลและการรักษาจะแยกจากกันไม่ได้ บริการการดูแลเป็นสำคัญมีผลต่อการรักษาอย่างยิ่ง หน้าที่ของพยาบาลด้านการรักษามีได้มีความหมายเช่นการรักษาของแพทย์ แต่มีความหมายในฐานะสิ่งสนับสนุนต่อการรักษาทางการแพทย์ หน้าที่ด้านนี้เกี่ยวข้องกับการรักษา การปฏิบัติการทดลอง วินิจฉัยและการรักษาพยาบาล จะให้บริการด้านนี้ได้ดีจะต้องเข้าใจวัตถุประสงค์ของแพทย์ โดยเฉพาะกิจกรรมการรักษาแต่ละชนิด เข้าใจและมีความรู้ในความก้าวหน้าของโรค การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย และผลที่เกิดขึ้นจากการรักษาต้องการความรู้พื้นฐานทางเคมี พยาธิสภาพ หน้าที่ของพยาบาลในด้านนี้เกี่ยวข้องกับการสังเกตอาการ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ปฏิบัติการต่อยาและการรักษา การจด

บันทึกรายงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาจะต้องอยู่ที่ผู้รับบริการ ได้รับความสะดวกสบายมากที่สุด ต้องเจ็บป่วย ทนทุกข์และกลัวน้อยที่สุด และให้ความปลอดภัยมากที่สุด จะต้องให้คำบอกกล่าวแก่ผู้รับบริการก่อนลงมือปฏิบัติ และชวนสนทนาให้คำแนะนำระหว่างปฏิบัติการพยาบาลด้านการรักษาทุกครั้ง

3. หน้าที่การประสานงาน (Coordination) ในปัจจุบันการบริหารด้านสุขภาพอนามัยของพยาบาลแตกต่างไปจากอดีต ซึ่งมีเพียงพยาบาลกับผู้รับบริการ แต่ปัจจุบันมีบุคลากรในทีมสุขภาพอีกเป็นจำนวนมากเกี่ยวข้องด้วย ถึงแม้ว่าบุคลากรในทีมสุขภาพแต่ละวิชาชีพจะมีเป้าหมายร่วมกันในการดูแลด้านสุขภาพอนามัย แต่ก็ยังมีข้อปลีกย่อย จุดเน้นที่สำคัญของวิชาชีพที่แตกต่างกัน พยาบาลเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพอนามัยวิชาชีพเดียวกันที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการและครอบครัวมากที่สุด และหน้าที่ในการดูแลที่ต้องดูแลบุคคลทั้งหมดทำให้พยาบาลมองผู้รับบริการในมุมกว้าง สามารถประสานงานงานเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการได้ดี หน้าที่นี้เป็นหน้าที่สำคัญต้องการทักษะในการสื่อสารมนุษยสัมพันธ์เพิ่มเติมจากทักษะที่ต้องการในการปฏิบัติหน้าที่ดูแล และหน้าที่รักษามาแล้วข้างต้นพยาบาลทำงานร่วมกับทีม หน้าที่แท้จริงก็คืองานการพยาบาลให้การพยาบาลที่ปลอดภัย มีผลทางการรักษา เกิดความสบายแก่ผู้รับบริการ

Benner (1984) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานทางด้านการพยาบาลดังนี้

1. บทบาทผู้ให้การช่วยเหลือ (Helping role)
2. บทบาทครู (Teaching coaching function)
3. บทบาทผู้วินิจฉัยและประเมินผู้รับบริการ (Diagnostic and patient monitoring function)
4. บทบาทผู้บริหารจัดการสถานการณ์ที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Effective management of rapidly changing situations)
5. บทบาทผู้บริหารจัดการและดูแลควบคุมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (Administration and monitoring of therapeutic intervention and regiments)
6. บทบาทด้านการประกันคุณภาพบริการพยาบาล (Monitoring and ensuring the quality of health care practices)
7. บทบาทผู้ปฏิบัติและผู้บริหารองค์การ (Organizational and work role competencies)

Creasia and parker (2001) ได้สรุปบทบาทของพยาบาลวิชาชีพดังนี้

1. บทบาทเป็นผู้ให้การดูแล (Caregiver) คือการดูแล 3 ระยะ ตั้งแต่ก่อนเข้ารับบริการ บริการ ขณะเข้ารับบริการ และหลังเข้ารับบริการ

2. บทบาทการเป็นครู (Teacher) คือเป็นการพยายามให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้เผชิญกับปัญหาได้ พยายามควรมีบทบาทในการในการดูแลและการสอนเป็นสิ่งแรก โดยมีการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการติดเชื้อ มีหน้าที่คือ แยกแยะความต้องการการเรียนการสอนของผู้ป่วย และญาติ ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย และความพร้อมในการเรียน พัฒนาเป้าหมาย การศึกษาและวัตถุประสงค์ร่วมกับผู้ป่วย วางแผนประสบการณ์ การเรียนการสอน การเตรียมข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการสร้างกลยุทธ์ ในการสอนและประเมินผล สัมฤทธิ์ในการเรียนการสอน

3. บทบาทในการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocate) เป็นหัวใจสำคัญของระบบ ค่านิยมในการพยาบาล เป็นการป้องกันอันตรายและให้ความสนใจขั้นสูงแก่ผู้ป่วย ดูแลด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ บทบาทการพิทักษ์สิทธิ เริ่มจากความสนใจในการรักษารวมทั้งการ ป้องกัน ปกป้อง การวินิจฉัย ตรวจสอบ การดูแลระยะยาว และการดูแลระยะสุดท้าย พยาบาล จะต้องทำหน้าที่คือ ให้ความมั่นใจในเอกสารที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ช่วยเหลือ ในการเข้ารับบริการ ตรวจ จัดลำดับความต้องการการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจ เป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วย กับสิ่งแวดล้อม ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและชุมชน ครอบครัวและ หน่วยงานอื่น

4. บทบาทเป็นผู้ประสานงานด้านส่งเสริมสุขภาพ (Coordinator) การประเมิน คุณภาพเป็นเรื่องยากเพราะคุณภาพเป็นการดูแล จะต้องประเมินจากแนวคิดหลายด้าน ทั้งค่านิยม พลวัต การเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการ และเทคนิคที่มีความเจริญก้าวหน้า แต่งตั้งผู้รับผิดชอบใน การควบคุม และส่งเสริมสุขภาพ การดูแลด้านการควบคุมคุณภาพทั้งองค์กร (Total quality management: TQM) การควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement: CQI) และการประกันคุณภาพ (Quality assurance: QA) เพื่อวัดคุณภาพการพยาบาลที่ให้ความสำคัญใน การส่งเสริมทั้งระบบมากกว่ารายบุคคล โดยพยาบาลจะต้องมีหน้าที่ออกแบบกระบวนการ มีการ ประสานงานในการปฏิบัติ สรุปการประเมินผล โดยมีการพิจารณาค่านิยม เพื่อให้เกิดคุณภาพการ ดูแลดีขึ้น

5. บทบาทผู้บริหาร (Manager) หน้าที่คือทำให้องค์กรเกิดประสิทธิภาพขึ้น โดยการ สร้างกลยุทธ์ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปคาดหวังในบทบาทโดยรวม ต้องใช้ทักษะในการแก้ไขปัญหา และทักษะการตัดสินใจ โดยจะต้องมีความยืดหยุ่น สร้างสรรค์ การปฐมนิเทศและความรู้ ทางธุรกิจ พยาบาลจะต้องมีหน้าที่วางแผนกลยุทธ์ ควบคุมการกำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ริเริ่มและเปลี่ยนแปลงการบริหาร มีการบริหารข้อมูลสำหรับช่วยสนับสนุนการวางแผน และการ

ตัดสินใจ พัฒนานโยบาย ข้อปฏิบัติและมาตรฐานการดูแล บริหารทรัพยากรมนุษย์ ประเมินการปฏิบัติงาน การสอนและให้คำปรึกษา การมอบหมายงานที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการสร้างทีม ให้ความสะดวกในการสื่อสาร ควบคุมการติดต่อ และสัมพันธ์ภาพระหว่างหน่วยงาน เป็นพี่เลี้ยงและแบบอย่างที่ดี ให้แก่ผู้บริหารในอนาคต ส่งเสริมคุณภาพตามนโยบายขององค์กร มีการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ ส่งเสริมแหล่งทรัพยากรให้กับองค์กร มีการพัฒนาและควบคุมการดูแลผู้ป่วยตามความคาดหวัง

6. บทบาทเป็นนักวิจัย (Researcher) พยาบาลมีหน้าที่เตรียมความเข้าใจ ในกระบวนการวิจัยไว้ในโปรแกรมการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาปัญหา ทบทวนวรรณกรรม ตั้งสมมติฐาน ออกแบบงานวิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบและเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและแปลความ รายงานผลที่ค้นพบและสามารถนำผลการวิจัย ไปใช้ในการพัฒนางาน

7. บทบาทในการให้คำปรึกษา (Consultant) พัฒนาเป็นผู้เชี่ยวชาญ สามารถค้นหาปัญหา หรือเตรียมความรู้ เพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ข้อมูล และประเมินการปฏิบัติงาน พัฒนาหลักสูตรการพยาบาล เตรียมข้อมูลข่าวสารในการฝึกอบรม และให้วิธีการในการค้นหา และสามารถแก้ไขปัญหาได้

8. บทบาทพยาบาลสารสนเทศ (Informatics nurse) ได้รับการฝึกอบรมให้เชี่ยวชาญในการใช้ศาสตร์ทางคอมพิวเตอร์ในการสร้างข้อมูลทางการพยาบาล มีหน้าที่คือออกแบบหรือปฏิบัติการทางสารสนเทศ สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์และประเมินผลความต้องการสารสนเทศทางการพยาบาล พัฒนากลยุทธ์ นโยบายและข้อปฏิบัติในการทำงานและพัฒนาการสอนทฤษฎีและสารสนเทศทางการพยาบาล

9. บทบาทการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เกิดจากความต้องการประสิทธิภาพของการบริหารต้นทุนในการดูแลที่มีคุณภาพสูง มีการรวมทักษะของคลินิกและการบริหารไว้ด้วยกันเพื่อให้ผลลัพธ์ในการดูแลเป็นไปตามเป้าหมายอย่างเป็นระบบ บทบาททางด้านเทคโนโลยี พยาบาลใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพ ความเชี่ยวชาญพิเศษ การใช้ต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ มีหน้าที่คือ รวบรวมข้อมูล วางแผนองค์การด้วยข้อมูล วางแผนบริการและการค้นหาทรัพยากร การให้คำปรึกษา เป็นนักวิชาการและตัวแทนผู้ป่วย ประสานงาน ปฏิบัติตามความต้องการการบริการของผู้ป่วย และเป็นตัวแทนดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ใช้ Path way เป็นเครื่องมือออกแบบในการเตรียมการดูแลตามปัญหาของผู้ป่วย

10. บทบาทปฏิบัติการขั้นสูง (Advance practice role: APN) เป็นผู้เชี่ยวชาญมีความรู้ และขยายทักษะการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อประเมินผลลัพธ์มีบทบาทหน้าที่คือ ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่มีภาวะเสี่ยง เตรียมระบบบริหาร

บริการ ช่วยผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ และการใช้ยา เป็นที่ปรึกษาให้กับส่วนรวม และหน่วยงาน
อื่นๆ เป็นส่วนหนึ่งขององค์กร สมาคมวิชาชีพและศึกษางานวิจัย สารสนเทศ

สำหรับสำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2549: 25-26) ได้
อธิบายบทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการไว้ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการ/งานเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Operation/Expertise)

1.1 ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดและตามมาตรฐานวิชาชีพ
มาตรฐานจริยธรรม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์กับผู้ป่วยบริการ

1.2 ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้รับบริการ
เพื่อให้บริการพยาบาลที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ครอบคลุมด้าน
ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

1.3 วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้การ
พยาบาลได้อย่างเหมาะสม

1.4 ประเมินอาการ จำแนกความรุนแรงวินิจฉัยปัญหา/ความผิดปกติและภาวะ
เสี่ยงของผู้รับบริการที่อยู่ในความดูแลรับผิดชอบ เพื่อวางแผนการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
และทันเวลา

1.5 ติดตามสังเกตอาการ ประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วย เพื่อตัดสินใจช่วยเหลือ
ผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินและรีบด่วนได้อย่างปลอดภัย

1.6 ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบรับการตอบสนองต่อการดูแลและใช้
เป็นข้อมูลในการปรับแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.7 ดูแลและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือจัดเตรียมผู้ป่วยตามเงื่อนไขที่จำเป็น
และเหมาะสม เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่พร้อมจะรับการรักษา

1.8 ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอดจนควบคุมอนามัยและสิ่งแวดล้อมของ
ผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวกและความสุขสบายแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

1.9 ปฏิบัติการในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพร่างกายและ
จิตใจ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ตามศักยภาพ

1.10 บันทึกข้อมูลผลการปฏิบัติการพยาบาล อาการและความเปลี่ยนแปลงต่างๆ
ตลอดจนประเมินสภาพผู้ป่วยประกอบด้วยผลตรวจวินิจฉัยเพื่อเป็นข้อมูลในการรักษาพยาบาลของ
ทีมสุขภาพสำหรับกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง และเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาขยาย
ผลหรือปรับปรุงการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

2. ด้านวางแผน (Planning)

2.1 วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและประสานงานส่งต่อการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.2 จัดเตรียมสถานที่เครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ เพื่อให้พร้อมใช้ในการให้บริการรักษาพยาบาลตลอดเวลา

2.3 มีส่วนร่วมในการวางแผนป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพประชาชน รวมถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยงาน เพื่อกำหนดบริการพยาบาลตามความเหมาะสม

2.4 มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามขอบเขต เป้าหมาย และตัวชี้วัด เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ

3. ด้านการประสานงาน (Communication and cooperation)

3.1 ร่วมทีมแพทย์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยตามขอบเขตพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ เพื่อให้กระบวนการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ

3.2 ประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้รับบริการ

4. ด้านการบริการวิชาการ (Service)

4.1 สอนและให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่บุคคล ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ทราบวิธีปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจากโรค

4.2 ให้คำปรึกษา และแนะนำด้านสุขภาพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานดังกล่าวได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน

กล่าวโดยสรุปได้ว่าในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพมีความหลากหลายในบทบาทหน้าที่ ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการวางแผน ด้านการประสานงาน และด้านวิชาการ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรักและศรัทธาในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และใช้ทักษะในการปฏิบัติงานตามจรรยาบรรณวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงาน

4 ทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงาน

4.1 ความหมายของแรงจูงใจ

Luthan (1992 อ้างถึงในชมชื่น สมประเสริฐ, 2542) แรงจูงใจเป็นความเต็มใจของคนที่ใช้พลังความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นตัวเร่งให้พลังความสามารถที่มีอยู่ให้สามารถทำงานได้อย่างใดอย่างหนึ่งให้บรรลุเป้าหมาย

Krietner (1996 cited in Grohar-Murray, 1997) การจูงใจเป็นกระบวนการทางจิตวิทยา (psychological process) ที่ผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างมีวัตถุประสงค์ และทิศทาง

Grohar-Murray and DiCroce (1997) การจูงใจเป็นสิ่งที่เกิดจากอิทธิพลของสถานการณ์ บุคคลรอบข้าง และสิ่งแวดล้อมทั้งหมด

Rowland and Rowland (1997) ได้ให้ความหมายว่า แรงจูงใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความคิด ความรู้สึก ความสามารถของคน

Griffin (1999 อ้างถึงในตุลา มหาพสุธานนท์, 2547) แรงจูงใจ หมายถึง ชุดของพลังผลักดันที่เป็นสาเหตุให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมในแนวทางที่สนองต่อความต้องการของตน

Mitchell (1977 cited in Robbins, 2007) ให้ความหมายแรงจูงใจเป็นกระบวนการทิศทาง ความเพียรพยายามในการมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมาย

ชมชื่น สมประเสริฐ (2542) ได้ให้ความหมายว่า แรงจูงใจเป็นองค์ประกอบภายในที่ผลักดันหรือกระตุ้นอินทรีย์ให้เกิด หรือยับยั้งพฤติกรรมอย่างมีเป้าหมายหรือมีทิศทางเพื่อสนองความต้องการของตน

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) อธิบายว่า แรงจูงใจ หมายถึง แรงผลักดันจากความต้องการ และความคาดหวังต่างๆของมนุษย์ เพื่อให้แสดงออกตามที่ต้องการ หรือเป็นการสร้างแรงคลใจให้เกิดการกระทำที่ตั้งใจและมุ่งประสงค์ ทำให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีทิศทาง หากการจูงใจของผู้บริหารและผู้ใต้บังคับบัญชาไปในทิศทางเดียวกันก็จะร่วมมือกันทำงาน แต่หากตรงข้ามกันก็จะเกิดความขัดแย้งกัน งานก็จะไม่มีประสิทธิภาพ ในองค์การจึงต้องตระหนักและพยายามสร้างให้เกิดการจูงใจทั้งสองฝ่ายให้สอดคล้องกัน

วิรัช สวงวงษ์ (2547) ให้ความหมาย แรงจูงใจ คือ ความเต็มใจของพนักงานที่จะใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ และเพื่อตอบสนองความต้องการพนักงานผู้นั้นด้วยการจูงใจในองค์การ จึงมีผลตามมาทั้งผลงานที่ให้กับองค์การ ในขณะที่พนักงานผู้นั้นก็ได้ผลตอบแทนด้วย

ตุลา มหาพสุธานนท์ (2547) ได้ให้ความหมายไว้ว่า แรงจูงใจเป็นพลังหรือแรงผลักดันทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคลหรืออินทรีย์ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในแนวทางที่สนองต่อความต้องการของตน นั่นคือความสัมพันธ์ระหว่าง ความต้องการ (Needs) แรงขับ (Drives) และรางวัลเป็นสิ่งล่อใจ (Incentives) รวมทั้งเป็นแรงกระตุ้นที่จะทำให้บุคคลรักษาพฤติกรรมเหล่านั้นไว้ แต่แต่ละบุคคลจะเลือกแสดงพฤติกรรม เพื่อตอบสนองที่เหมาะสมที่สุดในแต่ละสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป พฤติกรรมที่เลือกแสดงนี้เป็นผลมาจากลักษณะของบุคคล บรรยากาศ และสภาพแวดล้อมขององค์การ

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2547) ในความหมายทางจิตวิทยา แรงจูงใจหมายถึง สภาวะของบุคคลที่ถูกกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมไปยังจุดหมายปลายทาง ความต้องการแรงจูงใจในการทำงานจึงเป็นความพยายามของบุคคลในการทำงานให้เจริญก้าวหน้า

เชษฐ ดยัคคานนท์ (2548) แรงจูงใจ (Motivation) ในความหมายทางจิตวิทยาหมายถึง สภาวะของบุคคลที่ถูกกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมไปยังจุดหมายปลายทาง แรงจูงใจในการทำงานจึงเป็นปัจจัยให้บุคคลพยายามทำงานให้เจริญก้าวหน้า

พิกุลทอง สังข์เงิน (2549) แรงจูงใจ หมายถึง แรงซึ่งควบคุมพฤติกรรมของคน อันเกิดจากความต้องการ (Needs) พลังกดดัน (Drives) หรือความปรารถนา (Desires) ที่จะพยายามดิ้นรนเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งอาจจะเกิดมาตามธรรมชาติ หรือจากการเรียนรู้ก็ได้ แรงจูงใจเกิดจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลนั่นเอง

สรุปได้ว่าแรงจูงใจ เป็นกระบวนการที่บุคคลถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า โดยจงใจให้กระทำหรือดิ้นรน เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์บางอย่าง หรือเกิดจากแรงผลักดันจากภายนอกและภายในตัวบุคคล ซึ่งคลี่คลายให้บุคคลมีความมุ่งมั่น ความพยายาม เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง และแสดงพฤติกรรมที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร

4.2 ความสำคัญของแรงจูงใจ

Gibson, Ivancevich and Donnelly (1982) กล่าวถึงความสำคัญของแรงจูงใจว่า เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเพิ่มความพยายามในการทำงานให้ดีขึ้น ซึ่งผลการปฏิบัติงานจะสูงกว่าเมื่อไม่มีการจูงใจกล่าวคือบุคคลพยายามจะพัฒนาตนเองในการทำงาน เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ

สุรางค์ ไคว์ตระกูล (2541) กล่าวว่าแรงจูงใจเป็นองค์ประกอบที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย แต่เนื่องจากเราไม่สามารถสังเกตแรงจูงใจได้โดยตรงจึงต้องอาศัยพฤติกรรมที่แสดงออกที่สังเกตได้ แต่บางครั้งอาจจะบอกสาเหตุของพฤติกรรมผิดเนื่องจากพฤติกรรมอย่างเดียวกันสาเหตุอาจต่างกัน หรือแรงจูงใจอย่างเดียวกันอาจเป็นสาเหตุให้พฤติกรรมต่างกัน และพฤติกรรมอย่างเดียวกันอาจเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมต่างกัน และพฤติกรรมอย่างเดียวกันอาจเนื่องจากแรงจูงใจหลายประการ

ความสำคัญของการจูงใจสามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และองค์กร

1. ต่อผู้บริหาร

1.1 พัฒนาทักษะ การทำความเข้าใจกับเป้าหมาย ความต้องการและพลังความสามารถของผู้ใต้บังคับบัญชา

- 1.2 พัฒนาเทคนิค วิธีการจูงใจ
- 1.3 ใช้สอยบุคคลเต็มศักยภาพ โดยทำงานให้อย่างเต็มที่ ด้วยความเต็มใจ
2. ต่อผู้ปฏิบัติ
 - 2.1 มีความต้องการผลักดันตนเองให้ไปสู่เป้าหมาย
 - 2.2 ใช้พลังความสามารถของตนอย่างเต็มที่ มีความก้าวหน้าในการทำงาน
 - 2.3 กระตุ้นให้ทำงานอย่างมีเป้าหมาย ไม่เฉื่อยชา หรือหยุดนิ่ง เสริมสร้างกำลังใจในการปฏิบัติงาน สร้างขวัญและกำลังใจ
 - 2.4 มีความศรัทธา เชื่อมั่น และรักองค์กร
3. ต่อองค์กร
 - 3.1 บรรยากาศในการทำงานดี ผู้ร่วมงานกระตือรือร้น และทำงานอย่างมีเป้าหมาย
 - 3.2 ได้ผลงานที่คุ้มค่าตามพลังความสามารถจริงที่บุคลากรมี
 - 3.3 พร้อมที่จะปรับเปลี่ยน พัฒนาองค์กรให้ดีกว่าเดิม
 - 3.4 บุคลากรมีความรัก ความผูกพัน และซื่อสัตย์ต่อองค์กร อัตราการโยกย้ายลาออกต่ำ

กล่าวสรุปได้ว่า แรงจูงใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อบุคคลที่จะเต็มใจทำงานอย่างเต็มความสามารถเพื่อให้งานมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้รับสิ่งที่ตัวเองต้องการตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4.3 แนวคิดและทฤษฎีแรงจูงใจ

ทฤษฎีแรงจูงใจสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภทคือทฤษฎีแรงจูงใจที่เน้นกระบวนการ (Process theories) และทฤษฎีแรงจูงใจที่เน้นด้านเนื้อหา (Content theories)

1. ทฤษฎีแรงจูงใจที่เน้นด้านกระบวนการมีจุดมุ่งอยู่ที่ว่าบุคคลถูกจูงใจด้วยเป้าหมายอะไรและอย่างไร บุคคลจะถูกกระตุ้นให้มีพฤติกรรมที่เพิ่มความพยายามในการปฏิบัติงานมากขึ้นตลอดจนกำกับแนวทางของพฤติกรรมให้ไปสู่เป้าหมายเช่น ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy theory) ของ Vroom

2. ทฤษฎีแรงจูงใจที่เน้นด้านเนื้อหา คือการเน้นปัจจัยหรือต้องการผลตอบแทนซึ่งกระตุ้นให้คนทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการนั้นๆ ได้แก่ ทฤษฎีแรงจูงใจของ Maslow ทฤษฎีความต้องการความสำเร็จของ McClelland (1987 อ้างถึงในศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ, 2545) ทฤษฎีความต้องการของ Alderfer (1969 cited in Bass, 1985) ทฤษฎีความต้องการของ Murray และทฤษฎีสององค์ประกอบของ Herzberg (1959 อ้างถึงในชมชื่น สมประเสริฐ, 2542) เป็นต้น

ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอเฉพาะทฤษฎีแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยนี้คือ ทฤษฎีแรงจูงใจที่เน้นด้านเนื้อหา ดังนี้

1. ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามลำดับขั้นของ Maslow (Maslow hierarchy of needs) โดย Abraham H. Maslow (1987 อ้างถึงในศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ, 2545) อธิบายว่าความต้องการของคนจะเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการจูงใจ การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์นั้นเกิดจากความต้องการบางอย่าง และเกิดความพึงพอใจเมื่อได้รับการตอบสนอง ซึ่ง Maslow ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์เป็นลำดับขั้น จากระดับต่ำไปสู่ระดับสูง ดังนี้

1.1 ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต เช่น อาหาร อากาศ น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค เป็นต้น ซึ่งองค์การอาจตอบสนองได้โดยให้สวัสดิการต่างๆ แก่พนักงาน อาทิเช่น การจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ในการทำงาน การจัดที่พักอยู่อาศัย การจัดหาอาหารในโรงอาหารต่างๆ ไว้ในโรงอาหารต่างๆ ให้เหมาะสมกับพนักงานที่ทำงานในที่ทำงาน

1.2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs security needs) เมื่อความต้องการทางด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้ว ความมั่นคงปลอดภัยจะเข้ามามีบทบาทในพฤติกรรมมนุษย์ มีความปรารถนาที่จะได้รับความคุ้มครองจากอันตรายต่างๆ ปลอดภัยจากความกลัว วิตกกังวล ความยุ่งยาก และความมั่นคงจากการทำงาน

1.3 ความต้องการทางด้านสังคม (Social or belongingness needs) บุคคลจะมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในองค์กร และได้รับการยอมรับ ความเป็นมิตร และมีความรู้สึกว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคม องค์กรย่อมตอบสนองความต้องการของพนักงาน โดยการให้พนักงานสามารถแสดงความคิดเห็น มีโอกาสเกี่ยวข้องและร่วมมือกับเพื่อนร่วมงานในแผนกต่างๆ ให้อำนาจในการตัดสินใจพอควร มีการยกย่องชมเชย สร้างบรรยากาศให้พนักงานรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร

1.4 ความต้องการเกียรติยศ หรือ การได้รับการยกย่องทางสังคม (Esteem needs) เป็นความต้องการที่อยากให้ผู้อื่นยกย่องสรรเสริญ และความต้องการในการตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง หรือความก้าวหน้าทางด้านสถานภาพ เช่น การมีอำนาจ ความสำเร็จ ความชำนาญในงาน และความสามารถ เป็นต้น

1.5 ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization needs) เป็นความต้องการที่บุคคลปรารถนาจะพบเห็นความสำเร็จในชีวิตของตนด้วยความรู้ ความสามารถ และความทุ่มเทของตนเอง ซึ่งองค์การควรเปิดโอกาสให้พนักงานได้ทำงานที่ท้าทายความสามารถ

มีโอกาสประสบความสำเร็จในงาน และเป้าหมายของเขา จึงจะช่วยพัฒนาศักยภาพในตัวเขามากขึ้นดังที่ได้กล่าวมาทั้งหมดแล้วนั้น

กล่าวได้ว่า ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมนุษย์ ของ Maslow ซึ่งให้เห็นว่ามนุษย์มีความต้องการ 5 ประการ เมื่อความต้องการอย่างใดอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการสิ่งอื่นๆ ก็จะเกิดขึ้นมาอีก ความต้องการทั้ง 5 ขั้นจะมีความสำคัญมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความพึงพอใจที่ได้รับการตอบสนองตามลำดับขั้น จากขั้นต่ำสู่ขั้นสูง ดังนั้นผู้บริหารจึงควรนำทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้ในการบริหาร เพื่อให้ทราบลำดับความต้องการของผู้ใต้บังคับบัญชา มีการตอบสนองความต้องการได้ถูกต้อง และทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดความพึงพอใจ มีกำลังใจในการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทฤษฎีความต้องการความสำเร็จของ McClelland (1987 อ้างถึงในศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ, 2545) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความต้องการของมนุษย์โดยมุ่งที่ความปรารถนา 3 ประการคือ

2.1 ความต้องการความผูกพัน (Need of affiliation) ความต้องการมีสัมพันธ์อันดีกับคนอื่น โดยพยายามสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น ตลอดจนต้องการสร้างความเข้าใจอันดีจากสังคมที่เป็นสมาชิกอยู่

2.2 ความต้องการอำนาจ (Need of power) เป็นความปรารถนาที่จะมีอิทธิพลหรือควบคุมบุคคลอื่น

2.3 ความต้องการประสบความสำเร็จ (Need of achievement) เป็นความต้องการมีผลงานและบรรลุเป้าหมายที่พึงปรารถนา

กล่าวได้ว่าคนเราจะมีความต้องการทั้ง 3 ประการ ในเรื่อง อำนาจ ไม่ตรีสัมพันธ์ และสัมฤทธิ์ผล โดยแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันที่แรงจูงใจและมีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออก

3. ทฤษฎีความต้องการของ Alderfer (Alderfer's modified need hierarchy theory) หรือ ทฤษฎี ERG ของ Alderfer Clayton ซึ่ง Alderfer (1969 cited in Bass, 1985) ได้พัฒนาทฤษฎี ERG (Existence, Relatedness and Growth Theory) โดยยึดหลักพื้นฐานความรู้มาจากทฤษฎีการจูงใจของ Maslow โดยตรง เขาได้คิดทฤษฎีนี้ขึ้นในปี ค.ศ. 1972 สืบเนื่องจากได้มีการวิจัยเพื่อทดสอบทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow พบว่าไม่ตรงกับทฤษฎี กล่าวคือ การตอบสนองความต้องการไม่เป็นไปตามลำดับขั้นของ Maslow ดังนั้น Alderfer จึงได้เสนอทฤษฎีความต้องการ ERG ขึ้นโดยแบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 3 ประเภท (ปริยาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2543) คือ

3.1 ความต้องการดำรงอยู่ (Existence needs) เป็นความต้องการทางด้านร่างกายและความต้องการความปลอดภัย โดยที่จะตอบสนองเพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไป และความปรารถนาที่จะมีสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เงินเดือน ผลประโยชน์เกื้อกูล และสภาพการทำงานที่ดี

3.2 ความต้องการความสัมพันธ์ทางสังคม (Relatedness needs) เป็นความต้องการของบุคคลที่จะมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือมีมิตรสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง และดำรงรักษาความสัมพันธ์นั้นไว้กับบุคคลต่างๆ ในองค์กร เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อน ผู้บังคับบัญชา และสมาชิกในครอบครัว ความพอใจนี้จะขึ้นอยู่กับการแข่งขันซึ่งกันและกัน ความเข้าใจร่วมกัน และอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกัน

3.3 ความต้องการความเจริญก้าวหน้าและเติบโต (Growth needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงฐานะสภาพ และการเติบโตก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติงาน ความพอใจในความก้าวหน้าและเติบโตนี้ได้มาจากการที่บุคคลนั้นเผชิญปัญหาในสภาพแวดล้อมที่ทำให้เขาได้ใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือได้พัฒนาความสามารถให้เพิ่มมากขึ้นสูงสุด รวมถึงความต้องการได้รับการยกย่อง และความสำเร็จในชีวิต

ทฤษฎีนี้มีข้อสมมติฐาน 3 ประการ คือ

1. ความต้องการที่ได้รับการตอบสนอง (Need satisfaction) ความต้องการระดับใดที่ได้รับการตอบสนองน้อย ความต้องการประเภทนั้นยังคงสูงอยู่
2. ขนาดความต้องการ (Desire strength) ความต้องการประเภทที่อยู่ต่ำกว่าได้รับการตอบสนองมากพอแล้ว จะยิ่งทำให้ความต้องการที่อยู่สูงกว่ามีมากยิ่งขึ้น
3. ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Needs strength) ความต้องการประเภทที่อยู่สูงมีอุปสรรคขัด ได้รับการตอบสนองน้อยหรือไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการที่อยู่ต่ำกว่าลงไปจะมีความสำคัญมากขึ้น
4. ทฤษฎีความต้องการของ Murray (Murray's manifest needs theory) ทฤษฎีความต้องการของ Murray นั้นก็ไม่ได้เรียงลำดับขั้นความต้องการเหมือนของ Maslow เช่นกัน กล่าวคือ ทฤษฎีของ Murray สามารถอธิบายได้ว่าในเวลาเดียวกัน บุคคลอาจมีความต้องการด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้านสูง และความต้องการด้านอื่นต่ำก็ได้ ส่วนทฤษฎีของ Maslow ไม่สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีของ Murray ความต้องการที่จำเป็นและสำคัญเกี่ยวกับการทำงานของคนมีอยู่ 4 ประการ (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2543) คือ

4.1 ความต้องการความสำเร็จ (Need for achievement) หมายถึงความต้องการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

4.2 ความต้องการมิตรสัมพันธ์ (Need for affiliation) หมายถึง ความต้องการมีสัมพันธ์อันดีกับคนอื่น คำนึงถึงการยอมรับของเพื่อนร่วมงาน

4.3 ความต้องการอิสระ (Need for autonomy) หมายถึง ความต้องการเป็นตัวของตัวเอง

4.4 ความต้องการมีอำนาจ (Need for power) หมายถึง ความต้องการมีอิทธิพลเหนือผู้อื่น และต้องการควบคุมคนอื่นให้อยู่ในอำนาจของตน

5. ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (1959 อ้างถึงในชมชื่น สมประเสริฐ, 2542) เป็นทฤษฎีแรงจูงใจที่อธิบายถึงสาเหตุจูงใจให้คนทำงานได้แบ่งความปรารถนาของมนุษย์ออกเป็น 2 ประการคือ

1 ความปรารถนาที่จะขจัดความทุกข์ทางร่างกาย เช่น ความหิว ความเหนื่อยอ่อนทางสุขภาพ และภัยจากสภาพแวดล้อม เป็นต้น

2 ความปรารถนาความสุขทางใจ เช่น การได้รับความสำเร็จในการทำงาน การเป็นที่ยอมรับของสังคมและความก้าวหน้าในชีวิต เป็นต้น

Herzberg ได้แบ่งปัจจัยจูงใจออกเป็น 2 ปัจจัยคือ

5.1 ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจเป็นสิ่งที่กระตุ้นสนับสนุนให้บุคคลปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ ปัจจัยจูงใจจะเกี่ยวกับเนื้อหาของงาน ซึ่งเป็นแรงจูงใจจากภายในเป็นสิ่งที่คนจะรับรู้หรือรู้สึกได้จากการทำงานและและเป็นปัจจัยนำไปสู่การพัฒนาทัศนคติทางบวกและการจูงใจที่แท้จริง ประกอบด้วย

5.1.1 ความสำเร็จในหน้าที่การงาน (Achievement) หมายถึง ความสำเร็จที่ได้รับเมื่อผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกว่าคืองานที่ทำท้าทายความสามารถ แรงจูงใจเกี่ยวกับความสำเร็จของงานประกอบด้วย 2 สิ่งคือ ระดับแรงจูงใจในความสำเร็จและความสามารถที่จะทำงานนั้น

5.1.2 การยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยกย่องชมเชยจากคัมภีร์บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน เนื่องมาจากความสำเร็จ การยอมรับนับถือ แสดงความยินดีมีหลายรูปแบบเช่น จากคำพูดหรือการเขียน การให้การเสริมแรงบ่อยๆ เป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้เกิดแรงจูงใจต่อเนื่องกันไป

5.1.3 ลักษณะงาน (Work itself) หมายถึง ความน่าสนใจของงานที่กระทำหรืองานที่ได้รับมอบหมายว่ามีความน่าสนใจ ความยากง่ายเพียงใด ปริมาณของงานมีความเหมาะสมหรือไม่ ความพึงพอใจในงานของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับว่าได้ปฏิบัติงานที่พึงพอใจด้วย

5.1.4 ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง ความรับผิดชอบต่องานที่ต้องปฏิบัติ มีความเอาใจใส่ต่องานที่ได้รับมอบหมาย เมื่อบุคคลได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับงานของตนเอง จะช่วยให้เกิดความรู้สึกผูกพัน

5.1.5 ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (Advancement) หมายถึงงานที่ทำนั้นเป็นงานที่ส่งเสริมความก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติ มีโอกาสได้เลื่อนตำแหน่ง แต่ละบุคคลจะได้รับความก้าวหน้าก็โดยการพัฒนาให้เกิดทักษะใหม่ๆ มีความสามารถและเต็มใจที่จะเพิ่มเติมความรู้ ดังนั้นปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับงานที่ทำให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในงาน เกิดความชอบและรักในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ

5.2 ปัจจัยธำรงรักษา (Maintenance factors) หรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานจำเป็นที่ทุกคนต้องได้รับการตอบสนอง ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พอใจ หรือไม่มีความสุขในการทำงาน ปัจจัยนี้เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมของงาน (Job context) เนื่องจากบุคคลต้องการหลีกเลี่ยงความยากลำบากในการปฏิบัติงานซึ่งถ้าความต้องการหรือปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงานได้ ซึ่งปัจจัยนี้ประกอบด้วย

5.2.1 นโยบายและการบริหาร (Policy and administration) หมายถึงความสามารถในการจัดเหตุการณ์ต่างๆ ของการทำงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นนโยบายทั้งหมดของหน่วยงาน ตลอดจนความสามารถในการบริหารให้สอดคล้องกับนโยบายนั้น

5.2.2 การนิเทศงาน (Supervision technical) หมายถึงสถานการณ์ที่ผู้นิเทศสามารถวิเคราะห์ความสามารถของผู้ทำงานได้ ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ที่อยู่ในขอบเขต หรือเป็นการทำงานอิสระ

5.2.3 เงินเดือนและค่าตอบแทน (Salary) หมายถึง ผลตอบแทนจากการทำงาน เช่นค่าจ้าง เงินเดือน สวัสดิการต่างๆ หรือสิ่งอื่นที่ได้จากการปฏิบัติงาน

5.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน (Interpersonal relationship) หมายถึง การพบปะสังสรรค์ของบุคคลกับบุคคลอื่น ได้แก่ ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชา ในสถานการณ์ต่างๆ

5.2.5 สภาพการทำงาน (Work condition) หมายถึง สภาพที่เหมาะสมในการทำงาน ได้แก่ สถานที่ตั้งของหน่วยงาน สิ่งแวดล้อมต่างๆ รวมไปถึงเครื่องมือเครื่องใช้ ปริมาณงานที่ได้รับมอบหมาย หรือความสะดวกสบายในการทำงาน

5.2.6 ชีวิตส่วนตัว (Personal life) หมายถึง สถานการณ์ของบุคคลที่จะทำ ให้มีความสุขในช่วงเวลาที่ทำงาน ซึ่งทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่องาน

5.2.7 สถานภาพในสังคม (Status) หมายถึง สถานภาพของบุคคลในสายตาผู้อื่นหรือเป็นการรับรู้จากบุคคลอื่น

5.2.8 ความมั่นคงในหน้าที่การงาน (Job security) หมายถึง บุคลากรมีความรู้สึกปลอดภัยว่าจะได้ทำงานในตำแหน่ง และสถานที่นั้นนาน รวมถึงความมั่นคงขององค์กร ดังนั้นปัจจัยธำรงรักษาในการปฏิบัติงาน จึงเป็นปัจจัยต่างๆภายนอกที่ป้องกันไม่ให้เกิดบุคลากรเกิดความไม่พึงพอใจในงาน ซึ่งมีลักษณะเป็นภาวะแวดล้อมภายนอก หรือส่วนประกอบของงาน ซึ่งเป็นการสนับสนุนจากองค์กร

กล่าวโดยสรุปได้ว่าในทุกองค์การผู้บริหารควรคำนึงถึงปัจจัยจิตใจในการทำงานและควรจัดให้มีปัจจัยธำรงรักษาให้เหมาะสมเพื่อเป็นแนวทางในการจูงใจให้บุคลากรในองค์กรคงอยู่และสามารถที่จะปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพในองค์กรได้ ในการศึกษาครั้งนี้จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กรของสถานการณความรุนแรงที่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สินในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ย่อมส่งผลกระทบต่อบุคลากรในโรงพยาบาลทุกแห่งดังนั้น การเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานของผู้บริหารน่าจะมีส่วนช่วยในการให้บุคลากรที่คงอยู่ในพื้นที่ สามารถทำงานต่อไปได้

5. สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมกับมนุษย์เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ หากพิจารณาในเชิงระบบก็สามารถอธิบายได้ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ของระบบย่อยทุกระบบที่สัมพันธ์กับระบบใหญ่ไปพร้อมกันด้วย การเกิดปฏิสัมพันธ์เช่นนี้ เป็นสิ่งสร้างสรรค์เพื่อสร้างความเจริญและมีการพัฒนาระบบในแนวทางก้าวหน้า โดยต้องมีวิธีในการดำเนินงานให้ทุกระบบทำงานร่วมกันไปสู่เป้าหมายหลัก ซึ่งต้องการการปรับแต่งกลไกการทำงานของทุกระบบ สิ่งนี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ถือว่าเป็นเรื่องของธรรมชาติที่ต้องเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีสิ่งใดในโลกนี้จะหยุดนิ่งอยู่กับที่ได้เมื่อเวลาผ่านไป ดังนั้นเมื่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทุกส่วนประกอบที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม ย่อมได้รับผลกระทบที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงาน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544: 1) สภาพแวดล้อมมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถของพยาบาลที่มีอยู่ให้เพิ่มขึ้น ได้แก่ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เช่น วิธีการทำงาน สภาพเครื่องมือ เครื่องใช้ในงาน สภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงาน โครงสร้างขององค์กร การปกครองบังคับบัญชาเป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ในขณะเดียวกันสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยมีผลต่อสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของพยาบาลย่อมส่งผลให้เกิดความเครียดในการทำงานได้

5.1 ความหมายของสภาพแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน

Jones (1949 อ้างถึงใน ชุตินา มาลัย, 2537) ให้ความหมายของสภาพแวดล้อม หมายถึง “ทุกสิ่งทุกอย่างรวมทั้งหมดที่อยู่ล้อมรอบปัจเจกบุคคลหรือกลุ่ม” ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม หรือวัฒนธรรม ซึ่งต่างก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์ได้ทั้งสิ้น

Moos (1986) ได้สรุปแนวคิดในการศึกษาสภาพแวดล้อมไว้ในหนังสือ “ Work environment scale manual” โดยให้ความหมายว่า การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นในงาน โดยได้แบ่งมิติในการศึกษาสภาพแวดล้อมเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติสัมพันธภาพ มิติความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และมิติการคงไว้และการเปลี่ยนแปลง

Nicklin (1997) กล่าวถึง สภาพแวดล้อมในการทำงานว่าเป็นสภาพการทำงานที่จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานประสบความสำเร็จอย่างมาก คือ สัมพันธภาพที่ดี ที่ประกอบด้วย การชื่นชม ความนับถือ การให้กำลังใจ และการสนับสนุน

Kreitzer et al. (1997) กล่าวถึงสภาพแวดล้อมในการทำงาน ว่าเป็นความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านสุขภาพ ซึ่งวิธีที่จะทำให้สิ่งแวดล้อมในการทำงานดีขึ้นนั้น ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ขึ้นอยู่กับการสื่อสารแบบเปิดเผย ชื่อสัตย์เคารพซึ่งกันและกัน การพรรณางาน การพัฒนาความรู้ และความสามารถของผู้ปฏิบัติงานมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ย่อมส่งผลให้งานที่ทำออกมาดีด้วย

Robbins (1998) ให้ความหมายสภาพแวดล้อมในการทำงาน หมายถึง ความไม่แน่นอนของสิ่งแวดล้อมในด้านต่างๆจะมีผลต่อลักษณะโครงสร้างขององค์กรและจะมีผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากร ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมประกอบด้วยความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจ ทางการเมือง และทางเทคโนโลยี

McKim (2003) ได้กล่าวถึงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน หมายถึง สิ่งที่ทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม และทางจิตใจ

Heath et al. (2004) ให้ความหมายของสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน หมายถึง สภาพที่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติงาน เพื่อช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายขององค์กร โดยมีแนวทางในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในงาน และการส่งเสริมการตัดสินใจในการทำงาน

The American Association of Critical Care Nurses (AACN, 2005) ได้ให้ความหมายของสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน หมายถึง สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานให้แก่องค์กรได้อย่างเต็มความสามารถ ซึ่งส่งผลให้องค์กรเพิ่มคุณค่าของงานได้มากขึ้น

สิริลักษณ์ สมพลกรัง (2542) ให้ความหมายของสภาพแวดล้อมในงานว่าหมายถึงสิ่งต่างๆ ที่อยู่ล้อมรอบตัวผู้ปฏิบัติในขณะที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการใดๆ ก็ตาม ผู้ปฏิบัติงานย่อมถูกสภาพแวดล้อมด้วยสภาพแวดล้อมต่างๆ ได้แก่ เสียง แสงสว่าง อุณหภูมิ ฝุ่น ไอระเหย ละอองสารเคมี ซึ่งมีผลต่อตัวผู้ปฏิบัติ สำหรับบางองค์การจะหมายถึงสภาวะการทำงาน (Working condition) ได้แก่แนวทางการทำงาน ช่วงเวลาการปฏิบัติงานเข้าไว้เป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมในการทำงาน

กนกศิลป์ พุทธิศิลพรสกุล (2543) กล่าวว่าสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน หมายถึงสภาพและองค์ประกอบต่างๆ ภายในหน่วยงานทางการพยาบาล ที่จะส่งเสริมและเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ประเมินได้จากการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพจากสภาพแวดล้อม

กล่าวได้ว่าสภาพแวดล้อมในการทำงาน คือ ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่ล้อมรอบบุคคลหรือกลุ่มคน ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม หรือวัฒนธรรม และจิตใจ ซึ่งต่างก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในการทำงานและมีผลต่อขวัญและกำลังใจในการทำงาน

5.2 แนวคิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

5.2.1 แนวคิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของ Moos

Moos (1986) ได้แบ่งลักษณะสภาพแวดล้อมในการทำงาน เป็น 3 มิติ คือ มิติสัมพันธภาพ มิติความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และมิติการคงไว้และการเปลี่ยนแปลงระบบงาน มีรายละเอียด ดังนี้

5.2.1.1 มิติสัมพันธภาพ หมายถึง การมีส่วนร่วม ความผูกพันของบุคคลต่องาน ความเป็นมิตร การสนับสนุนในระหว่างเพื่อนร่วมงาน การที่ผู้บริหารให้การสนับสนุน ผู้ได้บังคับบัญชา กระตุ้นให้ผู้บังคับบัญชาให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน มิตินี้ประกอบด้วยมาตรย่อยที่ใช้วัดลักษณะ 3 ด้าน คือ

5.2.1.1.1 ด้านการมีส่วนร่วม หมายถึง ความสนใจของบุคคลในการเข้าร่วมประชุมในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงาน

5.2.1.1.2 ด้านความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมงาน ความเป็นมิตรและการให้แรงสนับสนุนซึ่งกันและกัน

5.2.1.1.3 ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาหมายถึงแรงสนับสนุนของผู้บังคับบัญชาที่มีต่อผู้ปฏิบัติและการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติให้แรงสนับสนุนต่อเพื่อนร่วมงาน

5.2.1.2 มิติความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างงาน บุคคลและการจัดการในสภาพแวดล้อมของการทำงาน ซึ่งจะวัดใน 3 ด้าน คือ

5.2.1.2.1 ด้านความอิสระในการทำงาน หมายถึง การที่ผู้บังคับบัญชาส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติตัดสินใจด้วยตนเองในการปฏิบัติงาน

5.2.1.2.2 ด้านการมุ่งงาน หมายถึง ระดับความมุ่งมั่นงานของบุคคลในการวางแผนที่ดี มีประสิทธิภาพและมีการดำเนินงานตามแผน

5.2.1.2.3 ด้านความกดดันในการทำงาน หมายถึง สภาพการทำงานที่ต้องเร่งรีบในสถานการณ์ที่จะต้องตัดสินใจในความเป็นความตายของผู้ป่วย

5.2.1.3 มิติการคงไว้และการเปลี่ยนแปลงระบบงาน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

5.2.1.3.1 ด้านความชัดเจน หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ปฏิบัติต่อความคาดหวังของผู้บังคับบัญชาหรือความคาดหวังของหน่วยงานในการปฏิบัติงานประจำวัน และการสื่อสารเกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆ ภายในหน่วยงานอย่างชัดเจน

5.2.1.3.2 ด้านการควบคุม หมายถึง การที่ผู้บังคับบัญชาใช้กฎระเบียบในการควบคุมการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติ

5.2.1.3.3 ด้านการนำนวัตกรรมมาใช้ หมายถึง การนำนวัตกรรมใหม่ๆ มาใช้ในหน่วยงาน โดยเน้นที่วิธีการที่หลากหลาย และวิธีการที่แปลกใหม่

5.2.1.3.4 ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่อำนวยความสะดวกสบายในการทำงาน

5.2.2 แนวคิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของ McKim

McKim (2003) กล่าวถึงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานขององค์กรพยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม และทางจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กรได้ด้วยดี โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.2.2.1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เป็นลักษณะหรือสิ่งที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกปลอดภัย และมั่นใจในการปฏิบัติงาน สถานที่ทำงานเป็นสัดส่วน มีระเบียบ ถ้าจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดอันตราย ภาวะเสี่ยงต่อการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติ

5.2.2.2. สภาพแวดล้อมทางสังคม เป็นการส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารที่มีความชัดเจน มีมาตรฐาน มีรูปแบบและแนวทางในการสื่อสารที่ชัดเจน มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลและ สาขาวิชาชีพ รวมทั้งการทำงานเป็นทีม

5.2.2.3 สภาพแวดล้อมทางจิตใจ โดยการยอมรับความสามารถ ให้การสนับสนุน ส่งเสริม ช่วยเหลือ การเคารพซึ่งกันและกัน มีความคิดสร้างสรรค์ และมีอิสระในการคิดและปฏิบัติงาน เพื่อทำให้เกิดผลของงานที่มีประสิทธิภาพ

5.2.3 แนวคิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของ Heath, Johanson and Blake

Heath, Johanson and Blake (2004) กล่าวถึงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของผู้นำทางการพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของผู้นำทางการพยาบาล เพื่อช่วยให้สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยมีแนวทาง 3 ประการ ดังนี้

5.2.3.1 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ บุคคลที่มีการติดต่อสื่อสารที่ดีสามารถทำให้เป็นที่ยอมรับต่อผู้อื่น โดยมีความชำนาญในการติดต่อสื่อสาร มีเป้าหมายของการติดต่อสื่อสาร และเป็นการติดต่อสื่อสารในแนวราบ มีความไว้วางใจและความผูกพัน มีการประสานงานและร่วมกันทำงานเป็นทีม มีการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.3.2. การมีส่วนร่วม โดยการทำงานเป็นทีมซึ่งจะส่งผลไปในทางบวกคือการเคารพซึ่งกันและกัน การทำงานร่วมกัน การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การเคารพต่อกัน มีความสามัคคี มีความซื่อสัตย์ มีความผูกพัน มีน้ำใจและมีความสามารถในการทำงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร

5.2.3.3. การส่งเสริมการตัดสินใจในการทำงาน เป็นการเพิ่มความพึงพอใจในการทำงานซึ่งทำให้เกิดคุณภาพของงานเพิ่มขึ้น โดยการให้อำนาจในการตัดสินใจการทำงาน มีการกระตุ้นความคิด การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างองค์กร เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ

5.2.4 แนวคิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของ The American Association of Critical – Care Nurses

The American Association of Critical – Care Nurses (AACN, 2005) กล่าวถึงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงาน สามารถทำงานให้แก่องค์กรได้อย่างเต็มความสามารถ โดยมีการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ดีและเหมาะสม ซึ่งจะมีประโยชน์ในด้านการเพิ่มพูนประสิทธิภาพในการทำงาน เป็นเครื่องจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานทำงาน

อย่างเต็มกำลังความรู้ความสามารถ เป็นผลให้องค์การเพิ่มคุณค่าของงานได้มากขึ้น โดยมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ดังนี้

5.2.4.1 ทักษะในการติดต่อสื่อสาร พยาบาลต้องมีทักษะและความชำนาญในการติดต่อสื่อสารพอๆ กับทักษะในการดูแลผู้ป่วย

5.2.4.2 การมีส่วนร่วมในการทำงาน พยาบาลต้องมีส่วนร่วม ติดตาม ดำเนินการ รวมทั้งประเมินผลการทำงาน และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

5.2.4.3 การตัดสินใจที่มีประสิทธิผล โดยพยาบาลเห็นคุณค่าและมอบหมายงานให้ผู้ร่วมงานได้มีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบาย วางแผน และประเมินผลการปฏิบัติงาน

5.2.4.4 การจัดบุคลากรอย่างเหมาะสม โดยจัดบุคลากรให้ตรงกับความรู้ความสามารถ และเหมาะสมกับปริมาณงาน การทำงานตามสมรรถนะทางการพยาบาล

5.2.4.5 การยอมรับ พยาบาลต้องมีการยอมรับผู้อื่น เพื่อให้เห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะนำมาถึงผลของงานและองค์การ

5.2.4.6 ภาวะผู้นำ ผู้นำทางการพยาบาลต้องมีความกล้าที่จะเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมต่อการปฏิบัติงานให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งทำให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างสัมฤทธิ์ผล

5.2.5 แนวคิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของ Kristensen

Kristensen (1999 cited in International Council of Nurses, 2007) กล่าวถึงลักษณะ 6 ประการ ในการทำงานเพื่อความผาสุกทางด้านสังคมและจิตใจ ได้แก่

5.2.5.1 ปราศจากแรงกดดันในการทำงาน หมายถึง การมีสภาพการทำงานที่ไม่ต้องเร่งรีบ การจัดทรัพยากรบุคคลให้เหมาะสมกับปริมาณงานที่ถูกกำหนด ในการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ ไม่มีความกดดันในเรื่องของเวลาและต้องทำงานที่ไม่อยากทำ

5.2.5.2. ความมั่นคงในงานและความปลอดภัยของสถานที่ทำงาน หมายถึงความปลอดภัยภายในองค์กรที่เกี่ยวข้องด้านนโยบาย ขั้นตอนการปฏิบัติ และผลตอบแทนซึ่งมีทั้งด้านกายภาพและด้านจิตใจ

5.2.5.2.1 ด้านกายภาพ ได้แก่ เครื่องมือในการปฏิบัติงานมีเพียงพอ โครงสร้างทางกายภาพที่ปลอดภัยขององค์กร และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน โดยจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพในการทำงานไม่ให้เสี่ยงต่อการปฏิบัติงาน มีเครื่องอำนวยความสะดวกเพื่อทำงานได้คล่องตัว

5.2.5.2.2 ด้านจิตใจ ได้แก่ ผลตอบแทนการปฏิบัติงานของบุคลากร และความมีอิสระในการซักถามประเด็นต่างๆ ในการปฏิบัติงานโดยปราศจากความกลัวต่อปฏิกิริยาของผู้บริหารหรือนายจ้าง

5.2.5.3 การสนับสนุนจากผู้ร่วมงานในการทำงานเป็นทีม มีการช่วยเหลือและให้กำลังใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน ทุกคนในทีมไว้วางใจซึ่งกันและกันเป็นทีมการทำงานที่ดี และโอกาสในการศึกษาต่อ

5.2.5.4 รับรู้ถึงคุณค่าของงาน/วิชาชีพ และมีเอกลักษณ์ของวิชาชีพ โดยมีการดูแลแบบองค์รวม โดยใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และมีความรับผิดชอบ

5.2.5.5 การมีภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง มีการบริหารจัดการที่ดีขององค์กร มีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการและปกครองบุคลากรในขอบเขตวิชาชีพ ภายใต้ผู้นำของคนในวิชาชีพ

5.2.5.6 ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม โดยมีเงินเดือนและสวัสดิการที่จูงใจและเทียบเคียงหรือแข่งขันกับวิชาชีพอื่นได้ ยกย่องให้เกียรติและให้รางวัล

กล่าวโดยสรุปได้ว่า สภาพแวดล้อมในการทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานให้แก่องค์กรได้อย่างเต็มความสามารถ ถ้าสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ดีมีลักษณะเสี่ยงอันตราย หรือมีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่มีขวัญกำลังใจในการทำงาน การจัดสภาพแวดล้อมในที่ทำงานให้ดีจะมีประโยชน์ในด้านการเพิ่มพูนประสิทธิภาพในการทำงาน เนื่องจากการจัดสภาพแวดล้อมในที่ทำงานให้ดีขึ้น เป็นเครื่องจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานด้วยความเต็มใจ เต็มกำลังความรู้ความสามารถ เป็นผลให้หน่วยงานสามารถเพิ่มปริมาณงานได้มากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร จากสถานการณ์ความรุนแรงที่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สินน่าจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการทำงาน วิธีชีวิต ความรู้สึก นึกคิดของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยจึงต้องการทราบว่าภายใต้บริบทดังกล่าวส่งผลต่อการทำงาน วิธีชีวิต ความรู้สึก นึกคิดของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดนภาคใต้อย่างไร และมีการเปลี่ยนแปลงอะไร

6. การวิจัยเชิงคุณภาพและการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

6.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ

แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ได้รับอิทธิพลของความคิดทางมานุษยวิทยาโดยอยู่บนพื้นฐานความเชื่อตามแนวคิดปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) มีความเชื่อที่เป็นสาระสำคัญว่าสังคมมนุษย์นั้นมีลักษณะอัตวิสัย (Subjective) มีการเคลื่อนไหวอยู่

ตลอดเวลา (Dynamic) ปรัชญาการค้นคว้าทางสังคมมีสภาพที่แตกต่างกันไปตามการเปลี่ยนแปลงทางประวัติศาสตร์และสภาพแวดล้อม จึงมีลักษณะเฉพาะของแต่ละสังคม ดังนั้นการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดเพราะตัวมนุษย์ มีการรับรู้ มีความหมาย และแสดงพฤติกรรมตามที่เห็นว่าเหมาะสมกับบริบท (Context) ที่ตนอาศัยอยู่ ณ.เวลานั้นๆออกมา การวิจัยเชิงคุณภาพมีความแตกต่างกับการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ที่มีความเชื่อเชิงปฏิฐานนิยม (Positivism) ซึ่งเชื่อว่าปรากฏการณ์หรือข้อเท็จจริงทางสังคมเป็นไปตามกฎธรรมชาติ มีลักษณะวัตถุวิสัย (Objective) มีความจริงทางสังคมและการดำรงอยู่เช่นเดียวกับกฎธรรมชาติ (สุภางค์ จันทวานิช, 2543; ชาย โพธิ์ลีตา, 2547)

จากหลักการพื้นฐานของงานวิจัยเชิงคุณภาพข้างต้น สุภางค์ จันทวานิช (2543) ได้ให้ความหมายการวิจัยคุณภาพอย่างครอบคลุมว่า การวิจัยเชิงคุณภาพ คือการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น เป็นการแสวงหาความรู้โดยเน้นความสำคัญของข้อมูลด้านความรู้ที่ลึกซึ้ง การให้ความหมายหรือคุณค่าแก่สิ่งต่างๆ ตลอดจนค่านิยมและอุดมการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นั้นๆมักเป็นการศึกษาติดตามระยะยาว และใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยเป็นหลัก

ลักษณะเด่นของงานวิจัยเชิงคุณภาพ คือสามารถรวบรวมข้อมูลให้ได้ภาพรวมทั้งหมด (Holistic) การศึกษาปรากฏการณ์จึงต้องศึกษาสภาพแวดล้อมที่ปรากฏการณ์นั้นเกี่ยวข้องกับอยู่ (Contextual) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง ลุ่มลึกและรอบด้าน องค์กรที่ดีสามารถสรุปหลักการและลักษณะงานวิจัยเชิงคุณภาพได้ดังนี้คือ (สุภางค์ จันทวานิช, 2543; Streubert and Capenter, 1995)

1. เน้นการมองปรากฏการณ์ในภาพรวม (Holistic) โดยการมองจากหลายแง่มุม การศึกษาจึงต้องการข้อมูลที่รอบด้านเพื่อเข้าใจบริบทของสังคม แนวคิดทฤษฎีที่ใช้อาจมีความหลากหลายมากกว่ายึดแนวคิดอันใดอันหนึ่งเป็นหลัก

2. เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมซึ่งบางครั้งไม่อาจอธิบายด้วยเหตุผลธรรมดา โดยทั่วไปได้ การศึกษาจึงต้องทำความเข้าใจขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมเพื่อนำมาอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมนั้น จึงมักพบการวิจัยเชิงคุณภาพใช้ระยะเวลาในการศึกษานาน

3. งานวิจัยคุณภาพคืองานที่ต้องการที่จะเข้าใจระบบความคิด ระบบความเชื่อ และตรรกของผู้ที่อยู่ในชุมชนหรือสังคม หรือที่เรียกว่าทัศนคติของคนใน (Emic) ไม่ใช่มุมมองที่เป็นทัศนคติของผู้วิจัย (Etic)

4. การคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกวิจัย เนื่องจากการศึกษาทางปรากฏการณ์ทางสังคมเป็นการศึกษาเกี่ยวกับมนุษย์ นักวิจัยเชิงคุณภาพจึงต้องให้ความสำคัญและเคารพผู้ถูกวิจัย

ในฐานะที่เป็นเพื่อนมนุษย์ รวมทั้งไม่นำข้อมูลของผู้ถูกวิจัยไปใช้ในทางที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ถูกวิจัย

5. ใช้การพรรณนาและการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย เพื่อให้เห็นภาพรวมในขั้นแรกจะเป็นการให้รายละเอียดเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของชุมชนหรือกรณีศึกษา ส่วนการวิเคราะห์ใช้การตีความแบบสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Induction) โดยนำข้อมูลเชิงรูปธรรมย่อยๆหลายๆกรณีมาสรุปเชิงนามธรรมโดยพิจารณาจากลักษณะร่วมที่พบ

6. เน้นปัจจัยหรือตัวแปรด้านความรู้สึกนึกคิด จิตใจ ความหมาย ในการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม เนื่องจากเชื่อว่าองค์ประกอบด้านความคิด จิตใจและความหมาย คือสิ่งที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมของมนุษย์และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมา

การวิจัยเชิงคุณภาพเน้นการศึกษาครณีเฉพาะอย่างลึกซึ้ง เพื่อความเข้าใจรอบด้าน ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงคุณลักษณะจึงพบข้อจำกัดในการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้คือ

1. ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำในรูปการศึกษาเฉพาะกรณีทำให้การจะนำผลการวิจัยไปใช้กับกรณีอื่น (Generalization) ไม่ได้หรือได้น้อย

2. ผู้วิจัยภาคสนามคือเครื่องมือวิจัยที่สำคัญที่สุด และจะต้องได้รับการฝึกฝน อบรมมาเป็นพิเศษสำหรับใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ถ้าผู้วิจัยมีคุณสมบัติไม่เหมาะสมจะไม่สามารถทำงานที่มีคุณภาพได้

3. การวิจัยเชิงคุณภาพมักใช้เวลาในการศึกษามากและทำได้เฉพาะกรณี ไม่ใช่ทำกับประชากรทั้งหมด เพราะฉะนั้นจึงไม่เหมาะที่จะทำถ้าทรัพยากรจำกัด และมีประชากรที่จะศึกษาเป็นจำนวนมาก

4. วิธีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ ยังถูกโจมตีมากทั้งในเรื่องความเที่ยง ความตรง และความเชื่อถือได้ เพราะเป็นวิธีการอัตนัยที่ขึ้นกับตัวผู้ถูกวิจัยโดยตรง ผู้วิจัยจึงต้องเน้นเป็นพิเศษถึงจริยธรรมของผู้ถูกวิจัยในความรับผิดชอบและความซื่อสัตย์ในการทำงาน

5. วิธีการวิเคราะห์และตีความข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพต้องการความสามารถเฉพาะของนักวิจัยในการอธิบายความสัมพันธ์ของสังคมจากปรากฏการณ์ที่ศึกษา

6. ผู้วิจัยเชิงคุณภาพต้องเป็นผู้มีสหวิทยาการในตัวเอง เพราะการกำหนดปัญหาและการวิเคราะห์ข้อมูลต้องใช้การมองจากหลายมิติ และใช้ทฤษฎีพื้นฐานจากหลายศาสตร์

นอกจากนี้การวิจัยเชิงคุณภาพยังมีรูปแบบในการศึกษาแตกต่างกันไป เช่น Phenomenology, Grounded theory, Ethnography เป็นต้น ซึ่งการจะเลือกใช้การศึกษารูปแบบใด มักขึ้นอยู่กับคำถามการวิจัยและพื้นฐานแนวคิดของผู้วิจัยเป็นสำคัญ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการศึกษาหาความรู้ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ที่เชื่อว่ามนุษย์มีการรับรู้ ให้ความหมาย และแสดงออกตามบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ ดังนั้นการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมตามความเป็นจริงในทุกมิติ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ลุ่มลึกและรอบด้านเพื่อให้ได้ภาพรวมทั้งหมดของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยเป็นหลัก

6.2 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

6.2.1 ความเป็นมาและการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญาสังคมวิทยาและจิตวิทยา (Streubert and Carpenter, 2003) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เน้นธรรมชาติ (Nature) และความเป็นจริง (Truth) ของปรากฏการณ์สะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (Koch, 1995 cited in Holloway and Wheeler, 1996) ตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยา การวิจัยคือการตั้งคำถามเกี่ยวกับการเกิดประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) ของบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นดำเนินชีวิตอยู่ (Live world) และความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม/โลกที่เราอยู่จะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยการที่เราดำเนินชีวิตอยู่ (Being) ในสิ่งแวดล้อม/โลกนั้นในสถานการณ์หนึ่งๆ (Van Manen, 1990 cited in จอนพะจง เฟิงจาด, 2546)

Edmund Husserl ถือเป็นบุคคลแรกที่เริ่มต้นศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแนวใหม่ โดยมีความเชื่อว่าประสบการณ์ความเป็นอยู่หรือการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถเข้าใจได้ทันทีทันใด แต่บุคคลจะเป็นผู้ที่ให้ความหมายด้วยตนเองต่อประสบการณ์นั้นๆ บุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ (Dualism) แต่จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Koch, 1995 cited in Holloway and Wheeler, 1996) โดยมีแนวคิดหลักที่สำคัญคือ

1. การให้ความสนใจ (Intentionality)
2. องค์ประกอบสำคัญหรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์
3. การทอนปรากฏการณ์ (Phenomenological reduction)

ต่อมา Heidegger นักปราชญ์ชาวเยอรมันที่มีชื่อเสียงมากคนหนึ่ง ในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นลูกศิษย์และเป็นเพื่อนร่วมงานของ Husserl ได้นำแนวคิดของ Husserl มาพัฒนาต่อ

เป็นการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาการแปลความ (Hermeneutic phenomenology) โดยเป็นผู้ริเริ่ม และมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงจากการศึกษาวิธีการได้มาซึ่งสิ่งที่เรารู้ (How we know what we know) หรือที่เรียกว่า Epistemology มาเป็น Ontology ซึ่งหมายถึงการศึกษาวิธีการของสิ่งที่เป็นอยู่ในโลก และศึกษาความหมายของการเป็นบุคคล โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอยู่และเวลา (Being and time) มีความหมายในตัวเองสามารถแปลความได้และภาษาเป็นสิ่งสำคัญในการแปลความเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายนั้น (Leonard, 1994 cited in Holloway and Wheeler, 1996) ซึ่งมีแนวคิดที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ

1. บุคคล (Person) เป็นผู้ที่ให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่เขาประสบ ตามความคิด ความรู้สึกของเขาเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความเป็นจริงตามทฤษฎีซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นจริงของบุคคลนั้น

2. สิ่งแวดล้อม (World) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์ในปัจจุบันรวมถึงภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรมและค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคลโดยการเรียนรู้ตั้งแต่เกิด และเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์จึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้นซึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคม วัฒนธรรมละภูมิหลังของบุคคลนั้น

3. การเชื่อมโยงประสบการณ์ในชีวิต (Hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน (Past experience) เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ นั่นคือบุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน

ต่อมามีผู้ให้แนวคิดเพิ่มเติมในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์ของบุคคลอย่างลึกซึ้ง คือ Gadmer (1976 อ้างถึงใน ประณีต ส่งวัฒนาและคณะ, 2543) ซึ่งเป็นลูกศิษย์และเพื่อนร่วมงานของ Heidegger ได้เพิ่มเติมแนวคิดที่สำคัญอีก 2 ประการ ดังนี้

1. ภาษา (Language) โดยเชื่อว่าภาษาเป็นสื่อกลางที่สำคัญที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ ภาษาเป็นสื่อจำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งในรูปแบบและความหมายของภาษา

2. การเชื่อมโยงความหมาย (The fusion of horizons) เป็นการเชื่อมมุมมองของนักวิจัยซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆ จากการศึกษา นั้นกับผู้ให้ข้อมูลสามารถที่จะเข้าใจถึงความหมายที่บุคคลสื่อออกมา ความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้งจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีการทำความเข้าใจเชื่อมโยง เปลี่ยน

และขยายความคิดเห็นต่อกัน เกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

6.2.2 การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยาเริ่มขึ้นในต้นศตวรรษที่ 20 และมีการพัฒนาขึ้นเรื่อยมา การเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์วิทยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (Streubert and Carpenter, 2007)

ระยะที่ 1 Preparatory phase เป็นระยะที่เริ่มมีการปูพื้นฐาน โดย Franz Brentano และ Carl Stumpf ในระยะนี้เป็นแนวคิดของการศึกษาด้วยความตั้งใจ (Intentionality) ซึ่งหมายถึงการมีสติอยู่ตลอดเวลาต่อสิ่งที่กำลังศึกษา

ระยะที่ 2 German phase เป็นระยะที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดโดยนักปรัชญาชาวเยอรมัน ได้แก่ Edmund Husserl และ Martin Heidegger ได้มีการพัฒนาแนวคิดการเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบสำคัญหรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์เพื่อความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษาและหยั่งรู้ (Intuiting) เป็นการแปลความจากความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาเท่าที่จะเป็นไปได้จากข้อมูลจนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และการทอนประสบการณ์ (Phenomenological reduction)

ระยะที่ 3 France phase เป็นระยะที่นักปรัชญาชาวฝรั่งเศสซึ่งได้แก่ Gabriel Marcel, Jean Paul Sartre และ Maurice Merleau-Ponty แนวคิดในระยะนี้เป็นการศึกษาที่มุ่งอธิบายสิ่งที่มีอยู่จริง (Existential) เน้นการแสดงออกเป็นรูปธรรม (Embodiment) และสิ่งที่เป็นอยู่ในโลก (Being in the world) โดยมีความเชื่อว่าการกระทำทุกอย่างถูกสร้างจากการรับรู้หรือการตระหนักเราสามารถเข้าใจประสบการณ์ได้โดยผ่านการรับรู้ ความคิด การสัมผัส รับรู้ การได้ยินและการมีสติ

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นการศึกษาที่มีการเปลี่ยนแปลง (Dynamic) และมีการพัฒนาตลอดเวลา ซึ่งจะอธิบายปรากฏการณ์วิทยาด้วยปรัชญาและวิธีการศึกษาที่แตกต่างกันจึงต้องทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในหลักและวิธีการศึกษาของนักปราชญ์แต่ละคน เพื่อนำมาเป็นแนวทางสำหรับนักวิจัยในการทำวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาและมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ต้องการศึกษา ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Martin Heidegger ซึ่งเป็นลักษณะการค้นหาคความหมายเพื่อตีความการเป็นอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ โดยเฉพาะประสบการณ์ของบุคคลที่มีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมของตนเอง ทั้งนี้ที่เลือกการศึกษาแบบนี้เนื่องจากทำให้สามารถอธิบายประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ตามการรับรู้ของพยาบาลที่เผชิญอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ได้เป็นอย่างดี

6.2.3 ลำดับขั้นของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Spiegelberg (1965, 1975 cited in Streubert and Carpenter, 2007) ได้แบ่งลำดับขั้นที่สำคัญของปรากฏการณ์วิทยาไว้ 6 ระดับ ดังนี้คือ

1. Descriptive phenomenology คือ การสืบค้นปรากฏการณ์โดยตรง การวิเคราะห์และพรรณนาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ศึกษาต้องเปิดประสาทสัมผัสทั้ง 5 พร้อมกับยอมรับความไม่รู้และมุ่งที่จะแสวงหาคำตอบให้กับตน

2. Phenomenology of essences คือการสืบสวนข้อมูลเพื่อที่จะค้นหาองค์ประกอบสำคัญ (Theme) หรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์เหล่านั้นและจัดกลุ่มหาความสัมพันธ์ตามลักษณะของปรากฏการณ์

3. Phenomenology appearance คือการให้ความตั้งใจเฝ้าดูรูปแบบของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จะสามารถเห็น โครงสร้างหรือแก่นของความรู้ของปรากฏการณ์นั้นๆ ได้

4. Constitutive phenomenology คือการตรึงตรองหรือก่อตั้งปรากฏการณ์หรือวิถีทางที่ปรากฏการณ์ก่อตั้งขึ้นหรือปรากฏการณ์เป็นรูปร่างขึ้นอย่างมีสติ

5. Reductive phenomenology คือการทอนปรากฏการณ์ เป็นการขจัดความเชื่อส่วนตัว ขจัดอคติหรือการคาดคะเนล่วงหน้าออกไปเพื่อที่จะอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริงมากที่สุด

6. Interpretive or hermeneutic phenomenology คือ การค้นหาเพื่อแปลความหมายที่ซ่อนอยู่ปรากฏการณ์อย่างไม่เปิดเผยให้ชัดเจนขึ้นตามที่ได้สืบค้น วิเคราะห์และอธิบายอย่างตรงไปตรงมา

ลำดับขั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาทั้ง 6 ระดับนี้ นักวิจัยไม่จำเป็นต้องใช้ทั้งหมด ส่วนใหญ่นักวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยามักใช้วิธีการศึกษา 3 ระดับแรกเท่านั้น ได้แก่ Descriptive phenomenology, Phenomenology of essences and Reductive phenomenology ส่วนการศึกษาแบบแปลความ (Hermeneutic phenomenology) สามารถแยกมาใช้โดยลำพังโดยไม่ต้องใช้ร่วมกับวิธีอื่นก็ได้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ Interpretive phenomenology ในการแปลความหมายและปรากฏการณ์

6.2.4 หลักพื้นฐานของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Hermeneutic phenomenology

คำว่า “Hermeneutic” มาจากคำกริยาภาษากรีกว่า “Hermeneueuen” และคำนาม “Hermeneia” มีความหมายว่า ตีความหรือให้ความหมาย (Interpretation) (Pascoe, 1996)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบ Hermeneutic ของ Heidegger มีปรัชญาสำคัญ คือ เน้นความจริงแท้แน่นอน (Existential-ontological) เน้น “Dasein” (Being in the world) คือ ความเป็นจริง สิ่งปรากฏอยู่ หรือการดำรงอยู่ตามวิถีชีวิต หรือสภาพความเป็นจริงตามสถานการณ์ นั้น (Koch, 1995) โดยมีเป้าหมายเพื่อเข้าใจถึงความหมายที่ฝังตัวหรือซ่อนเร้นอยู่ในปรากฏการณ์ (Sorrell and Redmond, 1995) และมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เป็นวิถีชีวิตในแต่ละวัน เกี่ยวกับความสามารถ การปฏิบัติและประสบการณ์ของมนุษย์ เพื่อสรุปประเด็นให้เห็นอย่างชัดเจนเกี่ยวกับความเหมือนและแตกต่างกันของความหมาย ความมุ่งมั่น การปฏิบัติ ความสามารถ และประสบการณ์ของมนุษย์ (Castillo, 2000 อ้างถึงในสุภัท คชรัตน์, 2547)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl และ Heidegger

ประเด็นเปรียบเทียบ	แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl	แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger
จุดเน้นของปรัชญา (Philosophy focus)	เน้นกระบวนการได้มาซึ่งองค์ความรู้ (Epistemological)	เน้นความจริงแท้แน่นอน (Existential-ontological)
คำถาม(Question)	ทำอะไรให้เรารู้ว่าเรารู้อะไร (How do we know what we know?) หรือทำไมเราจึงรู้ว่าเรารู้	ความจริงแท้คืออะไร ประสบการณ์แท้จริงเป็นอย่างไร และมีความหมายอย่างไรต่อบุคคล
การแปลความหมาย	ใช้การกันความรู้เดิมเกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นออก(bracketing)	ใช้วงจรถ่วง Hermeneutic circle
ความน่าเชื่อถือของการวิจัย	เทคนิคและวิธีการที่เพียงพอสามารถรับประกันความถูกต้องของการแปลความ(adequate techniques and procedures guarantee validity of interpretation)	สร้างเกณฑ์ความน่าเชื่อถือของการวิจัยของตนเอง(establish own criteria for trustworthiness of research)

Modify from “interpretive approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger.by Koch, 1995, Journal of Advanced Nursing, 21(5): 832

Koch (1995) ได้กล่าวถึงความแตกต่างระหว่างการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบ Hermeneutic ของ Heidegger และการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ในเรื่องของปรัชญา

คือ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl เน้นกระบวนการได้มาซึ่งองค์ความรู้ (Epistemological) ว่าทำอะไรให้เราเห็นว่าเรารู้อะไร หรือ ทำไมเราจึงรู้ว่าเรารู้ ในขณะที่แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger จะเน้นความจริงแท้แน่นอน (Existential-ontology) จากประสบการณ์และความเข้าใจว่าความจริงแท้คืออะไร ประสบการณ์แท้จริงเป็นอย่างไร และมีความหมายอย่างไรต่อบุคคล ซึ่งนอกจากความแตกต่างกันในเรื่องของปรัชญาแล้ว แนวคิดทั้ง 2 ยังมีความแตกต่างกันในเรื่องความน่าเชื่อถือของการวิจัยและในเรื่องการแปลความหมายอีกด้วย (ตารางที่ 2)

วงจรถนอม Hermeneutic ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการได้แก่ การทำความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาล่วงหน้า (Preunderstanding) ภูมิหลัง (background or person's history) และ การมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมาย (Co-constitution or fusion of horizons) (Koch, 1995) ดังนี้

1. การทำความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาล่วงหน้า เป็นสิ่งที่ไม่สามารถกำจัดออกหรือกันออกไปได้ เป็นพื้นฐานที่สามารถเข้าใจปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาได้ (Palmer, 1969 cited in Pascoe, 1996)

2. ภูมิหลัง เป็นวัฒนธรรมที่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิดที่ทำให้เข้าใจว่าอะไรคือตัวตนที่แท้จริงของบุคคลนั้น (Benner and Weubel, 1989 cited in Koch, 1995) ซึ่ง Heidegger เชื่อว่าบุคคลมีลักษณะสำคัญ 5 ประการ (Leonard, 1994) คือ

2.1 บุคคลมีสิ่งแวดล้อมโดยสิ่งแวดล้อม (World) ในที่นี้จะแตกต่างจากความหมายทั่วไปที่ให้ความหมายว่าเป็นธรรมชาติหรือสิ่งต่างๆในโลก แต่ในความหมายของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบ Hermeneutic จะหมายถึงกลุ่มของการปฏิบัติสัมพันธ การปฏิบัติ และภาษาที่หล่อหลอมมาจากวัฒนธรรมซึ่งติดตัวมาตั้งแต่เกิด ดังนั้นสิ่งแวดล้อมของบุคคลจึงถูกกำหนดโดยภาษา วัฒนธรรม ประเพณี ตามความมุ่งหมายของบุคคลนั้น

2.2 บุคคลเป็นสิ่งที่มีชีวิตที่ให้คุณค่าและความสำคัญแก่สิ่งต่างๆ บุคคลไม่เพียงมีสิ่งแวดล้อมเท่านั้น แต่ยังมีกรให้คุณค่าและให้ความสำคัญกับสิ่งเหล่านั้น ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรม ภาษา และสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นการทำความเข้าใจบุคคลต้องศึกษาในบริบทที่เขาเป็นอยู่

2.3 บุคคลมีการให้ความหมายสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยตัวของเขาเอง ซึ่งการให้ความหมายของบุคคลไม่ใช่เพียงแค่เกิดจากจิตสำนึกเท่านั้น แต่รวมถึงภูมิหลังที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญต่อเขา รวมทั้งการพูดภาษา ประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา

2.4 บุคคลมีหน่วยรวม (The person as embodied) บุคคลมิใช่มีเพียงกายภายนอก (body) เท่านั้น แต่ยังมี การรวบรวมสิ่งต่างๆเข้าด้วยกัน (embodied) และการรับรู้ (perception) ที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมา

2.5 บุคคลอยู่ในมิติของเวลา (The person in time) จะคำนึงถึงบุคคลที่เป็นอยู่ในเวลานั้น (being in time) ซึ่งอธิบายด้วยคำว่ามิติของเวลา (temporality) ซึ่งถูกกำหนดมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตและมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดในอนาคต

3. การมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมาย (Co-constitution) หรือที่เรียกว่า “การหล่อหลอมความเข้าใจ” หรือ “Fusion of horizons” เป็นการทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมายนี้ จะทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (Koch, 1995) เป็นการรวมองค์ประกอบที่เกิดขึ้นทั้งหมดให้เห็นเป็นภาพชัดเจน ซึ่ง Gadamer เชื่อว่าภาษาจะเป็นสื่อกลางสำคัญที่จะสื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ และความเข้าใจในรูปแบบและความหมายของภาษาจะช่วยให้เข้าใจถึงประสบการณ์ของบุคคลได้อย่างลึกซึ้งขึ้น (Gadamer, 1976 cited in Allen, 1995) และเพื่อให้เกิดการหล่อหลอมความเข้าใจ ผู้วิจัยจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ที่สามารถสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นในขณะสัมภาษณ์

6.2.5 กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Streubert and Capenter (2003) ได้สรุปหลักสำคัญของกระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไว้ดังนี้

1. ระบุปรากฏการณ์ที่จะศึกษา โดยมีเป้าหมายคือ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลต่อประสบการณ์ เมื่อระบุเหตุการณ์ได้แล้วมีการตั้งคำถามที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหาวิเคราะห์และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า บุคคลเป็นผู้เล่าประสบการณ์ของตนเองให้ผู้วิจัยฟัง โดยผู้วิจัยต้องหลีกเลี่ยงการวิจารณ์ การประเมินหรือให้ความคิดเห็นใดๆในเรื่องนั้น

2. การเลือกผู้ให้ข้อมูล ในการวิจัยมักใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นผู้มีประสบการณ์มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยได้ดีและยินดีที่จะเล่าประสบการณ์ให้ผู้วิจัยฟัง

3. ผู้วิจัยเป็นเป็นเครื่องมือ (Tool/Instrument) ของการวิจัย ผู้วิจัยต้องเล่าเรื่องของบุคคลตลอดกระบวนการของการสัมภาษณ์ รวมถึงมีการซักถามในประเด็นที่ต้องการทำให้ข้อมูลมีความชัดเจน หลังจากนั้นถอดเทปข้อมูล ศึกษาข้อมูลทบทวนครั้งแล้วครั้งเล่า เพื่อให้ได้ความหมาย

ของประสบการณ์ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา ด้วยเหตุนี้นักวิจัยจึงต้องฝึกฝนอบรมตนเองหรือผ่านกระบวนการอบรมเพื่อให้มีแนวคิดพื้นฐานและมีทักษะในการสัมภาษณ์ สังเกต บันทึกข้อมูลรวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล

นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องที่ศึกษาเป็นอย่างดี เป็นผู้ที่มีความรู้ลึกและมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ต้องไม่ควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา โดยปล่อยให้การสนทนาเป็นไปตามธรรมชาติของการสนทนา (Benoliel, 1988 cited in Streubert and Carpenter, 2003) การสัมภาษณ์ไม่ควรใช้คำถามนำ ควรใช้คำถามปลายเปิด (Open ended) เพื่อความกระจ่าง (Clarifying question) และสนใจการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธีการ ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม และควรถอดเทปทันทีภายหลังการสัมภาษณ์ การถอดเทปควรถอดคำต่อคำ (verbatim) และตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูลอีกครั้งถ้าพบว่าข้อมูลที่สัมภาษณ์ในครั้งแรกยังไม่ชัดเจนหรือต้องการขยายความ ควรกลับไปสัมภาษณ์อีกครั้งหนึ่ง

5. ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจนมีความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวแล้ว (Saturation) คือข้อมูลเริ่มซ้ำๆ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญ (Themes or essences) เกิดเพิ่มขึ้น

6. การวิเคราะห์ข้อมูล จะทำไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและกระทำไปตลอดระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยต้องแยกความเชื่อและสิ่งที่ผู้วิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มต้นตั้งแต่ผู้วิจัยอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำหลายๆรอบ จนมองเห็นภาพที่เป็นสาระสำคัญของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนแล้วดึงข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญออกมา จัดกลุ่มของข้อมูลที่มีลักษณะสำคัญที่น่าเสนอนี้แสดงภาพรวมของประสบการณ์ของบุคคลในปรากฏการณ์นั้น ในการนำเสนอผลการวิจัยควรยกตัวอย่างคำพูดซึ่งเป็นข้อมูลดิบที่ผู้วิจัยคิดว่าสะท้อนให้เห็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจนการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีการที่ใช้ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อมูล (Induction) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งมีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2543)

1. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป (Induction) วิธีการที่ใช้มี 3 วิธีคือ

1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย (Analytic induction) คือ วิธีตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น เมื่อนักวิจัยได้เห็นรูปธรรมหรือเหตุการณ์หลายๆเหตุการณ์แล้วก็ลงมือสร้างข้อสรุป ถ้าข้อสรุปนั้นยังไม่ได้รับการตรวจสอบยืนยันก็ถือเป็น

สมมติฐานชั่วคราว (Working hypothesis) และรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิสูจน์สมมติฐาน ถ้าข้อมูลได้รับการยืนยันก็ถือเป็นข้อสรุปซึ่งมีความเป็นนามธรรมในระดับต้นๆ

1.2 การวิเคราะห์โดยการจำแนกข้อมูล (Typological analysis) คือการจำแนกข้อมูลเป็นชนิดๆ (Typologies) ซึ่งเป็นขั้นตอนของเหตุการณ์ที่ต่อเนื่องกันไป การจำแนกแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ แบบใช้ทฤษฎีและแบบไม่ใช้ทฤษฎี

1.3 การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Content comparison) คือการใช้วิธีการเปรียบเทียบโดยการนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเป็นปรากฏการณ์ เริ่มมีความเป็นนามธรรมมากขึ้น จากการเปรียบเทียบจะพบความสัมพันธ์ใหม่เกิดขึ้น นำไปสู่การสร้างข้อสรุปเชิงนามธรรมและสร้างทฤษฎี

2. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) คือ เทคนิคการวิจัยที่พยายามจะบรรยายเนื้อหาของข้อความหรือเอกสาร โดยใช้วิธีการเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบและเน้นสภาพวัตถุวิสัย (Objectivity) (Berelson, 1952 อ้างถึงใน สุกงศ์ จันทวานิช, 2543) การบรรยายนี้เน้นที่เนื้อหาตามที่ปรากฏในข้อความ พิจารณาจากเนื้อหาโดยผู้วิจัยไม่มีอคติหรือความรู้สึกของตัวเองเข้าไปพัวพันไม่เน้นการตีความหรือหาความหมายที่ซ่อนเบื้องหลังหรือความหมายระหว่างบรรทัด การวิเคราะห์เนื้อหาอาจไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการเชิงปริมาณก็ได้ เพียงแต่ให้การระบุคุณลักษณะเฉพาะของข้อความหรือสาระอย่างเป็นระบบและสภาพวัตถุวิสัย อาจสรุปได้ว่า การวิเคราะห์เนื้อหา มีลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ มีความเป็นระบบ มีความเป็นสภาพวัตถุวิสัยและอิงกรอบแนวคิดทฤษฎี

นอกจากการวิเคราะห์ข้อมูลดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีการวิเคราะห์ข้อมูลอีกหลายวิธี ได้แก่ การแปลความข้อมูล (Interpretation) การอธิบายสาเหตุและการเชื่อมโยง การใช้คอมพิวเตอร์เป็นต้น ซึ่งก่อนการดำเนินการวิจัยจำเป็นต้องศึกษาและเข้าใจในความเชื่อของแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา ก่อนดำเนินการวิจัย เพื่อประโยชน์ในการใช้วิธีการวิจัย (Research method) ที่เขียนบนพื้นฐานความเชื่อของคนนั้นๆ เช่น Giorgi (1985 อ้างถึงใน อัญญา ปลอดเปลื้อง, 2546) และ Colaizzi (1978) จะเชื่อในหลักความคิดของ Husserl ที่เน้นการทำใจให้ว่าง (Bracketing) ของผู้วิจัย ก่อนดำเนินการวิจัย Van Manen (1984 อ้างถึงใน อัญญา ปลอดเปลื้อง, 2546) และ Leonard (1994) จะเชื่อในหลักความคิดของ Heidegger ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นในกรอบของ Hermeneutic circle ว่า การแปลความนั้นเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยเคยทราบมาก่อนเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ศึกษา สิ่งที่ทราบหรือเข้าใจมาก่อนนั้นอาจเกิดจากประสบการณ์ตรงของผู้วิจัยเอง หรือการทบทวนวรรณกรรมก็ได้ (Heidegger, 1962 cited in Leonard, 1994; Juethong, 1998) สำหรับการศึกษาค้นคว้านี้เชื่อในหลักความคิดของ Heidegger โดยใช้แนววิเคราะห์ข้อมูลของ Leonard (1989)

Leonard (1989) กล่าวว่า การสัมภาษณ์ การบันทึก การสังเกต และตัวอย่างการกระทำของมนุษย์จากการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ถูกนำมาใช้ในกระบวนการวิเคราะห์ แปลความ (Interpretation) โดยจะเป็นการค้นหาคำหนด (Deterministic) หรือกลไกความคิดที่สัมพันธ์กับข้อมูล เป็นการอธิบายถึงสาเหตุ ที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลแบบแปลความตามวิธีของ Leonard (1989) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

1. Thematic analysis ขั้นนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา จากการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และจากการสังเกต จะถูกนำมาอ่านซ้ำหลายรอบ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ได้อย่างครอบคลุม จากนั้นจะเริ่มเห็นแนวทางในเรื่องที่ศึกษา จึงทำการแยกข้อมูล หรือประเด็นย่อย (Categories) นั้นออกจากข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

2 Analysis of specific episodes or incident ขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เหตุการณ์อุบัติการณ์ตามสถานการณ์ ที่เฉพาะแบบ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ประสบจนได้บรรทัดฐานหรือเรื่องราว ที่สามารถบรรยายได้สั้นๆ (Vignettes) ที่อธิบายความหมายสถานการณ์โดยจับได้จากสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกันไป ตามลักษณะของวัตถุประสงค์

3 Identification of paradigm ขั้นนี้เป็นการจำแนกข้อมูลตามความหมาย ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจ การกระทำที่เป็นลักษณะเฉพาะ และการตีความสิ่งที่ปรากฏออกมาในบริบทนั้นๆ

การตีความหรือแปลความ ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยควรมีความเข้าใจเบื้องต้น เกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา หรือมีข้อสันนิษฐานที่เป็นพื้นฐานของเรื่องที่ตนเองเคยมีประสบการณ์มาก่อน โดยพยายามที่จะแปลความเพื่อค้นหา ความหมายตามวัฒนธรรม ภาษาและสถานการณ์ที่ได้ประสบ ผู้วิจัยจะสามารถแปลความได้จะต้องมีข้อมูลที่มีคุณภาพและผู้วิจัยมีภูมิหลังที่เป็นบริบท ของพฤติกรรมที่จะศึกษาด้วย

7. การทบทวนวรรณกรรมจะกระทำภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนเป็นจริง โดยปราศจากอคติหรือความรู้ของผู้วิจัยมาก่อน แต่ผู้วิจัยอาจทบทวนวรรณกรรมอย่างคร่าวๆก่อนก็ได้

8. ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)ในการวิจัยเชิงคุณภาพมีการควบคุมคุณภาพของการวิจัยในด้านต่างๆดังนี้คือ (Lincoln and Guba, 1985)

8.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ได้มีความตรงเชื่อถือได้ซึ่งประกอบด้วย

8.1.1 การเข้าไปสร้างความคุ้นเคย สร้างความไว้วางใจก่อนการสัมภาษณ์ (Prolong engagement)

8.1.2 มีการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน

8.1.3 มีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)

8.1.4 การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member checking) ทุกขั้นตอนของการวิจัย

8.1.5 การได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing)

8.2 การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) คือการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงในกรณีที่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น จะไม่นำไปอ้างอิงประชากรในกลุ่มอื่นๆ

8.3 การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) คือการใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วยการนำเสนอข้อมูลที่ละเอียด ครบถ้วน ครอบคลุม ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัสและการตรวจซ้ำที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลัก และมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing)

8.4 การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการจัดบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) มีการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน โดยการฟังเทปซ้ำ และมีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการเสนอข้อมูล มีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธีรภัทร แสตนบุคดา (2546) ศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่ในโรงพยาบาลทั่วไป ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 12 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ให้ความหมายของการปฏิบัติงานไว้ 4 ประเด็นคือ การดูแลผู้ป่วยใน 4 มิติคือการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกัน การดูแลและฟื้นฟูสภาพ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมคือ การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยการตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย การประสานงาน และประสบการณ์ของพยาบาลจบใหม่แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลักได้แก่ 1) การเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน เป็นประสบการณ์การเพิ่มทักษะความชำนาญจากการปฏิบัติงานจริง 2) ความรู้สึกเครียดจากการเผชิญอุปสรรคในการปฏิบัติงานและ 3) ความภูมิใจในการดูแลผู้ป่วย

พัชมน อันโต (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในงาน ระดับในการสร้างนวัตกรรมขององค์กร กับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล

ของรัฐ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 380 คน ผลการวิจัยพบว่าระดับการศึกษา แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาล

อัญญา ปลอดเปลื้อง (2546) ศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 15 ราย ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน มี 5 ประเด็นคือ 1) การเปลี่ยนบทบาทในการทำงานในด้านลักษณะงานและความไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเอง 2) การสนับสนุนการทำงานจากผู้บริหาร ผู้บังคับบัญชาในด้านทรัพยากรและแรงจูงใจการทำงานในด้านค่าตอบแทน ขวัญและกำลังใจ 3) การปรับตัวโดยการยอมรับสภาพความเป็นจริง 4) การพัฒนาตนเองในการทำงานและการหาความรู้เพิ่มเติม 5) ความพึงพอใจในงานของพยาบาล เนื่องจากการทำงานที่สร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง

ศุภกิต ษรรัตน์ (2547) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลขณะเกิดวิกฤตน้ำท่วมภาคใหญ่ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ขณะเกิดวิกฤตน้ำท่วมจำนวน 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตน้ำท่วม 3 ลักษณะ คือ 1) เป็นการเตรียมรับสถานการณ์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก 2) เป็นภาวะยุ่งวุ่นวายกายใจ 3) เป็นความร่วมมือร่วมใจ ซึ่งสามารถจำแนกการดูแลในขณะนั้นเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) จัดลำดับการดูแลยึดหลักสำคัญทำก่อน โดยเน้นช่วยชีวิตให้รอดปลอดภัย 2) ดูแลให้ข้อมูล ให้ความมั่นใจ ช่วยคนไข้ให้คลายกังวล

ชนิษฐา อรัญดร, อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, และไขแสง โพธิโกสุม (2548) ศึกษาเรื่องประสบการณ์การดูแลและการบริหารจัดการของพยาบาลขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วมโรงพยาบาลภาคใหญ่ พบว่า การดูแลขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วมโรงพยาบาลภาคใหญ่มี 3 ลักษณะคือ ดูแลท่ามกลางความมืดและขาดแคลน ช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตยามฉุกเฉิน และใช้มิติจิตวิญญาณของการเป็นผู้ดูแลสูง ส่วนด้านบริหารจัดการมี 6 ลักษณะคือ รวมกลุ่มและแบ่งงานกันเองตามนัด เตรียมการจากการคาดคะเนเหตุการณ์ ประสานงานโดยการเดินและวิ่ง ยึดหยุ่นกฎระเบียบ ใช้วิจารณญาณและประสบการณ์ส่วนตัวในการแก้ปัญหา และคิดแปลงทรัพยากรเพื่อให้ใช้ประโยชน์ ขณะนั้น

คารุณี จงอุดมการณ์ (2550) ศึกษาประสบการณ์การทำงานในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) โดยได้ข้อมูลและบทเรียนที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ดังนี้ เนื้อหาเกี่ยวกับภาพความเป็นอยู่ของผู้คนในประเทศสปป.ลาวในปัจจุบัน การสร้างความร่วมมือ การเตรียมตัวเข้าสู่การทำงานในประเทศนี้ การเตรียมตัวด้านภาษา บุคลิกภาพ ภาระงาน ข้อจำกัดและทัศนคติของคนลาว ข้อมูลด้านการศึกษา ประเพณี ความเชื่อ อาหาร ที่พัก การคมนาคม การเดินทาง การติดต่อสื่อสาร และการบันทึกรายงานผลการปฏิบัติงานและค่าตอบแทน

Narelle at al (2001) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลกองทัพออสเตรเลียที่อยู่ในเวียดนามระหว่างปี 1967 ถึง 1971 ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลกองทัพออสเตรเลียที่ทำงานอยู่ในเวียดนามจำนวน 17 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) ไม่มีการเตรียมความพร้อมก่อนไป 2) พยาบาลถูกคาดหวังว่าสามารถปรับตัวในการทำงานในสงครามได้

Cheryl and Lori (2005) ศึกษาประสบการณ์การทำงานครั้งแรกของพยาบาลจบใหม่ในด้าน การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใน 5 ปีในมลรัฐ Nevada จำนวน 352 คน ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การทำงานครั้งแรก แบ่งเป็นปัจจัยหลัก 6 ปัจจัยคือ การดูแลผู้ป่วยและการทำงานเป็นทีมในระดับหน่วยงาน ส่วนใหญ่เห็นว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานในการดูแลผู้ป่วยขึ้นไปในทางลบ พยาบาลมีความเครียดจากการต้องทำงานให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนด การขาดการจัดการและจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ทีมงานทำงานร่วมกันด้วยดีและมีการตัดสินใจร่วมกัน ผู้บริหารมีส่วนในการสนับสนุนการทำงานและการประเมินผล

Elizabeth (2005) ศึกษาบทเรียนและคำแนะนำของพยาบาลที่ผ่านสงครามเวียดนาม ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลในกองทัพสหรัฐอเมริกาที่ผ่านสงครามเวียดนามจำนวน 24 คน ผลการศึกษาพบคำแนะนำและประสบการณ์ 7 ประเด็นคือ 1) คำแนะนำเกี่ยวกับการเดินทาง 2) การฝึกหัด 3) การดูแลตัวเอง 4) การใช้ระบบสนับสนุน 5) การพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ 6) ความเข้าใจในภารกิจ 7) การขาดการเตรียมพร้อมสำหรับสงคราม บทเรียนเหล่านี้ที่พยาบาลได้รับก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด และพยาบาลที่เคยผ่านสงครามเวียดนามได้แนะนำว่าควรมีการเตรียมคนก่อนส่งไปสงครามในด้านต่างๆ คือ ด้านการฝึกหัด ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ด้านวัฒนธรรม ด้านเทคโนโลยี และด้านจิตสังคม

Weiskopf (2005) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ต้องขังในคุก ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ถูกว่าจ้างมาจากหลายสถาบันจำนวน 9 ราย ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์การดูแลของพยาบาลเป็นความพยายามในการเจรจาต่อรองระหว่างผู้คุมกับการดูแล การเผชิญกับความท้าทายและข้อจำกัดของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความพยายามในการดูแลผู้ป่วย ความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อจิตใจในเรื่องการต้องระมัดระวังภัย พยาบาลต้องแสดงออกถึงความกล้าหาญ ต้องรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วยที่เป็นผู้ต้องขัง ผลการวิจัยสามารถให้ความกระจ่างเกี่ยวกับความคับข้องใจของพยาบาลในการดูแลผู้ต้องขังในขอบเขตที่จำกัด การปฏิบัติงานของพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรม ความปลอดภัยของทั้งพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้มีความเชื่อมั่นประสิทธิผลทางด้านสุขภาพที่ดีของผู้ต้องขัง

Phil (2006) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอิสลามในระยะวิกฤตของพยาบาลในซาอุดีอาระเบีย ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลต่างชาติ (ออสเตรเลีย แคนาดา ไอร์แลนด์ อังกฤษ อินเดีย) ที่ดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตจำนวน 6 คน ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอิสลามในระยะวิกฤตของพยาบาลในซาอุดีอาระเบียแบ่งเป็น 3 ประเด็นคือ 1) การดูแลภายใต้ความผูกพันของครอบครัวและเครือญาติ 2) การดูแลภายใต้อิทธิพลของศาสนาและวัฒนธรรม 3) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทของครอบครัวและศาสนาที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย และพยาบาลผู้ให้การดูแลจะมีความรู้ลึกซึ้งและคับข้องใจในกระบวนการของการดูแลผู้ป่วยอิสลาม

แนวคิดเบื้องต้น (Preconceived Notion)

สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในระยะเวลา 3 ปีเศษ ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมภายนอกองค์การทางด้านความมั่นคงทางการเมืองส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและระบบย่อยอื่นๆในระบบสาธารณสุขคือระบบการให้บริการ ระบบผู้รับบริการ และระบบผู้ให้บริการทำให้เสียสมดุลย์ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์เกิดความวิตกกังวลความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิต ดังเช่นมีเหตุการณ์การทำร้ายพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกะพ้อ จังหวัดปัตตานีเสียชีวิต 1 รายเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2549 (จิตติมา อรุณรัตน์, 2549) และเหตุการณ์บุกเข้ายิงเจ้าหน้าที่อนามัยประจัน อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานีเสียชีวิต 2 รายเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2550 (แวลีมาะ ปูชู และอับดุลเลาะ หวังนิ, 2550) ภาพความรุนแรงและการสูญเสียที่เกิดขึ้นต่อเนื่องทุกวันสร้างความหวาดกลัวต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างมาก จากการศึกษาของตำรวจภูธร จังหวัด

ปัดตานีที่ต้องปฏิบัติงานตามหน้าที่ พบว่ามีความต้องการย้ายออกจากพื้นที่โดยให้เหตุผลว่าเกิดจากความเครียดในบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน

โดยปกติงานของพยาบาลถือได้ว่าเป็นงานที่ก่อให้เกิดความเครียดงานหนึ่ง (Yu, Mansfiek, Pac kard, Vicary and McCool, 1992; Wheeler and Riding, 1994; Michic and Johnston, 1996) เมื่อต้องปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมของสถานการณ์ความรุนแรงที่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน ปัจจัยความเครียดด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน (Robbin, 2007) จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความเครียดเพิ่มมากยิ่งขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความต้องการย้ายออกจากพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปัญหาการย้ายออกนอกพื้นที่ของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดชายแดนภาคใต้รวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์ยะลาไม่เพียงส่งผลต่อภาวะขาดแคลนพยาบาลในด้านอัตรากำลังเท่านั้น แต่กลายเป็นปัญหาการเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาลที่คงปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ ปราบกฏการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจและต้องการศึกษาและทำความเข้าใจ รับรู้ความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ตามปกติตามบทบาทหน้าที่สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ในสภาพที่ขาดความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเป็นอย่างไร และรู้สึกอย่างไรที่ต้องปฏิบัติอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ขาดความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ตลอดจนมีปัจจัยจูงใจในด้านใดบ้างที่สนับสนุนและดึงดูดให้พยาบาลวิชาชีพรักและมีความผูกพันในการปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ต่อไป (Manion, 2003) ซึ่ง Herzberg (1959 อ้างถึงในหมชื่น สมประเสริฐ, 2542) ได้กล่าวว่าปัจจัยในการทำงานประกอบด้วย 2 ส่วนคือปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นปัจจัยภายในเป็นตัวกระตุ้นให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในงาน เกิดความชอบและรักในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ และปัจจัยธำรงรักษาเป็นปัจจัยจูงใจภายนอกที่ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน ดังนั้นองค์การใดก็ตามที่ผู้บริหารคำนึงถึงปัจจัยจูงใจในการทำงานและจัดให้มีปัจจัยธำรงรักษาให้เหมาะสม ก็เป็นแนวทางหนึ่งในการจูงใจให้บุคลากรในองค์กรอยู่และสามารถที่จะปฏิบัติงานในองค์กรได้

ดังนั้นเพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูลที่มีความหมาย และสามารถทำความเข้าใจประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงชายแดนภาคใต้ที่ตนเองต้องการศึกษา และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพทั้งในเชิงคุณภาพและในเชิงปริมาณในบริบทต่างๆกันไป เช่น ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่ (ธีรภัทฐ แสนบุคดา, 2546) ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน (อัญญา ปลดเปลื้อง, 2546) ประสบการณ์การดูแลและการบริหารจัดการของพยาบาลขณะเกิดวิกฤติน้ำท่วม (ขนิษฐา อรัญคร, อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, และไขแสง โภธิโกสุม, 2548) และจากการศึกษาของต่างประเทศได้มีการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ผ่านสงคราม

เวียคนาม (Elizabeth, 2005) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอิสลามในระยะวิกฤตของพยาบาลต่างชาติ ในซาอุดีอาระเบีย (Phil, 2006) แต่ไม่ได้มีการศึกษาในบริบทของสถานการณ์ความรุนแรงชายแดน ภาคใต้ที่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบแปลความข้อมูล (Hermeneutic phenomenology) จะช่วยทำให้เกิดความเข้าใจสภาพความเป็นจริง ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงพื้นที่ชายแดน ภาคใต้โดยตรงที่ลุ่มลึกมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและบูรณาการแนวคิดการปฏิบัติงานพยาบาลของ สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2549) ซึ่งประกอบด้วยบทบาทด้านการปฏิบัติการ บทบาทด้านการบริหารจัดการ บทบาทด้านการประสานงาน และบทบาทด้านวิชาการ ทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงานของ Herzberg (1959 อ้างถึงใน ชมชื่น สมประเสริฐ, 2542) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยจูงใจและปัจจัยชำระรักษา และแนวคิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของ Kristensen (1999 cited in International Council of Nurses, 2007) มาประยุกต์ เป็นกรอบการศึกษาเพื่อให้มีทิศทางมากขึ้น โดยนำแนวคิดดังกล่าวมาสร้างเป็นคำถามในประเด็นต่างๆให้ครอบคลุม มิได้นำมาเป็นกรอบตายตัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ ได้จากการสัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบแปลความข้อมูล (Hermeneutic phenomenology) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจบริบทการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์รุนแรงในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกในด้านความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์รุนแรงในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ซึ่งถือว่าเป็นทัศนะของคนใน (Emic) ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบแปลความข้อมูล (Interpretive or Hermeneutic) ที่อธิบายโดย Leonard (1989) มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากการศึกษารั้งนี้จะนำมาจัดระบบแยกแยะและเชื่อมโยงทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอันนำไปสู่แนวทางในการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ยังคงปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

พื้นที่ที่ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

พื้นที่ที่ศึกษา

พื้นที่ที่ศึกษาในครั้งนี้คือโรงพยาบาลศูนย์ยะลาซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีบทบาทหน้าที่ในการรักษาโรคที่ยากและซับซ้อนและสามารถทำผ่าตัดที่ต้องใช้เครื่องมือและผู้ชำนาญและเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มากที่สุด และเนื่องจากผู้วิจัยเป็นคนในพื้นที่และ ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งนี้มานาน 21 ปี จึงทำให้มีความเหมาะสมกับการเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและปลอดภัยรวมทั้งสามารถได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกได้

ผู้ให้ข้อมูล (Key informants)

ผู้ให้ข้อมูล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและมีข้อมูลตามประสบการณ์ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา 2 ปี ขึ้นไป มีความหลากหลายและมีความแตกต่าง (Variety) ในด้านประสบการณ์การทำงาน หอผู้ป่วย สถานภาพสมรส ศาสนา และมีความยินดีเต็มใจเข้าร่วมวิจัยได้จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 16 คน เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการทั้งหมด เป็นเพศหญิง 15 คน เพศชาย 1 คน อายุระหว่าง 27-50 ปี โดยเฉลี่ยมีอายุ 32.93 ปี สถานภาพสมรส

10 คน โศด 7 คน ระดับการศึกษา สำเร็จระดับประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์เทียบเท่าปริญญาตรี และพยาบาลศาสตร์บัณฑิต 12 คน ปริญญาโท 4 คน นั้บถือศาสนาพุทธ 11 คน ศาสนาอิสลาม 5 คน มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา 9 คน อำเภอรามัน อำเภอเยหา อำเภอเบตง จังหวัดยะลาอำเภอละ 1 คน และมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ต่างจังหวัด 4 คน ประสบการณ์การทำงาน ระหว่าง 4-30 ปี โดยเฉลี่ยมีประสบการณ์การทำงาน 12.50 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ระหว่าง 4-30 ปี โดยเฉลี่ยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ 12.81 ปี รายได้ต่อเดือนประมาณ 10,000 -26,827 บาท ได้รับเงินสนับสนุน/เบี้ยเลี้ยงกัยต่อเดือนประมาณ 1,000-4,500 บาท ไม่คิดที่จะย้ายออกจากพื้นที่ที่ทำงาน 8 คน คิดที่จะย้าย 5 คน และไม่แน่ใจที่จะย้ายออกจากพื้นที่ที่ทำงาน 3 คน ปฏิบัติงานในแผนกต่างๆ ดังนี้ ห้องผ่าตัด กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูกหญิง ICU อายุรกรรม ICU อุบัติเหตุ สูติกรรม ศัลยกรรมกระดูกชาย ห้องคลอด ผู้ป่วยนอก จิตเวช ศัลยกรรมชาย อายุรกรรมหญิง ศัลยกรรมประสาท ICU ท้วไป ห้องฉุกเฉิน ศัลยกรรมกระดูกชาย (รายละเอียดในภาคผนวก ก)

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น (Interview guideline) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึก และครอบคลุมเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในชายแดนภาคใต้ เนื่องจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกมีความยืดหยุ่นสูงและมีจุดสนใจเฉพาะเรื่องได้ และมีโอกาสซักถามหรืออธิบายขยายความหรือปรับเปลี่ยนคำถามเพื่อให้ให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น อีกทั้งสามารถสังเกตกริยา ท่าทาง น้ำเสียง ตลอดจนสีหน้าของผู้ให้ข้อมูลเพื่อทราบสภาพความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจของผู้ให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัย คือ เครื่องมือวิจัยที่สำคัญในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยตรงผ่านการสัมภาษณ์ และการสังเกต ซึ่งผู้วิจัยจำเป็นต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ และพร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูลนั้น
2. การบันทึกภาคสนามของผู้วิจัย เป็นการระบุนรายละเอียดต่างๆ ที่ผู้วิจัยได้รับรู้การสัมภาษณ์ และการสังเกต ได้แก่ พฤติกรรมที่เกิดขึ้น ปฏิกริยา เวลา บุคคล และสภาพแวดล้อม
3. เครื่องบันทึกเสียง ใช้ในการถอดเทปคำพูดผู้ให้สัมภาษณ์ ซึ่งสามารถเก็บคำให้สัมภาษณ์ได้อย่างครบถ้วน

4. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ชื่อ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา ภูมิลำเนาเดิม ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล รายได้รวมของผู้ให้ข้อมูล ความคิดเห็นในการย้าย

5. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) ซึ่งสร้างจากกรอบแนวคิดการปฏิบัติงานพยาบาลของ สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2549) ซึ่งประกอบด้วย บทบาทด้านการปฏิบัติการ บทบาทด้านการบริหารจัดการ บทบาทด้านการประสานงาน และ บทบาทด้านวิชาการ ทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงานของ Herzberg (1959 อ้างถึงในชมชื่น สมประเสริฐ, 2542) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยจูงใจและปัจจัยช้ำารรักษา และแนวคิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของ Kristensen (1999 cited in International Council of Nurses, 2007) มาประยุกต์ พร้อมทั้งความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาเป็นพื้นฐานในการสร้างแนวคำถามในประเด็นต่างๆ ให้ครอบคลุม ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ มีความครอบคลุมเนื้อหา ในการดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายผู้วิจัยได้มีการปรับเปลี่ยนคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ยึดติดกับข้อคำถามหรือการเรียงลำดับของข้อตามแนวคำถามเพื่อให้การสัมภาษณ์ดำเนินไปอย่างลื่นไหลเป็นไปตามความรู้สึกรู้สึกข้อมูลความจริงของผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยยังสามารถดึงลึก (Probe) ข้อมูลได้ตามความเหมาะสม

ก่อนนำแนวคำถามไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นผู้วิจัยได้นำแนวคำถามมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบสำนวนภาษา ความชัดเจนเข้าใจง่าย ตลอดจนความเหมาะสมของข้อคำถาม จากนั้นได้มีการปรับแนวคำถามให้ชัดเจนมากขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำไปทดลองสัมภาษณ์กับพยาบาลวิชาชีพ 2 ราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกล่าวคือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา 2 ปี ขึ้นไป และมีความยินดีเต็มใจในการอนุญาตให้ผู้วิจัยได้ทดลองสัมภาษณ์ เพื่อทดสอบความลื่นไหลของการสัมภาษณ์ และความเข้าใจของข้อคำถามระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล โดยไม่ได้นำผู้ให้ข้อมูล 2 รายนี้มาเป็นข้อมูลจริง จากนั้นจึงปรับปรุงแนวคำถามให้สมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจริงต่อไป

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ โดยก่อนการสัมภาษณ์ ได้มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จากผู้ให้ข้อมูลทุกราย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ ระยะเวลาและสถานที่ที่ใช้

ในการสัมภาษณ์ การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบคำถามใดๆที่ไม่สะดวกใจ หรือสามารถบอกพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆของการวิจัยได้ การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และไม่เผยแพร่ข้อมูลก่อนได้รับอนุญาต ไม่เปิดเผยนามจริง สถานที่จริงของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลนี้อาจเกิดผลเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูลในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล การตีพิมพ์และการเผยแพร่จะไม่บิดเบือนความจริงทำให้องค์กรของผู้ให้ข้อมูลเสื่อมเสียชื่อเสียง และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ข้อมูลดิบของผู้ให้ข้อมูลจะถูกทำลายทันที นอกจากนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้แก่ผู้ให้ข้อมูลในการซักถามข้อสงสัย ก่อนลงลายมือชื่อเพื่อยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัย การจะได้ข้อมูลที่ชัดเจนตรงตามความจริงและมีความคล่องตัว ผู้วิจัยจะต้องได้รับความไว้วางใจจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้ใช้ช่วงเวลานี้ออกก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลทำความเข้าใจและสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์และการดำเนินการสัมภาษณ์โดยมีรายละเอียดดังนี้

การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์

1. นำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อติดต่อประสานงานและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ วิธีการเก็บข้อมูลและระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เข้าพบหัวหน้าฝ่ายวิชาการของงานการพยาบาลเพื่อขอรายชื่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงคุณสมบัติของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา 2 ปีขึ้นไป เมื่อได้รับรายชื่อแล้วผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความแตกต่าง เกี่ยวกับ อายุ ตำแหน่งหน้าที่ ศาสนา ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษา
4. พบและแนะนำตัวผู้ให้ข้อมูล แนะนำตัวแสดงเอกสารที่ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์การศึกษา พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับลักษณะการสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกการสัมภาษณ์

5. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและทำความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล โดยวิธีการแะทักทายพูดคุย เยี่ยมเยือนในช่วงเวลาปฏิบัติงาน โทรศัพท์พูดคุยและรับประทานอาหารร่วมกันในบางโอกาสซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ในการสร้างสัมพันธภาพจนผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจและเป็นฝ่ายนำวัน เวลา สถานที่ในการให้สัมภาษณ์

การดำเนินการสัมภาษณ์

ในการดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 16 รายพบว่าในจำนวนนี้มี 12 ราย อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาหลังเลิกงาน เวลาพักเที่ยง ช่วงเวลาก่อนขึ้นเวรบ่าย และช่วงวันหยุดที่ไม่ได้ขึ้นเวร ส่วนอีก 4 ราย อนุญาตให้สัมภาษณ์ในขณะที่ขึ้นปฏิบัติงานโดยใช้ห้องประชุมภายในตึกและห้องประชุมห้องคลอดเนื่องจากที่ตึกไม่มีห้องประชุมเป็นสัดส่วนเพื่อความเป็นส่วนตัวและปราศจากสิ่งรบกวน ซึ่งทุกคนยินดีและเต็มใจในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยใช้วันเวลาและระยะห่างของการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายที่ไม่แน่นอนเนื่องจากต้องคำนึงถึงความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ทั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลวันละ 1-2 รายเพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์และสามารถนำไปวิเคราะห์ได้วันต่อวัน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการสัมภาษณ์แต่ละรายดังนี้

1. ก่อนทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดีในการสัมภาษณ์ โดยการทักทายพูดคุยเรื่องทั่วไปและใช้ภาษาที่เป็นกันเอง

2. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายสิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเทปคำสัมภาษณ์ การรักษาความลับโดยผู้วิจัยทำการถอดเทปคำสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และจะทำลายเทปการสัมภาษณ์เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ในการรายงานผลการศึกษาก็จะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อ หรือลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การรู้จักผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอและสรุปผลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และถ้าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่เต็มใจหรือไม่อยากตอบคำถามผู้วิจัยยินดีให้ผู้ให้ข้อมูลล้มเลิกการให้ข้อมูลได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัย และให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยการลงนามยินยอมในใบยินยอมร่วมการวิจัย(Informed consent form)

3. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยเริ่มต้นด้วยการเกริ่นนำด้วยคำถามกว้างๆ เกี่ยวกับสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในภาคใต้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มคิดเกี่ยวกับประเด็นที่จะสัมภาษณ์เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าสู่บรรยากาศของการสนทนามากขึ้น ผู้วิจัยใช้คำถามที่แคบเข้าเพื่อนำเข้าสู่ประเด็นการศึกษาอย่างค่อยเป็นค่อยไป สร้างบรรยากาศการสนทนาแบบสบายๆ และเป็นกันเอง โดยขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้สังเกตท่าทางและลักษณะของคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางใน

การเจาะลึกข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลยังไม่ได้ให้รายละเอียดที่ลึกซึ้ง ตลอดจนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยถึงความสนใจและยอมรับความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลในทุกประเด็นด้วยคำพูดและท่าทาง เช่น การพยักหน้ารับรู้ การใช้เสียง “อืม” “ค่ะ” และในการซักถามเพิ่มเติมถึงรายละเอียดของประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไม่ชัดเจน ผู้วิจัยใช้คำถามที่บ่งบอกถึงความสนใจในรายละเอียดและต้องการให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยอธิบายอย่างไม่คาดคั้นหรือขัดจังหวะในการตอบคำถามของผู้ให้ข้อมูล โดยประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการซักถามเพิ่มเติมโดยใช้วิธีจดบันทึกประเด็นสำคัญที่ต้องการรายละเอียดไว้ก่อน และเมื่อมีโอกาสผู้วิจัยจึงย้อนกลับมาถามในประเด็นนั้นๆ เพื่อให้การสัมภาษณ์เป็นไปอย่างลื่นไหล และเป็นธรรมชาติมากที่สุด

ข้อมูลเริ่มอึดตัวเมื่อผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12 แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มในรายต่อไปเนื่องจากอาจมีประเด็นใหม่เพิ่มเติมและเป็นการยืนยันการอึดตัวของข้อมูล จนพบว่าข้อมูลเป็นแบบแผนเดียวกัน โดยไม่มีสาระหรือประเด็นใหม่เกิดขึ้น เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลรายที่ 16 ผู้วิจัยจึงหยุดเก็บข้อมูล โดยในแต่ละรายใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-140 นาที โดยมีจำนวน 3 รายที่ต้องสัมภาษณ์ 2 ครั้งเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน

4. การยุติการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์โดยใช้คำพูดและภาษากายในการยุติคือการบอกกับผู้ให้ข้อมูลทราบว่าผู้วิจัยได้รับข้อมูลตรงตามวัตถุประสงค์อย่างครบถ้วน หรือการใช้ท่าทางประกอบ เช่น การอึด โดยไม่ซักถามต่อ การเก็บอุปกรณ์เครื่องเขียนที่ใช้จดบันทึกข้อมูลในการสัมภาษณ์ การหยุดเทปในการบันทึกเสียง เมื่อผู้วิจัยเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลรับทราบถึงการยุติการสัมภาษณ์แล้ว จึงกล่าวคำขอบคุณในการบอกเล่าประสบการณ์และการเสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบว่าหลังถอดเทปการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยจะนำบทสัมภาษณ์มาให้ผู้ให้ข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์และอาจมีคำถามเพิ่มเติมในข้อมูลบางอย่างที่ยังไม่ชัดเจนและต้องการคำอธิบายเพิ่มเติมได้ในช่วงนำบทสัมภาษณ์มาให้ผู้ให้ข้อมูลทำการตรวจสอบความถูกต้อง

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อวันที่ 29 มกราคม พ.ศ 2551 และยุติการสัมภาษณ์ในวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ 2551 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 30 วัน

ปัญหาในการสัมภาษณ์

1. เวลานั้นคหหมายของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลประจำการระดับปฏิบัติการที่ต้องปฏิบัติงานในพลัดเวรบาย เวรคึกและด้วยอัตราค่าจ้างที่ขาดแคลน การต้องอยู่เวร Stand by ในกรณีเรียกขึ้นเวรฉุกเฉิน ทำให้ต้องอยู่เวรควมเป็นเวรเช้า-บาย เวรเช้า-คึก เวรบายต่อเวรเช้าทำให้เหนื่อยล้าเมื่อมีเวลาพัก ก็อยากพักผ่อนทำให้ผู้วิจัยไม่กล้ารบกวนเวลาในการพักผ่อนของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีภาระงานที่นอกเหนือจากงานประจำโดยติดการประชุมทั้งในโรงพยาบาลและต่างจังหวัด ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลบางรายที่มีครอบครัวต้องมีการทางครอบครัวในการดูแลบุตร และเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย ระยะเวลาในการใช้ชีวิตอยู่นอกบ้านถูกจำกัดให้สั้นลง(ในเวรเช้าเวลาลงเวรตั้งแต่ 17.00-20.00) ทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องกลับบ้านที่อยู่ต่างอำเภอ เมื่อลงเวรเช้าผู้ให้ข้อมูลก็จะเร่งรีบในการกลับบ้าน ทำให้มีวันเวลาในการนัดสัมภาษณ์ค่อนข้างน้อย บางรายต้องเลื่อนวันและเวลานัดสัมภาษณ์ออกไป และในการสัมภาษณ์บางวันที่มีผู้ให้ข้อมูล 2 ราย บางครั้งการสัมภาษณ์ไม่สามารถดำเนินการให้สิ้นสุดภายในเวลาที่กำหนดไว้ทำให้ต้องเลื่อนการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายถัดไปโดยต้องกำหนดวันเวลาในการสัมภาษณ์อีกครั้ง ในการนัดหมายผู้ให้ข้อมูลเพื่อสัมภาษณ์มีการเลื่อนนัดถึง 5 ราย ไม่มาตามนัดหมาย 1 รายเนื่องจากป่วย ผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อเพื่อนัดวันสัมภาษณ์ใหม่ในวันที่เหมาะสมได้จึงต้องเปลี่ยนเป็นผู้ให้ข้อมูลรายอื่น

2. สถานที่ในการสัมภาษณ์ พบปัญหากับผู้ให้ข้อมูลที่นัดสัมภาษณ์ในขณะที่ขึ้นปฏิบัติงานเพราะว่าส่วนใหญ่สถานที่ที่สัมภาษณ์แม้ว่าจะจะเป็นห้องประชุมแต่ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบทำให้มีการคัดแปลงเป็นห้องสารพัดประโยชน์ โดยเป็นห้องนอนเวรสำหรับเจ้าหน้าที่ในตึกข้าง เป็นห้องละหมาดสำหรับเจ้าหน้าที่อิสลาม เป็นห้องวาง Locker เป็นห้องรับประทานอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่ และเนื่องจากเป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษาพยาบาลทำให้เป็นห้อง Conference สำหรับนักศึกษาพยาบาลด้วย ทำให้มีการรบกวนในการเดินเข้าออกของเจ้าหน้าที่และนักศึกษาพยาบาล ในบางรายมีโทรศัพท์เข้ามาขัดจังหวะในขณะที่สัมภาษณ์ ทำให้การสัมภาษณ์เกิดการสะดุดเป็นระยะๆ ผู้วิจัยได้แก้ไขโดยการเปลี่ยนไปใช้ห้องประชุมห้องคลอดแทน(ซึ่งเป็นห้องประชุมที่เงียบสงบและไม่ได้ดัดแปลงไปใช้อย่างอื่น) หรือใช้การClear ห้องก่อนการสัมภาษณ์ ดัดป้ายหน้าห้องว่ากำลังใช้ห้องประชุม ขอความร่วมมือผู้ให้ข้อมูลปิดโทรศัพท์ก่อนการสัมภาษณ์ จาก การเปลี่ยนแปลงการสัมภาษณ์สามารถดำเนินต่อไปได้ด้วยดีจนยุติการสัมภาษณ์

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เพื่อให้ข้อมูลมีความตรงและเชื่อถือได้ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. การเตรียมตัวของผู้วิจัยเพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัยและผลการวิจัยมีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมตนเองดังนี้

1.1 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ ในระดับปริญญาโททางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 หน่วยกิต ร่วมกับการศึกษาด้วยตนเองจากการอ่านตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการวิจัยเชิงคุณภาพพร้อมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2 เตรียมความรู้ด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาล สถานการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แรงจูงใจในการทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามที่สามารถหาคำตอบได้ในระดับลึก

2. การสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ (Prolong engagement) โดยหลังจากที่ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเองที่หน่วยปฏิบัติงานของแต่ละคนแล้ว ผู้วิจัยหาโอกาสไปเยี่ยมเยียนผู้ให้ข้อมูลขณะปฏิบัติงาน โทรศัพท์คุยกัน และในบางโอกาสได้รับประทานอาหารร่วมกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่นานถึง 21 ปีและผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นที่รู้จักกันมาก่อน จึงทำให้ได้รับความไว้วางใจในระยะเวลาอันรวดเร็ว

3. ควบคุมสถานการณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรง โดยผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนด วันเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ (Ecological validity) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวก และสบายใจในสถานที่ที่ตนเองต้องการสนทนา ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลเลือกสถานที่ทำงานในหอผู้ป่วยและในหอพัก มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจ (Rapport) ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์เชิงการวิจัยที่เกิดขึ้น ในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจชัดเจน อธิบายรายละเอียดของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามจนมีความกระจ่างพอที่จะได้รับความไว้วางใจ ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยตระหนักอยู่เสมอถึงระเบียบวิธีวิจัย โดยในระหว่างการเก็บข้อมูลจนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยไม่นำความรู้สึกส่วนตัวเข้าไปเกี่ยวข้องกับการศึกษา

4. การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) โดยหลังจากถอดเทปคำให้สัมภาษณ์จนได้รายละเอียดครบถ้วนผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายอ่านและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อยืนยันว่าข้อมูลนั้นตรงกับความเป็นจริง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลยอมรับข้อมูลของผู้วิจัยโดยไม่มีการแก้ไข

5. การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) โดยผู้วิจัยนำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษา ผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยนในเรื่องของสำนวนภาษาที่ใช้และการจัดหมวดหมู่ของประเด็นหลักและประเด็นย่อยบางประเด็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย โดยผู้วิจัยถอดเทปคำสัมภาษณ์แล้วนำไปตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ให้ข้อมูลอ่าน ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูล 3 รายที่ผู้วิจัยได้มีการถามเพิ่มเติมในข้อมูลบางส่วนที่ยังไม่ชัดเจน หลังจากนั้นอ่านถ้อยคำสัมภาษณ์อย่างละเอียดเพื่อสร้างมโนทัศน์ของข้อมูลและแยกแยะหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้เบื้องต้น นำมาจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยทำเช่นนี้ทุกวันจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลภาคสนาม

2. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวมทั้งหมดหลังจากเก็บข้อมูลได้เพียงพอแล้ว โดยอ่านข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หลายครั้ง เพื่อให้เข้าใจและมองเห็นถึงสาระสำคัญที่เป็นแก่น (Theme) ของข้อมูล

3. ดึงข้อความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ บริบทของการปฏิบัติงาน ความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพจากข้อมูลของแต่ละรายออกมา

4. กำหนดความหมายของข้อความที่เป็นสาระสำคัญของข้อมูลที่ดึงออกมา โดยทำความเข้าใจสาระสำคัญนั้นๆว่าผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงอะไร

5. นำมาจัดกลุ่มที่มีลักษณะร่วม และให้ความหมายกลุ่มของข้อมูลแต่ละหมวดหมู่แล้วนำมาทำความเข้าใจเชื่อมโยง ทำความเข้าใจการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงชายแดนภาคใต้ตามสภาพความเป็นจริง พร้อมทั้งเลือกตัวอย่างข้อมูลดิบที่สามารถอธิบายเพื่อสะท้อนสาระสำคัญมาเป็นตัวอย่างในแต่ละหมวดหมู่ของข้อความ โดยจัดเรียงตัวอย่างข้อมูลดิบตามลำดับของการเขียนบรรยายร้อยเรียงเพื่อให้เกิดมโนภาพตาม

6. สรุปโครงสร้างที่เป็นสาระสำคัญ เรียงลำดับประเด็นหลักก่อนหลังพร้อมทั้งอธิบายบริบทและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างละเอียดครบถ้วน โดยให้เป็นไปในรูป

ของการบรรยายให้มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันระหว่างประโยค ความหมายและหัวข้อต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยใช้ระยะเวลาถึง 3 สัปดาห์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

7. ตรวจสอบความตรงของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล โดยนำข้อสรุปปรากฏการณ์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าเป็นจริงหรือไม่ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลปรับแก้เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล ขั้นตอนนี้พบว่าไม่มีผู้ให้ข้อมูลรายใดที่วังงัดหรือปรับแก้

8. นำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตลอดกระบวนการวิจัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับประเด็นที่ปรึกษา มีการปรับเปลี่ยนสำนวนภาษา และการจัดหมวดหมู่ของประเด็นหลัก ประเด็นรองคังนำเสนอไว้ในบทที่ 4



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องสถานการณ์มีแนวโน้มว่าจะรุนแรงและสลับซับซ้อนมากขึ้นกว่าเดิม และยังไม่มีความสงบในระยะเวลาอันสั้นนี้ สภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การที่พยาบาลวิชาชีพจะต้องปฏิบัติงานโดยให้การบริการและดูแลสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะเจ็บป่วยภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงของไฟใต้ที่คุกรุ่น ยากที่จะดับนี้จะต้องพบ เผชิญกับประสบการณ์ ความรู้สึกเช่นไร และยังคงสามารถปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่เช่นนี้ได้

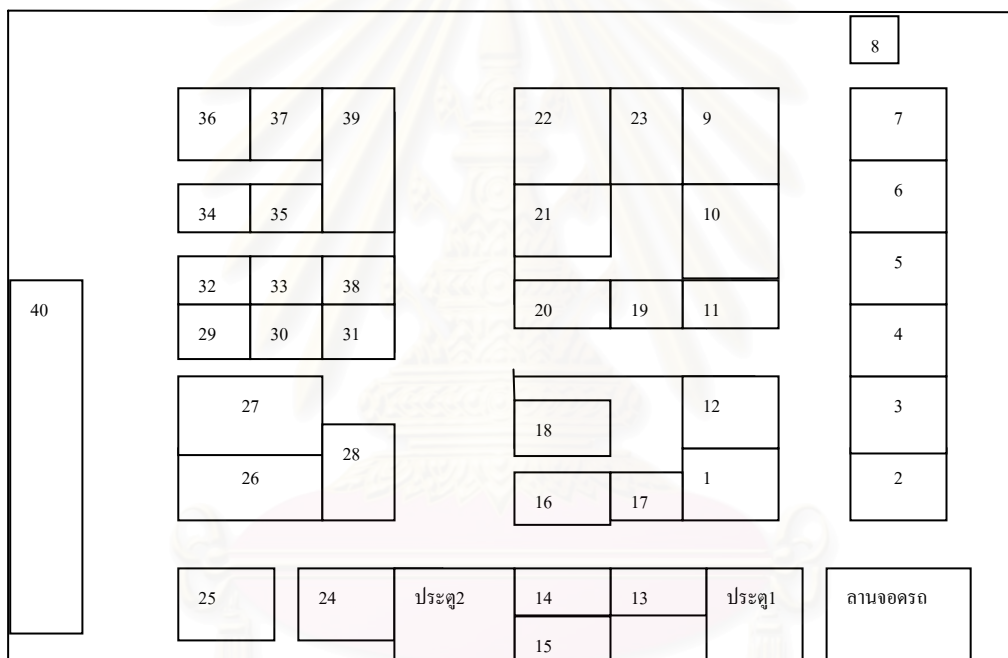
ก่อนนำเสนอรายละเอียดผลการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยขอแนะนำขอบริบทของพื้นที่ที่ศึกษา เพื่อให้สามารถมองเห็นภาพและเข้าใจการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นดังนี้

บริบทของพื้นที่ที่ศึกษา

พื้นที่ที่ศึกษาเป็นจังหวัดที่เทศบาลมีการจัดวางผังเมืองแบบไข่มุมที่สวยงามที่สุดของประเทศไทย และได้รับรางวัลชนะเลิศการประกวดความสะอาด 3 ปีซ้อนระหว่าง พ.ศ. 2528-2530 และได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลนครยะลา ในปี พ.ศ. 2538 ในปี พ.ศ. 2540 ได้รับการคัดเลือกจากองค์การอนามัยโลกให้เป็น 1 ใน 5 เมืองของประเทศไทยในโครงการเมืองน่าอยู่ทั่วโลก

โรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ขนาด 500 เตียง เนื้อที่ 42 ไร่ นับจากวันที่เริ่มก่อตั้งโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบันเป็นเวลา 57 ปี ให้บริการผู้ป่วยทุกโรคแบ่งเป็นแผนกต่างๆ คือ สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม อุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยหนัก งานห้องผ่าตัด จิตเวช ตึกพิเศษและเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลได้รับการพัฒนาให้เจริญก้าวหน้า และมีศักยภาพสูงแห่งหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการรับรองคุณภาพการประเมินโรงพยาบาล (HA) ในการรับการต่ออายุการรับรองประเมินเมื่อ พ.ศ. 2549 ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง มีเนื้อที่กว้างขวางอาณาเขตด้านหน้าและด้านข้างโรงพยาบาลเป็นอาคารส่วนของร้านค้า ร้านอาหาร ด้านข้างอีกด้านติดกับบ้านพักของข้าราชการการไฟฟ้า ส่วนด้านหลังโรงพยาบาลเป็นศูนย์อนามัยแม่และเด็กและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี รั้วโดยรอบเป็นรั้วปูน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมี

มากถึงร้อยละ 68.9 และประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยเชื้อสายมลายูถึงร้อยละ 66.1 นอกจากนั้นก็จะมีชาวไทย ชาวจีน และชาวญวน ภาษาที่ใช้กันในชีวิตประจำวันก็จะมีภาษามลายูถิ่น ซึ่งในแต่ละท้องถิ่นจะแตกต่างกันออกไป ภาษาไทย ซึ่งก็มีการใช้สนทนา รวมถึงภาษาจีน ซึ่งแพร่หลายอยู่ในกลุ่มชาวจีนที่อาศัยอยู่ในจังหวัด ประกอบอาชีพที่สำคัญได้แก่การทำสวนยาง การเพาะปลูกพืชไร่ ทรัพยากรที่สำคัญได้แก่ ยางพารา ดินบุก และป่าไม้ โรงพยาบาลแบ่งเป็นเนื้อที่ใช้สอย 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ อาคารสำนักงาน และบ้านพักเจ้าหน้าที่



ภาพที่ 1 แสดงแผนผังโรงพยาบาล

ผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน หมายเลข 1

หอผู้ป่วย หมายเลข 3,4,5,6,7,9,10,12,13,14,16,17,18

ประตูที่ 1 ประตูผู้ป่วยและญาติ

บ้านพักแพทย์ แพลดแพทย์ หมายเลข 26,27,29,30,40

แพลดพยาบาล หมายเลข 32,33,34,35,36,37

ตึกอำนวยการ หมายเลข 2

ป้อมยาม หมายเลข 15,17

ประตูที่ 2 ประตูสำหรับเจ้าหน้าที่

ศาลาละหมาด หมายเลข 8

ส่วนของอาคารสำนักงาน ประกอบด้วยที่ทำการต่างๆ โดยพื้นที่ที่เป็นโรงพยาบาลลักษณะ อาคารสถานที่ต่างๆเป็นตึกสูง 2-7 ชั้น ด้านหน้าเป็นลานจอดรถมอเตอร์ไซด์และรถยนต์ อาคารที่ 1 เป็นอาคาร 3 ชั้น ประกอบด้วย ห้องบัตร ศูนย์ประกันสุขภาพ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องเอ็กซเรย์ ห้องตรวจอายุรกรรม ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก ห้องตรวจศัลยกรรม ห้องผ่าตัดเล็ก ห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรม ห้องตรวจกุมารเวชกรรม ห้องยาผู้ป่วยนอก ห้องตรวจคลื่นหัวใจ ห้องฉีดยาทำแผล และห้องชันสูตร ชั้น 2 ประกอบด้วย ห้องตรวจผิวหนัง คลินิกเบาหวาน ห้องตรวจทางเดินอาหาร หอผู้ป่วยหนัก(ICU ทั่วไป) หน่วยไตเทียมและห้องคลอดและ ชั้น 3 ประกอบด้วย ห้องประชุมใหญ่ เวชระเบียน ห้องสมุด ห้องโสต ศูนย์ประกันคุณภาพโรงพยาบาล

อาคารที่ 2 อาคารอำนวยการ 2 ชั้น ถัดจากอาคาร 2 เป็นทางเดินตรงเชื่อมระหว่างตึก เมื่อเดินไปตามทางเดินสองข้างทางซ้ายขวาเรียงรายไปด้วยอาคารหอผู้ป่วยซึ่งเป็นอาคาร 2 -7 ชั้นรวมหอผู้ป่วยในทั้งหมด 13 อาคาร ด้านหลังกำลังมีการก่อสร้างตึกโรงเรียนแพทย์ ถัดมาเป็นอาคารที่ 9,10 ตึก 4 ชั้น 120 เตียงขนาดกันบริเวณระเบียงหน้าตึกแต่ละหอผู้ป่วยมีการวางเตียงผู้ป่วยประมาณ 10 เตียง ก่อนเข้าอาคารมีการกันกระชกมีประตูทางเข้าออกทางเดียวโดยมียามคอยตรวจบัตรเข้าใช้ และให้เยี่ยมชมเวลาที่โรงพยาบาลกำหนดด้านหน้ามีเก้าอี้สำหรับญาติบริเวณเก้าอี้และบริเวณทางเดินเต็มไปด้วยญาตินั่งข้างยืนบ้าง บ้างก็เอาเสื่อมาปูล้อมวงกันรับประทานอาหาร รอเวลาให้เยี่ยม

บ้านพักเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอยู่โซนทางด้านซ้ายของโรงพยาบาลทั้งหมด มีการจัดแบ่งเป็นสัดส่วน เป็นสนามหญ้า (หมายเลข 24) ใช้เป็นสนามเล่นฟุตบอลของเจ้าหน้าที่ในตอนเย็น แต่ในตอนเช้าจะใช้เป็นที่จอดรถเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เดินทางมาทำงานในโรงพยาบาล ถัดมาเป็นบ้านพักแพทย์ (หมายเลข 26,27,40) ซึ่งเป็นบ้านเดี่ยว ถัดมาบล็อกที่ 2 เป็นแฟลตแพทย์ 3 ชั้น 2 หลัง (หมายเลข 29,30) สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัช ถัดมาบล็อกที่ 3,4,5 เป็นแฟลตพยาบาล 2 ชั้น และ 3 ชั้น มีทั้งหมด 5 แฟลต ชั้นล่างของแฟลตครอบครัวจัดเป็นห้องนอนสำหรับเจ้าหน้าที่ และกำลังมีการสร้างแฟลตพยาบาล 3 ชั้นเพิ่มเติม และบ้านน็อคดาวน์สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ไม่สามารถกลับบ้านได้ในเวลากลางเวรหรือใช้สำหรับหลับนอนสำหรับก่อนขึ้นเวรในโซนของแฟลตพยาบาลมีสภาพค่อนข้างแออัด สภาพอาคารค่อนข้างเก่าอายุประมาณ 20-30 ปี ถัดไปเป็นโรงบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลและเตาเผาขยะแต่ละบล็อกจะมีถนนเชื่อมต่อกันสามารถขับรถวนถึงกันได้ภายในโรงพยาบาล

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลมีจำนวนทั้งหมด 1,332 คน เป็นข้าราชการ 713 คน คิดเป็นร้อยละ 53.52 ลูกจ้างประจำ 168 คน คิดเป็นร้อยละ 12.61 ลูกจ้างชั่วคราว 441 คนคิดเป็นร้อยละ 33.10 พนักงานราชการ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 0.75 มีแพทย์ (รวมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ) 48

คน ทันตแพทย์ 6 คน เกษัชกร 23 คน พยาบาลวิชาชีพ 418 คน พยาบาลเทคนิค 97 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล 7 คน เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดที่โรงพยาบาลตั้งอยู่

ป้อมยาม เมื่อเดินเข้ามาในโรงพยาบาลทางประตูหมายเลข 1 ด้านหน้าเป็นป้อมยามซึ่งมี 2 จุดคือส่วนของป้อมยาม (หมายเลข 17) ที่ตรวจรถเข้าออกของผู้ป่วยและญาติ และห่างไปประมาณ 100 เมตรเป็นป้อมยาม (หมายเลข 15) สำหรับตรวจรถเข้าออกของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล บริเวณป้อมยามที่ตรวจรถเข้าออกของผู้ป่วยและญาติเป็นจุดหยุดตรวจรถสองข้างทางเข้าจะมีกระจกส่องตรวจได้ท้องรถสำหรับค้นหาวัตถุแปลกปลอมหรือระเบิด แต่บริเวณป้อมยามเข้าออกของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่ได้มีการติดตั้งกระจกส่องได้ท้องรถ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งเป็นประเด็น 6 ประเด็นหลักดังนี้คือ

1. บริบทและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป
 - 1.1 บรรยากาศการอยู่ร่วมกันท่ามกลางความสับสนและไม่มีความสุข
 - 1.2 เปรียบเสมือนอยู่ในสงคราม
 - 1.3 การสูญเสียทรัพย์สินและได้รับบาดเจ็บ
 - 1.4 การใช้ชีวิตประจำวันด้วยความระมัดระวังและรู้สึกไม่ปลอดภัย
2. ความรู้สึกของการปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์รุนแรง
 - 2.1 ความรู้สึกกลัวไม่ปลอดภัยในชีวิต
 - 2.2 เครียดทั้งงานเครียดทั้งความปลอดภัยในชีวิต
 - 2.3 ความเสียสละ สงสารและ ภาควงใจในวิชาชีพที่มีโอกาสได้ช่วยเหลือ
 - 2.4 การมองโลกในทางบวก
3. ประสบการณ์การปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์รุนแรง
 - 3.1 การปฏิบัติงานประจำ
 - 3.2 มิติบทบาทที่เพิ่มขึ้นในการปฏิบัติกรอุบัติภัยหมู่
 - 3.3 มิติการบริการทางสุขภาพที่เปลี่ยนไป
 - 3.4 งานการพัฒนาวิชาการถูกละเลย
4. การปรับเปลี่ยนชีวิตท่ามกลางสถานการณ์รุนแรง
 - 4.1 การปรับตัวของโรงพยาบาลต่อสถานการณ์ความรุนแรง
 - 4.2 การปรับตัวของพยาบาลเข้ากับสถานการณ์
 - 4.3 การจัดการกับความเครียดในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย
5. สภาพปัญหาในการปฏิบัติงานที่ยุ่งยากและสับสน
 - 5.1 ภาระงานเพิ่มมากขึ้นในขณะที่ทรัพยากรไม่เพียงพอ

- 5.2 ผู้ป่วยเรียกร้องการบริการพยาบาลมากเกินไป
- 5.3 ความแตกต่างระหว่างศาสนาและวัฒนธรรม
- 5.4 การกระทบกระทั่งระหว่างทีมสุขภาพ
- 6. เหตุผลของการคงอยู่ในการปฏิบัติงานต่อไป
 - 6.1 ขวัญและกำลังใจที่ได้รับจากหน่วยราชการ
 - 6.2 ความรักและผูกพันต่อถิ่นเกิด

1. บริบทและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป

1.1 บรรยากาศการอยู่ร่วมกันท่ามกลางความสับสนและไม่มีความสุข

สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นเพราะการกระทำด้วยน้ำมือมนุษย์ที่ทำให้เกิดขึ้น ไม่ได้เกิดจากภัยธรรมชาติ ไม่ได้เป็นโรคภัยไข้เจ็บที่พระเจ้าสร้างมาตามความเชื่อทางศาสนา พยาบาลบางส่วนสับสนและไม่แน่ใจว่าเกิดอะไรขึ้นเป็นเรื่องของความต้องการแบ่งแยกดินแดนหรือผู้ที่กระทำมีความต้องการอะไรกันแน่ แต่สิ่งหนึ่งที่รับรู้ตรงกันคือบรรยากาศการอยู่ร่วมกันไม่มีความสุขจิตใจหดหู่เศร้าหมองดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“อืม ไม่รู้ คือๆตอนนี้ถ้าพูดว่า คือไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นมากกว่า เพราะว่าต้องยอมรับว่า เราจะมองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นคือต้องการแบ่งแยกดินแดนใช่ไม๊คะ แล้วก็เป็นเรื่องของคนกลุ่มหนึ่ง ที่ไม่ใช่เป็นคนมุสลิมทำ อะไรอย่างเงี้ยะคะ แต่พอช่วงหลังๆก็มีกระแสทางการเมืองออกมาว่าจริงๆแล้วไม่ใช่ เรื่องแบ่งแยกดินแดนทั้งหมดนะ บางอย่างก็เป็นเรื่องของการขัดกันในเรื่องของวงการทางตำรวจทหาร แต่ช่วงหลังก็เลยบอกตรงๆเลยว่าไม่แน่ใจคะ ว่าคนใช่หรือว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดนี้คะจะใช่สถานการณ์ทั้งหมดหรือเปล่านั้น คือไม่รู้ว่าเป็นโจร คนที่เป็นโจรมีวัตถุประสงค์อะไร ใช่แบ่งแยกดินแดนจริงไม๊ กรณีที่โดนยิงมา โคนระเบิดมา ใช่สถานการณ์ทั้งหมดไม๊ ก็คือบอกตรงๆว่าตอนนี้ไม่แน่ใจคะ ตัวเราเอง เรายังสับสนเลย ไม่รู้ว่า ไม่แน่ใจว่ามันเกิดอะไรขึ้น” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“มันเป็น คือน้ำมือมนุษย์นะ มันรุนแรง คืออุทกภัย หรือว่าภัยธรรมชาตินั้น นื่องก็มองว่ามันรุนแรงแต่ว่า มันเป็นสิ่งที่ไม่ได้ตั้งใจให้เกิด แต่อันเนี่ย เป็น สิ่งที่คนสร้างมันขึ้นมา ซึ่งก็ไม่วัดดูประสงค์จริงๆ ที่แท้จริงของคนพวกนี้คืออะไร แต่ว่ามีคนกล่าวกัน

ว่า อยากจะแยกดินแดน อยากจะควบคุมดูแลในส่วนของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้ เป็นของเขาเอง ซึ่งคิดว่ามันเป็นไปได้ยาก” (พยานาลประสพการณ์ 11 ปี)

“ถ้าสิ่งแวดล้อมก็รู้สึกห่อเหี่ยวใจมันไม่มีความสุขเหมือนสมัยก่อน เพราะเรื่อง ระเบิดเหมือนเป็นการกระทำ คนกระทำ ถ้าเรื่องโรคเจ็บป่วย ถ้าไทยพุทธก็เป็นเรื่องเวร กรรม ของเรา(ศาสนาอิสลาม)ก็เรื่องพระเจ้าสร้างมาเป็นเรื่องปกติ แต่เรื่องระเบิดเป็น เหมือนกับว่า เขาตั้งใจทำ เป็นคนทำเรารู้สึกห่อเหี่ยวใจ ใครใจร้ายจึงไปทำ ใครใจร้ายจึงที่ ไปฆ่าเขา ได้ลูกเขาตั้ง 5, 6 คน” (พยานาลประสพการณ์ 4 ปี)

1.2 เปรียบเสมือนอยู่ในสงคราม

พบว่าพยานาลผู้ให้ข้อมูลได้มีการเปรียบเทียบสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นว่าเป็น เหมือนบ้านป่าเมืองเถื่อน ไกลเคียงประเทศแถบตะวันออกกลางอย่าง อิรัก อิหร่านที่มีการสู้รบกัน เปรียบเสมือนชีวิตที่ถูกกริดรอนเสรีภาพ เหมือนโจรหรือเหมือนเงามืดที่ค่อยๆ คืบคลานเข้ามาปกคลุมคุกคามชีวิตและทรัพย์สิน เพราะในพื้นที่มีแต่ทหาร อาวุธยุทโธปกรณ์และเครื่องบิน ดังคำ สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“เวลาเรามองบ้านเราเนาะเข้าขึ้นมาทหารเต็ม เย็นๆ ฮอ.(เฮลิคอปเตอร์-ผู้วิจัย) ก็บินดูๆแล้วใกล้เคียงอิรัก อิหร่านเข้าไปทุกวัน” (พยานาลประสพการณ์ 18 ปี)

“อู้ยทำไมคูชิเราเป็นบ้านป่าเถื่อนเมืองร้างเลย ประเทศเราเป็นอะไรแล้ว เคย เปรียบเทียบเหมือนอิรักเลย โอยทำไมเราเมืองเถื่อนจังเลย” (พยานาลประสพการณ์ 10 ปี)

“มันมีทหารตำรวจเข้ามามากขึ้น มีการป้องกันมากขึ้น วิธีชีวิตถูกจำกัดมากขึ้น แต่ถ้าสงครามเสรีภาพจะไม่มี แต่เรายังมี ถ้าเปรียบเทียบ.ใกล้เคียงอะไรมันอาจจะใกล้เคียง สงครามเหมือนกัน ถ้าสงครามคนถูกริดรอนเสรีภาพ” (พยานาลประสพการณ์ 10 ปี)

“มันก็ไม่เหมือนสงครามเลยทีเดียวน ตอนนี่ลัก(แอบ-ผู้วิจัย)ทำเอาทีเปลอ... ถ้า ใกล้เคียงสงครามมันก็ไม่ใช่นะ เหมือนโจรมากกว่า เหมือนมีคนไม่ดีในหมู่คนดี มันจะเพิ่ม มากขึ้นมันจะร้ายแรงมากขึ้น แต่มันไม่ใช่โจรครองเมือง” (พยานาลประสพการณ์ 16 ปี)

“เป็นเหมือนเงามืดที่มัน คอยคุกคามชีวิตและทรัพย์สินของคนแถวนี้ค่ะ มาๆ ไม่ใช่ครอบครัวนะ เงามืดที่มันค่อยๆ คืบคลานเข้ามา โดยที่เราไม่รู้เลยว่าเงามืดพวกนี้เนี่ยมันจะไปตรงไหน แล้วมันจะครอบคลุมไปถึงตรงไหน” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

1.3 การสูญเสียทรัพย์สินและได้รับบาดเจ็บ

สภาพแวดล้อมทางสังคมของคนในพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ความรุนแรงชายแดนภาคใต้ที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ ส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างในทุก ระบบ ทั้งความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของบุคคลและครอบครัวและคนรอบข้างทั้งทางตรงและทางอ้อม กระทบกับวิถีชีวิตในการใช้ชีวิตประจำวัน กระทบกับวิถีชีวิตในการทำงาน สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยตรงกับครอบครัว ถึงพ่อ สามี และตัวพยาบาลเองที่ได้รับอันตรายจากการโดนระเบิดและการทำร้ายดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“กระทบกับครอบครัวเราเราเป็นห่วงน้องเรา พ่อแม่เราจะอยู่อย่างไร ที่บ้าน ค้าขายเราก็ไม่รู้ใจเคยมีการวางระเบิดที่บ้าน ระเบิดแต่ไม่มีคนเจ็บ...ของเสียหาย พวกเนย บ้านแบบ พร้าไปหมด แล้วก็พวกยาสีฟัน เป็นชั้นเหมือนซูเปอร์ค่ะ แล้วตรงนั้นมันเอาไปวางไว้ ก็เสียหายเยอะเหมือนกัน” (พยาบาลประสบการณ์ 22 ปี)

“พ่อ โดนระเบิดที่โดนที่ธนาคารตอนที่ระเบิดธนาคารทุกแห่ง โดนหน้า โชคดีที่แกใส่แว่น เลยไป ระเบิดลูกไม่ใหญ่เกิน แต่แกอยู่ข้างพอดีเลยไง พอระเบิดขึ้นมาแกบอก ว่าเหมือนลูกโป่ง มีแว่น เลยไม่โดนตา แต่ว่ามีเศษทั้งหน้าเลย แล้วก็แก้วหูทะลุข้าง” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

“ตั้งแต่แฟนมาอยู่ที่นี้ก็เกิดเหตุระเบิดแล้วที่เมืองใหม่(ตลาดเมืองใหม่-ผู้วิจัย) แฟน(สามีเป็นตำรวจ-ผู้วิจัย) อยู่ด้วยแต่แฟนไม่เป็นอะไรแต่รถมอเตอร์ไซด์พังหมดเลย” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“รู้สึกกลัว จากโรงพยาบาลไปตลาดท่าระยะทางไกลเหมือนกันก็รู้สึกกลัวไปกลับ อยากกลับบ้านอย่างเดียว ระหว่างทางกลับบ้านก็ภาวนาตลอดทางเลยให้ปลอดภัย เพราะว่าเกิดเหตุการณ์มาแล้ว อยู่เวรป่วยใส่ชุดพยาบาลใส่เสื้อคลุม ขับรถมอเตอร์ไซด์

เพราะขับรถยนต์ไม่เป็น แพนนั้นไม่ให้กลับตอนนั้นเหตุการณ์บูม แต่แม่ไม่สบายเราก็เลยอยากกลับบ้าน จะมีวัยรุ่น 2 คนขับรถกระบะมา เราว่าเราเป็นพยาบาลน่าจะน่าจะปลอดภัย เพราะเราช่วยเหลือคนไข้ เขาเอารถกระบะแข่งหน้า พอถึงตลาดสดแล้วเอารถบังหน้า ถ้าจอดไม่รู้จะเกิดอะไรขึ้น เราเอารถขึ้นฟุตบอล แล้วก็กรี๊ด พอคือเขาก็ตกใจเห็นเรากรี๊ด เขาเอารถบังแล้วเขามองหน้าเหมือนเขาจะทำอะไรซักอย่าง จากวันนั้นกลัวตลอดเลย ” (พยาบาลประสบการณ์ 4 ปี)

กล่าวโดยสรุปจากสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบริบทของพื้นที่อย่างสิ้นเชิง ทำให้การดำเนินชีวิตของคนเปลี่ยนไป ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพย์สินและบาดเจ็บ พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในพื้นที่ต่างรู้สึกสับสนและไม่มีความสุข ไม่ปลอดภัยเปรียบเสมือนการอยู่ท่ามกลางสงครามที่ถูกรุกรอนเสรีภาพ การเปลี่ยนแปลงของบริบทดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของพยาบาลวิชาชีพอีกเช่นกัน

1.4 การใช้ชีวิตประจำวันด้วยความระมัดระวังและรู้สึกไม่ปลอดภัย

โดยทั่วไปการใช้ชีวิตในแต่ละคนตั้งแต่ตื่น กิน อยู่ การดำเนินชีวิต จนกระทั่งนอนข่มมแตกต่างกันออกไป ในสังคมของชาวไทยพุทธหรืออิสลามในพื้นที่ ในตอนเช้ามีการนั่งพูดคุยกันตามร้านน้ำชาหัวข้อในการสนทนาก็จะเป็นเรื่องดินฟ้าอากาศก็เปลี่ยนไปเป็นสถานการณ์ที่มีคนถูกยิงถูกระเบิด การทำบุญตักบาตร การใช้ชีวิตในการไปตลาด การประกอบอาชีพ การไปรับลูกที่โรงเรียน การออกกำลังกาย การร่วมงานสังสรรค์แม้กระทั่งงานศพ เต็มไปด้วยความระมัดระวังภัยเร่รืบเนื่องจากความกลัวไม่มีความสุข รู้สึกไม่มั่นใจในความปลอดภัย ช่วงเวลาในการใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวถูกจำกัด ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“พอไปร้านน้ำชาอะไรอย่างเนี่ย คือพอกูยกันก็แบบว่า เอ่อ...กูยกันเรื่องสถานการณ์ กูยสภาพดินฟ้าอากาศ กูยเรื่องญาติ คนโน้น คนนี้ มันไม่เหมือนสมัยนี้ พอเข้าร้านน้ำชา โฮ..เมื่อวานคนโน้น โคนยิง คนนี้ โคนยิง เมื่อวานคนโน้น โคนระเบิดอะไรแบบเนี่ยนะคะ หัวข้อเรื่องในการสนทนา มันจะเปลี่ยนไป...เอ่อ ในช่วงเวลาการ สมมติว่าเราอยากจะไปเที่ยวกับครอบครัว เมื่อก่อน ไปแต่เช้า แล้วก็ค่อยกลับมาค่ำๆ เดียวนี้ก็ อะ ไปสายหน่อยแล้วกัน จะได้ปลอดภัยหน่อย กลับมาก็อย่าให้ค่ำมาก แล้วเวลาช่วงที่เราควรจะทำอะไรๆ ได้ก็จะเริ่มน้อยละ อย่างเช่นจะไปกินข้าวที่บ้านแม่อย่างเนี่ย เมื่อก่อนไปตอนเย็น แล้วก็ค่อยกลับตอนแม่จะนอนสัก สามทุ่ม สี่ทุ่มก็ได้ เดียวนี้ก็ พอหก โมงแม่ก็ไล่กลับแล้ว

ละ ลูกแม่ไม่ได้ไถ่ละ แต่แม่เป็นห่วง เออ..แล้วก็เวลาที่อยู่ด้วยกัน มันก็จะน้อยลงอ้อ...ช่วงระยะเวลาในการทำกิจกรรม ในการใช้ชีวิตปกติธรรมดาเราถูกจำกัดขึ้นสองทุ่มนี่ก็เห็นเข้าบ้านกันหมดแล้ว ถนนเงียบแล้ว” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“วิถีชีวิต เหมือนตอนเช้าก็ต้องรีบไปซื้อของกิน เย็นเลิกงานเสร็จต้องรีบไปรีบกลับไม่ทันให้มีค่า ต้องระวังตัวเองเหมือนกัน แต่ก่อนน่าจะเข้ามาเที่ยวกันอยู่ข้างนอก 3 ทุ่ม 4 ทุ่มยังขับมอเตอร์ไซด์เที่ยวกันอยู่ เคี้ยวนี้ไม่ ขนาดไปใส่บาตรซื้อเสร็จก็รีบใส่รีบกลับ ตรงที่คนเยอะๆ แลวดลาดแถวร้านที่คนซื้อเยอะๆ ร้านอร่อยๆ แล้วเราไปตรงนั้นเป็นประจำ วก่อนที่ตลาดโก้งโค้ง ถ้าสุคเจ็บ 40 กว่าคนตรงนั้นของถูก ของกินได้” (พยาบาลประสบการณ์ 18 ปี)

“จากที่กลับบ้านที่โกตา(โกตาบารู-ผู้วิจัย)อยู่ในเขตเทศบาลเหมือนกันทุกคนก็เครียดจากที่ว่าเย็นๆจะไปเล่นบอลได้ ขับรถจักรยานเล่นไปที่สวนอะไรก็ได้ ตอนนี้อยู่หุดชะงักไปหมดเลย เหมือนที่บ้านน้องตอนนี้อยู่แต่ก่อนเคยไปสวนก็ไม่กล้าไปที่สวนเลยข้างเขาทำหมดเลย ทุกอย่างเหมือนหุดชะงักไปหมดเลย” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“จากการที่เจอมาน้องเขามาอนโรงพยาบาลไม่ได้ไปทำอะไรตรงนั้นเลยคือ ขับรถผ่านก็โดน จุดตรงนั้นเป็นจุดที่เราผ่านทุกวัน จุดที่เคยระเบิดก็เป็นร้านที่เราไปซื้อกับข้าวด้วย ความรู้สึกเรากลัวเหมือนกัน เหตุเกิดเป็นจุดที่เราดำเนินชีวิตอยู่ทุกวัน ตลาดร้านน้ำชา ร้านขายข้าวแกง” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

ส่วนใหญ่ประชาชนในเมืองในพื้นที่จะเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพมาก โดยปกติจะเห็นว่าในเวลายามเช้าและในเวลายามเย็นสวนสาธารณะใจกลางเมืองจะเต็มไปด้วยผู้คนที่เดินบ้าง วิ่งบ้าง แอโรบิค ไทเก๊ก มาเดี่ยวบ้าง เป็นคู่ เป็นกลุ่ม เป็นชมรมมีตั้งแต่เด็กเล็กจนถึงผู้สูงอายุ หลังการออกกำลังกายจะมีการจับกลุ่ม พูดคุย ทักทายกันด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม ภาพเหล่านี้เปลี่ยนไปกลายเป็นว่าผู้คนมาออกกำลังกายเบาบางลง รีบมาออกกำลังกายรีบกลับบ้าน เป็นการออกกำลังกายที่อยู่บนความกลัว กังวลและหวาดระแวงดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“เหมือนไปออกกำลังกายก็กลัว เวลาวิ่งก็ต้องคอยระวังคือมันไม่มีความสุขไปเลยคนวิ่งเยอะ แต่เวลาวิ่งก็กลัวเหมือนกันนะ หันซ้ายหันขวา มีอะไรต้องสงสัยรีเปลา” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

“ก่อนหน้าี่เวลาเย็นๆเราไปแอโรบิกโดยเราไม่ต้องกังวลอะไรเลย ตอนนี่เราเอามอเตอร์ไซค์ไปจอดเราต้องคอยช่วยดูขว ไม่กล้าจอดในที่คนเยอะๆ จอดแล้วต้องรีบเดินออกมา กลัวเหมือนกันถ้าเราไปจอดแล้วมีมอเตอร์ไซค์บอมบ์ เมื่อก่อนสองสามทุ่มเรายังขี่มอเตอร์ไซค์เดี๋ยวนี่เราทำอย่างนั้นไม่ได้ ไปนั่งกินอาหารก็ไม่ว่าวาระเบิดตรงไหน ก็กังวลนะ มันไม่เหมือนเมื่อก่อนเราไม่ต้องกังวลอะไร” (พยาบาลประสบการณ์ 22 ปี)

โดยทั่วไปในพื้นที่ที่ศึกษาแต่เดิมการจัดงานรื่นเริงไม่ว่าจะเป็นงานปีใหม่ การจัดงานเลี้ยงสังสรรค์หรืองานศพจะเป็นงานที่จัดงานในเวลากลางคืน แต่เมื่อมีสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นการจัดงานรื่นเริงกลางคืนต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เข้ากับสถานการณ์มาเป็นการจัดตอนเที่ยงแทนแม้กระทั่งงานศพที่โดยทั่วไปต้องมีการสวดศพในเวลากลางคืนก็ต้องเลื่อนเวลาของการสวดศพให้เร็วขึ้นเป็นเวลาในช่วงเย็นก่อนพระอาทิตย์ตกดินดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“จัดงานปีใหม่เมื่อก่อนก็หัวค่ำมีงานแสดงก็ปรับเปลี่ยนกัน เมื่อก่อนก็จัดงานกลางคืน ตอนนี่ก็ตอนเที่ยงแล้วรูปแบบก็เปลี่ยนไป รู้สึกว่ากระชับมากขึ้น อาหารแจกคูปองก็ไม่เหมือนเมื่อก่อน จัดงานน้อยลง งานรื่นเริงก็น้อยลงอาจจะการคมนาคมไม่ค่อยสะดวก ในการเดินทางจะมารวมกลุ่มกัน ได้ยาก” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“มันเหมือนเค้าจัดเป็นช่วง ที่โรงพยาบาลเค้าจัดแต่ก็ไม่ได้เอิกเกริกมากจัดกลางแจ้งด้วยความตื่นเต็นของงานมันจะต้องจัดกลางคืนมันถึงจะหรูหรากว่า แต่เค้าจัดกลางวัน จับเวลากลางวัน เมื่อก่อนจะมีการจัดเป็นบุทซ์ จัดแสดงเมื่อก่อนเราก็จะเอาโต๊ะมาตั้งและดูการแสดงแต่เดี๋ยวนี่ไม่มี กินข้าวกล่องแทนรูปแบบมันเปลี่ยนไป เปลี่ยนให้เข้ากับสถานการณ์” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“เมื่อก่อนเราสังสรรค์กับเพื่อนก็ไม่ไปแล้วเปลี่ยนเลย ไปบ้านเพื่อนก็ไปกลางวัน การจัดงานเลี้ยงสังสรรค์จากการเลี้ยงสังสรรค์ในครอบครัว ก็จัดกลางวันหมดเลย กลางคืนบางทีในเรื่องการเดินทาง ความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัย ปรับหมดเลย ลูกๆก็ไม่พาไปไหนแล้ว ห้าโมง(เวลา 17.00 นาฬิกา-ผู้วิจัย) ก็เข้าบ้านแล้ว” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“เหมือนเมื่อก่อน โดยภาพรวมแล้ว โรงพยาบาลเราก็จะจัดงานเลี้ยงตอนกลางคืน. ทั้งหมดนั้นแหละตอนนี้ ตอนกลางคืนอะไรก็ได้ไง เหมือนกับการใช้ชีวิต งานสง งานศพก็ต้องจัดตอนเย็น แล้วตอนเย็นก็ต้องรีบกลับบ้านแล้ว” (พยาบาลประสบการณ์ 14 ปี)

กล่าวโดยสรุปจากสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทำให้การใช้ชีวิตประจำวันของพยาบาลวิชาชีพมีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน ในด้านการดำเนินชีวิต การออกกำลังกายอย่างมีความสุข การปรับเปลี่ยนเวลางานรื่นเริงสังสรรค์และงานศพเพื่อความปลอดภัย ทุกอย่างก้าวในการดำเนินชีวิตเต็มไปด้วยความระมัดระวังและรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

2. ความรู้สึกของพยาบาลในการปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์รุนแรง

2.1 ความรู้สึกกลัวไม่ปลอดภัยในชีวิต

เนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรงจากการระเบิด และจุดที่เคระเบิดเป็นจุดที่ดำเนินชีวิตอยู่ทุกวัน ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากการระเบิดโดยบังเอิญ การเกิดเหตุเริ่มเกิดกับคนใกล้ตัวจนถึงตัวพยาบาลเอง ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกกลัวต่อสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย และกลัวต่อการถูกทำร้ายดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ส่วนเรื่องความกลัว ตอนแรกก็กลัว ทีนี้พอมีคนมากขึ้น โคน จากเดิมคนที่ห่างตัวกลายเป็นคนใกล้ตัวขึ้น ทีนี้ความกลัวจะมากขึ้นความจริงเหตุการณ์เยอะขึ้นน่าจะชินชาแต่ว่าจริงๆนี้ไม่ เพราะว่าคนใกล้ตัว โคนมากขึ้น เรายังกลัว” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“น้องเป็นคนกลัวระเบิด โคนยังไม่กลัว เพราะว่ามันเป็นเป้าหมายรายบุคคล ถ้าระเบิดนี้กลัว เพราะว่ามันไม่เลือกใครใช้ไหมคะ ถ้าเหตุการณ์เกิดขึ้น ถ้าเผื่อเราไปยืนอยู่ตรงบริเวณนั้นเราก็จะโดน” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“ช่วงแรกๆก็น่ากลัวอยู่เวรบายดึกก็จะเจียบแต่ละคน ไม่กล้าออกไปไหน ปริมาณผู้ป่วยต่อคนเข็มนก็น้อยลง ดึกก่อนข้าง โลง ยังพูดกันเล่นๆเลยว่าถ้าใครมาปาดคอจะทำอย่างไร” (พยาบาลประสบการณ์ 5 ปี)

“ในส่วนตัว จะรู้สึกกลัว อย่างเช่นระเบิดตุมที่ฟรุ ประมาณว่าเป็นห่วงครอบครัว พ่ออยู่ไหน น้องอยู่ไหน แฟนอยู่ไหน ให้รีบกลับมาเราต้องโทรเช็ค ตลอด ห่วงคนที่บ้าน ห่วงญาติ ห่วงหลายๆเรื่องเป็นเกือบทุกคน พอตุมบีบมันจะมีไฟ emergency บีบทุกคนจะรีบจับโทรศัพท์เพราะเดี๋ยวตัดโทรศัพท์ที่ต้องรีบโทร โอเคเขาปลอดภัยเราปลอดภัย” (พยาบาลประสบการณ์ 4 ปี)

2.2 เครียดทั้งงานเครียดทั้งความปลอดภัยในชีวิต

สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นบ่อยและไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ทำให้สภาพแวดล้อมเปลี่ยน วิธีชีวิตเปลี่ยน โดยปกติลักษณะงานของพยาบาลเป็นงานที่เครียดงานหนึ่งงานที่ต้องรับผิดชอบความปลอดภัยของคนไข้ การที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ การที่ต้องมาคอยตอบคำถามคนไข้ที่ไม่เข้าใจ การที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยกับชีวิตและการทำงานที่ทำให้เครียด ทำให้พยาบาลรู้สึกเครียดทั้งงานเครียดทั้งความปลอดภัยในชีวิตดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ตอนมีสถานการณ์ใหม่ๆ โอโหเครียด ทำไม่ต้องมาอยู่ในพื้นที่เรา ทำไม่ต้องเป็นหน่วยงานเราอะไรแบบนี้ เพราะว่าจังหวัดยะลาเป็นสิ่งที่สวยงาม สะอาด สะดวกสบาย อากาศก็ดี พอมาลงบีบวิถีชีวิตเราเปลี่ยนไป รูปแบบการใช้ชีวิตเปลี่ยนไป ภาพลักษณ์จังหวัดเปลี่ยนไป มุมมองคนอื่นที่เขามองบ้านเราเปลี่ยนไป ไม่รู้เราจะไปอยู่ในฝ่ายไหน ก็เลย กัดคัน เครียด” (พยาบาลประสบการณ์ 10ปี)

“ในสถานการณ์ที่เข้ามา บางทีสภาพแวดล้อมต่างๆทำให้เรามีความรู้สึกเครียด กังวล เราไม่รู้ว่ามันจะเกิดอะไรขึ้น เราคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าไม่ได้ เพราะมันเกิดขึ้นอยู่บ่อยๆเหตุการณ์ใน 3 จังหวัด” (พยาบาลประสบการณ์ 22ปี)

“แล้วการที่มีคนไข้สถานการณ์มานะี่ยะ ความเครียดที่มากับเคส(กรณี-ผู้วิจัย) ก็จะมากขึ้นด้วยค่ะเครียดในแง่ทั้งงานและความปลอดภัยค่ะ เครียดกลัวความปลอดภัยในชีวิตทั้งเราและทั้งของเขาคือบางครั้งเราก็คิดไปเองว่า กลัวว่าจะโดนยิงซ้ำเหมือนบางโรงพยาบาลอะไรอย่างเงี้ยะคะ อย่างถ้าเขาเป็นผู้ต้องหาหรือเป็นแนวร่วมจริงๆเนี่ยะ การที่เค้าไม่ได้เสียชีวิต เป็นไปได้ไหมที่เขากลับมาทางนี้ จะโดนสอบปากคำแล้วจะมีการมาเก็บอะไรอย่างเงี้ยะ” (พยาบาลประสบการณ์ 10ปี)

“บรรยากาศในการทำงานก็มีเครียดบ้าง เราทำงานใน ตึกผู้ป่วยหนักบางทีเห็นคนไข้ มันหดหู่ใจเราก็เครียดกับสภาพคนไข้ ก็คือเครียดใจ เหมือนคนไข้หนักจิตใจญาติก็เครียดอยู่แล้ว บางทีความต้องการเขาอาจจะมากไปหน่อยกับเรา เราก็เครียดอยากจะทำให้ แต่ทำให้ไม่หมดกับตามความต้องการของญาติใจ” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“พอดีมีระเบิดมากคลินิกนอกก็ไม่ได้เปิด ก็เราต้องไปช่วยที่ฉุกเฉินก่อน เสร็จแล้วเราก็มาคำเนินการต่อ กลายเป็นคนไข้ที่คลินิกนอกก็ต้องเลื่อนมาตรวจในเวลา ในเวลาที่ยะเยาะอยู่แล้ว ใจเลยกลายเป็นว่ามากขึ้น คนไข้ก็ไม่พอใจ คลินิกนอกเขาก็มาตามเมื่อไหร่จะตรวจเมื่อไหร่จะให้เข้าพบหมออะไรอย่างเงี้ย ก็บอกว่าก็ดูซิมันมีเหตุการณ์ฉุกเฉินมาอะไร มันจำเป็นกว่า มันก็ต้องดูบางคนเขาไม่เข้าใจ มันก็เพิ่มความเครียดนะ เครียดต้องมากอยตอบคำถามคนไข้ที่ไม่เข้าใจ อะไรมันด่วนกว่าก็ต้องช่วยก่อน” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

2.3 ความเสียสละ ความสงสารและความภาคภูมิใจในวิชาชีพที่มีโอกาสได้ช่วยเหลือ

ภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงบางครั้งมีการระเบิด การยิง ที่เป็นเวลานานออกเวลาราชการ วันหยุดหรือในเวลากลางคืนที่มีความเสี่ยงรอบด้าน ด้วยความรับผิดชอบในหน้าที่และความเสียสละ แม้กลัวไม่ปลอดภัยแต่ก็ต้องมาโรงพยาบาล แม้เป็นเวลาหยุด แม้กำลังท้อง แต่ก็รู้สึกดี และเต็มใจมาช่วยโดยให้เหตุผลว่ารู้สึกสงสารผู้บาดเจ็บจากการไม่รู้เรื่องต้องบาดเจ็บแขนขาด ขาขาด หรือตาย อยากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด ปลอดภัย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยคนนั้นจะเป็นผู้ก่อการร้ายและมองว่าการที่อยู่ในวิชาชีพพยาบาลเป็น โอกาสหนึ่งที่ได้ช่วยเหลือ เห็นคุณค่าในวิชาชีพ และเมื่อผู้ป่วยรอด ปลอดภัย ก็จะรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ถ้ามันเกิดเหตุการณ์แล้วมันเป็นความรับผิดชอบของเราที่เราต้องไปทำ เราก็ต้องทำมันก็เป็นความรับผิดชอบ เราในฐานะบุคลากรทางนี้ะเวลาเกิดเหตุการณ์อะไรอย่างเงี้ย แล้วก็เหมือนถ้าเวลาเกิดเหตุระเบิดกลางค้ำกลางคืน เราก็ไปนะเขาจะทำงานกันทันไม๊ เราออกไปช่วยเขาดีกว่า ไปจากบ้าน 2 ครั้งนี่คือพอได้ยินเขาตามแฟนจะมีวิทยุตำรวจ เขาบอกมีคนเจ็บกี่คน ก็คอยฟังถ้า 5 คนไม่เป็นไร 10 กว่าคนไปดีกว่า ก็จะไปส่วนมากก็จะโทร แล้วจะโทรต่อๆกันก็ไปช่วยเขา...กลัวนะ บางทีเขาวาก็อยากมานะแต่ไม่กล้ามาอันตรายวันนั้นที่ไปคือแฟนไปส่ง ปีนอะไรมีครบ” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

“อย่างน้อง อุบัติเหตุหู่ ทุกครั้ง มาทุกครั้ง ตอนนั้น ไปกินงานเลี้ยงอยู่กับมา ตอนนั้นที่ห้องอยู่ที่ระเบิด 5 ชั้นวา. ไปไหว้พ่อแฟนที่ยะหา ก็กลับมาจากยะหาถ้ามี อุบัติเหตุหู่ ปู่ถามแฟน “ที่อยู่กับลูกได้ไหม” ไม่มีปัญหาเลย น้องขับรถ มาเลย” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“คนไข้ที่ถูกกระเบิด ถูกยิง อะไรตรงนี้จะรับที่ตึกหมด ความรู้สึกเราตรงนี้ว่า บางครั้งก็พวเหมือนกันบางครั้งพอมเอาแล้วนะเราต้องมารับตรงนี้ มีความรู้สึกที่คนไข้ คนที่มาเขาก็บอกว่าทำไมต้องเป็นเขา ทำไมต้องมารับตรงนี้ ในส่วนของเราตรงนี้ให้การ พยาบาลเราเห็นเขาแล้วสงสารทำไมต้องเป็นเขา ทำไมต้องอยู่ในสภาพนี้ ทั่วๆที่เขาที่ไม่ได้ ไปทำอะไรใคร โคนลูกหลงมาร้องโอดโอยอยู่ในตึกตรงนั้นมากกว่า...ถ้าถามว่าสงสาร ไหมบางคนน่าจะสงสารนะที่ไม่รู้ชื่อไหนไหน (ไม่รู้เรื่องรู๊ราว-ผู้วิจัย) แขนขาดขาขาด เราก็ทำ ได้เท่าที่จะทำ เรามองว่าเป็นหน้าที่ แต่ก็แฝงด้วยความสงสารเหมือนกัน” (พยาบาล ประสบการณ์ 16 ปี)

“ในส่วนของคนไข้ ก็คือพอเห็น ทุกกรณีที่เข้ามาสงสาร อยากจะช่วย อย่างเช่น เคส (กรณี-ผู้วิจัย) ที่โดนระเบิดที่ซอย 11 จะ โคนตรง อวัยวะเพศหมดเลยมัน เป็นเหมือนเนื้อราบไปเลย ตอนนั้น ก็คือมาไอซียู (หอผู้ป่วยหนัก-ผู้วิจัย) หลังจากผ่าตัดต่อเส้น เลือดแล้ว มันก็ไม่ทำงาน แล้วก็คนไข้มาด้วยอาการ ช็อค จริงๆต้อง ส่งต่อผู้ป่วย คนไข้ รับมาตอนนั้นสามโมง (เวลา 15.00 น-ผู้วิจัย) ซึ่งต้องส่งต่อผู้ป่วย ภายในสี่โมง (เวลา 16.00 น-ผู้วิจัย) ก็ต้องแก้ไขปัญหาเรื่องช็อคก่อน ต้องพยายามรีบส่งต่อผู้ป่วย ในช่วงแก้ไขใน ช่วงแรกแล้วระหว่างที่คนไข้ เคลื่อนย้าย ไปต้องแก้ไขมันมีช็อคซ้ำๆ ได้อีกทำไงก็ได้ที่เรา ต้องช่วยเค้าได้ คือหนึ่งเราก็จัดพยาบาลที่มีประสบการณ์เยอะหน่อย เพราะว่าช่วง เคลื่อนย้าย ถ้าเป็นอะไรช่วยแก้ไขได้ เราก็ทำเต็มที่ค่ะ คือหมอเค้าก็ช่วยเต็มที่ เราก็ กระตือรือร้น ตอนนั้นก็ไม่ได้รู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกว่ายุ่งยาก ยุ่งจังเลย ตอนนั้นรู้สึกเราอยาก ช่วยเค้าก่อน มานั่งนึกว่าคนธรรมดาโดนระเบิด อาการแย่งขนาดนี้ เริ่มต้นจากสงสาร แล้วก็ อยากช่วยอยากให้เค้ามีชีวิต ลูกเค้าอีก สามี่เค้าอีก ...เราก็ตั้งใจที่เค้ารอด เพราะว่า ก็คือแบบ ตอนที่เห็นเค้าเจ็บอยู่ เห็นสภาพคนไข้ก็สงสารแล้ว แต่พอสภาพสามี่และลูก มันยังนำ สงสารมากขึ้นไปอีก (ลากเสียง) คนไข้ก็คือมันเป็นภาวะที่แบบคนช่วยแล้วที่โดน นำ

สงสารแล้ว แต่คนที่อยู่รอบข้างมานั่งล้อม ยืนล้อม มันยิ่งแย่ แย่เข้าไปอีก” (พยาบาล ประสพการณ์ 11 ปี)

“สงสารค่ะคือถ้าเป็นคนที่ไม่รู้เรื่องหรือคนที่ปฏิบัติหน้าที่ คือสงสารจริงๆ เพราะเวลาน้องเคยสูญเสียน้ำไข้ไข้ไหมคะ น้องเข้าใจความรู้สึกของการสูญเสียที่ไม่สมควรจะ สูญเสียนะคะ..พอมองน้ำมีภรรยามีลูกไข้ไข้ไหมคะ คนเหล่านี้ก็เหมือนกันค่ะ มีครั้งหนึ่งตอน ทหารพรานตายหมู่ 6 ถึง 7 คนนะ แล้วบรรยากาศก็แย่มาก แล้วก็อีกครึ่งหนึ่งที่ตำรวจจาก เชียงใหม่ไข้ไข้ไหมคะที่อยากซื้อข้าวเกรียบปลาให้ลูกกินนะค่ะ วันรุ่งขึ้นต้องเดินทางกลับ แล้วขึ้นรถไฟ จองตั๋วแล้วนะค่ะ แต่นึกถึงลูกนะค่ะ อยากให้ลูกกินข้าวเกรียบปลาเหมือน อย่างที่ตัวเองกิน มันไม่มีที่โน้นไข้ไข้ไหมคะ ก็ขับรถไปในตลาดนัดแล้วก็โดนยิง 2 คนเข้า หัวนะ อิมแบบนี้มันเป็นความรู้สึกที่แย่มากนะค่ะ ก็เลยรู้สึกว่ามันไม่ใช่เหตุผลที่เขาต้อง เจ็บป่วยเลยนะ สมัยก่อนเราบอกว่าเราเป็นพยาบาลเราต้องส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู อัน นี้ไม่รู้จะป้องกันยังไง” (พยาบาลประสพการณ์ 10 ปี)

“มันเป็น โอกาสของเราอย่างหนึ่งที่ได้ช่วยเหลือคนที่เขาเดือดร้อนกับ เหตุการณ์ เขาเจ็บมาอย่างนี้ อยู่ๆถูกระเบิดนี้ เขาเป็นคน ไข้ที่น้ำสงสารมาก อย่างคนที่ เป็น โรคนั้นโรคนี้อือเราว่าเราเป็นโรคนั้น โรคนี้อือ แต่คนพวกนี้จู้จู้ไม่รู้ว่าจะแขนขาขาด เจาะคอ บางคนรับไม่ได้ คือบางคนสูญเสียทางด้านร่างกายและสภาพจิตใจก็แย... โจรมา เราก็ต้องช่วย มีอยู่วันหนึ่งโจรปะทะกัน เราก็เอาขึ้นมาผ่าตัดคว่น ต้องเอาโจรมาผ่าก่อน ทหารผ่าทีหลังเพราะ โจรเจ็บหนักกว่า หมอศัลย์มีอยู่คนเดียวที่อยู่เวร...คือเป็นความ ภาควิใจที่ได้ช่วยคนเหล่านี้ คือเราช่วยผ่าตัดให้เขาหาย บางคนมาพ่อแม่ลูก แม่ตายอยู่ ข้างล่าง พ่อขึ้นมาผ่าตัดข้างบนขึ้นมาร้องไห้หน้าห้องผ่าตัด มันรู้สึกสงสารแล้วเราพยายาม ช่วยเขา...” (พยาบาลประสพการณ์ 18 ปี)

“รู้สึกแบบดิ้นะพี้อืออีกหลายๆคนเขาไปแล้วแต่ว่าเรายังอยู่ เหมือนกับว่าช่วย ทำงาน เขาบอกว่ายังไงละ ยังสู้นั้น ยังอยากที่จะทำ พอเราทำอะไรให้เขาแล้วมันรู้สึกดี เห็น เขาดีขึ้น เห็นเขาอะไรอย่างนี้ รู้สึกว่ารู้สึกว่าจะภูมิใจด้วยนะเวลาไปช่วยกัน ภาควิใจ คนที่ มุงกันเออเห็นเรา เข้าไปช่วยอะไรอย่างเงี้ย รู้สึกเราก็มีประ โยชน์ อิมมองว่าเป็นวิชาชีพที่มี ประโยชน์ ยังเห็นคุณค่า” (พยาบาลประสพการณ์ 17 ปี)

กล่าวโดยสรุปแม้ภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นที่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้แม้ว่าจะมีความกลัว ความเครียด สภาพแวดล้อมและการทำงาน แต่ภายใต้ความกลัวก็ยังมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่และความเสียสละ ความสงสารและ ความภาคภูมิใจในวิชาชีพที่มีโอกาสได้ช่วยเหลือ นอกจากความรู้สึกดังกล่าวพยาบาลวิชาชีพยังมีมุมมองในแง่ดีของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยเช่นกัน

2.4 การมองโลกในทางบวก

การเปลี่ยนแปลงจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านบวกและด้านลบ การที่มีสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในชายแดนภาคใต้จะเห็นว่าส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในด้านลบจาก มีการวางระเบิดตามที่ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นร้านอาหาร สถานบันเทิง สถานะที่ราชการ ร้านค้า ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่กล้าที่จะไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ แต่พยาบาลวิชาชีพก็ยังมีมุมมองทางด้านบวกต่อสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นส่งผลดีต่อพยาบาลทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีขึ้น มีความสุขกับครอบครัวพร้อมหน้าพร้อมตาและมีความใกล้ชิด ทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้นดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ตรงส่วนนี้เราก็มีความสุขกับครอบครัว ก่อนหน้านี้อย่างแฟนชอบไปเที่ยวสถานบันเทิงกลางค้ำกลางคืน ตรงส่วนนี้น้อยลง เราได้ใช้ชีวิตครอบครัวตรงส่วนนี้พอเย็นก็เข้าบ้าน ดูทีวี อะไรตรงนี้ได้พร้อมหน้าพร้อมตา ครอบครัวได้ใกล้ชิดมากขึ้นแต่เราไม่ได้มีปัญหาครอบครัวแต่ตอนนี้รู้สึกเลยว่าไม่เที่ยวอยู่กับบ้านอยู่กับครอบครัว อยู่กับลูกตรงนี้ดี” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“เหมือนกับว่าบ้ายดึกที่เขาจ้างเราต่อนึงให้มาขึ้น เขาแลกเรเอาเราเข้าไป บ้ายดึกให้เราก็จะได้ค่าเวรอย่างน้อย ไปไหนไม่ได้ก็ขึ้นเวรได้ค่าเวร แต่ถ้าไปอยู่โรงพยาบาลอื่นก็ไม่มีแบบนี้” (พยาบาลประสบการณ์ 5 ปี)

3. ประสบการณ์การปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์รุนแรง

3.1 การปฏิบัติงานประจำ

การปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาลจากผลการศึกษาพบว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลในแต่ละแผนกแต่ละเวร ตามบทบาทหน้าที่ในเวรเข้าบ้ายดึกมุ่งเน้นการให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยโดย

ใช้วิธีการมอบหมายงาน 3 ลักษณะ คือ การมอบหมายงานเป็นหน้าที่ (Functional method) การมอบหมายงานเป็นรายผู้ป่วย (Case method) และการมอบหมายงานเป็นทีม (Team method) โดยในหอผู้ป่วยทั่วไปยังใช้รูปแบบการมอบหมายงานตามความเหมาะสม สำหรับหอผู้ป่วยหนักได้ใช้รูปแบบการมอบหมายงานเป็นรายกรณีมากที่สุด ซึ่งงานบริการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการให้บริการที่ปฏิบัติ ตามปกติเช่นการตรวจวัดสัญญาณชีพ การดูแลแผล การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย การวางแผนโดยมีการปรึกษากันเหมือนดังการปฏิบัติงานเหมือนบทบาทพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทุกแห่ง ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“เวรเช้าส่วนใหญ่ถ้าเป็นวันจันทร์ถึงศุกร์ เราจะไม่ค่อยได้เป็นหัวหน้าเวร เพราะว่าจะมีพี่รองหัวหน้าเป็นหัวหน้าเวรอยู่แล้ว แล้วก็ลักษณะงานของโรงพยาบาลเราตอนนี้ ก็คือมีทั้งแบบเป็นฟังก์ชันนัล (หน้าที่-ผู้วิจัย) ก็คือยังมีเมดเนอส (พยาบาลที่ดูแลเรื่องยา-ผู้วิจัย) อยู่หนึ่งคนคิดยาทั้งหมดและก็มีอีกประเภทหนึ่งก็คือมีการแบ่งเคส (กรณีผู้ป่วย-ผู้วิจัย) เป็น ลักษณะพยาบาลรายกรณีคะ ส่วนใหญ่ก็จะสลับกัน ได้ทั้งเคส และได้ทั้งเป็นเมดเนอส ก็เวียนๆกันไป ส่วนบ่าย ดิฉันนี่เราจะต้องมาเป็นหัวหน้าเวร เพราะว่าจะต้องเอาพี่ชีเนีย (อาวุโส-ผู้วิจัย) ขึ้นมาเป็นหัวหน้าเวร แต่ว่าตารางเวรจะกำหนดเอาไว้อยู่แล้วว่าในแต่ละวัน เราจะปฏิบัติหน้าที่เป็นอะไร และก็มีการมอบหมายงานอยู่แล้วคะ เรายังจะเป็นนอร์ค (หอผู้ป่วย-ผู้วิจัย) ที่ต้องเตรียมความพร้อมของคนไข้ก่อนผ่าตัดจะเตรียมรูทีนที่ออบ (การเตรียมประจำก่อนผ่าตัด-ผู้วิจัย) ทั้งหมดคะ เรายังจะเป็นเวรเก็บตก ก็คือดูทุกอย่างตั้งแต่สต็อก (สำรองไว้-ผู้วิจัย) ของ ของหมดอายุ สิ่งแวดล้อม ทุกอย่างจะต้องพร้อมสำหรับเวรเช้าขึ้นมาคะ” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“ก่อนหน้าที่เราทำงานกันเป็นทีม ก็จะมี รีคเคอร์ แมมเบอ อินซาร์ท(หัวหน้าสมาชิก หัวหน้าเวร-ผู้วิจัย) ตอนนี้เค้าให้เป็น เคสแอสซายเมนท์ (รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นรายๆ-ผู้วิจัย) ก็พยาบาลหนึ่งคนต่อ เคส (กรณีผู้ป่วย-ผู้วิจัย) สอง เคส เรายังเริ่มต้นเลยพอรับเวรเสร็จก็จะมีคอนเฟอเรน (การประชุมปรึกษา-ผู้วิจัย) แต่ว่าช่วงหลังยุ่งๆ มากมันก็จะ ไม่ได้ทำไปเลย พอ คอนเฟอเรนเสร็จก็ปฏิบัติจะมีจัดทำ ซักชั่น (ดูแลแผล-ผู้วิจัย) เคลียแอร์เวย์ (ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง-ผู้วิจัย) พอหลังจัดเสร็จก็จะเป็นช่วงให้อาหารพอหมอมาราวด์ (ตรวจเยี่ยมอาการ-ผู้วิจัย) ก็จะเป็นการทำทริทเมนท์ (การปฏิบัติการให้การรักษา-ผู้วิจัย) นี่คืองานรูทีน (งานประจำ-ผู้วิจัย) แต่เราจะต้องซักชั่นทุกสองชั่วโมง เราจะต้องดูอาการ ซีเวีย (รุนแรง-ผู้วิจัย) ของคนไข้ อย่างเช่น เทลี่ทุกสองชั่วโมง มีพยาบาล

คนหนึ่งคอย วัตถุประสงค์งานชีพทุกชั่วโมงทำงาน รุทีนของเราไปให้เรียบร้อยแต่ก็จะจัดการ ให้ อีกคนหรือสองคนให้มาช่วยตรงจุดที่มันชีเวีย บ่ายดึกก็เหมือนกันอาจจะน้อยกว่าตรงที่ว่า ไม่มีทริทเมนท์ (การปฏิบัติการให้การรักษา-ผู้วิจัย) ของหมอเข้ามาเยอะ ๆ” (พยาบาล ประสบการณ์ 11 ปี)

“ก่อนรับเวรเราก็เดินราวด์ (ตรวจเยี่ยมอาการ-ผู้วิจัย) คุณคนไข้ก่อน รับเวรเรา จะราวด์ พร้อมกันเฉพาะเข้ากับบ้าย ถ้าเวรดึก ราวด์ คนไข้ที่มีอาการหนัก หลังจากนั้นก็จะ ให้การพยาบาลคนไข้ทั่วๆไป ที่นี้มี รุทีน (งานประจำ-ผู้วิจัย) รับเวรเสร็จก็เคาะปอด ชักชั่น (ดูแลเสมหะ-ผู้วิจัย) พลิกตะแคงคนไข้ทุก 2 ชั่วโมง ถ้าน้องเป็น เมมเบอ (สมาชิก-ผู้วิจัย) ก็จะดูว่ามีคำสั่ง เพิ่มเติมหรือเปล่าถ้ามี คำสั่งเพิ่มเติมก็จะไปทำทริทเมนท์ (การ ปฏิบัติการให้การรักษา-ผู้วิจัย) จัดแจกยาประจำชั่วโมง คุณแลคนไข้ที่ได้รับมอบหมายให้ การพยาบาลข้างเตียง ถ้ามีน้องที่เรา คอบเวอร์ (ภายใต้การดูแล-ผู้วิจัย) เราต้องสอนน้อง ค่ะ บางที่ต้องวางรูปแบบในการให้การพยาบาลและในการให้คำปรึกษาน้องจนกระทั่ง หมดเวร เวรบ้ายเราจะขึ้นเร็ววันหนึ่ง เพราะเราอยู่กันน้อย อยู่กันแค่ 3 คน เดิน ราวด์ คนไข้ ทั้งหมดก่อน คุณ ชาร์จที่มีปัญหาสำคัญ ที่นี้หมอมจะมา ราวด์ เข้าต่อบ้าย ก็ดูมีคำสั่งสำคัญ อะไรหรือปล่าว ส่งเวร รับเวรไป ช่วยแจกจ่ายยา ดูแลความเรียบร้อยของชาร์จ มี บันทึกร ทางการพยาบาล ถ้ามี เคส (กรณีผู้ป่วย-ผู้วิจัย) หนักเราก็ดู สัญญาณชีพแล้ว บริหารจัดการ งานให้น้อง” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

สำหรับการปฏิบัติงานด้านบริหารผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลไม่ได้ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวรในเวรเช้าวันราชการเพราะจะมีรองหัวหน้าหอผู้ป่วย ปฏิบัติหน้าที่นี้ ยกเว้นในหอผู้ป่วยที่ไม่มีรองหัวหน้าหอผู้ป่วยก็ให้พยาบาลอาวุโสในหอผู้ป่วยนั้นๆ ทำหน้าที่ จะทำหน้าที่แทนบ้างเป็นบางครั้งที่มีการลาของหัวหน้าหอผู้ป่วยและนอกเวลาราชการ โดยการทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวรที่ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารจัดการ และให้คำปรึกษาดังคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“เรื่องบริหารนี้แทบจะไม่ได้ทำเลย นอกจากบริหารในกลุ่มย่อย เช่นการ บริหารทีม ไอซียู (หอผู้ป่วยหนัก-ผู้วิจัย) ธรรมดา เป็น อินซาร์ท (หัวหน้าเวร-ผู้วิจัย) เป็น หัวหน้าทีม บริหารตัวเองอะไรแค่นั้นเอง” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“บริหารใน วอร์ด (หอผู้ป่วย-ผู้วิจัย) จะไม่ทำหน้าที่ อินชาร์ท (หัวหน้าเวร-ผู้วิจัย) นี้ตลอดเป็นแทนบ้างในบางครั้ง จริงๆแล้ว วอร์ดนี้ไม่มี รองหัวหน้า พี่อาวุโสเขาจะเป็น อินชาร์ท ตอนที่ประจำอยู่ก็มีพี่อาวุโสเขา แต่ของเรายังเวียนกันอยู่บ้าง เป็นเมคเนอส (พยาบาลที่ดูแลเรื่องยา-ผู้วิจัย) บ้าง อินชาร์ท บ้าง เวียนออกเวรเข้าสองเดือน” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“งานด้านส่วนทางด้านบริหารคือได้ช่วยเป็นแบบว่าคูตารางเวรอย่างนี้คือบางที (ครึ่ง-ผู้วิจัย) หัวหน้าก็มีหน้าที่ในการจัดตารางเวร แต่เวลาอัตรากำลังขาดเราก็จะต้องช่วยคูคือบางทีหัวหน้าลาหรือหัวหน้าประชุมถ้าเราอยู่ในฐานะอินชาร์ท (หัวหน้าเวร-ผู้วิจัย) เราเป็นหัวหน้าเวรหรือไม่ใช่หัวหน้าเวรแต่แก่กว่าเพื่อน อาวุโสอาจให้คำปรึกษา” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

ส่วนงานด้านวิชาการ จากผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานด้านวิชาการของพยาบาลวิชาชีพมีความรับผิดชอบเป็นงานๆ ไป อย่างเช่น งานการควบคุมโรคติดเชื้อ งานประกันคุณภาพการพยาบาล งานพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่และเป็นครูพี่เลี้ยงสำหรับนักศึกษาพยาบาล แต่มีพยาบาลวิชาชีพบางคนที่รับผิดชอบในงานวิชาการหลายงานควบคู่กัน ไป โดยรับผิดชอบงานวิชาการของหน่วยงานแล้วยังรับผิดชอบในงานวิชาการของฝ่ายการพยาบาล สำหรับงานวิชาการของหน่วยงานจะเป็นรูปแบบการให้ความรู้ตามความต้องการของพยาบาลในหน่วยงาน การให้ความรู้ในรูปแบบการนำงานวิจัยหรือนวัตกรรมมาพูดให้ฟังดังกล่าวนี้

“เรื่องของงานวิชาการนี้เป็นงานพัฒนาของ วอร์ด(หอผู้ป่วย-ผู้วิจัย) แล้วก็ห้องอยู่ที่ทีมวิชาการ ฝ่ายการอยู่เดิม แล้วก็เป็นที่งาน ประกันคุณภาพ ของฝ่ายการ ถ้าของวิชาการนั้นเป็นคณะกรรมการ แล้วก็ตอนนี้ที่กำลังแต่งตั้งขึ้นใหม่ก็คือเป็นคณะกรรมการช่วยฟื้นคืนชีพของโรงพยาบาล” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“ตรงส่วนวิชาการน้องทำในส่วนของการควบคุมโรคติดเชื้อ จะมี การเขียนความต้องการ ขึ้นมาว่าในวอร์ด (หอผู้ป่วย-ผู้วิจัย) ต้องการจะทราบเรื่องอะไรบ้าง จะทำตรงส่วนนี้อาจจะต้องจัดวิชาการในเรื่องของน้ำยา แยกคนไข้ติดเชื้อ ของเราจะแยกไปเลย รับผิดชอบแยกออกไปเลยเป็นกลุ่มๆ กลุ่มนี้รับผิดชอบ การควบคุมโรคติดเชื้อ งานประกันคุณภาพ ” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“ส่วนของน้องก็เป็นผู้นำทีมในการหาแนวคิดรวมทั้งงานวิจัยมาพูด เราจะมี สัปดาห์แห่งการสอนทุกวันพฤหัสบดี เราต้องจัดสรรคน หาบุคลากรเข้าประชุม คิดรูปแบบ งาน หาอุปกรณ์ เตรียมความพร้อม การหาข้อมูล ในส่วนของเวิร์ค(หอผู้ป่วย-ผู้วิจัย) ก็จะ นำงานวิจัยมาพูดสัปดาห์ละครั้ง แต่ช่วงนี้หยุดไปงานนอกเยอะ ก็สอนน้อง เป็นพี่เลี้ยงน้อง ในเรื่องการปฏิบัติงานเป็นพี่เลี้ยงสำหรับน้องใหม่ ดูแลฝึกทักษะให้กับน้องใหม่และเป็นครู พี่เลี้ยงให้กับนักศึกษา สอนงาน เป็นที่ปรึกษาพูดว่าเป็นผู้นำในการให้คำปรึกษาในเคส (กรณีผู้ป่วย-ผู้วิจัย) ที่มีปัญหา ช่วยคิดช่วยทำ” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

กล่าวโดยสรุปการปฏิบัติงานประจำของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ได้มีการ ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ใน 3 ด้านคือ ด้านการให้บริการพยาบาล ด้านการบริหาร และด้าน วิชาการ และให้การพยาบาลเหมือนบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทุกแห่ง แต่ นอกจากนั้นพยาบาลเหล่านี้ยังต้องรับผิดชอบการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นในงานที่นอกเหนือจากงาน ประจำอีก

การปฏิบัติงานที่นอกเหนือจากงานประจำจากผลการศึกษาพบว่านอกเหนือจากงานประจำ ที่ต้องทำในหอผู้ป่วยแล้วพยาบาลวิชาชีพยังต้องรับผิดชอบงานอื่นๆอีกมากมายเหมือนต้องสวม หมวกหลายใบในการรับงานวิชาการของฝ่ายการพยาบาล งานประกันคุณภาพของฝ่ายการพยาบาล การจัดการความรู้ของโรงพยาบาล เวรนอกเวลาที่ต้องอยู่เวรเสริม ส่งผลให้พยาบาลมี ความรู้สึกว่าต้องทำงานที่มากหลากหลายเหมือนดัมพ์ผักจับจ่ายคือนำผักหลายๆชนิดที่นำมาต้ม รวมกัน ซึ่งเวลารับประทานจะไม่ทราบว่าผักอะไรบ้าง เปรียบเสมือนกับงานที่ทำมีหลากหลาย มากมายจนไม่สามารถนำมาเป็นผลงานที่เด่นของตนเอง โดยปกติพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ยัง ต้องเข้าเวรในเวรเช้าเวรบ่ายเวรดึกการที่ต้องรับงานหลากหลายนอกเหนือจากงานหลัก วันหยุดที่ ต้องการจะหยุดพักผ่อนก็ไม่ได้หยุด หรือในเวรเช้าที่ฝ่ายการพยาบาลจะเรียกตัวขึ้นไปช่วยงานของ ฝ่ายการพยาบาลหน่วยงานก็ไม่ได้เอื้อในเรื่องของเวลาให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ตามหอผู้ป่วย ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“น้องยังจับจ่าย เพราะว่างานปฏิบัติการพยาบาลนี่ก็คือตารางเวรเท่ากับคนอื่น ค่ะที่ติดเทียบกับพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานเวรปกติ แต่ว่าของน้องก็คือจะมีงานที่ต้องไปเป็น กรรมการงานประกันคุณภาพการพยาบาล ของฝ่ายการพยาบาลอยู่นะคะ ก็จะมีงานตรงนั้น

เพิ่มเข้ามาค่ะ แล้วก็ที่เราไปเรียนต่อมานี้เราก็ต้องมาช่วยในแง่งานวิชาการของวอร์ด(หอผู้ป่วย-ผู้วิจัย)ค่ะ ก็หลายตอนนี่ทำงานวิชาการวอร์ดสวมหมวกหลายใบ แต่ว่ายังรู้สึกว่ามีอันไหนที่ซัด เหมือนจับฉ่าย ผักจับฉ่ายกินแล้วก็ไม่รู้ว่ามีอะไร(หัวเราะ) แต่ทำค่ะ” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“แต่พอหลังๆมีนโยบาย ให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ใช้ เคเอ็ม (การจัดการความรู้-ผู้วิจัย) เข้ามาทำให้กระตุ้นตื่นตัว ตามจริงก็ไม่ค่อยอยากจะทำ อยากจะพักผ่อนมากกว่า วันหยุดก็ต้องมาประชุม วันหยุดก็วันเดียว มันเป็นเรื่องที่เป็นความจำเป็นที่จะทำมากกว่าไม่ใช่อยากจะทำ แล้วเวลาที่ไม่เอื้อ ถ้าออกเวรเช้า ก็ไม่ควรมีเคส (กรณีผู้ป่วย-ผู้วิจัย) ให้อภัย ถ้ามีเคสเราไม่สามารถจะไปทำงานเลย ระบบงานจับฉ่ายมาก หนึ่งงานตามหน้าที่ งานเร่งด่วนก็ทำงานประจำก็ทำ ไม่เป็นชิ้นเป็นอัน ” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“ถ้ามีสถานการณ์เราก็ต้องตามขึ้น หรือว่า จัดเวร ไว้เลย เขามีจัดเวรเสริม เฉพาะเวรป่วยจะ จัดเวรเสริม ก็คือว่าทุกคนจะต้องรับผิดชอบตรงนี้ของตัวเองต้องทำให้ว่าง ถ้ามีเหตุการณ์เขาตามก็ต้องมา เวิร์กเราจัดไม่ได้ คนไม่พอ มีทั้งเดือนตารางเวรออกมา ก็จะจัด เวิร์กเสริม ไว้เลยว่าใครเวรไหน” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

กล่าวโดยสรุปการที่พยาบาลต้องรับงานหลากหลายที่นอกเหนือจากงานหลักทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกเบื่อหน่ายและสูญเสียความเป็นส่วนตัว อย่างไรก็ตามก็คือนอกจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่นอกเหนือจากงานประจำแล้วจากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพยังต้องปฏิบัติงานในบทบาทที่เพิ่มขึ้นอีกบทบาทหนึ่ง

3.2 มิติบทบาทที่เพิ่มขึ้นในการปฏิบัติกรอุบัติภัยหมู่

การรับผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์อุบัติเหตุหมู่จากการระเบิด การปะทะของเจ้าหน้าที่ทหาร ตำรวจ ที่เกิดขึ้นเป็นนโยบายของโรงพยาบาล ไม่ได้เป็นหน้าที่ของห้องฉุกเฉิน เมื่อมีอุบัติเหตุหมู่ใน ส่วนของโรงพยาบาลส่วนของการตั้งรับจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือในส่วนของห้องฉุกเฉิน (ER) ที่ต้องเตรียมความพร้อมในด้านการบริหารจัดการในหน่วยงานเอง และในส่วนของหอผู้ป่วยในการรับผู้ป่วยเป็นคนที่ใช้ใน โดยการเตรียมรับคือการเคลียเตียง การย้ายคนไข้ การเตรียมอุปกรณ์ พยาบาลห้องฉุกเฉินจะต้องรายงานไปตามขั้นตอนเพื่อการประกาศใช้แผน เมื่อมีการประกาศใช้แผนอุบัติเหตุหมู่ โดยการใส่ไฟสัญญาณหรือการตามระบบโดมิโน(การตามโดยมีการกำหนดของ แต่ละหน่วยว่าจะโทรแจ้งใครก่อนคนแรกแล้วก็จะมีการโทรตามคนต่อไปเองในหน่วยงาน-ผู้วิจัย)

พยาบาลที่อยู่เวรตามหอผู้ป่วยจะต้องส่งพยาบาลในวอร์ดมา 1 คนเพื่อมีส่วนร่วมปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ โดยช่วยตามโซนสีที่มีการกำหนดหอผู้ป่วยไว้ทำหน้าที่ช่วยใส่ท่อหายใจ ช่วยฟื้นคืนชีพ ใส่ท่อระบาย นิคยา ทำแผล เย็บแผล ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“พอนโยบายโรงพยาบาลที่มันออกมาว่า นโยบายอุบัติเหตุหมู่ เป็นนโยบายโรงพยาบาลความร่วมมือมันจะมาเยอะ ไม่เหมือนเมื่อก่อนนะไม่ใช้งาน ของห้องฉุกเฉิน แต่ ห้องฉุกเฉิน เป็นตัวประสาน...” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“มีสถานการณ์ปั๊บ เราก็ต้องจัดการให้ได้ แต่ถ้ามันเกิดเป็นอุบัติเหตุหมู่ขึ้นมา.. ในฐานะที่เป็นหัวหน้าเวร ต้องนึกถึงเลยว่าอัตรากำลังเราพอรีเปล่า จะต้องเรียกอัตรากำลังจากที่ไหนมาช่วย มันก็จะมีตั้งแผนพวกนี้ขึ้นมา แล้วก็เราต้องจดจำแผนพวกนี้ค่ะ คนไข้ที่คนเข้ามาแล้วเราต้อง จัดการอย่างจบบ้างตามใครมาช่วยบ้าง หมอศัลยกรรม หมอกระดูก หมอ ศัลยกรรมอุบัติเหตุ แล้วก็คนที่จะมาช่วยมาจากไหนได้บ้างใกล้ๆ ไอซียูใหญ่ (หอผู้ป่วยหนัก-ผู้วิจัย) ไอซียูอุบัติเหตุ 2 ที่นี้ รายงานใครบ้าง ถ้าเป็นในเวลาที่ต้อง บอกกับหัวหน้าห้องฉุกเฉิน กับ รองหัวหน้าห้องฉุกเฉิน ก็จะรายงานตามขั้นตอนไปเอง บอกผู้อำนวยการ แล้วก็เขาก็จะสั่งการลงมาให้ใช้แผนใหม่ แล้วเราก็จะต้องมีการตามโคมิโนหน่วยงาน โคมิโน หน่วยงานหมายความว่า ถ้าเราจะ เราจะเปิด โซน เนี่ย เราจะตามหัวหน้าโซนทุกโซน โซนฟ้า โซนแดงคือเราอยู่แล้ว โซนเหลือง โซนเขียว โซนดำ ก็ตามตามนี้แล้วก็ โคมิโน ห้องฉุกเฉินก็คือเจ้าหน้าที่ ห้องฉุกเฉิน ที่เราตั้งกันไว้แล้ว ก็คือตามห่วงของแต่ละทีม เพื่อที่จะเข้ามาช่วย เพราะว่า การที่คนอื่นเข้ามาช่วยใน ห้องฉุกเฉินนั้น เขาก็จะรู้ก็แต่เฉพาะเปิดน้ำเกลืออะไรเขาทำได้หมด แต่ว่าแนวทางการช่วยเหลือคนไข้ อุบัติเหตุ เราต้องเป็นหลักใหญ่อยู่แล้ว... ณ เวลานั้นเราคิดแต่ว่าจะทำอย่างไรให้มันทัน บริหารจัดการเตรียมอะไรพร้อมหรือยัง รายงานผู้บังคับบัญชาหรือยัง อุปกรณ์ต่างๆ ไปตั้งยัง โซนต่างๆ เรียบร้อยหรือยัง พร้อมที่จะเปิดโซน ใหม่” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“ในส่วนของเรา(หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก) ตั้งรับต้องตามเจ้าหน้าที่ด้วยพอเขาประกาศแผนปั๊บอย่างน้อยก็คือไม่ต่ำกว่า 5 คนต้องดูว่าเป็นแผนเล็กแผนใหญ่ แผนเล็กคือไม่ต่ำกว่า 5 แผนใหญ่คือ 10 คนขึ้นไป ตรงส่วนนั้นต้องถามคร่าวๆก่อนว่าประมาณกี่คน ถ้าเขาบอกว่าสิบคนเราก็ต้องเคลียร์ล็อก หมาดเลย หรือว่าย้ายเตียง ข้อกำหนด เขาให้เราว่าเราย้ายไปได้ทุกเตียงที่ว่างหรือที่พอจะรับได้ก็ สป (ศัลยกรรมประสาท-ผู้วิจัย)ก่อน อันดับ

หนึ่ง แล้วก็ศัลย์ชาย ในส่วนของ ศป ก็จะย้ายคนที่เดินได้ ที่ไม่มีอาการมากก็โทรไปแล้ว ย้ายไป ในส่วนของเราคือเตรียมเตียง อย่างน้อย 10 เตียง ถ้าเขาโทรมา 10 เตียงเราก็ต้องเตรียม สิบสองสิบสาม สำรองไว้ ต้องเคลียเตียงล๊อคกลางหมดเลย ” (พยาบาล ประสพการณ์ 16 ปี)

“เวลามันเกิดบีมขึ้นมาเนี่ย ไอซียู (หอผู้ป่วยหนัก-ผู้ป่วย) ต้องลงมาหนึ่งคนไป อยู่ที่โซนแดง เราก็จะลงนะก็เคยประมาณ 4-5 ครั้ง ไปถึงเราก็จะใส่ทิว (ท่อช่วยหายใจ-ผู้ป่วย) ไปช่วยซีพีอาร์(ช่วยฟื้นคืนชีพ-ผู้ป่วย) ช่วยหมอบทำหัตถการ ไอซีดี(ใส่ท่อระบาย-ผู้ป่วย)” (พยาบาลประสพการณ์ 11 ปี)

“เคยเข้ามา 2 ครั้งปกติผู้ป่วยนอกต้องเข้าไปช่วยหมอบ โซนเขียวค่ะ ไปช่วยทำ แผล เย็บแผลอะไรอย่างเงี้ย ก็ส่วนมากก็ช่วยทำแผล บริหารจัดการ บางทีน้องๆเขามาไม่มี หัวหน้าโซนเราก็ไปช่วยเอาคนนี่ลึดยคนนี่นั้ด ทำแผลอะไรอย่างเงี้ยก็ไปช่วยเขา ช่วย ประเมินคนไข้ ช่วยทำตามคำสั่งหมอบ มีคำสั่งการรักษาอะไรเราก็ช่วย ” (พยาบาล ประสพการณ์ 17 ปี)

กล่าวโดยสรุปส่วนใหญ่อุบัติภัยหมู่ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งจากภัยระเบิดที่ทำให้มีผู้บาดเจ็บ เป็นจำนวนมาก การเตรียมความพร้อมและการเข้าช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติภัยหมู่ของพยาบาล วิชาชีพในพื้นที่ชายแดนภาคใต้จึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่เกิดขึ้นเพื่อลดการสูญเสียและความพิการ ของผู้ประสบอุบัติภัย นอกจากนี้สถานการณ์ความรุนแรงยังส่งผลให้การบริการทางสุขภาพให้มีมิติ ที่เปลี่ยนไปด้วยเช่นกัน

3.3 มิติการบริการทางสุขภาพที่เปลี่ยนไป

โดยปกติในการให้การพยาบาลจะให้บริการพยาบาลใน 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ แต่เมื่อมีสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นใน พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่งผลให้การบริการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปทั้งนี้เพราะพยาบาลวิชาชีพ มีความรู้สึกหวาดกลัวและรู้สึกไม่ปลอดภัยทำให้ไม่ต้องการลงเ็นชุมชน โดยให้เหตุผลว่าไม่ ต้องการเสี่ยงชีวิต ส่งผลให้มีมิติการให้บริการสุขภาพต่อประชาชนในพื้นที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้งทางด้าน การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การส่งต่อผู้ป่วย งานรับ ผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุ

3.3.1 มุ่งเน้นคำแนะนำในการมาโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย

การให้คำแนะนำในการป้องกันเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย โดยปกติเป็นหน้าที่หลักของพยาบาลอยู่แล้ว แต่สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้จะต้องเพิ่มคำแนะนำในเรื่องของความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยเพื่อหลีกเลี่ยงในการเดินทางในเวลากลางคืนที่เต็มไปด้วยอันตรายจากความไม่สงบเช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับทางเดินหายใจให้ซื้อถังออกซิเจนไว้ที่บ้านเพื่อช่วยเหลือดูแลตนเองในเบื้องต้นก่อน หรือในผู้ป่วยที่จะคลอดบุตรให้รีบเดินทางมาอนรรคคลอดที่โรงพยาบาลเพื่อให้ปลอดภัยจากการเดินทางกลางคืนดังกล่าว

“การป้องกันอาจจะมีมากขึ้นกว่าเดิมในเรื่องการแนะนำญาติในการป้องกันมากกว่า เหมือนเวลากลางคืนการเดินทางลำบากไม่กล้ามา ของเราจะมี แพณดิศซาร์จ (วางแผนจำหน่าย-ผู้วิจัย) ใจเราก็จะ แอดไวท์(แนะนำ-ผู้วิจัย) ผู้ป่วย ถ้ากลับไปบ้านก็จะแนะนำให้ซื้อถังออกซิเจนในการดูแลตัวเอง ถ้าอยู่ไกลๆเพื่อเดินทางลำบากไปโรงพยาบาลลำบากก็ให้ดูแลตนเองที่บ้านไปก่อน” (พยาบาลประสบการณ์ 4 ปี)

“น้อมมองว่าเปลี่ยนแปลงการให้คำแนะนำคนไข้กับอาการผิดปกติที่ควรรับมาอย่ารอให้มันกำเริบในเมื่อเหตุการณ์มันไม่สงบอะไรอย่างนี้ไซ้ไหมมามันก็อันตรายเสียคนไซ้ที่มารอคอดที่เราแล้วไม่คลอดดิศซาร์จ(จำหน่าย-ผู้วิจัย) ไปให้คำแนะนำเลยว่าเวลาปวดเรอมาเลยนะไม่ต้องรอให้กำเริบมันอันตรายนะให้คำแนะนำเขา” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

3.3.2 ให้การบริการส่งเสริมสุขภาพน้อยลง

จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลยอมรับว่าจากสถานการณ์ความรุนแรงทำให้มิติด้านการส่งเสริมสุขภาพลดน้อยลงโดยให้เหตุผลบอกเล่าว่าการทำงานส่งเสริมสุขภาพน้อยลง เนื่องจากพยาบาลที่อยู่ตามศูนย์สุขภาพชุมชนกลัวอันตรายจึงไม่กล้าลงพื้นที่ไปให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน แม้กระทั่งศูนย์สุขภาพชุมชนที่ในเมืองชุมชนมุสลิมก็พบว่าก็ยัง ไม่กล้าทำงานส่งเสริมสุขภาพและให้เหตุผลว่ากลัวอันตราย กลัวถูกยิง กลัวตายและไม่มั่นใจในความปลอดภัย เพราะพบว่ามักมีชาวบ้านถูกยิงตายใกล้ศูนย์สุขภาพชุมชนยังเป็นการตอกย้ำความน่ากลัวหรือแม้กระทั่ง

ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลก็กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น โดยเลือกที่จะขอไม่ฟังการให้ความรู้ที่โรงพยาบาลจัดให้ แม้ว่าหน่วยงานต้นสังกัดกำหนดให้พยาบาลส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพจิตแก่ประชาชนมากขึ้น แต่โดยที่สภาพการณ์และเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นทำให้พยาบาลและประชาชนเป็นห่วงความปลอดภัยตนเองมากกว่า การส่งเสริมสุขภาพจึงทำได้น้อยลงดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“มติดการส่งเสริมทำให้เราต้องส่งเสริมเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะทางจิตเพิ่มขึ้นช่วงก่อนหน้าก็มีจัดอบรมเรื่องการป้องกันสุขภาพจิต การดูแลตนเองเรื่องสุขภาพจิต ส่วนใหญ่ก็ในหมู่ข้าราชการหมู่อะไรต่างๆ ก็ในชาวบ้านก็ยังลงไม่ได้เต็มที่ เพราะว่าจากแผนเราจะดูในชุมชนร่วมกับอนามัยแต่ต้องดูศักยภาพ ต้องดูเหตุการณ์ด้วยว่าเราจะลงได้รึเปล่าก็เลยยังเป็นห่วงในเรื่องความปลอดภัย เราลงไปมันเสี่ยงมากาก็ไม่กล้าไป” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“ในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ เหมือนเขาปิดตัวเอง ก็คือว่าพอเกิดเหตุการณ์มากขึ้นตัวใครตัวมันไม่ค่อยสนใจใคร น้องเขากลับที่จะลงพื้นที่ ไปให้ความรู้ ขนาดพยาบาลในตลาดเก่า (ศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในเมือง-ผู้วิจัย) เขายังกลัวเลย นับประสาอะไรเพื่อนที่อยู่กรงปีนัง เขาจะไปให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ก็คือความรู้เขาคืออยู่แล้ว เราก็ยังกลัวที่จะลงในพื้นที่ กลัวอันตรายก็เลยไม่ได้ให้ เพราะว่าเขาก็รักชีวิตของตัวเอง เขาก็กลัวในความคิดของตัวเองคิดว่าน่าจะค่อย...เคยไป อยู่โอที(งานนอกเวลา-ผู้วิจัย) ศูนย์สุขภาพชุมชนวังกระ อันตรายเหมือนกันตรงนั้นอยู่แถวตาเซะ ที่เขายิงกันเยอะๆ ก่อนหน้านี้เขาก็ลงพื้นที่ แต่ตอนนี้ไม่กล้าไปแล้ว เพราะว่า เหมือนกับว่าคนที่โดนยิงก็กลางวันแสกๆ ห่างจาก ศูนย์สุขภาพชุมชนแค่ห้ากิโล เขาก็กลัวที่จะส่งเสริม ลงพื้นที่น้อยลง ก็จะไปแค่ทานข้าว แล้วรีบกลับ ช่วงนั้นเขาก็โดนยิงกันเยอะ อิสลามด้วยกันยังกลัวเลย ล้ำสุดที่ได้ยินเมื่อเดือนสองเดือนสามของภารโรง ที่พีชียู (ศูนย์สุขภาพชุมชน-ผู้วิจัย) วังกระ โดนยิงก็เลยออกไปเลย” (พยาบาลประสบการณ์ 4 ปี)

“การส่งเสริมสุขภาพก็อย่างเรากำลังจะให้สุขศึกษากับคนไข้อะไรอย่างเงี้ย เวลาซักประวัติ เราดูแล้วว่าคนไข้จำเป็นต้องคุย ต้องให้สุขศึกษาก็จะต้องบอกว่าไปคุยกับพยาบาลให้คำปรึกษาจะได้ให้คำแนะนำเรื่องโรค จะได้ปฏิบัติตัวได้ถูก ไม่เอาจะรีบกลับอะไรอย่างเงี้ย ไม่รอจะรีบ...บางทีเราจะนัดคนไข้มาทำกลุ่มเขาก็ไม่มาเหมือนวันก่อนเรา

จะสอนเรื่องซีพีอาร์(ช่วยฟื้นคืนชีพ-ผู้วิจัย)ในญาติคนไข้ที่เป็นโรคหัวใจระหว่างคนไข้อยู่ที่บ้านแล้วเกิดมีอาการฉุกเฉินเขาจะได้ปฐมพยาบาลเบื้องต้น ก็จัดคลาส(ชั้นเรียน-ผู้วิจัย)ติดต่อกับอีอาร์(แผนกฉุกเฉิน-ผู้วิจัย) มาเป็นวิทยากรก็ไม่มา ทั้งๆที่ตอนสอบถามเขาก็บอกว่าเอาดีนะน่าสนใจนัดเรียบร้อยแล้วเขาบอกว่ามากันแค่คน 2 คนอะไรอย่างเงี้ยความรู้นั้นก็ไม่ได้ไป” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

3.3.3 งานฟื้นฟูสุขภาพทำได้ยากขึ้น

จากผลการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากสถานการณ์ความไม่สงบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาลง และกลับบ้านการต้องกลับเข้าไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมเดิม ที่มีเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้เป็นการกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ทำให้คนไข้มีอาการทางจิตอีก โดยทั่วไปการฟื้นฟูสุขภาพจิตโดยการหลีกเลี่ยงเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น แต่ภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยังเป็นเชื้อเพลิงกระตุ้นอยู่ตลอดเวลา การฟื้นฟูสุขภาพจิตภายใต้สถานการณ์จึงทำได้ค่อนข้างยากดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“สถานการณ์ที่มันเกิดก็ทำให้ควบคุมคนไข้ได้ยากขึ้นกว่าเดิม ในการที่จะให้คนไข้กลับไปอยู่ในชุมชน ก็คงจะทำให้มีอาการกำเริบก็ได้ พอเกิดเหตุการณ์ขึ้นมาในหมู่บ้าน คนไข้ประเภทนี้เวลาเขาอยู่ในหมู่บ้าน เขาจะไม่ค่อยอยู่ที่บ้านเขาจะพยายามเดินไปเดินมา บางทีก็เดินไปบ้านโน้นบ้านนี้บ้างแล้วพอเกิดเหตุการณ์ก็จะมีอาการกระตุ้นขึ้นมาได้ง่ายทำให้การควบคุมค่อนข้างจะยาก แต่พอเทียบกับชุมชน ชุมชนก็ไม่ค่อยได้ลงเต็มที่เท่าไร” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

3.3.4 งานการเยี่ยมบ้านต้องหยุดปฏิบัติการลง

แต่เดิมพยาบาลวิชาชีพต้องทำหน้าที่อีกบทบาทหนึ่งคือการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คนไข้ที่ได้รับบาดเจ็บของเส้นเลือดสมองทำให้เป็นอัมพาต การเยี่ยมบ้านจะมี 2 ส่วนคือการเยี่ยมในเขตเทศบาลโดยพยาบาลเวชกรรมสังคัมร่วมกับพยาบาลประจำแต่ละหอผู้ป่วยผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนกันไป อีกส่วนหนึ่งคือการเยี่ยมนอกเขตเทศบาลที่มีใบการส่งตัวเพื่อการรักษาไปให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพเป็นผู้เยี่ยม จากผลการศึกษาพบว่า การเยี่ยมบ้านได้หยุดชะงักลงคือ ไม่มีการเยี่ยมบ้าน หรือมีการเยี่ยมบ้านน้อยลงมากทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล โดยพยาบาลให้เหตุผลว่าไม่กล้า

และไม่สามารถออกไปเยี่ยมบ้านได้เพราะสถานการณ์ไม่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“โฮมเฮลท์แคร์ (การเยี่ยมบ้าน-ผู้วิจัย) แต่ก่อนคือเราจะออกเยี่ยมบ้าน ส่งบส 1 (ใบส่งต่อเพื่อการรักษา-ผู้วิจัย) บส 2 บส 1 คือในเขต บส 2 คือนอกเขตส่วนใหญ่เวชกรรมสังคมเขาจะติดต่อกับพีซียู(ศูนย์สุขภาพชุมชน-ผู้วิจัย) เขาไปเยี่ยมบ้าน แต่ทุกวันนี้โครงการเยี่ยมบ้านเรา หยุคไปเลย คือปกติเราไปเยี่ยมนะกะ ตอนนี่กลายเป็นเวชกรรมเยี่ยมแล้วส่งต่อใบกลับมาแค่นั้น ว่าคนไข้ของเราเป็นอย่างไรเยี่ยมไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ก่อนน้องเคยเช็ก(ตรวจสอบ-ผู้วิจัย) บส.1 บส.2 ส่ง13ราย ส่วนใหญ่จะเป็นแผลเบาหวานที่เท้า มะเร็งเต้านม หรือซีวีเอ(บาดเจ็บของเส้นเลือดสมอง-ผู้วิจัย) ก็จะมีตอบกลับมาซัก 2 ก็ไม่มีในแง่เชิงรุก” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“การเยี่ยมบ้านเราก็ไม่กล้าออกไปก็คือออกได้เฉพาะในเมืองในเขตเทศบาลถ้า นอกเขตเทศบาล เราก็ไม่กล้าออกไปคนไข้อายุรกรรม- คนไข้เรื้อรังเนี่ยะ อย่างคนไข้ที่ซีวีเอ(บาดเจ็บของเส้นเลือดสมอง-ผู้วิจัย) ความดันสูงเราก็จะเขียนเหมือนใบส่งต่อให้ที่เวชกรรม แล้วจะติดต่อน้องที่ตามสอ.(สถานีนอนามัย-ผู้วิจัย) ให้ลงไปเยี่ยมให้ แต่ก็นานนะกว่าจะได้ไปเยี่ยม คือเราให้ใบไป เวลาเขาไปเยี่ยมเขาก็จะตอบกลับมาให้เรา ก็นานๆใช้เวลาหลายเดือน พอ ไปติดต่อก็บอกว่าน้องไม่กล้าออกไปเยี่ยม สถานการณ์ไม่ดีเลยไม่ได้ไปเยี่ยมทุกเคส” (ราย-ผู้วิจัย) (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

“การส่งต่อคนไข้ ให้เขาเยี่ยมในการวางแผนจำหน่าย เมื่อก่อนเราติดตามคนไข้ได้ เราส่ง บส2 ไปจะกลับมา ตอนนี่ บส2 ไม่สามารถไปเยี่ยมได้ สถานีนอนามัยไม่ได้ไปเยี่ยมการดูแลต่อเนื่องมันหมดไปมันไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ในส่วนของผู้ป่วยที่แตกต่างจากเมื่อก่อนเหมือนเวลาเราวางแผนจำหน่าย บส2จะมีการตอบกลับมาเดี๋ยวนี้ไม่มี การตอบกลับ” (พยาบาลประสบการณ์ 22 ปี)

3.3.5 การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษามีรูปแบบและการบริการที่เปลี่ยนไป

สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาที่ดีกว่า โดยรพพยาบาลฉุกเฉิน แต่เดิมเมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อด่วนตลอดเวลาได้ทั้งในเวลากลางคืนและเวลากลางวันต้องปรับเปลี่ยนมาเป็นเฉพาะช่วงกลางวันแทน ซึ่งปกติการใช้รพพยาบาลฉุกเฉิน

ในการส่งต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที แต่ในการเดินทางพบว่าค่อนข้างเสี่ยงอันตรายต่อผู้ป่วยและพยาบาล ดังนั้นบางครั้งต้องปรับเปลี่ยนเป็นการใช้เฮลิคอปเตอร์นำส่งผู้ป่วยแทน และปรับเปลี่ยนเป็นพยาบาลผู้ชายแทนพยาบาลผู้หญิง ยกเว้นเมื่อมีความจำเป็นก็ยังไม่เป็นผู้หญิงเป็นผู้นำส่งดังกล่าวตามภาพต่อไปนี้

“เมื่อก่อนๆ เวลา รีเฟอร์ (การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา-ผู้วิจัย) มาเวลาไหนก็ได้ ก็คือ มาได้เลย ถ้าเป็น เคส(กรณีผู้ป่วย-ผู้วิจัย) คำนวณที่ต้องเป็น ผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่ว่าเดี๋ยวเนี่ย บางครั้ง ผู้ป่วยฉุกเฉิน ก็จริง แต่ว่าเขาก็ต้องรอให้พ้นช่วงคึกๆ หน่อย เขาจะ รีเฟอร์ เยอะก็คือช่วงเช้าแล้วก็ช่วงต่อเวรบ่าย เมื่อก่อนเนี่ย คลอดอะไรก็ไป ไปตอนไหนก็ไป ตอนนี้อาจจะไปก็คือต้อง ฉุกเฉินจริงๆ แล้วก็อีกอย่างหนึ่ง ถ้าจะ รีเฟอร์ พวกนี้ ส่วนใหญ่เป็น เคส สถานการณ์ มันจะมีระบบขนส่งทาง ฮอ. ซับพอด(เฮลิคอปเตอร์สนับสนุน-ผู้วิจัย) เราสามารถที่จะใช้ได้ถ้าอากาศมันไม่ติด ฝนฟ้าไม่ตกคะนอง อะไรอย่างเนี่ย ก็ไปได้” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“ก็ รีเฟอร์ ไปโรงพยาบาลตำรวจ ไป ม.อ. (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์-ผู้วิจัย) ก่อน แล้วก็ไปโรงพยาบาลตำรวจ แต่ว่าคือ อีกอย่างนึง เราจะต้องเพิ่มคน รีเฟอร์ อะไรอย่างนั้นกะกะ ซึ่ง ถ้าคนไข้หนักของ ไอซียู (หอผู้ป่วยหนัก-ผู้วิจัย) มันจะไม่มีกะกะ เจ้าหน้าที่อื่นที่จะมาช่วย รีเฟอร์ เพราะว่า หนึ่งคือคน รีเฟอร์ จะต้องรู้เคส(กรณีผู้ป่วย-ผู้วิจัย) เค้าเองเป็นความลำบากใจของเค้าที่จะต้องมารับรู้และต้องมาช่วยแก้ไขในช่วงระหว่าง รีเฟอร์ เรายังต้อง รีเฟอร์เอง ถึงจะต้องกลับมาเกือบห้าทุ่มเที่ยงคืน เรายังต้องไป ทั่วๆ ที่สถานการณ์แบบนี้ รีเฟอร์ กลางคืน มันก็ไม่บ่อยกะ ที่ผ่านมามีประมาณ 2-3 เคส ที่เค้าแบบต้องรีบจริงๆ ต้องรีบให้ไป คือเค้าแบบให้ไปประมาณ 4 โมงกว่าจะไปถึงก็ 6 โมงอย่างไป ม.อ. เนี่ยกลับมาเกือบสามทุ่ม มันก็เสี่ยงแล้ว สำหรับเรา” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“เคยอยู่เวรคึก แล้วก็มีคนไข้เป็น วาสคูล่าอินจัน (บาดเจ็บของเส้นเลือด-ผู้วิจัย) ที่แขนแล้วก็ต้องส่งมอ.คำนวณ รู้สึกตอนนั้นจะตี 3 ก็ตามเจ้าหน้าที่เขาไป น่องผู้ชาย 2 คน คือเราก็มองว่าสถานการณ์แบบนี้ก็ควรจะเป็นผู้ชายไปด้วย ถึงเวร ออนคอร์ด (เรียกขานปฏิบัติงาน-ผู้วิจัย) เรายอนคอร์ด เดี๋ยวนี้ก็จะจัดวันละ 4-5 คนกะกะ พยายามเลือกผู้ชายไป

“วันนั้นรู้สึกว่าน้องผู้ชายไปทิ้งคู่ น้องเขาลงเวรบาย ก็คือ ก็ให้น้องเขาไปนั่นแหละ”
(พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

สำหรับที่จุดเกิดอุบัติเหตุก็พบว่ามีการจัดให้บริการที่เปลี่ยนไปเช่นกัน โดยปกติงานรับผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุคือการจัดบริการรถพยาบาลทำหน้าที่รับผู้ป่วยในสถานที่ที่มีอุบัติเหตุหรือการรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บป่วยที่บ้านซึ่งไม่สามารถเคลื่อนย้ายมายังโรงพยาบาลได้ จากผลการศึกษาพบว่า การให้บริการการรับผู้ป่วยนอกเขตเทศบาลในส่วนดังกล่าวลดน้อยลง โดยโรงพยาบาลจะพิจารณาเป็นกรณีไป โดยให้เหตุผลว่าหากไปรับแล้วจะก่อให้เกิดอันตรายต่อเจ้าหน้าที่ที่จะไม่ส่ง ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“รับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ เมื่อก่อนเนี่ย เรายังออกไปได้ นอกเขต แนวปฏิบัติของเราก็คือว่า รับผู้ป่วยในเขตเทศบาล นอกเขตเนี่ย กลางวันเรายังออกไปรับ แต่เดี๋ยวนี้พอมีสถานการณ์เยอะๆ นอกเขตกลางวัน เราก็จะต้องดูพื้นที่แล้วก็เช็คข่าวก่อนกะ บางทีก่อนจะออก แล้วก็อีกอย่างหนึ่ง ตอนนี้ ทำให้ลูกข่าย มีบทบาทมากขึ้นก็คือ คุ้มภัยแม่กอเหนียว กับ คุ้มภัยแม่ทับทิม ก็มาช่วยลดตรงจุดนี้ได้เยอะ เพราะว่าเขา คือตำรวจประสานที่เรา แล้วก็ ให้ลูกข่ายออกไปตรวจสอบ ก็คือให้คุ้มภัยพวกนี้ไปก่อน ถ้าคุ้มภัยพวกนี้ตรวจสอบแล้ว แล้วก็เห็นว่าเป็นคน ไข้ที่อาการหนัก เราจะต้องให้การช่วยเหลือเองอะไรอย่างเนี่ย เราก็ไปแต่บางทีตำรวจ ณ จุดเกิดเหตุเองเขาก็จะบอกให้ว่า ควรจะเป็นนเรนทรออก ควรจะเป็นยะลาออก เราก็ไปตรงจุดนั้น แต่ว่าจำนวนการรับผู้ป่วยนอกเขตเทศบาลน้อยลงมาก”
(พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

กล่าวโดยสรุปจากสถานการณ์ความรุนแรงยังส่งผลให้มีบริการบริการทางสุขภาพเปลี่ยนไปใน 6 ด้านคือ ด้านการป้องกันที่เพิ่มขึ้นโดยมุ่งเน้นคำแนะนำในการมาโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย การให้บริการส่งเสริมสุขภาพน้อยลง งานฟื้นฟูสุขภาพทำได้ยากขึ้นและการเยี่ยมบ้านต้องหยุดปฏิบัติการลง การเปลี่ยนแปลงในด้านการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่มีรูปแบบและการบริการที่เปลี่ยนไปและงานรับผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุที่น้อยลงด้วยเช่นกัน ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพที่น้อยลงและการเยี่ยมบ้านที่หยุดปฏิบัติการลงจากคำบอกเล่าของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกอายุรกรรมพบว่าผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ในส่วนของคนไข้มากขึ้น อย่างคนไข้เรื้อรัง เบาหวาน ความดัน อะไรอย่างนี้ มากขึ้นจากการเก็บข้อมูลสถิติ ตอนจบมาอยู่ใหม่ๆคนไข้ไม่เคยเกิน20 พอเกิดสถานการณ์ ไม่รู้คนไข้มาจากไหน คนไข้จะแอดมิท (รับเป็นคนไข้ใน-ผู้ป่วย) เยอะมาก แล้วเป็นคน เดิมๆ คนใหม่ก็มีมาก มะเร็งก็เพิ่มขึ้น มะเร็งรังไข่ มะเร็งปากมดลูก แล้วก็มะเร็งปอด” (พยาบาลประสบการณ์ 4 ปี)

“อืม คนไข้เรื้อรังนี่ถือว่ามากขึ้นนะสังเกตดูคนไข้ที่มาตรวจที่โอพีดี (แผนก ผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วย) นะ แต่ที่เห็นชัดเจนคลินิกหัวใจจำนวนคนไข้ก็จะมากขึ้นนะค่ะ” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

3.4 งานการพัฒนาวิชาการถูกละเลย

การจัดประชุมวิชาการแต่เดิมโรงพยาบาลได้มีการจัดประชุมวิชาการปีละหลายครั้งมี ต่อเนื่องกันมาโดยตลอดซึ่งมีการประสานไปกับสภาพพยาบาลในเรื่องของการออกหน่วยคะแนนให้ ในแต่ละครั้ง แต่เมื่อมีสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นทำให้การจัดประชุมวิชาการน้อยลงอย่างเห็น ได้ชัดจากความไม่ปลอดภัยของสถานที่จัดประชุมและโดยส่วนใหญ่วิทยากรจากนอกพื้นที่ปฏิเสธ การมาให้ความรู้เนื่องจากกลัวไม่ปลอดภัย ทำให้พยาบาลในพื้นที่เสียโอกาสในการฟังวิชาการเพื่อ เพิ่มพูนความรู้ และการที่พยาบาลต้องเก็บหน่วยคะแนนตามข้อกำหนดของสภาพพยาบาลเมื่อทาง โรงพยาบาลไม่สามารถที่จะจัดให้ได้ พยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ก็ต้องพยายามขวนขวาย ลงทุนเองโดยลงทะเบียนเข้าอบรมในจังหวัดใกล้เคียง ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ที่เห็นชัดๆ ขึ้นก็คือ เวลาหน่วยงาน ใน สามจังหวัดจัด ก็จะต้องเลิก ป้ายสอง ครั้ง ก็กระสับกระส่ายกันผู้เข้าอบรมพอบายสามนี้ก็เริ่มจะลุดถอยหนีไปเยอะแล้วค่ะ แล้วก็ อันนี้คือกรณีที่เราจัด แล้วก็ถ้าคนอื่นจัด จะเห็น ได้ชัดเลยว่า สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตอนนี้ ที่จัดน้อยมาก เรายะลา จะไปนราธิวาส กันเนี่ย เขาก็ไม่จัดกันหรอกตอนนี้ ยะลานั้นยังมีจัดอยู่บ้าง แล้วนอกนั้นเขาก็จะไปจัดหาดีใหญ่ สตูล พังงา เหนือขึ้นไปอีก” (พยาบาล ประสบการณ์ 11 ปี)

“ในการจัดประชุมวิชาการน้อยลง สังเกตได้ จากตอนน้องจบใหม่ๆ จะมีการ จัดวิชาการเยอะมาก ก็จะเชิญอาจารย์จากที่อื่น ปัจจุบันรู้สึกว่าน้อยลง แทบจะไม่มี แต่ก่อน

เราไม่ต้องไปเสียตัง (สตางค์-ผู้วิจัย) เราไม่ต้องไปฟังที่สงขลา เราไม่ต้องไปฟังที่อื่น จะมีตลอด 5 หน่วยกิต 6 หน่วยกิต บ่อยๆครั้งก็ครบ 50 หน่วย (พยาบาลประสบการณ์ 4 ปี)

“เหมือนเขาก็พยายามจัด เขาไม่มาไง เพราะว่า เหมือนวันก่อนที่อาจารย์จากสถาบันกัลยาธนาครินทร์มา มาพูดที่ว่าเรื่องการดูแลเด็กที่สูญเสียจากสถานการณ์ความรุนแรงนั้นแกก็ยังบอกเลยนะ ว่าแกกลัว พอแกมาปั๊บแล้วมีระเบิดที่มายอ มันขาดโอกาสใดๆที่วิทยากรเก่งๆ ที่จะมาถ่ายทอดเรื่องราวอะไรให้เราฟัง เราก็งี้ไม่โทษเขาหรอกนะ เพราะถ้าเราเป็นคนทีอื่นนะ เราก็งี้คงไม่มา” (พยาบาลประสบการณ์ 15 ปี)

“แต่ว่าวันก่อนจะจัดอบรมเรื่อง สมรรถนะ เพื่อนที่เขานี้แหละ สงขลาที่บยะลา ไม่กล้ามาก็เลยพับไว้ก่อนมันทำให้เราเสียโอกาสอย่างหนึ่งนะ เพราะว่าให้เราไปอบรมให้เราไปทีเดียวเยอะๆ ไม่ได้” (พยาบาลประสบการณ์ 18 ปี)

“วิทยากรมีปัญหาบ้างจากการพูดคุยกัน บางทีไปชวนเขา เขาก็ไม่กล้ามา เพราะว่าสถานการณ์ไม่ดี บางครั้งอยากให้ไปฟัง 100 %แต่ทำไม่ได้ ในส่วนค่าใช้จ่ายก็สูง ในส่วนของอาจารย์ไม่กล้ามาเพราะว่าห่วงความปลอดภัยของตนเองด้วย ผู้เข้าร่วมประชุมด้วย บางทีมาจากที่อื่น เวลามาประชุมก็ต้องเลิกเร็ว ไม่นั่นกลับไม่ทัน ” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“เหมือนกับว่าช่วงหลัง ๆ ที่พวกน้องต้องไปเพราะต้องการเก็บหน่วยคะแนนในการประชุมอบรม ยอมจ่ายเงินเอง หาเองรอโรงพยาบาลมันก็ไม่ได้ คนมันเยอะปีก่อนจะเห็นชัดว่าการประชุมนอกโรงพยาบาลจะมีการจำกัดเยอะ คือเห็นทางโรงพยาบาลเค้าพยายามจัดกันอยู่จัดชดเชยที่ไปได้ส่งและก็มีมันจะมีข้อจำกัดตรงที่ว่าเราจะต้องมีเครดิตเราเป็นพยาบาลเราก็จะต้องพยายามทำให้มีเครดิต” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

ในส่วนของการจัดการที่มีการจัดน้อยลงทำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาความรู้ ดังนั้นจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนโดยใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่เช่น แพทย์ในแผนก แพทย์ใช้ทุน แพทย์ช่วยราชการ หรือแม้กระทั่งพยาบาล ผลัดเปลี่ยนกันมาถ่ายทอด ความรู้ และจากการที่พยาบาลวิชาชีพได้มีส่วนร่วมในการช่วยผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในหอผู้ป่วยบางหอไม่ได้มีการทำหัตถการเช่น การเย็บแผล ทำให้ลืมหรือขาดทักษะความชำนาญ หรือแผนกฉุกเฉินที่ต้องรับผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รุนแรงขึ้นก็ต้องมีการ

เรียนรู้เพิ่มเติมและฝึกทักษะเพื่อพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพมากขึ้นในการช่วยผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“เราใช้คนข้างในเช่น แพทย์ใช้ทุนจะต้องมีเวียนมาทุกเดือนอยู่แล้ว ก็ขอความร่วมมือกับน้องหมอใช้ทุน พูดในเรื่องความไม่สมดุลของเกลือแร่ เรื่อง โรค เรื่องการตรวจร่างกาย ก็จะใช้น้องหมอใช้ทุนส่วนเรื่องของแนวคิดใหม่ๆทางการพยาบาลอย่างเช่น กระบวนการพยาบาล สมรรถนะ การจัดการความรู้ น้องก็จะเป็นคนพูดค่ะ เราไปคนหนึ่งแล้วเรากลับมาถ่ายทอดอีก” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“หมอคัลยกรรมประสาทเองก็พูด คราวที่แล้วการดูแลทวารเทียมก็เชิญ อาจารย์หมอมานั่งจู่ๆ ก็เชิญเพื่อนตัวเองที่ มาช่วยราชการด้วยแล้วมาวิชาการด้วย อย่าง หมอคัลยที่มาหมอเซเวนเยอะมากค่ะ อย่างวันก่อนอาจารย์ที่เป็นหมอมะเร็งเต้านมอยู่ สถาบัน โรคมะเร็ง พออาจารย์มาปุ๊บก็ทันทีค่ะวิชาการศัลยกรรมมะเร็งเต้านมเลยคะ เหมือน หมอทหารมาก็พูดเรื่อง CTN เลย มีครั้งหนึ่งนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิษณุโลกก็มาพูดเลยคะเรื่องเทคโนโลยีการสื่อสาร” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“พอมีเหตุการณ์เราอาจจะต้องเรียนรู้ทักษะเพิ่มเติมอีกนิดหนึ่ง อย่างเรื่องการ เย็บแผลเราไม่ได้ใช้บ่อยเราก็ไม่ค่อยถนัดเราก็ต้องเรียนรู้เพิ่มเติม มาใหม่” (พยาบาล ประสบการณ์ 6 ปี)

“ในส่วนของวิชาการที่เราจะต้องพัฒนาตัวเรา แผนกฉุกเฉิน ที่ตอนนี้เราทำอยู่ ก็จะมีการอบรม การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขั้นสูง เน้นช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ก่อนคะ จะมีหมอ ที่เขาจบทางด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยตรงมาจากเมืองนอกเลย แล้วก็จะมีหมอช่วย ราชการในการอบรมครั้งนี้ มีการสร้างสถานการณ์ที่เป็น อุบัติเหตุ แล้วก็เน้นให้พยาบาล แผนกฉุกเฉินมีทักษะ และความสามารถที่จะช่วยผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ พอหลังจากทำไปแล้ว ประเมินผล เราก็มียุทธศาสตร์เพิ่มขึ้น ในการช่วย คนไข้ อย่างทำหัตถการเช่น การผ่าตัดเปิดช่องอก แล้วก็ช่วย นวดหัวใจด้านในเลยคะ โอกาส รอดพวกนี้ก็เยอะขึ้นนะคะ” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

กล่าวโดยสรุปสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นทำให้การจัดประชุมวิชาการน้อยลงอย่างเห็นได้ชัดจากความไม่ปลอดภัยของสถานที่จัดประชุมและวิทยากรจากนอกพื้นที่ที่ปฏิเสธการมาให้ความรู้เนื่องจากกลัวไม่ปลอดภัย ทำให้พยาบาลในพื้นที่เสียโอกาสในการฟังวิชาการเพื่อเพิ่มพูนความรู้ แต่ภายใต้สภาวะการณ์ที่ขาดแคลนก็ได้มีการปรับเปลี่ยนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ในพื้นที่ที่มาก่อให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า

4. การปรับเปลี่ยนชีวิตท่ามกลางสถานการณ์รุนแรง

4.1 การปรับตัวของโรงพยาบาลต่อสถานการณ์รุนแรง

การปรับตัวของโรงพยาบาล มีการปรับตัวใน 2 ส่วน คือ มาตรการรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล และการมีบริการรถรับส่งเจ้าหน้าที่

4.1.1 มาตรการรักษาความปลอดภัย

แต่เดิมมาตรการรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล มีประตูทางเข้าทางเดียวไม่มีการตรวจรถเข้าออก ไม่มีกระจกส่องได้ท้องรถ ถึงขณะเป็นแบบที่บเห็นตามโรงพยาบาลทั่วไปและบริเวณตึก 120 เดิมไม่ได้มีการกั้นกระจกและไม่มียามตรวจบัตรเข้าใช้ ผลการศึกษาพบว่าในส่วนของมาตรการการรักษาความปลอดภัยโดยมีระบบ ได้มีการปรับเปลี่ยนถึงขณะเป็นแบบใส แยกประตูทางเข้าออกของเจ้าหน้าที่และของคนไข้มีการตรวจรถเข้าออก เจ้าหน้าที่ด้านสิ่งแวดล้อมเดินตรวจตามรั้วคู่กับยามโรงพยาบาลในเวลากลางคืน มีการติดกล้องวงจรปิด มียามหน้าตึก 120 เดิมมีการปิดล็อคประตูและเข้มงวดในการเยี่ยมชมไข้ของญาติดังกล่าวตามคำสัมภาษณ์ดังนี้

“มาตรการก็มีถึงขณะเก่าเปลี่ยนจากสีทึบเป็นสีโปร่งแสง..การป้องกันก็มีบริหารสิ่งแวดล้อมก็ดูบริเวณรอบๆ โรงพยาบาล ใกล้รั้วต่างๆ เขาเดินดูทุกคืน เห็นเขาเดินคู่กับรักษาความปลอดภัย ก็ตรวจตามจุดต่างๆทุกชั่วโมง” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“ถ้าแตกต่างนี้แตกต่างมากก็คือมีประตูเข้าออกคนละทาง ใช้เป็นทางเดียวเข้าไปแล้วทางนี้ออกทางนั้น มีประตูเจ้าหน้าที่และมีประตูของคนไข้ก็มีระบบตรวจ เปิดฝากระโปรงรถแล้วก็มีกล้องวงจรปิดในโรงพยาบาล ก็มีทางเข้าออกชั้น 2 ที่ตึกคัลย์กระดูก ที่ตู้กดเงินอัตโนมัติ แล้วก็เจ้าหน้าที่ยามเดินมากขึ้นในช่วงของการเชิญญาติเห็นได้ชัด อันนี้คือการเปลี่ยนแปลงของทางโรงพยาบาล” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“มาตรการความปลอดภัยเมื่อก่อนจะไม่แยกเจ้าหน้าที่หรือว่าญาติ ตอนนี้จะแยกประตูเจ้าหน้าที่ ประตูญาติที่มาเยี่ยมมาส่งผู้ป่วย แล้วมีการตรวจระเบิดข้างล่างและมีการตรวจรถมอเตอร์ไซด์เปิดท้ายรถทุกคัน” (พยาบาลประสบการณ์ 22 ปี)

“ถ้าห้องอยู่เวรบายหรือเวรคึก นื่องขึ้นเวรรับเวร นื่องปิดหมดเลย เราปิดแบบ ล็อกข้างหน้า เราก็กันตัวเองใครจะไปรู้ ถามว่าถ้าเขาเข้ามาถึงคุณจะทำยังไง ใครช่วยคุณได้ ไม่มี ใครช่วยเลยก็ถ้าห้องอยู่ คือถ้าอยู่เวรเองห้องจะปิดเองเลย” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

“ของเราเป็นผู้ป่วยหนัก ข้างล่างเป็นผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุเหมือนเป็นคนไข้ เหตุการณ์นะที่ ช่วงก่อนที่ญาติมาเยี่ยมก็ให้ล็อคประตูข้างบนข้างล่างเราก็จะโทรประสาน กันให้ล็อคประตูด้วยนะเราก็กลัวเหมือนกันไม่รู้ใครเข้ามาบางที่ญาติมาเยี่ยมเราก็ไม่รู้ว่ามีใครเป็นใครไป พอช่วงเยี่ยมเราก็จะให้เยี่ยมครั้งละ 2 คนสลับกันเข้า ช่วงเยี่ยมเราก็จะดูแล” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

4.1.2 รถรับส่งของโรงพยาบาล

เดิมการเดินทางมาทำงานของพยาบาลจะใช้รถมอเตอร์ไซด์หรือรถยนต์ส่วนตัว เดินทางมาทำงานเองแต่หลังจากเกิดสถานการณ์ความรุนแรงขึ้นทางโรงพยาบาลเห็นว่า การเดินทางมาทำงานของพยาบาลในเวรบายคึกค่อนข้างเสี่ยงกับอันตรายจึงจัดให้มีรถรับส่งให้กับพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าในส่วนของรถรับส่งของโรงพยาบาลทำหน้าที่รับส่งเจ้าหน้าที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน และ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในส่วนของเจ้าหน้าที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนโดยไปส่งเวลา 9.00 นาฬิกา และไปรับกลับเวลา 14.30 นาฬิกา ในส่วนของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะไปรับเจ้าหน้าที่ที่จะมาขึ้นเวรคึกตั้งแต่ 23.30 น ส่วนเวรบายจะไปส่งเจ้าหน้าที่ที่ลงเวรจนหมด ซึ่งบางครั้งก็ใช้ระยะเวลาในการส่งนานจนถึงตีสองครั้งดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“เจ้าหน้าที่อนามัยเดี๋ยวนี้เราส่งนะ เข้า แล้วก็ไปรับ อนามัย กรงปีนัง กับอำเภอ เมื่อกี้ทั้งศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งอนามัยธรรมดาเลย เขาเป็นลูกข่าย ของยะลา... ขึ้นจากนี้ บางทีก็ เก้า บางทีก็ เก้าครึ่งแล้วไปรับบายสอง” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“รถโรงพยาบาลเขามี โอที(นอกเวลา-ผู้วิจัย) เขาจะรับ ไปส่งก่อนเป็นรอบ ก็หลายรอบ หลายคนเหมือนกัน ก็แล้วแต่จะหมด เขาบอกว่าบางทีเที่ยวสุดท้าย ดีสองครั้ง เพราะว่า หอผู้ป่วยหนักลงสาย เวรตึกเขาเริ่มตั้งแต่ สิบเอ็ดครึ่ง (23.30 น) บางทีก็เป็น สิบเที่ยว ถ้ารับเวรตึกก็สามสี่เที่ยว ไปส่งตามบ้านกลัวไหมก็กลัวเหมือนกัน ไม่มีทหารคุม ก็ถามเขาเหมือนกันว่ามีปืนไหม ถามว่ามีแล้วช่วยอะไรได้ไหมถ้าเกิดคนจะทำเขาขับรถด้วย มันก็ช่วยอะไรไม่ได้ แต่เขาบอกว่าอย่างน้อยถ้ามันพลาดเราก็ได้สวนกลับไปดีกว่าไม่มีอะไรเลยมีคนขับรถแค่คนเดียว ถามว่าเสียงไหม ก็เสียง ทำอย่างไรได้ ในส่วนของคนนั่งกลัวนะ ก็กลัวนะ ถ้าลงเวรป่วยแล้วนอนแพลตฟอร์มที่คืนคนที่มีลูกเล็กจะทำอย่างไร เราก็มีลูกเล็กๆมีภาระไม่รู้อะไรจะเกิดก็ต้องกลับ อย่างไรก็ตามก็ต้องกลับ บางทีตีหนึ่งครั้งก็ต้องกลับไม่รู้จะทำอย่างไร กลับคนเดียวก็มีเพราะบางทีรอแล้วก็ไม่มีการมาซักที เขาก็ไปส่ง” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

แม้ว่าจะมีมาตรการรักษาความปลอดภัยแต่พยาบาลส่วนใหญ่ยังเห็นว่าแม้มีความปลอดภัยระดับหนึ่งแต่ก็ยังมีความปลอดภัยอยู่สูงเช่น การปฏิบัติงานของยามขาดความเข้มงวดในการตรวจสอบคนแปลกหน้าที่เข้ามาในโรงพยาบาลทำให้กังวลใจและรู้สึกไม่ปลอดภัยในการทำงานในโรงพยาบาลดังกล่าวคำสัมภาษณ์ดังนี้

“มาตรการรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาลปลอดภัยได้ระดับหนึ่งระบบของโรงพยาบาลค่อนข้างจะหละหลวมเขาตรวจไม่ละเอียด พอมีสิ่งกระตุ้นเข้ามาเขาก็ตรวจเข้มหน่อยพอไม่มีก็ปล่อย ก็มีคนแปลกหน้าเข้ามาที่ตึกสืบว่ามีก็คนมีใครบ้าง ก็เข้ามาทุกตึกอย่างญาติก็มี วันนั้นก็เกิดเหตุการณ์เขาจะเผาห้องยาที่มีวิ่งเข้าไปในห้องพิเศษเต็มเลย เขาเข้าไปหลบ บางทีก็จับไม่ได้ พอถามญาติว่าเขาไม่ได้มาเยี่ยมใคร บางทีก็ออกไปเฉยเลยขนาดตึกนี้ล็อคเขาก็ยังเข้ามาเลย แบบมาถามหาคนไข้อื่นบอกว่าคนไข้คนนี้แต่พอดู ไม่ใช่ญาติคนนี้นี่ คือใส่ชุดอะไรต่างๆ พอตอนหลังเราก็กังวล ก็กลัวไม่ทราบว่าจะเข้ามาตอนไหน” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“ถ้าถามเรา ปลอดภัย เราไหมก็ไม่ค่อย ปลอดภัย เท่าไหร่ อย่างเช่นยามก็ยังเข้าออกสบายเลย แกรมรถญาติคนไข้ก็เข้ามาจอดในที่จอดรถเจ้าหน้าที่เลย วงจรปิดหรือเอาไว้ทำไมก็ไม่รู้ ไม่รู้มีใครไปดูหรือปล่าว แกรมยังล้ำสมัยด้วยเป็นเทพกรอไปกรอมาเสี่ยง่าย ที่

อื่นเขาเป็น คอมพิวเตอร์ เป็นแบบ ทันสมัยอัปเดตแผ่น คิสซ์คู่ได้แล้วซูมได้ สงสัยเกี่ยวกับงบประมาณด้วย มันไม่ปลอดภัย” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“โรงพยาบาลเธอ เป็น.ทีๆ(เป็นครึ่ง-ผู้วิจัย) ตื่นตุม ทีๆ ก็คือ เมื่อก่อนนะ ช่วงแรกที่ว่ารถไม่ได้ติดสติ๊กเกอร์ไม่ให้เข้า แต่ตอนนี้รถญาติทั้งนั้นเลยที่จอดอยู่ ตอนเช้าๆ มาจอดรถ ลงมาจากรถ ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สักคนหนึ่งเลย แบบว่า ตื่นตุน ตื่นตัวกันเป็นที่ๆ เหมือนหน้าตึก มีแต่รถญาติทั้งนั้น นั่นแหละถึงบอกว่าถ้าระเบิดวันไหน ถึงจะทำใหม่เขาไม่เข้มงวด แล้วเขาก็เหมือนข้างหน้าที่เปิดกระจก คู่มือที่จอดรถ เคียวเนียม นิ่ง ..แล้วก็เข้าไปเลย ก็ยังไม่ได้อู” (พยาบาลประสบการณ์ 15 ปี)

“น้องว่าโรงพยาบาลเรานี่แหละหลวมทำอะไรชอบทำเหมือนกับวัวหายล้อมคอก กลางค้ำกลางคิน คนจะเข้าออกก็ง่าย ยามก็นั่งอยู่ แต่ยามไม่เคยสนใจอะไรไม่จริงๆ เขาคงคิดว่าโรงพยาบาลโจรคงไม่ทำ คงไม่มีอะไรเกิดขึ้น น้องว่าถ้าโดนสักลูกตรวจกันเข้มอีกแหละ ก็คือพอมีเหตุการณ์ระเบิดถึงตรวจ เคียวนี้ใครจะเข้าจะออก ญาติอะไรยามก็ไม่ตรวจ บางทีกับเรายามก็ไม่รู้จัก ก็ไม่ถาม ยังคิดเลยทำไมไม่ถามเราบ้างนะเรามาทำงานใส่ชุดบ้าน ไม่ได้ใส่ชุดพยาบาลถ้าใส่ชุดพยาบาลเอาไว้ไปอย่างรู้สึกปลอดภัยน้อย” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะมีมาตรการรักษาความปลอดภัยที่หลวมแต่ก็มีพยาบาลส่วนหนึ่งที่พักอยู่ในแฟลตในโรงพยาบาลยังมีความรู้สึกว่าการที่อยู่ในโรงพยาบาลปลอดภัยระดับหนึ่งกว่าอยู่ข้างนอกโรงพยาบาลดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“ถ้าอยู่ในนี้ไม่กลัว ถ้าออกไปข้างนอกกลัว” (พยาบาลประสบการณ์ 5 ปี)

“เหมือนเพื่อนบอกว่าออกไปแล้วต้องรีบเข้ารั้ง เหมือนนกเงือกต้องรีบเข้ารั้ง พยายามอยู่ข้างนอกให้น้อยที่สุดนะค่ะ ถ้าเราอยู่ในห้องเราจะปลอดภัย ยิ่งอยู่ในแฟลตเราจะปลอดภัยระดับหนึ่ง” (พยาบาลประสบการณ์ 22 ปี)

ถึงแม้ว่าจะมีรถโรงพยาบาลในการรับส่งเจ้าหน้าที่แต่ก็มีพยาบาลบางส่วนไม่ได้มาทำงานกับรถโรงพยาบาลโดยให้เหตุผลว่าไม่ปลอดภัยและไม่สะดวก เนื่องจากการใช้รถโรงพยาบาลคัน

เดียวในการเวียนส่งเจ้าหน้าที่หลายคนยิ่งน่ากลัวและเสียเวลากว่าการกลับบ้านเองและการใช้รถโรงพยาบาลในการเวียนรับเจ้าหน้าที่ที่จะมาอยู่เวรคืนทำให้รับเวรไม่ทันดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“กลับรถโรงพยาบาลก็ไม่ปลอดภัยเหมือนกัน เพราะว่าแฟนเคยกลับ กว่าจะกลับถึงบ้าน ดี 2 แล้ว แทนที่จะปลอดภัยไปเวียนสะเตงนอก ไปเวียนคุรุ แล้วรถโรงพยาบาลก็จะมีตราราชการไง เราก็ก๊ว น่ากลัวกว่า เรามีความรู้สึกรู้ว่าไม่ปลอดภัย เสียเวลา แล้วก็ไม่ได้ปลอดภัย กว่าจะเวียนถึงบ้าน เราลงเวรเที่ยงคืน แต่ถึงบ้านดีสองมันก็ยังดีมากขึ้น” (พยาบาลประสบการณ์ 4 ปี)

“ไม่อยากจะนั่งรถ โรงพยาบาล เพราะว่าน้องที่ตึกเคยโดนใจ... เราก็เข้าใจ เพราะว่ามันหลายคนไง เขาบอก บ้านอยู่ตรงนี้นะ ไปโน้น..นะ แล้วก็ก๊วจะกลับมาเขาเป็นคนสุดท้ายอะไรแบบเนี่ย มันก็กลัวใจ” (พยาบาลประสบการณ์ 15 ปี)

“แต่ว่ามีรถไปรับไปส่งมันก็ช่วยได้เยอะนะเช่นขึ้นเวรคืนตั้งแต่ 23.15 ก็ไปรับแล้วมันก็ต้องรีบผัดปกติกจากเดิม 23.30 ค่อยอาบน้ำแต่ตอนนี้กลายเป็นว่าตั้งแต่ตี 11 เราต้องอาบน้ำเพื่อรอรถโรงพยาบาลห้าทุ่ม เค้ามี่แจ่งล่วงหน้าแจ่งสิริทที่จะไปรับตรงจุดนี้จุดนั้น เริ่มต้นเค้าก็ต้องไปรับที่ไกล ๆ หน่อยแล้วค่อยเก็บมาเก็บมาที่นี้พอไปรับที่ไกล ๆ กว่าจะเก็บมาถึงตรงนี้เหมือนบางที่ต้องไปรับตรงโน้นก่อนกว่าจะมาถึงเราแล้วเราก็ไปรับเวรไม่ทัน” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

กล่าวโดยสรุปในส่วนของ การปรับตัวของโรงพยาบาลให้เข้ากับสถานการณ์ มีการปรับตัวใน 2 ส่วน คือ มาตรการรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล และการมีบริการรถรับส่งเจ้าหน้าที่ ซึ่งพยาบาลมีความเห็นว่ามีความปลอดภัย และสะดวกสบายระดับหนึ่ง แต่มาตรการรักษาความปลอดภัยยังหลวมและบริการรถรับส่งของโรงพยาบาลยังไม่ปลอดภัย

4.2 การปรับตัวของพยาบาลเข้ากับสถานการณ์

เมื่อสภาพแวดล้อมภายนอกไม่ปลอดภัย การที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้จะมีชีวิตอยู่และทำงานอยู่ในพื้นที่ได้ก็ต้องพยายามยอมรับและปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการป้องกันตัวเองให้ปลอดภัย ในการปรับตัวของพยาบาลให้เข้ากับสถานการณ์จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพได้มีการปรับตัว 2 ส่วนคือการ

ปรับตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวันและการปรับตัวในวิถีชีวิตการทำงาน สำหรับการปรับตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวันในการปรับตัวของพยาบาลในการใช้ชีวิตประจำวันโดย การระมัดระวังให้ตัวเองมากขึ้นโดยไม่ไปไหนคนเดียวในเวลากลางคืน การหลีกเลี่ยงจุดที่น่าจะเกิดเช่น ตลาด ชุมชน เมื่อต้องไปตลาดก็รีบไปรีบกลับ การซื้อของมาตุนไว้ที่บ้าน และการวางแผนล่วงหน้าในแต่ละวัน ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“เริ่มปรับตัว เริ่มทำใจยอมรับไปกับมัน เริ่มยอมรับใช้ชีวิตปรับเข้ากับมัน เริ่มยอมรับได้ ทำอะไรแทบจะเป็นรูปแบบในชีวิตประจำวัน” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“เราต้องปรับตัวเองนะ คือเขาไม่สามารถปรับสังคม ปรับใจมันได้ เราก็ต้องปรับตัวเองทำยังไง ก็ได้ให้ ป้องกัน ตัวเองให้ปลอดภัย” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

“ส่วนของตัวเองเราก็หลีกเลี่ยงจุดที่มันน่าจะเกิด เป็นตลาด ชุมชน ความถี่ลดลง เมื่อก่อนอาจจะไปทุกวันตอนเย็น ก็เปลี่ยนเป็นอาทิตย์นึง 2 ครั้ง ไม่กล้าไปเหมือนกัน เราไม่รู้ว่าจะเกิดเหตุเมื่อไหร่ เราระวังตัวมากขึ้นเหมือน เวลาขับรถผ่านจุดที่เคยระเบิดต้องรีบไปแล้วนะเราจะมาอ้อยอิ่งตรงนั้นไม่ได้แล้ว” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“ต้องระวังตัวเองตลอด จะไปไหนเราก็ไม่ไปคนเดียวกลางคืนนี้ไม่ไปเลย ช่วงเย็นหลายปีมานี้ไม่ไปไหนเลยตั้งแต่เกิดเหตุการณ์... ประตูหน้าบ้านเมื่อก่อนยังไม่มီးรั้วเราก็มีความรู้สึกว่ามันป้องกันได้ระดับหนึ่ง ก็ถ้าประตูไม่แข็งแรงเราก็กลัวใจ ต้องใส่เหล็กตัดเมื่อก่อนมีหน้าต่างก็โล่งเวลาเปิดรับลม” (พยาบาลประสบการณ์ 30 ปี)

“ป้องกันตัวเอง เหมือนแฟนจะกลัวมากเลย ซุปเปอร์ ที่คนเยอะไม่ต้องเข้า ซ้อมเซเว่นใกล้บ้าน ไปหาคใหญ่จะซื้อของมาตุนเยอะเลย ตุนเอาไว้แล้วเวลาไปตลาด มันจำเป็นต้องไปแต่ความกลัวมันก็ยังมึ เหมือนกับไปตลาดกลับมาถึงบ้านเราก็โล่งใจที่เราไม่เป็นอะไรอย่างนี้ไปตลาดก็รีบๆซื้อรีบๆกลับ” (พยาบาลประสบการณ์ 4 ปี)

“ทุกวันนี้ในโทรศัพท์มือถือจะมีเบอร์ร้านอาหารที่น้องกินประจำอยู่หมดเลย เช่นวันนี้น้องก็โทรไปสั่ง เพราะน้องถือว่าการที่เราต้องไปนั่งรอเราเสี่ยงมากขึ้น แล้วก็ไป

เอาและรีบกลับ ไม่เหมือนแต่ก่อนต้องวางแผนไว้ล่วงหน้าเลยในหนึ่งวัน ถ้าจะไปไหน เดี่ยวเลย เช่น ไปจ่ายค่าโทรศัพท์ ไปซื้อขนมร้านที่ชอบ ซื้อกล้วยเดี๋ยวก็นำไปรอบเดี๋ยวเลยคะ ของน้อง ก็มีการวางแผนล่วงหน้า” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

สำหรับการปรับตัวในการทำงานพบว่าในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการทำงานให้ปลอดภัย โดยใส่ชุดทั่วไปแล้วมาเปลี่ยนเป็นชุดพยาบาลในที่ทำงาน หลีกเลี่ยงการเดินทางด้วยเส้นทางเดิม การเปลี่ยนมาใช้รถยนต์ในการเดินทางแทนรถมอเตอร์ไซด์ การนอนพักในห้องนอนหรือแฟลต พยาบาลแทนการกลับบ้านไป การกลับบ้านโดยรถโรงพยาบาลไปส่ง การปรับเปลี่ยนเวลาในการ ขึ้นลงเวรให้ตรงกับเพื่อนคนอื่นเพื่อจะมีเพื่อนร่วมทางทุกครั้งดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“แล้วแต่ว่าเราต้องระวังตัวเรา ที่ทำงานที่บ้านก็ต้องระวังตลอดคือกลางคืน เราก็ไม่ไปไหนพอหัวค่ำก็ไม่ไปไหน เมื่อก่อนจะมีเหตุการณ์กลางคืนก็จะไปนะมากลางคืน เดียวนี้แฟนก็มาส่ง มาบางทีก็มาดึกไปพอเวลาอยู่บ่ายดึกเดี๋ยวนี้อันนี้ไม่แล้วแฟนไม่..ตัวเองก็มา ตั้งแต่กลางวัน ใจถ้ามาอยู่เวรบ่ายดึกก็มาตั้งแต่ยังสว่างอยู่...เวลากลับเย็นๆก็ต้องเปลี่ยน เสื้อผ้า ไม่ได้กลับทางเดิม พยายามเปลี่ยนเส้นทางกลับบ้าน พี่มาตอนเช้าก็จะบึ่งมาคน เดี่ยวเลย” (พยาบาลประสบการณ์ 30 ปี)

“เหมือนแฟนน้องตอนเกิดสถานการณ์จะใส่ชุดบ้านแล้วมาเปลี่ยน แฟนจะไม่ ใส่ชุด พยาบาลจะไม่ให้รู้ว่าเป็นข้าราชการเลย ต้องเอาเสื้อไปเปลี่ยน...เวรบ่ายก็ขับรถ มอเตอร์ไซด์ มาเองแล้วแฟนอยู่เวรดึกด้วย ก็ให้พ่อมาส่งแฟนแล้วรอรับเรากลับบ้าน เอา รถมอเตอร์ไซด์จอดไว้ให้แฟนเอากลับตอนเช้าสลับกัน เหมือนเอารถมาจอดข้างก็ทำแบบนี้แหละสลับกันกับแฟน” (พยาบาลประสบการณ์ 4 ปี)

“ถ้าเป็นส่วนตัวเนี่ยแต่ก่อนบ้านน้องอยู่นอกเมืองนิดเดียวเองคะ แต่ปีที่ผ่าน มาคือจะใช้รถยนต์ส่วนตัว ขับรถไปกลับตลอดนะคะ แต่ว่าพอตั้งแต่เหตุการณ์ไฟดับทั้ง เมืองนะคะ ตั้งแต่นั้นมาก็เริ่มมาหาแฟลตในโรงพยาบาล เพราะว่าอย่างที่บอกเวลาลงเวร บ่ายดึก แม่ต้องคอยเปิดประตูนะคะ แล้วบ้านเราอยู่นอกเมือง ก็รู้สึกว่าจะไม่ปลอดภัยในการ เดินทาง ก็เลยต้องย้ายมาอยู่แฟลตนะคะ” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“บางทีลงเวรก็จะลงเป็นคู่ๆหาคู่เวรลงด้วยหลีกเลี่ยงไปแก้ปัญหาให้ตัวเอง จากเมื่อก่อนที่ตีก็จะรับเวรประมาณ 24.00 ตอนนี่ก็ปรับเวลาให้ตรงเวลากับเพื่อนจะได้ไม่น่ากลัวมากเกินไป ก็ลดภาวะเสี่ยงตรงนั้นช่วงที่ขึ้นเวรลงเวร” (พยาบาลประสบการณ์ 5 ปี)

4.3 การจัดการกับความเครียดในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย

ถึงแม้ว่าจะมีการปรับเปลี่ยนตัวเองในส่วนของวิถีชีวิตในการทำงานแล้วแต่ก็ยังมีพยาบาลส่วนหนึ่งที่อยู่ข้างนอกโรงพยาบาลและมีภาระครอบครัวในการดูแลลูกเล็กที่บ้านไม่สามารถที่จะมาที่รถโรงพยาบาลหรือมานอนพักที่ห้องนอนเวรของโรงพยาบาลได้ก็จะมีความรู้สึกเครียดในการเดินทางดังกล่าวคำสัมภาษณ์ดังนี้

“อาจจะเครียดน้อยกว่าสถานการณ์ การเดินทางไปมา ส่วนหนึ่งเพราะว่า นอนอยู่ข้างนอกด้วยแล้วก็แฟนก็เป็นตำรวจ ก็เป็นปัญหาเวลาบ่นดึกแฟนก็ต้องมาส่งจะมาเองก็ไม่ให้มาเอง บางทีแฟนอยู่เวรก็ต้องกลับมารับที่บ้านมาส่ง โรงพยาบาลแล้วกลับไปทำงานตรงจุดนี้ก็เสี่ยงกับแฟนเพราะบางทีอาจจะโดนติดตามจากโรงพัก” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“สถานการณ์มันเป็นความกดดัน ความเครียดมันมีสิ่งเร้ามากขึ้นมันเป็นกดดัน .ให้เรา การไปมาระหว่างที่บ้านและที่ทำงานก็ลำบากแล้วก็เราเองก็มีครอบครัวที่จะต้องดูแล” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

สำหรับความเครียดที่เกิดจากการทำงาน ความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์ ความเครียดในการเดินทางมาทำงาน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ใช้วิธีการปรับตัวทางด้านจิตใจโดยใช้วิธีการจัดการกับความเครียด 2 วิธีคือ การหันเหความสนใจ และการพึ่งศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ

4.3.1 การหันเหความสนใจ

ผลการศึกษาพบว่าการจัดการความเครียดโดยการไม่รับรู้ข้อมูลข่าวสารสถานการณ์ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นและการผ่อนคลายโดยการไปเที่ยวพักผ่อนดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“เวลาเครียดน้องจะปล่อยวาง ก็ไม่ดูทีวีเลย มีอยู่ช่วงนึงอาจารย์ก็โดนยิง น้องอยู่กับแม่ ปกติทีวีเลยไม่อยากจะรับรู้อะไร แล้วก็สบายใจ ” (พยาบาลประสบการณ์ 4 ปี)

“เครียดมากบางทีก็ไปคุยกับแฟน บ้าง เหมือนเครียดที่ตึกก็จะกลับไปคุย ดี
 อยู่นิ่งแฟนเป็นคนที่ไม่ค่อยคิดมากไงที่ บางทีก็ไปเที่ยวบ้างทุกวันอาทิตย์บางทีให้แฟน
 เคลีย เวิร์กบับ้าง ไปสงขลาบ้าง สตูลบ้างก็จะไป” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

4.3.2 การพึ่งศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งพยาบาล
 พุทธและพยาบาลอิสลามต่างยึดศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สำหรับศาสนาพุทธใช้การนั่งสมาธิ
 ไหว้พระ สวดมนต์ ทำบุญตักบาตร มีความเชื่อในเรื่องเวรกรรม ความเชื่อว่าคนถ้าไม่ถึงที่ตายก็ไม่
 ตาย สำหรับศาสนาอิสลามโดยการปฏิบัติทำละหมาด สวดคูอาร์ซอพรจากพระเจ้าและมีความเชื่อ
 ว่าถ้าไม่เป็นพระประสงค์ของอัลเลาะห์ก็ไม่ตาย ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“ทำสมาธิ ไหว้พระ นั่งสวดมนต์ อ่านหนังสือธรรมะนี้แหละ อย่างน้อยอ่าน
 แล้วทำให้เราสบายใจหน่อยดีกว่าไปอ่านหนังสือที่มีแต่เรื่องเครียดๆ อะไรก็ไม่รู้อ่านแล้ว
 ไม่เกิดประโยชน์ไม่จรรโลงจิตใจ เหมือนอ่านหนังสือธรรมะรู้สึกดีขึ้น ใจเย็นลง ปลงได้
 บ้าง อย่างการเกิดเหตุการณ์มันเป็นวัตรสังสาร เกิด แก่ เจ็บ ตาย ใครทำกรรมมากก็ต้องชดใช้
 กรรม มองว่าเป็นเรื่องเวรกรรมไปซะ” (พยาบาลประสบการณ์ 18 ปี)

“เรานะเป็นพุทธนะ เชื่อในเรื่องบาปบุญคุณโทษไง ถ้าเราทำดีเราไหว้พระ เรา
 สวดมนต์ อะไรแบบนั้นนะ อย่างอื่นก็ทำไรเราไม่ได้ คือจะมีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่อง
 พระพุทธศาสนา ทำบุญตักบาตรทุกวัน ที่บ้านก็คือตักบาตรทุกวัน พระจะมาทุกวัน ทหาร
 มาเผ่านะ เวลาตักบาตรนะ แม่บอกว่าเราทำดีแล้ว ถ้ายังเป็นอีก อะไรนะ เวรกรรม คือ
 แล้วแต่อะไรแบบนั้นนะ” (พยาบาลประสบการณ์ 22 ปี)

“น้องก็ว่าอยู่ได้นะ คนเราก็ต้องเสี่ยงทุกคนอยู่ที่ไหนเราก็ตายเหมือนกันไม่ใช่
 ย้ายไปแล้วไม่ตาย ย้ายไปไหนก็ตาย ถึงคราวเคราะห์ดวงซวยก็ตายคนเราถ้าไม่ถึงที่ตายก็ไม่
 ตาย” (พยาบาลประสบการณ์ 18 ปี)

“ละหมาดตลอด เหมือนไทยพุทธนั่นแหละ มีที่พึ่งทางจิตใจของน้องหลัง ละหมาดก็จะขอพระองค์อัลเลาะห์ทุกครั้งให้คุ้มครองตัวเองคุ้มครองทุกคนขอให้สงบสุข เราพูดอยู่ตลอดเวลา ต้องมีที่พึ่งทางใจบ้าง” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“ที่พึ่งทางใจเราก็ขอพรจากพระเจ้า อ่านคูอาร์ช่วยด้านจิตใจเราเป็นที่ยึดของเราเป็นที่ยึดเหนี่ยวเวลาที่ละหมาดทุกครั้งก็ขอพรจากพระเจ้าทุกครั้ง ขอพรทุกครั้งละหมาด ห้าเวลาที่จะขอ” (พยาบาลประสบการณ์ 30 ปี)

“เวลาเครียด เหมือนกับว่าอิสลามก็จะใช้หลักศาสนาในการปล่อยวาง บางทีก็คิดถึงพระเจ้า อะไรที่ว่าเป็นการทดสอบของพระเจ้า อิสลามว่าเป็นการทดสอบของพระเจ้า ก็อะไรทุกสิ่งทุกอย่างคือพระเจ้า ก็จะมีการทำสมาธิแบบอิสลาม ก็จะละหมาด” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“ความคิดของสามี ก็บอกว่าอยู่ที่ไหนก็อันตรายเหมือนกันอยู่ที่เราจะป้องกัน ตัวเราเองอย่างไร อยู่ที่เรามากกว่า” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“จะหนีไปเลยเอาตัวรอดอย่างนี้อยู่ตรงไหนก็ตายถ้าอัลเลาะห์ไม่ประสงค์จะ ให้เจอเหตุการณ์หรือให้ตายกับเหตุการณ์มันก็ไม่เกิดเพียงแต่ว่าเราต้องระวังมากขึ้น ไม่คิดจะหนีไปไหน” (พยาบาลประสบการณ์ 30 ปี)

5. สภาพปัญหาในการปฏิบัติงานที่ยุ่ยากและลำบาก

5.1 ภาระงานเพิ่มมากขึ้นในขณะที่ทรัพยากรไม่เพียงพอ

จากผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานในส่วนองงานหลัก งานนอกเหนือจากงานหลัก งานที่เพิ่มเติมเข้ามาในส่วนองการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ การขึ้นเวรนอกเวลาที่เรียกขึ้นมาช่วยหรือการต้องอยู่ต่อเวรในกรณีรับผู้ป่วยอุบัติเหตุภัย งานในด้านการประสานที่ยุ่งยากมากขึ้น โดยปกติเฉพาะการปฏิบัติงานหลักอย่างเดียวภายใต้อัตรากำลังที่จำกัด ทั้งแพทย์และพยาบาลที่ไม่เพียงพออยู่แล้ว อุปกรณ์เครื่องมือที่ไม่เพียงพอหรือเครื่องมือที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเช่น จอสำหรับดูคลื่นหัวใจ เครื่องช่วยหายใจ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ประกอบ

กับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นจำนวนมากทำให้พยาบาลรู้สึกเหนื่อยล้ามากดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ลักษณะการทำงานมันอาจจะมีจุดจิกมากขึ้น แล้วก็ในส่วนของการติดต่อประสานงานมากขึ้น เพราะว่าแต่ก่อนเราก็ทำแค่ของเราคนเดียว ไหนจะต้องศูนย์เยี่ยมยา ไหนจะตำรวจ ผู้ใหญ่บ้าน อ.ส.ม(อาสาสมัครรักษาหมู่บ้าน-ผู้วิจัย) ไหนจะต้องส่งต่อผู้ป่วย การ ส่งต่อผู้ป่วย อะไรจะเยอะขึ้น แล้วก็ในส่วนของศูนย์เยี่ยมยา ศูนย์สุขภาพ เยอะขึ้น” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“ลักษณะของการทำงาน ก็คือว่าเรา นอกจากงานประจำแล้วก็ต้องเตรียมพร้อมเรื่องการรับสถานการณ์ แล้วถ้าการทำงาน จำนวนคนมันน่าจะน้อยกว่าไม้ เพราะมีแต่คนออกคนเข้ามันไม่มี ก็เหมือนกับว่าเราบริหารงานหนักมากขึ้นนะเหมือนผู้ป่วยนอกอายุกรรมอยู่วัน 2 คนอย่างเงี้ยงานก็มากขึ้นบางวันมีคลินิกพิเศษอีกก็ต้องไปทำ แล้วเราก็ออกคนเดียว บางทีรู้สึกว่างานมันหนัก หนักมากเหมือนคุยกับน้องที่โรงพยาบาล อะไร เขาบอกว่าผู้ป่วยนอกเขามีพยาบาลตั้ง 9 คนแต่นั้นเป็น โรงพยาบาลชุมชนนะ แล้วโรงพยาบาลชุมชนมันไม่มีเฉพาะโรคศัลย์อะไร ไม่ได้แยกอยู่แล้วใช่ไหม ขณะนั้นมีตั้ง 9 คน ไอ้เรานั้นอยู่ผู้ป่วยนอกอายุกรรม 2 คนเนี่ยะ โอโหเหนื่อยๆมากคือรู้สึกเหนื่อยมากกว่าที่อื่นไม้” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

“บางช่วงที่มีสถานการณ์ก็หนักหน่อย บางครั้งอาจต้องเรียกขึ้น เวรนอกเวลา กระทั่งหัน บางทีอยู่เวรเข้าพอมิเหตุการณ์เราต้องอยู่ต่อ เหมือนกับว่าเราต้องปลิกเวลามาทำงานตรงนี้ คนเราจะเท่าเดิมแต่ในส่วนของงานจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์ตรงนี้ขึ้นมา บางทีก็ต้อง 2 กะบ้าง เข้าบายบ้าง เข้าดึกบ้างเพื่อให้เพียงพอกับงานที่มันล้นในช่วงถ้ามีสถานการณ์ตรงนี้” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“ปัญหาในตอนนี่เรื่องบุคลากรจำนวนน้อย เพราะว่าตอนนี้จะย้ายออกกันอีกแล้ว น้องเขียนทุกปีๆ เขาก็บอกแล้วว่า ห้องผ่าตัด ให้ไปทีละ 1 คน คนที่มาแทนไม่ใช่มาปั๊บทำงานได้เลยต้องฝึก 1 ปี พอคนที่มาฝึกน้องเข้ามาต้องคอยดูแลน้องเขาไม่ใช่ให้ทำเลยต้องดูว่าเขาทำถูกทำผิดกว่าจะปล่อยได้ก็ 1 ปี ... ไม่ใช่เฉพาะพยาบาลน้อย หมอก็น้อยน่าสงสารเหมือนกัน หมอศัลยกรรมก็น้อยมี 2 คนเขาก็เหนื่อยมาก” (พยาบาลประสบการณ์ 18 ปี)

“ตอนนี้บุคลากรน้อยแต่ว่ามันก็ยังเยอะกว่าที่ตึกอื่น แต่เราก็ต้องยอมรับว่าตอนนี้มันขาดคน แต่บุคลากรน้อยเราก็ต้องขึ้นเวรเยอะอยากลาพักผ่อนก็ลาไม่ได้.แต่บางทีเราต้องการใช้แต่ใช้ไม่ได้ เค้ากำหนดไว้ว่า 10 วันต่อปีแต่ใช้ไม่ได้ 10 วันยังใช้ไม่หมด” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“ถ้าเป็นเวรเข้าทำงานง่ายหน่อยอย่างน้อยก็ให้เสมียนไปเยี่ยมอุปกรณ์ ออกซิเจนมา สำรองไว้ ส่วนใหญ่คนไข้ที่มาเราไม่รู้ว่ามีหนักไม่หนักต้องมาตึกนี้หมด ไม่ว่าจะหูน๊วก้อย เราก็ต้องเตรียมออกซิเจนอุปกรณ์ไว้ ทีนี้ในส่วนของคนงานเราก็ต้องให้เขาไปหยิบยืมของ ที่เป็นปัญหาคือในส่วนของอุปกรณ์ เดี๋ยวอะไรนี้มันไม่มี” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“กรณีอย่างเช่น ทหารที่ไปอารักขาพระเทพ แล้วก็ต้องเข้ามา ที่โคนยงที่ค้อ ก็คือ ตอนนั้น ความพร้อมเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลเรา เช่น เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ เสีย พอหลังจากที่คนไข้มี แทร์แคโรติก (มีการฉีกขาดของเส้นเลือดที่คอ-ผู้วิจัย) หมอไปต่อเส้นเลือดแล้วคืนก็ไม่ดี เราต้องรีบไป เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่องมือเราก็ไม่มี แล้วก็สถานการณ์ตอนนั้นก็ไม่ได้ เราต้องไป เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ที่โรงพยาบาลข้างนอก ก็คือบุคลากรเราก็น้อย การที่จะเรียกคนออกไป เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ในเวลาประมาณสามทุ่ม ตอนนั้นมันก็ลำบาก ก็คือเราจะต้องเปลี่ยนคนในเวรต้องรีบไป” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“พวกเครื่องมืออะไรเครื่องช่วยหายใจบางที่ไม่พอ ต้องยืมจาก หอผู้ป่วยอื่น” (พยาบาลประสบการณ์ 8 ปี)

“เครื่องมือเครื่องใช้ที่ไม่พอเหมือน จอสำหรับดูคลื่นหัวใจ ของเราเป็นหน่วยผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่จะเป็น จอสำหรับดูคลื่นหัวใจ ของเราเป็นเครื่องเก่าของ ไอซียู (หอผู้ป่วยหนัก-ใหญ่เก่าของเขาบางที่มันคลาดเคลื่อน มีครบทุกเตียงแต่มันคลาดเคลื่อน มันบางที่ อัตราการเต้นของหัวใจ ขึ้น 200 เราก็ตกใจมาฟัง หัวใจจริงๆมันก็ไม่ใช่” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

กล่าวโดยสรุปปัญหาภาระงานเพิ่มมากขึ้นในขณะที่ทรัพยากรไม่เพียงพอทั้งทรัพยากรบุคคลคือแพทย์ พยาบาลและทรัพยากรที่เป็นสิ่งของคือเครื่องมือทางการแพทย์ ภาระงานที่ล้นคนทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความเหนื่อยล้าในการทำงาน

5.2 ผู้ป่วยเรียกร้องการบริการการพยาบาลมากเกินไป

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นในจังหวัดชายแดนภาคใต้จากการระเบิด จากการชุมนุมยิง พยาบาลมีความเห็นว่าผู้ป่วยมีความต้องการและเรียกร้องมากกว่าผู้ป่วยโดยทั่วไปทั้งความสะดวกสบาย การอยู่โรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น ในด้านการบริการที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ด้วยภาระงานที่มาก อัตรากำลังที่น้อยการที่จะตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้ทำให้พยาบาลมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายเหนื่อยใจดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“คนไข้ที่ได้รับผลจากสถานการณ์นะ บางที เรียกร้องเยอะมาก ว่าจะ อย่างโน้น อย่างนี้ไง เหมือนกับ วันนั้นรับ เยอะมากเลย วันที่ระเบิดตรงซอยสิบสองนี่เต็มเลย มาถึงก็จะนอนใกล้กัน อะ ไร่อย่างเนี่ย เราก็อธิบายแล้วนะ ว่าไม่ได้ คนไข้คุณนั้นอาการน้อย ไข้ไหม ก็ให้ไปนอนฝั่งโน้นก่อน เพราะเราก็ไม่รู้ว่าคุณต่อมานั้นจะอาการหนักไหม เพราะ ล็อก เราก็จะได้ดูแลไว้คู่ล๊อคกลางใจ นี่ก็ อ้อ โง่งนึ่งๆ” (พยาบาลประสบการณ์ 15 ปี)

“เราก็ไม่รู้จุดประสงค์อะไรของเขา มีการส่งต่อของเขาหรือเปล่า ว่าถ้าคุณอยู่ตรงนี้เกิน 20 วันคุณจะได้เงินในส่วนของการเยียวยาเพิ่มขึ้น เกินกว่า 20 วันจะได้ในส่วนของการเยียวยามากกว่า ก็ทำให้คนที่เขาโดนอุบัติเหตุตรงนี้ เขาโดนแล้วนี่หนักๆก็ทำงานไม่ได้ เขาก็จะเอาให้คุ้มช้ ก็นอนไปเลย 20 วัน คือเรื่องของเรื่องไม่ใช่เขาเกิดอุบัติเหตุเอง มันเกิดจากสถานการณ์ความ ไม่สงบทำให้เขาได้รับกรรมตรงส่วนนี้ เขาพยายามเอาคืนจากรัฐให้มากที่สุด” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“ความคาดหวังของหัวหน้างาน หัวหน้าฝ่าย ผู้อำนวยการ. คาดหวังมากขึ้น เพราะว่าคนที่เราให้บริการเป็นคนที่แบบตำแหน่งใหญ่ หรืออย่างเช่นคนที่โดนยิงรถตู้ ที่เหลือรอดอยู่คนเดียว ที่เป็นครู คนนั้นก็ถือเป็นข่าวด้วย คนรอบข้างจะต้องการความรู้สึกอะไรยังมีมากขึ้น ญาติจะต้องการความเพียบพร้อม และก็ความสะดวกสบายมากขึ้น ทีนี้เราก็ต้องให้เค้าด้วยจะพยายามตอบสนองให้เค้าให้ได้ เท่าที่โรงพยาบาลจะมีให้ได้ เพราะว่า

เหมือนกับญาติคนไข้มีความรู้มาก คำจะให้เรา สมบูรณ์ที่สุดเหมือนกับโรงพยาบาลใหญ่ๆ โดยทั่วไปมันก็จะไม่ได้ เราก็จะให้เท่าที่จะให้ได้ แต่สิ่งที่สามารถให้ได้ก็จะให้เต็มที่” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“ในส่วนของคนไข้ เขารู้สึกเจ็บปวด เขาไม่อยากอยู่ตรงนี้ ทำไมไม่ไปดูแลเขา นี่เลือดออกนะ ทำไมไม่ไปดูแลเขาก่อน เขาต้องการให้เราไปดูแลเขาอย่างใกล้ชิดกว่าคนไข้ปกติ เหมือนกับคนไข้ปกติไม่ได้มีความเรียกร้องเหมือนคนไข้สถานการณ์ก็ต้องอธิบายให้เขาเข้าใจ เราก็ทำเต็มที่. ในส่วนของการรับเข้ามา แต่จะให้ตามความต้องการของเขาทุกคนมันไม่ได้ ในส่วนของตรงนั้นพอมีปริมาณเยอะ ทั้งคนพุทธ อิสลามเขาเข้ามาปุ๊บ จะต้องการให้ได้ การดูแลเป็นพิเศษ เขาต้องการให้ได้ตั้งใจเขา ว่าเขานะเกิดจากสถานการณ์นี้จะต้องมีคนมาดูแลเขา ทำไมหมอมันไม่มา เราคิดว่าเขาคงคิดแบบนี้เองว่า ต้องให้การดูแลพิเศษกว่าคนอื่น... ถามว่าเหนื่อยขึ้นไหม เหนื่อยกายไหมเหนื่อยใจไหม ก็ให้ทั้งสองอย่างมันเพิ่มขึ้น เหนื่อยกายคือรับคนไข้มาก เหนื่อยใจก็คือความรู้สึกที่เขาต้องการแล้วเราให้เขาไม่ได้” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

สำหรับอีกส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยมีการเรียกร้องคือการเลือกผู้ให้บริการจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นอิสลามเริ่มเปลี่ยนในเรื่องของการบอกความต้องการหรือการเลือกผู้ให้บริการที่เป็นอิสลามด้วยกันว่าจะเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษาหรือพยาบาลที่ให้การดูแล โดยพยาบาลมองว่าผู้ป่วยนำเอาเรื่องของศาสนาเป็นข้อต่อรอง ความไม่ไว้วางใจ ความรู้สึกแปลกแยก ทำให้พยาบาลรู้สึกยุ่งยากใจในการทำงานดังกล่าวต่อไป

“มีคนไข้บางคน อย่างผ่าตัด จะเริ่มต้นคือถาม เป็นคนไข้ผ่าตัดหัวใจด้วยซ้ำว่าขอเป็นหมออิสลามผ่าได้ไหม หมอคนที่ผ่าให้แก่อีก ก็เจียบไป แกก็ไม่พูดอะไร คือน้องๆ คำที่รู้สึกหงุดหงิด คือสิ่งที่ทำให้คนไข้ก็ยังทำอยู่ แต่ความรู้สึกดีๆ จะยิ่งลดลง ว่าทำไมละทำไมต้องเป็นหมออิสลาม ไทยพุทธกับอิสลามก็เหมือนกันผ่าเธอ ถ้าเธอไม่เอาไทยพุทธแล้วเธอจะให้ใครผ่าให้เธอ มีหมอคนเดียวที่ผ่าหัวใจ อย่างเมื่อก่อนนี้เหมือนคำจะไม่ค่อยเลือกเท่าไร. เราไปทำอะไรให้เค้า เค้าก็รับหมด แต่ตอนนี้พวกเค้าเริ่มมากขึ้น เค้าค่อนข้างจะเอาเรื่องของศาสนาเป็นข้อต่อรองเรา” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“บางครั้งเขาก็จะระบุเลยว่าขอพยาบาลอิสลาม ก็ส่วนน้อย ถ้า กรณีผู้ป่วย เสียชีวิต เขาจะไม่ให้เรายุง เขาจะขอพยาบาลอิสลาม ก็มีอยู่ครั้งนึง คนไข้เสียชีวิต น้อง ไปดูแลคนไข้ที่เสียชีวิต เขาก็ถามว่า “น้องไทยพุทธใช่ไหม” น้องก็ตอบว่า “ใช่ค่ะ” เขาก็บอกว่า “ขอโทษนะไม่เอาขอเป็นพยาบาลอิสลามได้ไหม ก็ไม่เป็นไร ก็รู้สึกเหมือนกันว่า ทำไมแค่เช็ดตัว ซึ่งก่อนหน้านี้เราก็ไปทำไม่ใช่ไม่ทำ ” (พยาบาลประสบการณ์ 5 ปี)

“บางกรณีที่เขามานั้น ปู่บ เข้ามากลามเลย “คนเจ็บอะ พุทธหรือมุสลิม” ทำให้ บางทีเราก็รู้สึกไม่ดี แล้วก็ “พยาบาลไทยพุทธไม่เอา เอาพยาบาลมุสลิม” บางคนเข้ามา แล้ว เขาบอกแบบนี้เลยนะคะ ความยุ่งยากในการทำงานมันเยอะขึ้นนะคะ” (พยาบาล ประสบการณ์ 11 ปี)

“ในแง่ของการมาบอกความต้องการนี้เห็นชัด อย่างเช่น น้องยืนอยู่ที่เคาเตอร์ น้องกำลังสบตากับเขาอยู่ เขาต้องเดินมาบอกอะไรเราซักอย่างแน่ๆเลย เราถามมีอะไรไหม เขาจะไม่สนใจเรานะคะ เขาจะไปบอกน้องที่นั่งอยู่ข้างหลังเราอีกทีหนึ่งทีพูดภาษาเดียวกัน อาจเป็นความไว้วางใจซึ่งแต่ก่อนไม่มี อันนี้เห็นชัดเลย จนกระทั่งพี่บางคนว่าเฮ้อะ ฉันยืนอยู่ที่นี่ จะถามเธอจะเอาอะไรแค่เธอจะเอาเสื้อนี่เธอไปบอกทำไม ฉันก็เดินไปหยิบให้เธอได้ อะไร แบบนี้ที่น้องเคยสังเกต” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

5.3 ความแตกต่างของศาสนาและวัฒนธรรม

พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนใหญ่ประชากรประมาณ ร้อยละ 80 นับถือศาสนาอิสลาม มีวิถีชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของตนเอง มีชีวิตความเป็นอยู่บนพื้นฐานความเชื่อและความศรัทธาในศาสนาอิสลาม รวมทั้งขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากประชาชนในภูมิภาคอื่นทั้งทางด้านภาษา ศาสนา การแต่งกาย จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอิสลามในพื้นที่ชายแดนภาคใต้จะมีความเชื่อ ศรัทธาและเคร่งครัดในการปฏิบัติมาก เช่น ช่วงการถือศีลอด การละหมาด จะให้ร่างกายสะอาดไม่ให้มีอะไรแปลกปลอมใส่เข้าไปในร่างกายซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสกปรก จะปฏิบัติศาสนกิจไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยถอดเข็มแทงน้ำเกลือหรือผ้าพันแผลออกเอง หรือความเชื่อในเรื่องผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่ไม่ให้มีการช่วยฟื้นคืนชีพ เพราะถือว่าเป็นการเพิ่มความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยการปฏิบัติงานของพยาบาลภายใต้ความเชื่อและความเคร่งครัดในการประกอบศาสนกิจทำให้พยาบาลเกิดความไม่เข้าใจและยุ่งยากในการปฏิบัติดังกล่าวต่อไป

“เห็นคนไข้บางคนช่วงถือศีลจะทำอะไรเขาก็ไม่ยอม ไม่ยอมให้ใส่อะไรในตัวเลย แล้วถ้าต้องสวน ไม่ยอม ไม่ยอมฉีดยา ก็ต้องให้น้องที่เป็นมุสลิมมาช่วยพูดให้เหมือนกัน เขาก็เหมือนกับว่าเราไม่รู้วัฒนธรรมเขาแล้วมาสั่งให้เขาทำ มันขัดกับวัฒนธรรมเขา บางทีเขาก็ว่าเราไม่เข้าใจเขา เขาก็ไม่ทำตามบอก..เขาก็ไม่เห็นด้วย ความเชื่อของเขาจะบอกอะไรเขาก็ไม่ทำ...แล้วคนไข้เอดส์ พวกนี้ไม่กล้าตัดสินใจว่าตัวเองอย่างเช่นถ้าจะเริ่มยาต้าน ต้องกินยาตรงเวลาเช้า ตรงเวลาเย็น แล้วช่วงถือศีลคอกเขาจะทำไม่ได้ไง บางคนเค้าต้องไปขออนุญาต โตะอิหม่ามก่อน ก่อนที่จะตัดสินใจบางเรื่อง ต้องให้เขาอนุญาตก่อนจึงจะเริ่มยาได้” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

“เป็นความเชื่อของเขาว่า คือจริงๆแล้วน้องเคยไปอ่านมานะคะ เขาบอกว่าถ้าเราเจ็บป่วยเนี่ยะจริงๆเราไม่ต้องปฏิบัติศาสนกิจก็ได้ อย่างเช่นเรามีสายระบาย สายฉี เขาก็ถือว่าเป็นสิ่งสกปรกจะปฏิบัติศาสนกิจไม่ได้ แต่คนไข้บางคนที่ไม่เคยเจ็บป่วยปฏิบัติศาสนกิจมาตลอดชีวิตนะคะ 60ปี 70ปีเนี่ยะเหมือนๆเป็นคุณค่าความเชื่อ เหมือน ไม่ได้ทำ 1 ครั้ง เป็นบาปกรรมเคราะห์กรรมติดตัวไป ไม่สบายใจ เขาก็อยากจะทำคะแต่เราก็ไม่ได้ทุกครั้งนะคะ เหมือนถ้าน้องเพิ่งไปใส่เข็มสำหรับให้น้ำเกลือ แล้วให้น้องไปใส่ใหม่ น้องก็ต้องไปอธิบาย เขาแล้วเราไม่เอาออกให้...บางทีเขาเอาออกเองก็มี แต่น้องไม่ได้ไป ตามว่าทำไมถึงเอาออก แต่ได้ยินเสียงเวรอื่นบ่นว่าผ้าพันแผล ตั๊กก่องแล้ว แต่เขาก็ไม่ได้ตามเราไปพันนะ เขาบอกว่าเขาทำได้ คือเหมือนว่าเราใส่แผลใช้ไม้เคเสเสร็จแล้วมีผ้าก๊อชแล้วปิดก๊อช แล้วก็หยางยั้งจี้คะ แล้วก็เอาขึ้นมาแล้วพันผ้าพันแผล กว่าเราจะรู้ว่าเขาทำแบบนี้ บางทีมันอาจจะหลายครั้งแล้วถูกไม้เคแต่บังเอิญเราไปเจอจังหวะที่ ผ้าวางอยู่อะไรอย่างจี้คะ และบางคนก็ไม่บอกเราว่าไปละหมาดเพราะเขาถือว่าศาลาละหมาดอยู่ตรงนี้นะคะ บางทีเราจะแจกยาแจกอะไรตรงกับเวลาที่เขาไปละหมาดนะคะ” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“มันเป็นหลักศานาอยู่แล้วใกล้ตายไม่ให้บีม(นวดหัวใจ-ผู้วิจัย) อย่าไปเพิ่มความเจ็บปวด ให้ไปอย่างสบาย ” (พยาบาลประสบการณ์ 30 ปี)

นอกจากความเชื่อ ศรัทธา เครื่องครัดในการปฏิบัติในผู้ป่วยแล้ว ในส่วนของเจ้าหน้าที่บางส่วนก็มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติด้วยเช่นกันทำให้พยาบาลรู้สึกขัดแย้งในความรู้สึกระหว่างหน้าที่และการเคร่งครัดปฏิบัติศาสนกิจดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“สมัยก่อนพยาบาลก็มีมุสลิมเท่าๆนี้ค่ะ แต่ที่เวลาละหมาดอะไรก็จะรู้สึกงัวถ้าเราอยู่คนเดียวก็จะไม่ไปละหมาดนะคะ ถ้าคนไข้หนัก วิฤติในช่วง 15, 20 นาทีในช่วงที่เขาไปละหมาด แต่เราต้องการคนก็จะไม่มีใครไปค่ะแต่จะไม่เหมือนน้องที่จบใหม่มาล่าสุดเนี่ยะค่ะ คือถึงว่ายุ่งหรือไม่ว่างหมอมามาตรวจหรือไม่มา ตรวจถึงเวลาตัวเองละหมาดก็จะละหมาดนะคะ ซึ่งบางครั้งมันก็สร้างความขัดแย้งในความรู้สึกเราเหมือนกัน เพราะว่าเราก็พยายามเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรมว่านี่คือการปฏิบัติศาสนกิจ แต่ในขณะที่เดียวกันนี้ก็คือการปฏิบัติหน้าที่ คือเราก็บอกไม่ได้ มันเหมือนจริยธรรมก็ไม่รู้เนอะ อันนี้คือคุณค่าความเครียดกับเค้า คือถ้าเขาไม่ทำแล้วไม่สบายใจ แต่ข้างในหอผู้ป่วยก็เป็นหน้าที่ของเค้า นะคะ...มีบางครั้งมีแบบนี้ด้วยคือห้องที่เขาละหมาดคือห้องประชุมนี้คะแต่เดี๋ยวนี้อีกคนมานอนกลางคืนคือทั้งคนงานแล้วก็พยาบาลที่ลงเวรไม่ได้ใช่ไหมคะ ก็มีอยู่วันหนึ่งฝนตกหนักมาก เวนดิกก็ห้องที่เป็นมุสลิมนี้คะเขาขอไปละหมาดที่ศาลาละหมาดข้างหลังนะคะ พี่เขาเล่ามา คือส่วนใหญ่ทุกคนจะรู้สึกเหมือนน้อง คือหมายความว่าถ้าเขากำลังยุ่งหรือว่ามันเสี่ยงที่คุณจะไปละหมาดข้างหลังเนี่ยะ คุณไม่ไปในครั้งนั้นนะซักครั้งได้ไหม แต่เราก็ไม่กล้า เราก็ไม่กล้าไปพูดนะคะ เพราะว่ามันเป็นเรื่องคุณค่าความเชื่อของแต่ละคนใช่ไหมคะ เราไม่ได้ปฏิบัติเหมือนเขา เราจะไปบอกว่าสิ่งที่คุณไปทำไม่เหมาะสม มันก็ไม่ได้ หมอมามาตรวจช่วงจังหวะที่เขาละหมาด บางทีน้องรู้สึกว่ามันเป็นผลประโยชน์ของคนไข้คะ การที่พยาบาลเจ้าของไข้จะได้ไปบอกหมอว่าคนไข้คนนี้มีปัญหาอะไร คุณเปิดแผล แผลของคนไข้เป็นยังไง หมอคะแผลไม่สวยนะคะ หรือว่าหมอคะแผลสวยนะคะ ได้รับยาปฏิชีวนะหลายวันแล้วนะคะอะไรอย่างเงี้ยะคะ” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“..ก็ละหมาดคือที่นี้ไม่เท่าไรหรือน้องว่าถ้าดูตามตีกอื่นนะเห็นเพื่อนยุ่งก็ยังละหมาดแต่ถ้าตีกนี้มันไม่ว่างมันอยู่ที่คนด้วยพี่ก็คือที่นี้ที่เคร่งๆที่ต้องละหมาด เป๊ะ เป๊ะหน่อยก็คือประมาณสักสองคนเองนอกนั้นก็แบบว่ายุ่งอยู่ก็ไม่ละหมาด มันก็เลื่อนเวลามาให้หน่อยพอเราสงบเขาก็ไปละหมาดแต่เราไม่เคยคุยเขาไปละหมาดก็ไป เราไม่ได้ว่าอะไรตรงนั้นก็คือถือว่าเป็นศาสนาของเขาละนะเราไม่ได้ไปเกี่ยวไ้แต่ทว่าถ้ามันยุ่งจริงๆแล้วคุณไปละหมาดก็ต้องคุยแต่ว่ายังไม่เคย ยังไม่เคยกัน ยังไม่เคยเขาก็คงรู้แหละนะมันเป็นงานก็คือทำนี่มันเป็นเรื่องส่วนตัวเพราะตามหลักแล้วถ้ายุ่งเขาปฏิบัติไม่ได้ก็สามารถเลื่อนได้ใจ” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

ในส่วนของผู้เช่าพื้นที่เนื่องจากเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจแล้วช่วงของเทศกาลวันตรุษทางศาสนาอิสลามที่ต้องการอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากันกับคนในครอบครัว ก็จะมีปัญหาในเรื่องของการลาหยุด ในหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลอิสลามมากพยาบาลไทยพุทธน้อย การที่จะให้ลาหยุดพร้อมกันคงเป็นไปได้ก็เป็นปัญหาในการทำงานอีกเหมือนกันดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“ในช่วงรายอ(ฮารีรายอ-ผู้วิญญ์) มันจะเป็นปัญหามาก เพราะปีหนึ่งเค้ารายอ ก็ครั้งหนึ่งก็ไม่ได้ทำงาน แต่ก็คือก็เป็นปัญหาคือเค้าจะไปกันยาว (หยุดติดต่อกันหลายวัน-ผู้วิญญ์) ช่วงหนึ่งเราก็เข้าใจเราก็อยากให้เค้าได้ไปแต่ภาระงานตอนนี้ก็คือจะตกที่ไทยพุทธ และก็ไทยพุทธที่มันมีอยู่เนี่ยมันสามารถขึ้นเวรบายดึกได้กันประมาณ 3-4 คนและพวกที่เหลือก็จะเป็นอาวโศซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในเวรเช้ามันก็จะหนักกับเราบางทีเวรเช้าก็ยังคงต้องเข้าบายและยังต้องไปต่อเข้าบายอีกวันหนึ่งต่อดึกและยังต้องสลับกันมีน้อยและเค้าก็จะมากระพิศกระเพียดใส่ว่าเอาทำไมไม่ขึ้นให้ไม่ได้อะไรอย่างเงี้ยคะ ก็บางทีก็บอกว่าไม่ใช่ขึ้นให้ไม่ได้แต่ก็แบบเวรมันก็แน่นสำหรับเราแล้ว ก็มีบางทีก็โกรธกันบ้าง” (พยาบาลประสบการณ์ 5 ปี)

“จะมีปัญหาเรื่องเวร ตรงที่ว่าพอวันรายอต้องหยุดให้ได้ ฉะนั้นต้องหยุดให้ได้ก็คนที่คิดว่าจะหยุดพร้อมกันได้ยังไงวันเดียวไม่ใช่อีกจะไปเป็นอาทิตย์จะไปกันยังไงแล้ว... คุณรายอกันได้ถ้าไม่มีคนคุณไม่สามารถที่จะลาได้ก็ไม่ต้องลา คือเขาจะเรียกเรื่องนั้นคือที่หัวหน้าก็จะบอกว่า ไม่ใช่ ไม่ใช่ว่าคุณจะลา ลา ลา กันไป วันทำบุญก็แลกฝากกันถ้าผ่านเขา ก็รับไม่ใช่คิดจะลาได้ก็ลา ลา กัน” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

อย่างไรก็ตามภายใต้ความแตกต่างทางวัฒนธรรมการสื่อสารก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งด้วยเช่นกัน การสื่อสารในจังหวัดชายแดนภาคใต้ก็เป็นปัญหามากเลยเพราะการสื่อสารที่ไม่ได้ใจความหรือไม่เข้าใจกันก็จะก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ เดิมทีการพูดคุยกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนไข้ก็มีการปรับเปลี่ยนเหมือนกัน อย่างพยาบาลที่พูดภาษาวิไม่ได้ก็พยายามหัดที่จะพูดเพื่อที่จะสื่อกับผู้ป่วยได้หรือการสื่อกับผู้ป่วยโดยผ่านทางญาติหรือเจ้าหน้าที่ที่สามารถพูดภาษาไทยได้ ผู้ป่วยอิสลามที่พูดภาษาไทยไม่ได้ก็พยายามหัดพูดแม้ว่าจะพูดไม่ชัดแต่ก็มีความพยายามทำความเข้าใจกัน แต่หลังจากเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้นจะเห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยอิสลามจะไม่ยอมพูดภาษาไทยจะใช้ภาษาวิในการพูดคุยส่งผลให้พยาบาลรู้สึกว่าคุณป่วยไม่ไว้วางใจทำให้การทำงานยากขึ้นดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“ก็เริ่มที่จะไม่ใส่ใจกับเราไม่ค่อยพูดไทยกันแล้ว...ทำงานยากขึ้นตรงที่ว่าเริ่มต้นจะไม่มี การพูดคุยเลย เราพูดคุยกับเค้าไม่รู้เรื่อง เขาไม่วางใจที่จะพูดคุยเลย เราพูดคุยภาษากับเค้าไม่รู้เรื่อง เขาแบบไม่อยากจะเล่า ถึงแม้จะพูดดี เค้าก็จะต้องการคุยกับคนที่ เป็นอิสลามมากกว่า แล้วเริ่มหันมาว่า ให้เราไปหัดพูดอิสลามหลังจากเกิดเหตุการณ์จะเป็น มากขึ้น เห็นได้ชัดๆชาวบ้าน เมื่อก่อนที่เริ่มทำงาน อิสลามจะพยายามพูด ไทยเพื่อที่จะคุยกับเรา ให้รู้เรื่อง แต่เดี๋ยวนี้เค้าจะไม่พยายามพูดเลย เค้าก็มีความรู้สึว่า ถ้าอยากคุยกับเค้าต้องหา คนอิสลามมาคุย หรือไม่เราก็ต้องพยายามพูดอิสลามเหมือนเค้า มันเหมือนกับว่า เค้าภูมิใจ ในสิ่งที่ เป็นของเค้าอยู่ คือเค้าเป็นตัวของตัวเอง กลายเป็นว่าเราต้องแบบปรับตามเค้าคือเค้า ไม่ได้คิดว่านี่เป็นสถานที่ราชการ เค้าต้องพูดคุยในภาษาราชการ เค้าจะพูดคุยในภาษาของ เค้า เราต้องเอาคนที่คุยได้มาคุยกับเค้าละกัน” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“ส่วนมากกับคนไข้ มีบางอย่างเหมือนกับว่าเขาพูดภาษาถิ่นกับเรา ทั้งที่เขาพูด ภาษาไทยได้ ก็ปล่อยให้เขาพูดไปเราก็เข้าใจแหละว่าบางทีมันก็ไม่ดี ทำไมไม่พูดไทยกับเรา ทั้งๆที่เราอยู่เวร แต่ใน โอกาสเดียวกันเราเป็นพยาบาลพุทธแต่อีกคนเป็นพยาบาล อิสลามแต่งตัวมีผ้าคลุมหัว อะไรนี้ เขาก็จะไม่พูดกับเราเลย เขาจะพูดกับเจ้าหน้าที่ของเขา มากกว่า เขาจะแยกไปเลย...ก็มีคนที่อธิบายสองสามครั้งแล้วก็ไม่เข้าใจ ก็คือตอนนี้ถ้าเกิด เราอธิบายแล้วเค้าไม่เข้าใจก็จะ ให้เจ้าหน้าที่อิสลามเค้าอธิบายจริงมันเหมือนกับว่าเค้าไม่ ค่อยเข้าใจในสิ่งที่เราพูด เหมือนกับว่าให้ความรู้ไปตรงเนี่ย ถามไปพอให้ข้อมูลย้อนกลับ ตอบไม่ได้ อย่างบางทีพอหมอเข้าไปพูดแล้วหมอไปแล้ว เค้าก็เดินออกมาถามแล้วว่าเมื่อ กี่ หมอพูดอะไรอย่างบางทีหนูก็จะสื่อสารกับเค้าว่าทำอย่างไร บางทีเค้าก็กังวลเกี่ยวกับเรื่องการ พยาบาล คำศัพท์อะไรพวกเนี่ยแต่ก็คืออธิบายเป็นภาษาท้องถิ่นแล้วเค้าก็ยังงง เราก็ว่าเออ บางทีการสื่อสารมันอาจจะไม่ตรงกันก็ได้ การรับรู้มันต่างกัน” (พยาบาลประสบการณ์ 5 ปี)

“แต่ก่อนมันไม่ค่อยมีนะจะปรากฏการณ์นี้ แต่ช่วงหลังนี้เห็นชัดๆนะจะ เหมือนเวลาที่ญาติผู้ป่วยจะเอาอะไรเนี่ยจะ บางคนก็พูดได้ คือถ้าเขาสื่อสารภาษาไทยเนี่ย เขา จะได้รับการตอบสนองเร็วกว่า อย่างเช่นบอกว่าปวด จะเอาเสื้อ จะเอาผ้าห่ม คนไข้จะไป ห้องน้ำ แต่ทุกวันนี้คือน้อยมาก ก็จะมี ส่วนใหญ่เค้าจะพูดภาษายาวินะจะทุกคนไข้ทั้งญาติ เลย...เราพูดมุสลิมมากขึ้นเยอะแล้วกับคนไข้ เขาไม่ยอมพูด แต่เราก็ทำ ในเวรนั้นมีน้อง

อิสลาม เราคิดว่าถ้าบางครั้งสิ่งนั้นสำคัญ อย่างเช่นถ้าเขากำลังบอกอาการเปลี่ยนแปลงเรา อยู่ เช่นเขาปวด หรือเราเห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงต้องรายงานหมอยังไงล่ะ เราก็ยินดีที่จะ ให้ญาติข้างเตียงหรือพยาบาลในเวรหรือน้องผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่พูดอิสลามได้มาแปลให้เรา เพราะเราถือว่าข้อมูลตรงนั้นสำคัญ ที่จะต้องรายงานเพราะว่าการรายงานก็จะต้องได้รับการ รักษากลับมา ถ้าข้อมูลที่ได้มาไม่ใช่ข้อมูลที่ถูกต้องคนไข้ก็ได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง อัน นั้นน้องจะเฉยๆน้องจะตามคนอื่นที่พูดแล้วเข้าใจมากกว่า แต่ว่าโดยส่วนตัวน้องจะพูด อิสลามได้อยู่แล้วล่ะ ถ้าลึกมากๆก็ต้องตามน้อง แต่ถ้าพูดทั่วไปเหมือนบอกความต้องการ หยิบอะไรยังงี้ อันนั้นน้องไม่มีปัญหาค่ะ” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

นอกจากนี้ในส่วนของผู้ป่วยที่บางหออผู้ป่วยก็เช่นกันเริ่มมีการใช้ภาษาอิสลามในการ พูดคุยกันระหว่างเจ้าหน้าที่อิสลามกับเจ้าหน้าที่อิสลามจนกระทั่งถึงการส่งเวรในภาษาอิสลาม ทั้งๆ ที่หออผู้ป่วยนั้นก็ไม่ได้มีเจ้าหน้าที่ที่เป็นอิสลามทั้งหมด ทำให้พยาบาลที่เป็นไทยพุทธรู้สึกไม่ดี ทำงานยากขึ้น รู้สึกถึงความแบ่งแยกบุคลากรออกเป็นสองฝ่ายดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“ถ้าในกรณีที่เราเป็นส่วนน้อยเราก็คือเราก็จะอยู่เฉย ๆ หนึ่ง ๆ เงียบและจะไม่ ค่อยมีบทบาทอะไร ก็คือทำหน้าที่ในส่วนของเราแต่ถ้าเกิดว่าในเวรที่เราอยู่กับพวกเค้า เยอะ ๆ เค้าก็จะใช้ภาษาของเค้าไปเลย ตรงส่วนนั้นก็คือเราก็นั่งได้อยู่คนเดียวหรือบางทีเรา ก็อยากคุยกับเค้า เค้าก็คุยภาษานั้นทีแล้วหันมาคุยกับเราอีกภาษาอย่างเงี้ย บางทีมี ความรู้สึกว่ามันเป็นสถานที่ราชการมันน่าจะใช้ภาษาราชการในการคุย น้องนักเรียน เดียวนั้นก็อาจจะใช้ภาษาท้องถิ่นกันหมดเลย ซึ่งทำให้รู้สึกว่าอะไรทำไมเดี๋ยวนี้มันเป็นแบบนี้ กันแล้ว บางทีมาขอ เคส เค้าก็จะขอ เคส ศาสนาเดียวกันกับเค้า เพื่อที่ว่าเค้าจะได้ขอ ได้ ง่ายภาษาสื่อสารเป็นภาษาเดียวกับเค้า ก็คือเดี๋ยวนี้คือใช้ภาษานี้กันไปหมดแล้ว ถ้าเค้าเกิด ว่าเห็นเป็นเราอยู่อย่างเงี้ยเค้าก็จะไม่ค่อยขอ เค้าจะแบ่งแยกเหมือนกัน” (พยาบาล ประสบการณ์ 5 ปี)

“บางทีเราก็รู้สึก รู้สึกไม่ดีนะคะ ว่าเอะ ทำไมต้องใช้ภาษาอื่นด้วย ทำไมไม่ใช่ ภาษาราชการ ใช้ภาษาวีเราจะรู้สึกไม่ดีใจ เอ๊ะทำไมจะต้องมาพูดภาษามุสลิมในนี้ใช้ไหม คุณไปพูดที่บ้านไม่เป็นไร คุณพูดส่วนตัวไม่เป็นไร เวลาทำงานนะคุณก็ควรจะส่งเวรเป็น ไทยพุทธ ไม่ควร... ไม่งั้นเราก็ไม่รู้เรื่องตรงนี้ โรงพยาบาลชุมชนที่ น้องเห็นที่มีปัญหา... แต่

ตอนนี้เหนื่อยแล้ว เหลือพยาบาลพุทธอยู่ไม่กี่คนแล้ว เพราะตอนที่ส่งเวรเขาเริ่มจะใช้ภาษาวีกัน” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“ที่เริ่มที่เห็นชัดก็คือการใช้ภาษามลายูคุยกันเองในกรณีที่เป็นอิสลามต่ออิสลามนะคะเช่นน้องผู้ช่วยเหลือคนไข้กับพี่พยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือคนไข้กับผู้ช่วยเหลือคนไข้ พยาบาลกับพยาบาล ก็คือจะคุยภาษาวีคะ ซึ่งบางครั้งเราก็รู้สึกว่าจะเอะยากให้เขาพูดภาษาที่เข้าใจเหมือนกันคะ...หมอทางนี้ถ้าเขาพูดอิสลามได้เขาจะพูดอิสลาม เวลาเราตาม แพทย์ตรวจน้องว่ามันน่าจะมีพยาบาลบางคนจิตใจนะที่ฟังไม่ออกว่าเขาพูดอะไร บางครั้งหมอแนะนำอะไรคนไข้ บางครั้งในแง่ของเราเราอยากฟัง บางทีเราจะได้เข้าใจ ได้รู้แผนการรักษาอะไรอย่างเงี้ยคะ บางทีหมอทักทายคนไข้อิสลาม คุยกันภาษาอิสลามจนจบเลยคะทุกเคียงเลย” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

กล่าวโดยสรุปภายใต้ความแตกต่างของศาสนาและวัฒนธรรม ความเชื่อ ความเคร่งครัดในการประกอบศาสนกิจทั้งของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ในส่วนของผู้ป่วยทำให้พยาบาลเกิดความไม่เข้าใจและความยุ่งยากในการปฏิบัติงาน ในส่วนของเจ้าหน้าที่รู้สึกขัดแย้งในความรู้สึกระหว่างหน้าที่และการเคร่งครัดปฏิบัติศาสนกิจ สำหรับในเรื่องของการสื่อสารผู้ป่วยอิสลามจะไม่ยอมพูดภาษาไทยจะใช้ภาษาวีในการพูดคุยส่งผลให้พยาบาลรู้สึกที่ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจทำให้การทำงานยากขึ้น และการสื่อสารในส่วนของเจ้าหน้าที่ทำให้พยาบาลไทยพุทธรู้สึกไม่ดี ทำให้การทำงานยากขึ้น รู้สึกถึงการแบ่งแยกบุคคลากรออกเป็นสองฝ่าย

5.4 การกระทบกระทั่งระหว่างทีมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าในการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพย่อมมีปัญหากระทบกระทั่งกันเกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับพยาบาล พยาบาลกับพยาบาล การที่ต้องรับผู้ป่วยอุบัติเหตุที่หอผู้ป่วยเดียว การที่ต้องทำงานร่วมกับแพทย์หลายแผนก ย่อมมีปัญหาระหว่างแพทย์ผู้ให้การรักษากับพยาบาล เนื่องจากการพยาบาลขาดประสบการณ์ความชำนาญ ความคล่องตัว ในส่วนองงานที่ต่างออกไปทำให้เกิดความไม่พอใจและมีปากมีเสียงกันและในส่วนองพยาบาลกับพยาบาลทำให้เกิดความไม่พอใจกันในการแทนที่เวรของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน และความลำบากใจของผู้ประสานในการประสานระหว่างหอผู้ป่วยในการย้ายผู้ป่วยที่สร้างความไม่พอใจให้กับผู้ป่วย และความลำบากใจในการประสานกับแพทย์ในเรื่องการเขียนใบรับรองแพทย์ และการส่งต่อผู้ป่วยดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ถ้ามีการประกาศเป็นการใช้แผนทั้งเล็กหรือว่าใหญ่ คนไข้ทั้งหมดจะถูกลง ไปอยู่กระดูกชายทั้งหมด เพราะฉะนั้นจะเป็นนโยบายโรงพยาบาลเลยล่ะว่าประกาศใช้แผน เมื่อไหร่ก็ตามอยู่ที่กระดูกชายทั้งหมดล่ะ เพราะฉะนั้นคนไข้ ศัลยกรรมก็ต้องลงไปอยู่ที่ กระดูกชาย หมอก็ต้องไปราวค์ (ตรวจเพื่อการรักษา-ผู้วิจัย) ที่กระดูกชายล่ะ อาจจะมึ บางอย่างที่ต้องใช้ประสบการณ์ซึ่งอาจจะสร้างความหงุดหงิดใจระหว่างกันอย่างเช่นการ ดูแลคนไข้ที่ใส่ท่อระบายทางหน้าอก หรือคนไข้ระบบเส้นเลือด คนไข้ที่มีสายระบายอะไร ต่างๆ ซึ่งบางครั้งศัลยกรรมกระดูก คือไม่ค่อยมีกรณีเหล่านี้ ก็จะมีเฉพาะตอนช่วงที่มี สถานการณ์นั้นะล่ะ” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“บางที่เกิดสถานการณ์ปั๊มน้ำมันต้องรับทุกแผนก ตรงนี้ในส่วนของแพทย์ไม่ได้ เป็นแพทย์ ศัลยกรรมกระดูก อย่างเดียวแล้ว เป็นแพทย์สส เป็นแพทย์ทหาร แพทย์ช่วย ราชการ แพทย์หูคอจมูก มันก็มีบ้างเพราะเกิดในความไม่พอใจของหมอกับพยาบาลก็มี เพราะ เราให้การพยาบาลของเขา บางครั้งเป็น รุทีน (คำสั่งประจำ-ผู้วิจัย) ของเขาแล้วเราไม่ รู้บ้างทำให้ การทำงานมันไม่คล่องตัวมากกว่า เราไม่ใช่หอผู้ป่วยโดยตรง อย่าง อายุรกรรม เราไม่รู้ในเรื่องของคำสั่งในส่วน ตรงนี้เราก็ต้อง โทร ไปถาม หรือหมอที่พอจะคุยได้ก็โทร ไปถาม ถ้าคุยไม่ไหวก็ไปถามพยาบาล ก่อนหน้านี้จะมีคนไข้ ศัลยกรรมกระดูกน้อยเขาให้ ของศัลยก็จะมาฝากที่กระดูกด้วย เราก็ต้อง ดูแล ของศัลยร่วมด้วย ก็พอจะมีประสบการณ์ บ้าง และในส่วนของแพทย์ที่ไม่ใช่แผนกเดียวกันมันก็มีปากมีเสียงกันบ้าง ” (พยาบาล ประสบการณ์ 16 ปี)

นอกจากนี้ยังพบว่าการกระทบกระทั่งกันระหว่างพยาบาลกับพยาบาลผลการศึกษาพบว่า ผลกระทบของสถานการณ์ที่ส่งผลต่อศูนย์สุขภาพชุมชนในเรื่องความปลอดภัย ทำให้ศูนย์สุขภาพ ชุมชนปิดทำการในบางแห่ง ทำให้ไม่เพียงแต่มีการไหลของผู้ป่วยเข้ามารักษาตามโรงพยาบาล ยัง ทำให้มีการไหลของพยาบาลที่อยู่ตามศูนย์สุขภาพชุมชนเข้ามาทำงานในโรงพยาบาลด้วย การเข้ามา ของพยาบาลที่อยู่ตามศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้มีผลกับการขึ้นเวร โดยทำให้พยาบาลที่อยู่เดิมต้องคง สภาพการขึ้นเวรบายและเวรตึกต่อไปทำให้เกิดความไม่พอใจกันซึ่งมีโอกาที่จะทำให้เกิดมีการลาออก ได้ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ตอนนี้เจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเขาขอกลับเข้ามาแล้วมาขออยู่เวรเช้า เขาจะมาเอาตำแหน่งในโรงพยาบาล เขาบอกว่าแล้วถ้าโรงพยาบาลไม่มีตำแหน่งเขาจะตัด

ไปเลย ถ้าไม่มีแล้วจะให้เขาไปอยู่ตรงไหน เขาออกเวรไปแล้ว พออยู่ตรงนั้นปั๊บ เขาเข้ามาในโรงพยาบาล พอเข้ามาโรงพยาบาล คุณกลับมาคุณก็จะอยู่เวรเช้า แล้วคนเก่าที่คิดจะออกเวร คิดว่ามันยุติธรรมพอไหมสำหรับคนที่รออยู่ แล้วแผนกผู้ป่วยนอก ไม่เอาคนเพิ่ม แต่เรามองตรงนี้ว่า โอกาสที่เราจะออก แผนกผู้ป่วยนอก มีไหม แล้วคนที่อยู่ ตามหอผู้ป่วย จะมีโอกาสออก แผนกผู้ป่วยนอก ไหม พอคนอยู่เวรเช้าแล้วเมื่อไหร่จะได้ออก เราปีหน้า พี่เขาจะปลดเกษียณว่าจะขอออกไปอยู่ แผนกผู้ป่วยนอก ที่นี้เป็นแบบนี้ไม่รู้ว่ามีปีไหนจะได้ ออกเวร” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“ศูนย์สุขภาพชุมชนบางที่เขาปิดแล้ว พี่เขาอยู่ศูนย์สุขภาพชุมชนมาออกเวรเช้า ในขณะที่น้องเค้าอยู่ที่ตึกเขาก็อยากออกเวรเช้าเหมือนกันมาแทนที่เขา เขาก็ไม่ค่อยพอใจ ในขณะที่พี่ที่เขายู่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขาออกเวรนานแล้ว เห็นบอกว่าจะให้มาอยู่แผนกผู้ป่วยนอกด้วย” (พยาบาลประสบการณ์ 17 ปี)

ในส่วนของการประสานก็พบว่ามีปัญหาเช่นกัน ในหอผู้ป่วยที่เตรียมตั้งรับก็จะมีปัญหาในเรื่องของการประสานระหว่างหอผู้ป่วยในการย้ายผู้ป่วย โดยปกติภายในหอผู้ป่วยจะรับผู้ป่วยได้ 30 เตียงและมีการวางเตียงเสริมตรงระเบียงด้านหน้าตึกอีกประมาณ 10 เตียงและเป็นแผนของโรงพยาบาลในการรับผู้ป่วยจากอุบัติเหตุหมู่ที่หอผู้ป่วยเดียว ทำให้มีปัญหาในการย้ายผู้ป่วยไปยังตึกอื่นหรือการย้ายผู้ป่วยออกไปนอนนอกกระเปาะเกิดความรู้สึกไม่พอใจของผู้ป่วย ในส่วนของการประสานกับแพทย์ก็สร้างความลำบากใจให้กับผู้ประสานมากในการส่งต่อผู้ป่วย การเขียนใบรับรองแพทย์ ไม่มีการส่งเคสต่อในแพทย์ที่มาช่วยราชการทำให้ผู้ประสานที่เป็นหัวหน้าเวรมีความรู้สึกลำบากใจมากดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“ปัญหาระหว่างหอผู้ป่วย ทำไมต้องลงที่เราจุดเดียว. ในขณะที่สามารถกระจายไปได้ แต่ในส่วนของผู้ใหญ่เขาอาจจะมองว่าสถานการณ์เดียวกันเขาจะต้องมาเยี่ยมในจุดเดียวกันเพื่อ สะดวกในการมาเยี่ยมของผู้ใหญ่ในขณะที่เราลำบากใจ ถ้ามา 10 คน 20 คน ตรงนี้จะมีปัญหา เราก็ต้องเอาคนไข้เราออกไปข้างนอกหรือว่าย้ายไปตึกอื่น ตึกอื่นเขาก็ไม่เข้าใจ เพราะเขาไม่ได้มารับคนไข้สถานการณ์แบบนี้ว่ามันยุ่งอะไรต้องมีภาระงานอะไร พอเราย้ายคนไข้ไปเขาก็จะว่า ว่าย้ายคนไข้ขึ้นมาทำไม ไหนว่าจะย้ายคนไข้เบาๆมา (คนไข้ที่ไม่มีอาการมาก-ผู้วิจัย) ที่เดินได้...พยาบาลจะลำบากใจมากเลย ในส่วนของการประสานบางที่ผู้หญิงผู้ชายปนกันหมด ผู้หญิงเขาก็ไม่พอใจแล้วให้เขาไปปนกับผู้ชาย บางที่พ่อแม่

ลูกอยากอยู่ตึกเดียวกัน พ่อไปตึกหนึ่ง ลูกไปตึกหนึ่ง แม่ไปตึกหนึ่ง เป็นระเบียบของโรงพยาบาล ต้องอยู่ที่ตึกอย่างน้อย 2 วัน ย้ายขึ้นไปแล้วไม่มีเตียง ทำไมต้องย้ายเขาให้ไปนอนข้างนอกก็มีปัญหาฟ้องร้องกัน เขาเป็นผู้ใหญ่บ้านทำไมให้เขาไปนอนข้างนอก ทำไมไม่หาห้องพิเศษให้เขา นี่คือการณ์อย่างเดียวกันที่เป็นปัญหาตรงนี้” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“ในส่วนของแพทย์บางที่เราประสานไปเขาไม่ว่าง สถานการณ์เขาต้องการไปรักษาได้ดีกว่าโดยเฉพาะข้าราชการ ที่เขามีความรู้เขามีความรู้ดีกว่า ม.อ (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) จะรักษาได้ดีกว่าที่นี้ อย่างในเรื่องของการต่อเส้นเลือดขา เพราะที่นี้มีหมอแค่ 2 คน พ่อจะ ส่งต่อผู้ป่วย เรารายงานแพทย์ไม่ว่างบ้างละ จะให้แพทย์ใช้ทุน มาเขียนบ้างเรา ในส่วนของผู้ประสานต้องอธิบายให้คนไข้ฟัง โดยแพทย์ไม่มาอธิบายให้คนไข้ฟัง ในส่วนของคนไข้เขาจะต้องการอยากได้เตียงนี้ไปเตียงนี้ เขาไม่รอหรือกว่าพรุ่งนี้ค่อยไปถามว่าเราลำบากใจไหม ไม่ใช่จะไปปั๊บบไปได้เลย ไหนจะต้องพยาบาล ถ้ากลางคืนใครจะไป ไหนจะต้องติดต่อทางนั้น ไม่รู้เขาจะรับไหม ขอรถอีกรถมีไหม มันติดต่อย่างเตียงนี้แหละแต่มันต้องใช้คนกลุ่มหนึ่งในการติดต่อประสานงาน มันไม่ใช่พูดปั๊บบไปปั๊บบ” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“หมอมจากที่อื่นมาพอมาทิตย์หนึ่งไป ก็มีปัญหากับคนที่มารับต่ออีกไม่มีการส่ง เคส (กรณีผู้ป่วย-ผู้วิจัย) พอมอคนนี้มาต่อก็ไม่รู้ว่าทำอะไรไปบ้างเขาไม่มีการเขียนบันทึกการผ่าตัด การเขียนใบรับรองแพทย์อีก เขาต้องการอย่างน้อย 4 ใบ ให้แพทย์ทุกคนเขียน พอเขียนเสร็จ อ้าวคนนั้นไม่ได้เขียนก็ต้องหอบไปให้เขียน อ้าวบางทีไปราชการอย่างใบรับรองแพทย์ใครทำคุณเขียน บางทีเขียนให้ไม่ได้ หมอตนเองนี้ คุณศัลย์เขียนแต่ศัลย์ พอศัลย์กระตุกอีกเขียนให้ไม่ได้ก็ต้องให้ ศัลย์กระตุก มาเขียนเพิ่ม แล้วไม่พอใจกันอีกแล้วทำไมไม่ให้เขาเขียนแล้วเขามาเติม ถามว่าคนลำบากใจคือเรา เราเป็นผู้ประสานเราลำบากใจ ” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

กล่าวโดยสรุปปัญหาการกระทบกระทั่งระหว่างทีมสุขภาพในส่วนของแพทย์กับพยาบาลในส่วนของพยาบาลขาดประสบการณ์ความชำนาญ ความคล่องตัว ในส่วนองงานที่ต่างออกไปทำให้เกิดความไม่พอใจของแพทย์ และความลำบากใจในการประสานกับแพทย์ในการเขียนใบรับรองแพทย์และการส่งต่อผู้ป่วย สำหรับในส่วนของพยาบาลกับพยาบาลเกิดความไม่พอใจกัน

ในการแทนที่เวรของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนและความลำบากใจในการประสานระหว่างหอผู้ป่วยในการย้ายผู้ป่วยที่สร้างความไม่พอใจให้กับผู้ป่วย

6. เหตุผลของการคงอยู่ในการปฏิบัติงานต่อไป

6.1 ขวัญกำลังใจที่ได้รับจากหน่วยราชการ

สำหรับขวัญกำลังใจในการทำงานที่สนับสนุนให้กับพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดชายแดนภาคใต้แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่โรงพยาบาลสนับสนุนและหน่วยราชการส่วนกลางสนับสนุน ขวัญและกำลังใจของโรงพยาบาลที่สนับสนุนในเรื่องของเงิน สวัสดิการรถรับส่ง ห้องนอนเวร แต่ในส่วนของห้องนอนเวรที่มีเพียงห้องเดียวทำให้ไม่สะดวก และในส่วนของแฟลตพยาบาลที่ไม่เพียงพอ อยู่กันอย่างแออัด สำหรับขวัญและกำลังใจที่ส่วนกลางสนับสนุนมาในรูปของเงินในพื้นที่เสี่ยงภัย เงินวิชาชีพขาดแคลน วันลาที่เพิ่มขึ้นจาก 10 วันเป็น 20 วัน เวลาราชการคูณ 2 ในพื้นที่ที่ประกาศกฏอัยการศึกดังกล่าว

“ขวัญและกำลังใจผู้อำนวยการก็ให้อยู่นะ ให้เป็นของขวัญบ้าง ฟ้าบ้าง ปีนี้ผู้อำนวยการก็ให้เงินบ้างค่าตัดפור้มคนละ 1500 ถ้าเรามองในเรื่องขวัญและกำลังใจก็โอเคในระดับหนึ่ง” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“ห้องนอนเวรก็มีแต่อาจคนนอนหลายคนคนนี้ลงเวรบาย คนนี้ขึ้นเวรดิก็มันก็ไม่ค่อยสะดวกไงพี่ เขามีแค่ห้องเดียวหรือน้องก็ไม่แน่ใจเหมือนกันรู้สึกว่าจะมีห้องพักเวรข้างล่างมีอยู่ห้องเดียว” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“แฟลตไม่พอ ก็คนที่อยู่ ขนาดเพื่อนผมอยู่รุ่นเดียวกันนี้แฟลตก็อยู่ 8 คน บางทีก็มีเพื่อนผ่านมาจากข้างนอก คือเพื่อนที่อยู่บ้านข้างนอกเขาก็มาพักด้วย คนที่ลงเวรบายก็มานอนรวมกันเนี่ยะคนที่ต้องขึ้นเวรบางคนจะนอน คนที่จะขึ้นเวรดิก็ยังไม่ได้นอนเลยก็คนที่ไม่ขึ้นเวรเขาก็อยู่ของเขาตามปกติไง ก็เป็นการรบกวนการพักผ่อน” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“ทางราชการก็ให้เงินมาในกรณี ที่เป็นสถานการณ์ มันก็เป็นเงินจำนวนไม่
มากหรือนะ เหมือนกับว่าเขาให้เรามาเป็นขวัญและกำลังใจคนจะได้ไม่ต้องย้ายออกนอก
พื้นที่” (พยาบาลประสบการณ์ 18 ปี)

“นโยบายที่ว่าทำงานในพื้นที่เท่าไรให้คุณ 2 เรื่องของเวลาคุณ 2 เหมือนกับถ้ามัน
ออกกฎอัยการศึกอะไรอย่างเงี้ย มันจะได้คุณ 2 ใเวลาราชการนะ เวลาที่ทำงานคุณ ไปเลย
คุณ 2 เป็น 4 ปี เวลาเรารับบำนาญมันจะได้” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“ถ้าถามว่าเป็นตัวเงินทุกอย่างไหม บางทีเราก็ไม่ได้มองตรงนั้น แต่ตรงส่วน
ของ วันลาพักร้อนที่ให้เพิ่มขึ้นมาจาก 10 วัน เป็น 20 วัน พึ่งเพิ่มปีนี้ถ้าเรามองในเรื่อง
ขวัญและกำลังใจก็โอเคในระดับหนึ่ง” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

แม้ว่าทั้งโรงพยาบาลและหน่วยงานส่วนกลางได้สนับสนุนในเรื่องของขวัญและกำลังใจ
บางส่วน แต่ก็ยังมีพยาบาลบางส่วนยังรู้สึกว่าขาดขวัญและกำลังใจในการทำงานและรู้สึกว่าการทำงาน
ของพยาบาลในพื้นที่สามจังหวัดเป็นภาระงานที่หนักมากกว่าการทำงานของพยาบาลใน
พื้นที่อื่น และสำหรับเงินค่าเสี่ยงภัยที่รัฐบาลจัดสรรมาให้โดยแพทย์ได้ 10,000 บาท เกสซ์ได้ 5,000
บาท พยาบาลวิชาชีพได้ 1,000 บาท เพื่อสนับสนุนในด้านของขวัญและกำลังใจ พยาบาลวิชาชีพที่
ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ต่างแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย โดยพยาบาลวิชาชีพส่วน
ใหญ่ต่างมองว่าเป็นความไม่ยุติธรรมและความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม โดยมองในแง่ความเสี่ยง
ของพื้นที่ ความรุนแรงที่เกิดแต่ละครั้งส่วนใหญ่เกิดในเมือง การระเบิดแต่ละครั้งที่มีผู้บาดเจ็บ
จำนวนมาก ถ้ามองในเชิงวิชาชีพพยาบาลก็มีความเสี่ยงที่มากกว่าถ้าเปรียบเหมือนทหารก็เป็น
เหมือนแนวหน้าที่ต้องออกไปรบถ้าตายก็คงตายก่อน ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติงานของพยาบาลในทุกงาน
ล้วนเป็นความเสี่ยงแทบทั้งสิ้น และคิดว่าน่าจะปรับให้เท่าเทียมกันไม่ควรนำเอาวิชาชีพ มาเป็นตัว
แบ่งในเรื่องของความเสี่ยง และมีพยาบาลวิชาชีพส่วนน้อยที่คิดว่าสถานการณ์ความรุนแรงที่
เกิดขึ้นเรื้อรังมาเป็นระยะเวลาอันไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
ระบบเศรษฐกิจในพื้นที่ก็ได้รับผลกระทบด้วย ผู้คนไม่กล้าออกจากบ้านไปจับจ่ายใช้สอย ทำให้
รายได้ที่เคยมีอยู่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด การได้รับเงินค่าเสี่ยงภัยแม้ว่าจะเป็นเงินไม่มากแต่ก็ช่วยจุน
เจือครอบครัวได้บ้าง และมีพยาบาลวิชาชีพบางส่วนมีความคิดว่าเงินจำนวนเท่าไรก็ไม่คุ้มกับค่า
ของชีวิต ความสูญเสียที่เกิดขึ้น ไม่ได้ตีค่าชีวิตเป็นจำนวนเงินและไม่ได้มองว่าการทำงานอยู่ใน
พื้นที่ได้เพราะเงินค่าเสี่ยงภัยดังกล่าวนี้

“เรื่องของขวัญกำลังใจเป็นสิ่งที่จำเป็นแต่ว่ามันยังไม่ค่อยมีมา ค่ะเรายังมีความรู้สึกว่าคุณขวัญกำลังใจ การทำงานทุกวันนี้เป็นการทำงานตามประจำแบบแผนเดิมๆ รูปแบบเดิม ๆ เมื่อมีอะไรมาเปลี่ยนแปลงทำให้เรารู้สึกว่าทำไมเราต้องทำด้วย เรามีความรู้สึกว่าเราหนักกว่าคนอื่นเขาแล้วนะ ในสามจังหวัด” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“ในเรื่องของขวัญและกำลังใจที่เขาให้มา เรามองว่าอย่างน้อยก็รายได้เพิ่มขึ้นในส่วนอีกด้านหนึ่งของเรารายได้ลดลง แต่นี่เราไม่ได้มองในคนโสด เพราะอาจจะมองแค่เขาคนเดียวอย่างเรามีลูก รายได้ของเราเคยมีสองด้าน ในส่วนของการทำงานของเราและในส่วนของการทำงานของสามี ในส่วนตรงนี้ลดลงแต่ขณะเดียวกันรายได้ของเราเท่าเดิม เราจึงมีความรู้สึกได้ว่าถ้าได้เงินตรงนี้ก็ดีกว่าไม่ได้” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“น้องมองว่ามันไม่ยุติธรรมว่ามองพื้นที่ไหนเป็นพื้นที่กันดาร หรือว่า มองพื้นที่ไหนเป็นที่เสี่ยงภัย เขาแบ่งใช้ รามัน ชาร์ โท บันนั่งสตาอะไร ทำงานเสี่ยง แล้วเรานี้ไม่เสี่ยงเลยใช่ไหม เพราะว่าระเบิดแต่ละครั้งเราก็ไปอยู่ตรงนั้น คนใช้ระเบิดมา ก็มาอยู่ที่เรา เรามองว่ามันไม่ยุติธรรม หลายๆ คนก็มองว่ามันไม่ยุติธรรมเลย มันเพิ่มขึ้นหน่อยก็ โอเค เราทำงานเสี่ยงทุกวัน ต้องเผชิญกับภาวะเครียด งานที่เพิ่มขึ้น หอผู้ป่วย ก็เสี่ยง เพราะว่าอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ถึงเราจะเสี่ยงมากกว่าหน่อยเพราะต้องออกหน่วย ต้องตามเสด็จ ต้องเข้าพื้นที่ไป โรงพยาบาลบางโรงพยาบาล เช่น รามัน ยังไม่เสี่ยงเท่ายะลาเลย แต่รามันได้ อะไรมากกว่า เยอะกว่าเขาก็มองเป็นพื้นที่สีแดง ยกเว้นอำเภอเมืองนะ เขาน่าจะพิจารณาใหม่ได้แล้วนะ เกิดเหตุ เฉพาะในจังหวัดยะลานั้น เกิดในเมืองมากที่สุดแล้วเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงกว่าข้างนอกอีก ข้างนอกเนี่ย ยิ่งๆ ข้างในระเบิดเยอะ ผู้บาดเจ็บเยอะน้องคิดว่าค่าเสี่ยงภัยนี้ มันควรจะต่อเท่ากันทุกวิชาชีพไม่ควรจะแบ่งตามระดับการศึกษา อย่างเช่น แพทย์ เภสัช พยาบาล น้องมองว่า ไม่ควรจะ คนเป็นละอัตรานะ เภสัช เสี่ยงน้อยมาก แต่เภสัชกรเขาแบ่งตามปีที่เรียน กลายเป็นระดับรองจากหมอ ครั้งหนึ่ง ไม่ยุติธรรมตรงนี้ พยาบาลกับหมอเนี่ย จริงๆ แล้ว พยาบาลเป็นส่วนที่ประจันหน้ามากกว่าด้วยซ้ำ ควร จะ สนับสนุนตรงนี้ให้มากกว่า อย่างน้อยก็ควรจะเท่ากัน ไม่ใช่ลด อัตราลงไปเหลือแบบ 1% ของหมอนี่มันไม่ถูก” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“บอกไม่ได้หรอกว่าเท่าไรแต่ควรจะเท่ากัน อย่างเขาได้ 5000 เราก็ควรได้ 5000 เท่าเทียมกันคือเราต้องการความเท่าเทียมกัน คือเราไม่คิดว่าจะมากกว่าเขา แต่ไม่คิด

ว่าอยากได้น้อยกว่าเขา มันน้อยกว่ากันเยอะนะระหว่าง 5000 กับ 1000 ความเสี่ยงของเราสูงกว่านะ การทำงาน ส่วนใหญ่ปะทะเจ้าหน้าที่กันเองมากกว่า ถ้าเราจะปะทะความวิกฤติของคนไข้ ปะทะแพทย์ ปะทะญาติ... ถ้างานเสี่ยง เรามองว่าแพทย์เรายกให้ พูดในส่วนวิชาชีพ แต่เภสัชถามว่าเขาทำอะไร ในขณะที่เขาได้รับเงินเสี่ยงภัย 5000 พยาบาลได้ 1000 เวลาออกไป 1169(รถพยาบาลฉุกเฉิน) พยาบาลออกทั้งนั้น พยาบาลต้องออกหน่วยไปรับสถานการณ์ เวลาที่มีสถานการณ์(อุบัติเหตุหมู่)ข้างหน้าพยาบาลออกไปช่วย กลางค้ำกลางคืน เภสัชเคยออกไปไหม ทำไมต้องมีข้อเปรียบเทียบเขากับเราทั้งๆต้องทำงานเหมือนกัน เขาอาจมองว่าเภสัชมีอัตราน้อยกว่า พยาบาลมีอัตราเยอะ ถามว่าความยุติธรรมมันอยู่ตรงไหนมีใครบอกได้ เราก็มีความรู้สึกที่ว่าทำไมเราถึงได้แค่นี้ล่ะ” (พยาบาลประสบการณ์16 ปี)

“ไม่คุ้ม เงินกับความสูญเสียที่มันเกิดขึ้น เราได้เงินแต่เขาสูญเสียพิกลพิการ บาดเจ็บ ตาย ค่าใช้จ่ายที่สูญเสียไป สภาพจิตใจของเขามันเทียบกับเงินที่เราได้ ไม่ได้เงินดีกว่าที่จะมีการสูญเสีย อยากให้สงบมากกว่า คุณได้เงินมากกว่านี้ มันก็ไม่คุ้มอยู่ดี เป็นล้านเป็นแสน มันก็ไม่คุ้ม กับชีวิต มันเทียบกันไม่ได้ คือเสียมากกว่าได้” (พยาบาลประสบการณ์18 ปี)

“บอกไม่ได้เหมือนกันนะ ไม่รู้ว่าอะไรมันถึงจะพอกับชีวิตเรา...คิดว่ามันไม่ค่อยคุ้มกับ ความเสี่ยงนะ ชีวิตเราไม่ใช่คือให้เงินมาทำอะไร มันไม่พอกับชีวิตเรา ชีวิตเราเรามีคุณค่ามากกว่าเงินพันหนึ่งสองพันสามพันอะไรแบบเนี่ย ถึงให้มาเป็นหมื่น แต่ว่าเราไม่ได้อยากอยู่ตรงนี้เราก้ไปที่อื่น ไม่ใช่ว่าอยู่เพื่อเงินค่าเสี่ยงภัย มันไม่ใช่แบบนั้น ไม่ใช่แบบนั้นล่ะ เราจะอยู่เพราะว่าเราอาจจะมีเหตุผลอื่นมากกว่า” (พยาบาลประสบการณ์22 ปี)

6.2 ความรักและความผูกพันต่อถิ่นเกิด

การที่พยาบาลวิชาชีพไม่คิดจะย้ายไปไหนและสามารถทำงานอยู่ที่พื้นที่ได้ แต่ละคนก็มีเหตุผลต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่จะเป็นคนในพื้นที่ เป็นที่ที่เกิด ที่ที่เติบโต ครอบครัว ญาติพี่น้องอยู่ที่นี้ แม้กระทั่งการเริ่มทำงาน พยาบาลวิชาชีพส่วนหนึ่งยังมีความพึงพอใจกับงานที่ทำอยู่แม้ว่าจะมีภาระงานที่มาก อาจจะอยู่ได้ด้วยเงินค่าตอบแทนสนับสนุนส่วนหนึ่ง กำลังใจความเข้าใจจากผู้ร่วมงาน จากผู้บังคับบัญชา คนใกล้ชิด ครอบครัว ผลการศึกษายังพบว่าอีกเหตุผลหนึ่งที่พยาบาลวิชาชีพสามารถอยู่ได้คือมีความรักในอาชีพและมีความผูกพันกับถิ่นเกิดกับองค์กรเหมือนเป็นบ้าน

เป็นครอบครัวเดียวกันเหมือนญาติสนิทที่คอยดูแลเอาใจใส่ ระยะเวลาที่ยาวนาน ความรัก ความผูกพันกับสถานที่ทำงานและถิ่นเกิดย่อมเป็นรากลึกที่ยากจะถอนได้ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“ครอบครัวอยู่ตรงนี้ก็ทั้งหมด บ้านก็อยู่ตรงนี้ โรงเรียนลูก ... ถ้าถามว่าคิดย้ายไหมก็ไม่เคยคิดนะ เรามามองว่าพ่อแม่ ครอบครัว สามี้อยู่ตรงนี้ ปักหลักตรงนี้ เราอยู่ตรงนี้ตั้ง 10 กว่าปี อันนี้หลายๆคนก็ยังอยู่ เราไม่รู้ว่าทำไมเขาถึงอยู่อาจจะเป็นแบบเราก็ได้ ไม่รู้จะไปไหนฉันขอยุ่ที่นี้ก่อน ถ้าเราไปคนเดียวมันก็ง่ายไปตรงไหนก็ได้ ที่นี้มันไม่ใช่แค่ครอบครัวเราอย่างเดียว ครอบครัวสามี้อีกถ้าหากนะ” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“เหตุผลหลักเลยที่ทำให้อยู่ที่นี้ครอบครัว หน้าที่การงาน อาชีพ ก็เลยไม่โยกย้ายในส่วนของการครอบครัว ครอบครัว ก็คือว่าพื้นที่บ้านญาติพี่น้องอยู่ที่นี้หมดเลย สามีไม่ย้ายก็เลยไม่คิดที่จะไปไหน แล้วอาชีพมันเป็นเรื่องที่เราทำมาตั้งนานแล้วเป็นสิบปีก็เลยไม่คิดที่จะไปไหน เราถือว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบ” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“หลักๆเลยก็คือครอบครัวมีครอบครัวอยู่ที่นี้เลยต้องอยู่ที่นี้ แต่งงานกับคนที่นี้เราก็เลยต้องอยู่ที่นี้ แล้วก็ไม่ได้คิดย้ายแฟนบอกว่าอยากอยู่ที่นี้เพราะว่าคือญาติอะไรเขาก็อยู่ที่นี้หมด ใจ พ่อแม่ญาติพี่น้องเขาอยู่ที่นี้หมดคือแต่งงานกับลูกเขาคคนเดียว เป็นลูกสาวคนเดียว” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“ยังพอใจในงานอยู่ ยังพอใจในส่วนของการตอบแทนด้วยก็ได้ งานเราระดับนี้ยังได้เงิน โบนัสเงินนี้มา ถ้าถามว่าใจจริงอยากออกไปทำงานอยู่ ในสถานการณ์แบบนี้ แล้วจะออกจากตรงนี้เราจะไปทำอะไร” (พยาบาลประสบการณ์ 16 ปี)

“ปัจจัยที่ทำให้เราสามารถทำงานอยู่ได้กำลังใจ ความเข้าใจจากผู้ร่วมงาน จากผู้บังคับบัญชา คนใกล้ชิด ครอบครัว แหล่ง สนับสนุน ต่างๆที่เอื้อให้เรา มีผู้อำนวยการที่ดูแลเรา” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

“มันเป็นความผูกพันใหม่ ผูกพันต่อองค์กร ที่เราทำงานมาตั้ง 10 ปีแล้วมันก็คงมีนิดหนึ่งแต่เหมือนกับเอาตัวเองเป็นที่ตั้งมากกว่า เราพอใจที่จะอยู่มากกว่าอยู่ตรงนี้

สบายใจกว่ามีความสุขมั๊ยก็พอประมาณ ออกในทำนองที่ว่ามีความสุขมากกว่าที่จะทุกข์เลยมีความรู้สึกว่ายังไม่อยากจะย้ายเพราะว่าถ้าโดยส่วนตัวเนี่ยถ้ามีความสุขเราก็จะไม่อยากจะทน แต่ว่าอยู่ตรงนี้ก็คงจะสุขมากกว่าทุกข์เพราะว่ายังทนได้ เลยอยู่ได้” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“เหตุผลหลัก เกิดที่นี้ โตที่นี้ ทำงานที่นี้ แล้วก็รักงานพยาบาลนะ ตั้งแต่เด็กแล้วใครถามโตขึ้นอยากเป็นอะไร บอกอยากเป็นพยาบาล แล้วอีกอย่างหนึ่ง ก็พอเข้ามาทำงานที่นี้แล้ว นื่องคิดว่าผูกพันกับจังหวัดยะลา ผูกพันกับองค์กร เพราะว่ามีพี่ๆ หลายคน ที่ นื่องให้ความเคารพก็เป็นพยาบาลที่ดี เป็นแบบอย่างที่ดีแก่เราได้ ในวงการพยาบาลนี้ นื่องมองว่า เป็นเหมือนญาติสนิท เป็นคนที่เรารู้จักแล้วก็เป็นคนที่ใส่ใจดูแล เทคแคร์ ค่อนข้างจะทุกๆ ด้านนะค่ะ มีการถามไถ่สารทุกข์สุกดิบกัน” (พยาบาลประสบการณ์ 11 ปี)

“...ความผูกพันมันเหมือนพันธสัญญาทางใจนะค่ะ ความพึงพอใจในงานที่ทำอยู่นี้คล้ายๆ เหมือนบ้านนะค่ะ คืออยู่ยังไงก็บ้านเรา เราขึ้นมาก็เหมือนบ้านพี่ๆ พี่เชนิเยร์ (อาวูโส-ผู้วิจัย) ก็เหมือนพี่ พี่หัวหน้าตึกก็เหมือนแม่ ก็อยู่กันมาตั้ง 10 ปีนะค่ะ” (พยาบาลประสบการณ์ 10 ปี)

ไม่ว่าพยาบาลจะอยู่ด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม แต่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลต่างก็มีความคิดเห็นตรงกันว่า การแก้ไขปัญหาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นการตัดต้นตอของปัญหาและมีความหวังว่าปัญหาจะยุติซักวันหนึ่ง... ให้ความสงบสุขกลับคืนมา ก็ได้แต่หวัง... ซักวันหนึ่ง..

“ใช่ สำหรับชีวิตเรา ก็คือ ต้องแก้สถานการณ์ ต้องแก้ไขเหตุการณ์มันหายไป (กลับมาเหมือนเดิม) แล้วก็เอาความสงบสุขกลับมา ” (พยาบาลประสบการณ์ 22 ปี)

“มีความหวังว่าปัญหาจะยุติซักวันหนึ่งอืม มีความหวังว่าวันหนึ่งมันจะสงบใช่ ไม่ใช่ไม่มีความหวังเลย แต่ว่าไม่รู้จะหยุดเมื่อไหร่แต่ว่าซักวัน หนึ่งอาจจะ 5 ปีหรือ 10 ปี” (พยาบาลประสบการณ์ 6 ปี)

“ไม่เกิดประโยชน์อะไร トラบไตที่รัฐบาลยังแก้ปัญหาไม่ได้ รอให้เขาแก้ปัญหาได้ก่อนก็แล้วกัน ถ้าเขาแก้ปัญหาไม่ได้ก็ทำอะไรไม่ได้ก็ต้องอยู่อย่างนี้ต่อไป ถ้า

แก้ได้ปัญหาทั้งหมด...บางที่เออถ้าบ้านเมืองเราอยู่สงบ ๆ เพราะเราไม่ได้ต้องการอะไรมาก
อยากมีชีวิตกินอยู่ปกติ ไม่ต้องมาหลบระเบิด” (พยาบาลประสพการณ์รพี)

กล่าวโดยสรุปเหตุผลของการคงอยู่ในการปฏิบัติงานต่อไปของพยาบาลวิชาชีพชายแดน
ภาคใต้มีเหตุผล 2 ส่วนคือ ขวัญกำลังใจที่ได้รับจากหน่วยราชการและความรักและความผูกพันต่อ
ถิ่นเกิด สำหรับขวัญและกำลังใจที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐมีพยาบาลบางส่วนยังรู้สึกว่าคุณ
ขวัญและกำลังใจในการทำงาน โดยเฉพาะประเด็นเงินค่าเสี่ยงภัยที่มองว่าคุณความยุติธรรมและ
ความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม และในส่วนของความรักและความผูกพันต่อถิ่นเกิดพยาบาลส่วน
ใหญ่ที่เป็นคนพื้นเพเดิมย่อมมีความรักและความผูกพันในถิ่นเกิด ใน“บ้าน” ที่มีทั้งความรัก ความ
อบอุ่น ความเอื้ออาทรกันแม้จะสุขจะทุกข์ก็คือ “บ้านเรา”



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ตามแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อทำความเข้าใจบริบทการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์รุนแรงในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ซึ่งศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ยะลาซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ให้ข้อมูล เป็นพยาบาลวิชาชีพใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนทั้งหมด 16 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกตและการจดบันทึกภาคสนาม รวมถึงการบันทึกเทป โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) ตามกรอบแนวคิดการปฏิบัติงานพยาบาลของ สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2549) ทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงานของ Herzberg (1959 อ้างถึงในชมชื่น สมประเสริฐ, 2542) และแนวคิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของ Kristensen (1999 cited in International Council of Nurses, 2007) และจากการทบทวนวรรณกรรมมาบูรณาการร่วมกันและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Leonard (1989)

สรุปผลการวิจัย

1. บริบทการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรง

จากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้เกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานกว่า 3 ปีเศษ อันเป็นผลมาจากการก่อการร้ายของกลุ่มบุคคลผู้ไม่หวังดีต่อประเทศไทย โดยกระทำการต่างๆเพื่อให้เกิดความเสียหายทั้งชีวิตและทรัพย์สิน เช่น การทำร้ายเจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชนทั่วไป การเผาสถานที่ราชการ การวางระเบิดตามที่สาธารณะต่างๆ และมีการฆ่ารายวันซึ่งประชาชนเห็นว่าสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าวขยายวงกว้างในทุกระบบ ทั้งด้านความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของบุคคลและครอบครัว ผลกระทบต่อเสถียรภาพทางเศรษฐกิจในทุกระดับ โดยเฉพาะในระดับพื้นที่และระดับภูมิภาค ที่ทำให้ระดับรายได้ทางการค้าและการท่องเที่ยวลดลง ผลกระทบต่อภาพลักษณ์ทางการเมืองต่อการแก้ไขปัญหา และผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ประการสำคัญคือส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข จากการ

เปลี่ยนแปลงของบริบทดังกล่าวพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ผู้ที่ให้การดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมงก็ได้รับผลกระทบในด้านวิถีชีวิตประจำวันและวิถีชีวิตในการทำงานด้วยเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงของบริบททำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าการอยู่ท่ามกลางบรรยากาศในการอยู่ร่วมกันท่ามกลางความสับสนและไม่มีความสุขเปรียบเสมือนการอยู่ท่ามกลางบรรยากาศของสงคราม เหมือนประเทศแถบตะวันออกกลางอย่างอิรัก อิหร่าน ที่มีการสู้รบกันอยู่เนืองๆ ทำให้มีผู้บาดเจ็บ ล้มตาย และมีการสูญเสียชีวิตของบุคคลและครอบครัวและคนรอบข้างทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงกับครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพ ถึงครอบครัว พ่อ และสามีคือการได้รับอันตรายจากการโดนระเบิดหรือลอบทำร้ายร่างกาย ดังนั้นพยาบาลจึงใช้ชีวิตประจำวันที่ต้องอยู่ด้วยความระมัดระวังและรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

แต่เดิมในสังคมของชาวไทยพุทธหรืออิสลามในพื้นที่ชายแดนใต้บรรยากาศในตอนเช้าจะเป็นการนั่งพูดคุยกันตามร้านน้ำชา หัวข้อในการสนทนาก็จะเป็นเรื่องดินฟ้าอากาศแต่เมื่อปรากฏการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นหัวข้อสนทนาเกือบทั้งหมดก็เปลี่ยนไปเป็นการพูดคุยกันถึงสถานการณ์ที่มีคนถูกยิงถูกระเบิด สำหรับการทำบุญตักบาตร การใช้ชีวิตในการไปตลาด การเดินทางไปประกอบอาชีพ การไปรับลูกที่โรงเรียน การออกกำลังกาย การร่วมงานสังสรรค์ แม้กระทั่งงานศพ ทุกคนต้องใช้ชีวิตด้วยความระมัดระวังภัยอันตรายที่จะตกเป็นเหยื่อจากการก่อการร้ายต้องดำเนินชีวิตนอกบ้านอย่างเร่งรีบ หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชน และการเดินทางกลางคืนซึ่งทำให้บรรยากาศการใช้ชีวิตร่วมกันของชุมชนอย่างมีความสุข และรู้สึกไม่มั่นใจในความปลอดภัยทั้งของตนเองและครอบครัว

โดยปกติแล้วลักษณะงานของพยาบาลเป็นงานที่เครียดงานหนึ่งเพราะเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบความปลอดภัยของคนไข้ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นการที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยกับชีวิต ทำให้พยาบาลยิ่งรู้สึกเครียดทั้งงานและเครียดจากความปลอดภัยในชีวิตมากยิ่งขึ้น แต่ภายใต้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดพยาบาลได้มีการจัดการกับความเครียดของตนเองโดยใช้วิธีดังนี้คือ 1) การหันเหความสนใจโดยเลือกใช้วิธีการไม่รับรู้ข้อมูลข่าวสารสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น 2) การผ่อนคลายอารมณ์โดยการไปที่สวนพักผ่อนที่ออกไปจากพื้นที่ 3) จังหวัดชายแดนภาคใต้ และ 3) การพึ่งศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยพยาบาลที่นับถือศาสนาพุทธใช้ การนั่งสมาธิ ไหว้พระ สวดมนต์ ทำบุญตักบาตร มีความเชื่อในเรื่องเวรกรรมว่า **“ หากคนถ้าไม่ถึงที่ตายก็ไม่ตายแต่หากถึงคราวตายอยู่ที่ไหนๆก็ต้องตาย ”** สำหรับพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามใช้วิธีการทำละหมาด สวดดูอาร์ขอพรจากพระเจ้าและมีความเชื่อว่า **“ ถ้าไม่เป็นพระประสงค์ของอัลเลาะห์ก็ไม่ตาย ”**

2. ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ความรุนแรง

สำหรับการปฏิบัติงานประจำของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ชายแดนภาคใต้พบว่า มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่หลักคงเดิมเหมือนปกติคือ ด้านการให้บริการพยาบาล ด้านการบริหาร และด้านวิชาการ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่เช่นเดียวกับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล ทุกแห่ง สำหรับงานอื่นๆเช่น งานประกันคุณภาพของฝ่ายการพยาบาล การจัดการความรู้ของ โรงพยาบาลก็ยังคงปฏิบัติเช่นเดิม แต่การปฏิบัติงานในบทบาทที่เพิ่มขึ้นอีกบทบาทหนึ่ง คือการปฏิบัติงานด้านอุบัติภัยหมู่ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งจากภัยระเบิดที่ทำให้มีผู้บาดเจ็บเป็นจำนวนมาก พยาบาลในโรงพยาบาลละจึงต้องเตรียมความพร้อมและสามารถช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ ใต้พื้นที่เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น

นอกจากนี้สถานการณ์ความรุนแรงยังส่งผลให้การบริการทางสุขภาพของพยาบาลมี มิติเปลี่ยนไปด้วยเช่นกัน โดยปกติการบริการพยาบาลจะครอบคลุมใน 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ แต่เมื่อมีสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้น ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่ามิติให้การบริการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปโดยมิติด้านการ ป้องกันโรคที่เน้นคำแนะนำด้านสุขภาพแล้วต้องมุ่งเน้นคำแนะนำในการมาโรงพยาบาลอย่าง ปลอดภัย มิติด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ทำได้น้อยลง การฟื้นฟูสุขภาพที่ทำได้ยากขึ้นและการเยี่ยม บ้านต้องหยุดชะงักลง งานบริการการส่งต่อผู้ป่วยที่รูปแบบและการบริการเปลี่ยน ไปโดย เฉพาะงานรับผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุดำเนินการได้น้อยลงด้วยเช่นกัน การบริการพยาบาลเปลี่ยนแปลง ไปทั้งนี้เพราะพยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกหวาดกลัวและรู้สึกไม่ปลอดภัยทำให้ไม่ต้องการลงใน ชุมชนโดยให้เหตุผลว่าไม่ต้องการเสี่ยงชีวิต ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพที่น้อยลงและการเยี่ยมบ้านที่ หยุดปฏิบัติการลงทำให้มีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่างานการพัฒนาทางด้านวิชาการก็ถูกละเลยไปเช่นกัน สถานการณ์ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทำให้การจัดประชุมวิชาการน้อยลงอย่างเห็นได้ชัดจากความไม่ปลอดภัยของ สถานที่จัดประชุมและวิทยากรจากนอกพื้นที่ปฏิเสธการมาให้ความรู้เนื่องจากกลัวในความไม่ ปลอดภัย ทำให้พยาบาลในพื้นที่เสียโอกาสในการฟังวิชาการเพื่อเพิ่มพูนความรู้ แต่ภายใต้ สภาวะการณ์ที่ขาดแคลนก็ได้มีการปรับเปลี่ยนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ในพื้นที่มาก่อให้เกิด ประโยชน์อย่างคุ้มค่า

การปฏิบัติงานของพยาบาลยังพบปัญหาในการทำงานจากภาระงานเพิ่มมากขึ้นในการ เตรียมพร้อมรับสถานการณ์ การขึ้นเวรนอกเวลาที่เรียกขึ้นมาช่วยหรือการต้องอยู่ต่อเวรในกรณีรับ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ งานในด้านที่ประสานที่ยุ่ยากมากขึ้น ในขณะที่ทรัพยากรไม่เพียงพอ ทั้ง

อัตรากำลังที่จำกัดทั้งแพทย์และพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือที่ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยเรียกร้องการบริการ การพยาบาลทั้งความสะดวกสบาย และการต้องการการดูแลเป็นพิเศษมากเกินไป การเลือกผู้ให้บริการที่เป็นอิสลามด้วยกันว่าจะเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษาหรือพยาบาลที่ให้การดูแล โดยพยาบาลมองว่าผู้ป่วยนำเอาเรื่องของศาสนามาเป็นข้อต่อรอง เกิดความไม่ไว้วางใจ ความรู้สึกแปลกแยก ทำให้พยาบาลรู้สึกยุ่งยากใจในการทำงาน นอกจากนี้ความแตกต่างของศาสนาและวัฒนธรรม จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอิสลามในพื้นที่ชายแดนภาคใต้จะมีความเชื่อ ศรัทธาและเคร่งครัดในการปฏิบัติมาก เช่น การถือศีลอด การละหมาด ความเคร่งครัดในการประกอบศาสนกิจทั้งของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ในส่วนของผู้ป่วยทำให้พยาบาลเกิดความไม่เข้าใจ และความยุ่งยากในการปฏิบัติงาน ในส่วนของเจ้าหน้าที่รู้สึกขัดแย้งในความรู้สึกระหว่างหน้าที่และการเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

สำหรับในเรื่องของการสื่อสารผู้ป่วยอิสลามจะไม่ยอมพูดภาษาไทยจะใช้ภาษาฮาวี (ภาษามลายูท้องถิ่น) ในการพูดคุยส่งผลให้พยาบาลรู้สึกว่าผู้ป่วยไม่ไว้วางใจทำให้การทำงานยากขึ้น และการสื่อสารในส่วนของเจ้าหน้าที่ที่ใช้ภาษาฮาวีในการพูดคุยและส่งเวรกันทำให้พยาบาลไทยพุทธรู้สึกไม่ดี ทำให้การทำงานยากขึ้น รู้สึกถึงการแบ่งแยกบุคลากรออกเป็นสองฝ่าย นอกจากนี้ยังพบปัญหาการกระทบกระทั่งระหว่างทีมสุขภาพในส่วนของแพทย์กับพยาบาลในส่วนของพยาบาลขาดประสบการณ์ความชำนาญ ความคล่องตัว ในส่วนของงานที่ต่างออกไปทำให้เกิดความไม่พอใจของแพทย์ และความลำบากใจในการประสานกับแพทย์ในการเขียนใบรับรองแพทย์ และการส่งต่อผู้ป่วย สำหรับในส่วนของพยาบาลกับพยาบาลเกิดความไม่พอใจกันในการแทนที่เวรของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนและความลำบากใจในการประสานระหว่างหอผู้ป่วยในการย้ายผู้ป่วยที่สร้างความไม่พอใจให้กับผู้ป่วย

และจากสถานการณ์ความรุนแรงทำให้พยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนชีวิตท่ามกลางสถานการณ์รุนแรง ในส่วนของการปรับตัวของโรงพยาบาลให้เข้ากับสถานการณ์ มีการปรับตัวใน 2 ส่วน คือ มาตรการรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล และการมีบริการรถรับส่งเจ้าหน้าที่ ซึ่งพยาบาลมีความเห็นว่ามีความปลอดภัย และสะดวกสบายระดับหนึ่ง แต่มาตรการรักษาความปลอดภัยยังหละหลวมและบริการรถรับส่งของโรงพยาบาลยังไม่ปลอดภัย เมื่อสภาพแวดล้อมภายนอกไม่ปลอดภัย การที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้จะมีชีวิตอยู่และทำงานอยู่ในพื้นที่ได้ก็ต้องพยายามยอมรับและปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการป้องกันตัวเองให้ปลอดภัย ในการปรับตัวของพยาบาลให้เข้ากับสถานการณ์ พยาบาลวิชาชีพได้มีการปรับตัว 2 ส่วนคือการปรับตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวันและการปรับตัวในวิถีชีวิตการทำงาน สำหรับการปรับตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวันโดย การ

ระมัดระวังให้ตัวเองมากขึ้น โดยไม่ไปไหนคนเดียวในเวลากลางคืน การหลีกเลี่ยงจุดที่น่าจะเกิดเหตุ เช่น ตลาด ชุมชน เมื่อต้องไปตลาดก็รีบไปรีบกลับ การซื้อของมาตุนไว้ที่บ้าน และการวางแผนล่วงหน้าในแต่ละวัน สำหรับการปรับตัวในการทำงานพบว่าในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการทำงานให้ปลอดภัยโดยใส่ชุดทักวไปแล้วมาเปลี่ยนเป็นชุดพยาบาลในที่ทำงาน หลีกเลี่ยงการเดินทางด้วยเส้นทางเดิม การเปลี่ยนมาใช้รถยนต์ในการเดินทางแทนรถมอเตอร์ไซด์ การนอนพักในห้องนอนเวรหรือแฟลตพยาบาลแทนการกลับบ้านไป การกลับบ้านโดยรถโรงพยาบาลไปส่ง การปรับเปลี่ยนเวลาในการขึ้นลงเวรให้ตรงกับเพื่อนคนอื่นเพื่อจะมีเพื่อนร่วมทางทุกครั้ง

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นบนด้ามขวานของประเทศไทยส่งผลให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ที่มีความรู้สึกลัว รู้สึกเครียด เหนื่อยล้ากับงาน แต่ก็ยังยืนหยัดที่จะอยู่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดนใต้ต่อไปโดยให้เหตุผลของการคงอยู่ในการปฏิบัติงานต่อไปของพยาบาลวิชาชีพชายแดนภาคใต้ด้วยเหตุผล 3 ส่วน คือ 1) ขวัญกำลังใจที่ได้รับจากหน่วยราชการ 2) ความรักและความผูกพันต่อกันเกิด และ 3) ความรู้สึกภาคภูมิใจในวิชาชีพพยาบาล สำหรับขวัญและกำลังใจที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐมีส่วนของสวัสดิการ เงินค่าเสี่ยงภัย วันลาพักร้อนที่เพิ่มขึ้นอีก 10 วัน พยาบาลบางส่วนยังรู้สึกว่าขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน โดยเฉพาะประเด็นเงินค่าเสี่ยงภัยที่มองว่าขาดความยุติธรรมและความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม และในส่วนของความรักและความผูกพันต่อกันเกิดเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีพื้นฐานครอบครัวอยู่ในพื้นที่ชายแดนและเป็นถิ่นที่ให้กำเนิดเหมือน แผ่นดินแม่ จึงเป็นการยากที่จะละถิ่นฐานบ้านเกิดไป และมีพยาบาลอีกส่วนหนึ่งให้เหตุผลว่าการที่ยังคงอยู่ในพื้นที่ใต้เนื่องจากเห็นคุณค่าและประโยชน์ของวิชาชีพพยาบาลที่เป็นที่พึ่งได้ และมีความภาคภูมิใจในวิชาชีพพยาบาลที่มีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามประเด็นดังต่อไปนี้

1. บริบทและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มองปรากฏการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของตนว่าสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบริบทของพื้นที่อย่างสิ้นเชิงทั้งนี้เพราะในอดีตก่อนเกิดปรากฏการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้จะมีวิถีชีวิตและภาพลักษณ์ของเมืองในภาพรวมเป็นเมืองที่สงบ สะอาด มีผังเมืองที่สวยงามที่สุดของประเทศไทย ภายหลังที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในยาม

เข้าตามถนนหนทางจะมีรถทหาร วิ่งสังเวยการณ์ บนท้องฟ้ามีเฮลิคอปเตอร์บินลวดเลี้ยวไปมา บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้การดำเนินชีวิตของคนเปลี่ยนไป ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพย์สินและ บาดเจ็บ พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในพื้นที่ต่างรู้สึกสับสนและไม่มีความสุข ไม่ปลอดภัยเปรียบเสมือน การอยู่ท่ามกลางสงครามที่ถูกรีดรอนเสรีภาพ การเปลี่ยนแปลงของบริบทดังกล่าวยังส่งผลต่อการ ใช้ชีวิตประจำวันของพยาบาลวิชาชีพอีกเช่นกัน วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปของการใช้ชีวิตประจำวันตั้งแต่ ตื่น กิน อยู่ การดำเนินชีวิตจนกระทั่งนอนย่อมแตกต่างกันออกไป วิถีชีวิตของชาวไทยพุทธหรือ ชาวไทยอิสลามในพื้นที่ ในยามเช้าจะเห็นว่ามี การสังสรรค์ นั่งพูดคุยกันตามร้านน้ำชาซึ่งเป็นภาพ ที่เห็นจนชินตา หัวข้อในการสนทนากันก็จะเป็นเรื่องของดินฟ้าอากาศ ตามสารทุกข์สุขดิบกัน ติดตามข่าวสารบ้านเมืองกัน เมื่อมีสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นหัวข้อในการสนทนาที่เปลี่ยนไป เป็นการพูดคุยกันถึงเรื่องของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อย มีผู้บาดเจ็บจากการถูกยิง ถูกระเบิดที่ร้าย เหยื่อของความรุนแรงคือใคร เหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นครั้งแล้วครั้งเล่า ภาพของการสูญเสีย เหมือนเป็นการผลิตซ้ำทางภาพ ฝังลึกเข้าไปในจิตใจ ทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงยิ่งตอกย้ำ ถึงให้เกิดความรู้สึก หวาดกลัว ความกลัว (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2546) หมายถึง ความรู้สึกไม่อยากประสบสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัวหรือความรู้สึกหวาดกลัวเพราะคาดว่าจะประสบภัย เหมือนผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าให้ฟังว่าได้พาลูกไปเที่ยวที่ห้างสรรพสินค้าที่จังหวัดนครศรีธรรมราช พอตกลงกลางคืนลูกได้พูดกับผู้เป็นแม่ว่า **“แม่..กลัวบ้านได้แล้วมีดแล้ว”** โดยลืมไปว่าไม่ได้อยู่ใน พื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ นอกจากนี้การใช้ชีวิตในการไปตลาดจับจ่ายใช้สอยในการหุงหา อาหาร การเดินทางไปรับส่งลูกที่โรงเรียนรีบไปรีบกลับบ้าน การประกอบอาชีพหลักของชาวดูได้ใน การทำสวนยางพารา สวนผลไม้ก็กลัวไม่กล้าที่จะไป ทุกอย่างก้าวเต็มไปด้วยการระมัดระวังภัยเร่ งรีบ หวาดกลัว ไม่มั่นใจในความปลอดภัย ออกกำลังกายเป็นไปอย่างไม่มีความสุข ออกกำลังกาย ท่ามกลางความรู้สึกหวาดกลัว กังวลและหวาดระแวง โดยทั่วไปการออกกำลังกายเป็นการส่งเสริม สุขภาพให้ร่างกายแข็งแรงภายหลังการออกกำลังกายก็จะมีมีความสุขเนื่องจากมีการหลั่งของสารเอ็น โดฟิน แต่การออกกำลังกายภายใต้บรรยากาศของความกลัวและหวาดระแวง ย่อมไม่สามารถ เสริมสร้างความสุขและการมีสุขภาพที่แข็งแรงจากการออกกำลังกายได้เลย

นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนเวลานอนเร่ งรีบสังสรรค์และงานศพต้องเปลี่ยนเป็นเวลา กลางวันแทนหรือตอนเย็นก่อนพระอาทิตย์จะตกดินเพื่อความปลอดภัย ผู้คนมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันลด น้อยลงหลังเลิกงานทุกคนต้องรีบเร่งกลับบ้านกันหมด เมื่อเวลา 2 ทุ่มของทุกคืนบ้านเรือน ร้านค้าปิดร้านกันอย่างเร่งรีบ รถราที่วิ่งกันขวักไขว่บนถนนเริ่มบางตาจนแทบจะนับจำนวนรถที่วิ่ง บนถนนได้ และเมืองทั้งเมืองก็ตกอยู่ในความเงียบสงัดและรู้สึกได้ถึงความน่ากลัว บริบทและ บรรยากาศของการใช้ชีวิตในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวนี้เป็นผลมาจาก สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนานกว่า 3 ปี เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงตั้งแต่ เดือนมกราคม 2547 ถึงเดือนกันยายน 2550 มีเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นจำนวนรวมทั้งสิ้น 7,587

ครั้ง ทำให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บรวมกันประมาณ 6,878 คน โดยมีผู้เสียชีวิตรวม 2,631 คนและมีผู้บาดเจ็บ 4,247 คน (ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี, 2550) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ของอมร รอดคล้ายและคณะ (2548) ที่พบว่า กลุ่มพยาบาลมีผลกระทบในด้านความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของแพทย์ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นไปในด้านลบคือ โดยเฉพาะจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย (พัชรี พุทธิชาติ, 2550)

2. ความรู้สึกของพยาบาลในการปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์รุนแรง

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความรู้สึกกลัวต่อสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย กลัวต่อการถูกทำร้าย การที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยกับชีวิตและการทำงานที่ทำให้เครียด ทำให้พยาบาลรู้สึกเครียดทั้งงานเครียดทั้งความปลอดภัยในชีวิต การที่พยาบาลมีความรู้สึกเช่นนี้เพราะสถานการณ์การระเบิดที่เกิดขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรงไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดเหตุการณ์เมื่อใด จุดที่เกิดเหตุการณ์ก็เป็นจุดที่ดำเนินชีวิตอยู่เป็นประจำ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากที่มีความรู้สึกว่าสถานการณ์ยังใกล้ตัว แต่ความจริงกับเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวเพราะเกิดผลกระทบโดยตรงกับครอบครัวและตัวพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลเอง ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกกลัวต่อสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย และกลัวต่อการถูกทำร้าย สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เกิดขึ้นบ่อยอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มว่าจะรุนแรง สลับซับซ้อนมากขึ้นกว่าเดิม อีกทั้งยังไม่มีที่ท่าว่าจะสงบในระยะเวลาอันสั้น สถานการณ์ความรุนแรงยังส่งผลให้สภาพแวดล้อมและ วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป โดยปกติลักษณะงานของพยาบาลเป็นงานที่เครียดงานหนึ่ง (Yu, Mansfieki, Pac kard, Vicary and McCool, 1992 ; Wheeler and Riding, 1994 ; Michic and Johnston, 1996) งานที่ต้องรับผิดชอบความปลอดภัยของคนไข้ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ การที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยกับชีวิตและการทำงานที่ทำให้เครียด ทำให้พยาบาลรู้สึกเครียดทั้งงานเครียดทั้งความปลอดภัยในชีวิตสอดคล้องกับ Robbin (2007) ที่กล่าวว่าความเครียดในการทำงานของพยาบาลเกิดจากปัจจัย 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านองค์กร ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งความเครียดจากการทำงานดังกล่าวแล้วพยาบาลผู้ให้ข้อมูลยังต้องเผชิญกับสถานการณ์รุนแรงที่ไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเพิ่มขึ้นซึ่งสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ถือได้ว่าเป็นปัจจัยความเครียดด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการทำงานจึงทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้มีความเครียดมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปเพราะต้องทำงานท่ามกลางความเสี่ยงต่อชีวิตและความตาย

ผลการศึกษาพบว่าจากความเครียดที่เกิดขึ้นพยาบาลวิชาชีพได้มีปรับตัวทางด้านจิตใจ (เต็มศักดิ์ ทพณนิช, 2546) ซึ่งเป็นกลไกทางด้านจิตใจที่พยายามจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นให้ลดลงโดยใช้วิธีการหันเหความสนใจ และ การพึ่งศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ การหันเหความ

สนใจ โดยการไม่รับรู้ข้อมูลข่าวสารสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น การหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วขณะหนึ่งโดยหันไปทำกิจกรรมอย่างอื่นชั่วคราวเช่น ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ก็จะทำให้สมองผ่อนคลายความตึงเครียดได้ และการผ่อนคลายความเครียดโดยการไปเที่ยวพักผ่อน การทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดเช่น ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ ซึ่งเป็นการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม (สถาพร ปิ่นเจริญ, 2548) การจัดการความเครียดโดยการใช้หลักศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งพยาบาลพุทธและพยาบาลอิสลาม ต่างยึดศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สำหรับศาสนาพุทธใช้การนั่งสมาธิ ไหว้พระ สวดมนต์ ทำบุญ ตักบาตร มีความเชื่อในเรื่องเวรกรรม ว่าคนถ้าไม่ถึงที่ตายก็ไม่ตาย ทั้งนี้เพราะหลักพุทธศาสนาอยู่คู่กับพุทธศาสนิกชนชาวไทยมาช้านาน การเข้าวัด การทำกิจกรรมทางพุทธศาสนาจึงไม่สามารถจะแยกไปจากการดำเนินชีวิตประจำวันของคนไทย รวมไปถึงการทำงานก็เป็นกิจกรรมส่วนสำคัญของชีวิต แต่เมื่อต้องทำงานมากก็ยิ่งเครียดมาก ก็ทุกข์มาก หลัก พุทธศาสนาจึงเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อนำไปสู่หนทางดับทุกข์ของพุทธศาสนิกชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ฉะนั้นการจัดการกับความเครียดตามแนวพุทธศาสตร์ จึงเป็นวิธีการจัดการความเครียดขั้นพื้นฐานที่พุทธศาสนิกชนชาวไทยสามารถปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน (คุณ โทจันทร์, 2545) สำหรับศาสนาอิสลามการจัดการความเครียดสามารถปฏิบัติได้โดยการทำละหมาด สวดคูอาร์ ขอพรจากพระเจ้าและมีความเชื่อว่าถ้าไม่เป็นพระประสงค์ของอัลเลาะห์ก็ไม่ตาย โดยวิถีอิสลาม มุสลิมหรือผู้นับถือศาสนาอิสลามจะมีความศรัทธาในพระเจ้า (อัลลอฮ์) จะยึดหลักคำสอนของอิสลามเป็นวิถีในการดำเนินชีวิต มีคำสอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตใจเมื่อมีภาวะวิกฤตสุขภาพจิตใจ ซึ่งเป็นศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง (ดำรงค์ แวอาลี, 2547 ; รอฮานี เจอะอาแซ วันดี สุทธรังสี และจินตนา เลิศไพบุลย์, 2548)

3. การปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์รุนแรง

ผลการศึกษาพบว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่หลักคงเดิมเหมือนปกติคือ ด้านการให้บริการพยาบาล ด้านการบริหาร และด้านวิชาการ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่เช่นเดียวกับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทุกแห่ง สำหรับงานอื่นๆเช่น งานประกันคุณภาพของฝ่ายการพยาบาล การจัดการความรู้ของโรงพยาบาลก็ยังคงปฏิบัติเช่นเดิม แต่การปฏิบัติงานในบทบาทที่เพิ่มขึ้นอีกบทบาทหนึ่ง คือการปฏิบัติงานด้านอุบัติภัยหมู่ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งจากภัยระเบิดที่ทำให้มีผู้บาดเจ็บเป็นจำนวนมาก พยาบาลในโรงพยาบาลยะลาจึงต้องเตรียมความพร้อมและสามารถช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติภัยหมู่ได้ทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น

การปฏิบัติงานประจำของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ได้มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ใน 3 ด้านคือ ด้านการให้บริการพยาบาล ด้านการบริหาร และด้านวิชาการ ซึ่ง

เป็นการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทุกแห่ง ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพของสำนักงานพยาบาล บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพว่ามีบทบาทหน้าที่ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหาร และด้านวิชาการ (สำนักงานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2549) แต่นอกจากนั้นพยาบาลเหล่านี้ยังต้องรับผิดชอบการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นในงานที่นอกเหนือจากงานประจำอีกเช่นงานประกันคุณภาพของฝ่ายการพยาบาล งานการจัดการความรู้ และในส่วนของงานที่เพิ่มขึ้นในการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่อุบัติภัยหมู่ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งจากภัยระเบิดที่ทำให้มีผู้บาดเจ็บเป็นจำนวนมาก การเตรียมความพร้อมและการเข้าช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุหมู่ของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ชายแดนภาคใต้จึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่เพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัค ชขรัตน์ (2547) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลขณะเกิดวิกฤตน้ำท่วมภาคใหญ่ ซึ่งเป็นการเตรียมรับสถานการณ์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เพื่อลดการสูญเสียและความพิการของผู้ประสบอุบัติเหตุ

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าสถานการณ์ความรุนแรงยังส่งผลให้การบริการทางสุขภาพของพยาบาลมีมิติเปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกัน โดยปกติการบริการพยาบาลจะครอบคลุมใน 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ แต่เมื่อมีสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่ามีผลให้การบริการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปโดยมิติด้านการป้องกันโรคที่เน้นคำแนะนำด้านสุขภาพแล้วต้องมุ่งเน้นคำแนะนำในการมาโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย มิติด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ทำได้น้อยลง การฟื้นฟูสุขภาพที่ทำได้ยากขึ้นและการเยี่ยมบ้านต้องหยุดชะงักลง งานบริการการส่งต่อผู้ป่วยที่รูปแบบและการบริการเปลี่ยนไปโดยเฉพาะงานรับผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุดำเนินการได้น้อยลงด้วยเช่นกัน

มิติการบริการทางสุขภาพที่เปลี่ยนไป เป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามนโยบายของรัฐบาล(ปฏิทินสาธารณสุข, 2540) แต่เมื่อมีสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่งผลให้การบริการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้เพราะพยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกลัวกลัวและรู้สึกไม่ปลอดภัยทำให้ไม่ต้องการลงในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหมู่บ้านอิสลามโดยให้เหตุผลว่าไม่ต้องการเสี่ยงชีวิตทำให้พยาบาลไม่สามารถให้บริการตามบทบาทหน้าที่ได้ ส่งผลให้มิติการให้บริการสุขภาพต่อประชาชนในพื้นที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งทางด้านการป้องกันที่ต้องมุ่งเน้นคำแนะนำในการเดินทางมาโรงพยาบาลอย่างปลอดภัยเพื่อหลีกเลี่ยง การเดินทางในเวลากลางคืนที่เต็มไปด้วยภัยอันตรายจากความไม่สงบ การส่งเสริมสุขภาพและการเยี่ยมบ้านที่น้อยลงเนื่องจากพยาบาลที่อยู่ตามศูนย์สุขภาพชุมชนกลัวอันตราย กลัวถูกยิง กลัวตายและไม่มั่นใจในความปลอดภัย จึงไม่กล้าลงพื้นที่ไป

ให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน เพราะพบว่ามักมีชาวบ้านถูกยิงตายใกล้ศูนย์สุขภาพชุมชนยังเป็นการตอกย้ำความน่ากลัวหรือแม้กระทั่งผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลก็กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น โดยเลือกที่จะขอไม่ฟังการให้ความรู้ที่โรงพยาบาลจัดให้ แม้ว่าหน่วยงานต้นสังกัดกำหนดให้พยาบาลส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพจิตแก่ประชาชนมากขึ้น แต่โดยที่สภาพการณ์และเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นทำให้พยาบาลและประชาชนเป็นห่วงความปลอดภัยตนเองมากกว่า การส่งเสริมสุขภาพจึงทำได้น้อยลง การฟื้นฟูสุขภาพในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากสถานการณ์ความไม่สงบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาลง และกลับบ้านการต้องกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมเดิม ที่มีเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้เป็นการกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ทำให้คนไข้มีอาการทางจิตอีก โดยทั่วไปการฟื้นฟูสุขภาพจิตโดยการหลีกเลี่ยง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น แต่ภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยังเป็นเชื้อเพลิงกระตุ้นอยู่ตลอดเวลา การส่งต่อผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนมาเป็นเฉพาะช่วงกลางวันแทนบางครั้งต้องปรับเปลี่ยนเป็นการใช้เฮลิคอปเตอร์นำส่งผู้ป่วยแทน และปรับเปลี่ยนเป็นพยาบาลผู้ชายแทนพยาบาลผู้หญิง งานรับผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุ การให้บริการการรับผู้ป่วยนอกเขตเทศบาลในส่วนดังกล่าวลดน้อยลง โดยโรงพยาบาลจะพิจารณาเป็นกรณีไป โดยให้เหตุผลว่าหากไปรับแล้วจะก่อให้เกิดอันตรายต่อเจ้าหน้าที่ก็จะไม่ส่งรถไปรับ

การบริการทางสุขภาพเปลี่ยนไปในด้าน การเปลี่ยนแปลงการให้บริการด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการเยี่ยมบ้านซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมนึก ศิริสุวรรณและคณะ (2548) ซึ่งพบว่าผลกระทบที่ส่งผลให้การบริการสุขภาพในภาวะวิกฤตสามจังหวัดชายแดนใต้ในบริการด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพและการเยี่ยมบ้านมีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน แต่ในส่วนของบริการที่เปลี่ยนแปลงแตกต่างออกไปคือ การส่งต่อเพื่อการรักษาและงานรับผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุ และผลจากการที่มีการส่งเสริมสุขภาพที่น้อยลงและการเยี่ยมบ้านที่หยุดปฏิบัติการณ์ลง ทำให้พบว่าผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคมะเร็งมารับการรักษาและรับเข้าเป็นผู้ป่วยในมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สมนึก ศิริสุวรรณและคณะ (2548) ที่พบว่าผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งสามารถคาดการณ์ได้ว่าแนวโน้มในอนาคตประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้น่าจะมีปัญหาสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ อย่างแน่นอนซึ่งน่าจะมีมาตรการหรือแผนรองรับไว้ล่วงหน้า

มิติที่ขาดหายไปในส่วนองงานวิชาการของพยาบาลที่ไม่ต่อเนื่องเนื่องจากถูกรบกวนจากสถานการณ์เป็นระยะๆ รวมทั้งไม่สามารถจัดหาวิทยากรมา การจัดประชุมวิชาการแต่เดิมโรงพยาบาลได้มีการจัดประชุมวิชาการปีละหลายครั้งมีต่อเนื่องกันมาโดยตลอดซึ่งมีการประสานไปกับสภาพยาบาลในเรื่องของการออกหน่วยคะแนนให้ในแต่ละครั้ง แต่เมื่อมีสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นทำให้การจัดประชุมวิชาการน้อยลงอย่างเห็นได้ชัดจากความไม่ปลอดภัยของสถานที่จัดประชุมและโดยส่วนใหญ่วิทยากรจากนอกพื้นที่ปฏิเสธการมาให้ความรู้เนื่องจากกลัวไม่ปลอดภัย ทำให้พยาบาลในพื้นที่เสียโอกาสในการฟังวิชาการเพื่อเพิ่มพูนความรู้ และการที่พยาบาลต้องเก็บหน่วยคะแนนตามข้อกำหนดของสภาพยาบาลเมื่อทางโรงพยาบาลไม่สามารถที่จะจัดให้ได้ พยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ก็ต้องพยายามขวนขวาย ลงทุนเอง โดยลงทะเบียนเข้าอบรมในจังหวัดใกล้เคียง แต่ภายใต้สถานการณ์ที่ขาดแคลนก็ได้มีการปรับเปลี่ยนโดยใช้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ในพื้นที่มาก่อนให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่าในการพัฒนาตนเองสอดคล้องกับตุลาการมหาสุรานนท์ (2545) การบริหารทรัพยากรมนุษย์โดยการใช้ทรัพยากรมนุษย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และ อุยนันท์ อินทมาสน์ (2546) การพัฒนาตนเองของพยาบาลสามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องแสวงหาความรู้จากแหล่งอื่นและสามารถเรียนรู้ในเรื่องที่เหมาะสมกับหน่วยงานและสามารถนำไปใช้ได้ และจากงานการพัฒนาวิชาการที่ถูกกละเลี่ยนจะส่งผลกับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่ลดลงด้วย โดยการศึกษาของชนกพร บัวสุขและคณะ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ปัญหาอุปสรรคที่มีผลกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพคือการได้รับการอบรมที่ไม่เพียงพอ

4. สภาพปัญหาในการปฏิบัติงานที่ยากและสับสน

สาเหตุในการปฏิบัติงานนอกจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการศึกษารุ่นนี้ จากสถานการณ์ช่วยเหลืออุบัติภัยหมู่ต้องระดมทรัพยากรซึ่งพบว่าคนขาดแคลน พยาบาลพบปัญหาขาดบุคลากรเนื่องจากการย้ายออกของบุคลากร ทั้งนี้เป็นปกติของมนุษย์ที่ไหนไม่ปลอดภัยก็มีการอพยพย้ายถิ่นฐานไปยังที่ใหม่ที่ปลอดภัย ปัญหาที่ยุ่งยากและสับสนจากภาระงานเพิ่มมากขึ้นในขณะที่ทรัพยากรไม่เพียงพอทั้งทรัพยากรบุคคลคือแพทย์ พยาบาลและทรัพยากรที่เป็นสิ่งของคือเครื่องมือทางการแพทย์ ภาระงานที่ล้นคนทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความเหนื่อยล้าในการทำงานมากสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ สมพลกรัง (2542) และ นงสภรณ์ สุทธิวงศ์ (2545) การทำงานของพยาบาลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ในส่วนของภาระงานที่มากเกินไปเกินอัตรากำลังของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ให้ทันตามกำหนดเวลา ลักษณะ

งานที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะงานที่ต้องประสานและการทำงานเป็นทีม (Tappen, 1995) ผู้บริหารทางการแพทย์บาลควรสนับสนุนใจให้พยาบาลอยู่โดยไม่คิดหนีย้ายออกไปและมุ่งเน้นให้พยาบาลนอกพื้นที่เข้ามาเพื่อให้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากที่อื่น เพราะอยู่บนพื้นแผ่นดินไทยเหมือนกัน ประการสำคัญพบว่าการขัดแย้งในมิติด้านศาสนาเพิ่มมากขึ้น โดยพยาบาลและผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามมีการเรียกร้องความต้องการที่มากเกินความจำเป็น ต้องการให้พยาบาลอิสลามดูแลตัวเองและต้องการดูแลที่มากยิ่งขึ้นซึ่งส่งผลให้พยาบาลที่มีภาระงานอยู่แล้วต้องอดทนและอดกลั้นมากยิ่งขึ้น

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอิสลามในพื้นที่ชายแดนภาคใต้จะมีความเชื่อ ศรัทธาและเคร่งครัดในการปฏิบัติมาก เช่น ช่วงการถือศีลอด การละหมาด จะให้ร่างกายสะอาดไม่มีมีอะไรแปลกปลอมใส่เข้าไปในร่างกายซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสกปรกจะปฏิบัติศาสนกิจไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยถอดเข็มแทงน้ำเกลือหรือผ้าพันแผลออกเอง หรือความเชื่อในเรื่องผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่ไม่ให้มีการช่วยฟื้นคืนชีพ เพราะถือว่าเป็นการเพิ่มความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย การปฏิบัติงานของพยาบาลภายใต้ความเชื่อและความเคร่งครัดในการประกอบศาสนกิจทำให้พยาบาลเกิดความไม่เข้าใจและยุ่งยากในการปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยอิสลามจะเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติศาสนาอิสลาม นอกจากความเชื่อ ศรัทธา เคร่งครัดในการปฏิบัติในผู้ป่วยแล้ว ในส่วนของเจ้าหน้าที่บางส่วนก็มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติด้วยเช่นกันทำให้พยาบาลรู้สึกขัดแย้งในความรู้สึกระหว่างหน้าที่และการเคร่งครัดปฏิบัติศาสนกิจ ในส่วนของเจ้าหน้าที่เนื่องจากเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจแล้วในช่วงของเทศกาลวันตรุษทางศาสนาอิสลามที่ต้องการอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากันกับคนในครอบครัว ก็จะมีปัญหาในเรื่องของการลาหยุด ในหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลอิสลามมากพยาบาลไทยพุทธน้อย การที่จะให้ลาหยุดพร้อมกันคงเป็นไปได้ก็เป็นปัญหาในการทำงานอีกเช่นกัน

ในการปฏิบัติงานภายใต้ความแตกต่างของศาสนาและวัฒนธรรม พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนใหญ่ประชากรประมาณ ร้อยละ 80 นับถือศาสนาอิสลาม มีวิถีชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของตนเอง มีชีวิตความเป็นอยู่บนพื้นฐานความเชื่อและความศรัทธาในศาสนาอิสลาม รวมทั้งขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากประชาชนในภูมิภาคอื่นทั้งทางด้านภาษา ศาสนา การแต่งกาย ศาสนาเป็นความเชื่อของมนุษย์ มีอิทธิพลต่อสังคมและการดำเนินชีวิตของบุคคล แต่ละศาสนาจะมีความเชื่อ การถือปฏิบัติและข้อกำหนดที่แตกต่างกัน อิสลามเป็นศาสนาหนึ่งที่มีวิถีการดำเนินชีวิตภายใต้สังคมในกรอบแห่งศาสนาอิสลาม (นุรุดีน สาริมิง, 2540; อับดุลเลาะ หนุ่มสุข, 2540) ทุกคนต้องปฏิบัติตามวัฒนธรรมอิสลามที่ปรากฏในคัมภีร์กูรอ่านซึ่งมีอยู่ 2 ประการ (การิม อับดุลเลาะฮ์, ม.ป.ป; กาญจนา บุญยัง, 2549) คือหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม มี 6 ประการ เป็นหลักพื้นฐานของศาสนาอิสลามที่มุสลิมต้องมีอยู่

ประจำใจ ความศรัทธาอย่างเดียวไม่เพียงพอต้องแสดงให้เห็นเป็นการปฏิบัติในชีวิตประจำวันโดยมุสลิมต้องปฏิบัติตามภารกิจที่อัลลอหฺได้วางไว้ 5 ประการคือ (Ahmed, 1999 cited in Rassool, 2000; อุทัย เอกสะพัง และคณะ, 2547). 1) การปฏิญาณตนทุกวันด้วยความบริสุทธิ์ใจในการเป็นเอกะของพระเจ้าและความเป็นศาสนทูตของนบีมุฮัมมัดว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจากอัลลอหฺและนบีมุฮัมมัดเป็นศาสนทูตของพระองค์” 2) การละหมาดหรือนมาซประจำวันอย่างสม่ำเสมอ การละหมาดเป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงความภักดีต่อองค์อัลลอหฺโดยมุสลิมทุกคนเมื่ออายุเข้าข่ายรู้จักรับผิดชอบหรือเริ่มเข้าสู่วัยแห่งการเป็นผู้ใหญ่ต้องทำละหมาดวันละ 5 เวลาคือเช้า รุ่ง บ่าย เย็น พลบค่ำ และเวลากลางคืน 3) การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน 4) การบำเพ็ญทานแก่คนยากจนที่เรียกว่า “ซะกาต” คือการจ่ายทรัพย์สินในอัตราที่ศาสนากำหนดไว้จำนวนหนึ่งจากทรัพย์สินที่สะสมไว้ที่สะสมไว้เมื่อครบรอบปีจำนวนตั้งแต่ร้อยละ 2.5 จนถึงร้อยละ 20 ต่างไปตามประเภทของทรัพย์สินที่บริจาค 5) การประกอบพิธีฮัจญ์ ณ. เมืองเมกกะ คือการไปบูชาสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ที่เมกกะหรือที่เรียกว่า การฮัจญ์ อย่างน้อย หนึ่งครั้งในชีวิต (จรัญ มะลูลีม, 2541; มานี ชูไทยและคณะ, 2542) ดังนั้นผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่อิสลามจึงมีชีวิตความเป็นอยู่บนพื้นฐานความเชื่อและความศรัทธาในศาสนาอิสลามจึงเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ พยายามผู้ให้การดูแลจึงต้องพยายามทำความเข้าใจและให้การดูแลภายใต้วัฒนธรรมที่แตกต่าง

อย่างไรก็ตามภายใต้ความแตกต่างทางวัฒนธรรมการสื่อสารก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งด้วยเช่นกัน การสื่อสารในจังหวัดชายแดนภาคใต้ก็เป็นปัญหามากเลยเพราะการสื่อสารที่ไม่ได้ใจความหรือไม่เข้าใจกันก็จะก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ เดิมทีการพูดคุยกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนไข้ก็มีการปรับเปลี่ยนเหมือนกัน อย่างพยาบาลที่พูดภาษาไทยไม่ได้ก็พยายามหัดที่จะพูดเพื่อที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยได้หรือการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยผ่านทางญาติหรือเจ้าหน้าที่ที่สามารถพูดภาษาไทยได้ ผู้ป่วยอิสลามที่พูดภาษาไทยไม่ได้ก็พยายามหัดพูดแม้ว่าจะพูดไม่ชัดแต่ก็มีความพยายามทำความเข้าใจกัน แต่หลังจากเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้นจะเห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยอิสลามจะไม่ยอมพูดภาษาไทยจะใช้ภาษาอาหรับในการพูดคุยส่งผลให้พยาบาลรู้สึกว่าคุณป่วยไม่ไว้ใจใจทำให้การทำงานยากขึ้น นอกจากนี้ในส่วนของผู้ป่วยก็เช่นกันเริ่มมีการใช้ภาษาอิสลามในการพูดคุยกันระหว่างเจ้าหน้าที่อิสลามกับเจ้าหน้าที่อิสลามจนกระทั่งถึงการส่งเวรในภาษาอิสลาม ทุ้งๆที่หอผู้ป่วยนั้นก็ไม่ได้มีเจ้าหน้าที่ที่เป็นอิสลามทั้งหมด ทำให้พยาบาลที่เป็นไทยพุทธรู้สึกไม่ดีทำงานยากขึ้น รู้สึกถึงความแบ่งแยกบุคคลากรออกเป็นสองฝ่าย ในส่วนของผู้ป่วยทำให้พยาบาลเกิดความไม่เข้าใจ และความยุ่งยากในการปฏิบัติงาน และการดูแลภายใต้อิทธิพลของศาสนาและวัฒนธรรมความรู้สึกเครียดและคับข้องใจในกระบวนการของการดูแลผู้ป่วยอิสลาม ในส่วนของผู้ป่วยที่รู้สึกขัดแย้งในความรู้สึกระหว่างหน้าที่และการเคร่งครัดปฏิบัติศาสนกิจ สำหรับในเรื่องของการ

สื่อสารผู้ป่วยอิสลามจะไม่ยอมพูดภาษาไทยจะใช้ภาษาอาหรับในการพูดคุยเพื่อรักษาความเป็นอัตลักษณ์ของตนเองส่งผลให้พยาบาลรู้สึกว่าคุณป่วยไม่ไว้วางใจทำให้การทำงานยากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Phil (2006) ในส่วนของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในด้านของการสื่อสาร ความรู้สึกคับข้องใจ อึดอัดในการไม่สามารถที่จะสื่อสารกันได้ และการสื่อสารในส่วน of เจ้าหน้าที่ทำให้พยาบาลไทยพุทธรู้สึกไม่ดี ทำให้การทำงานยากขึ้น รู้สึกถึงการแบ่งแยกบุคลากรออกเป็นสองฝ่าย

5. การปรับเปลี่ยนชีวิตท่ามกลางสถานการณ์รุนแรง

จากผลการศึกษาพบว่าในส่วนของ การปรับตัวของโรงพยาบาลให้เข้ากับสถานการณ์ มีการปรับตัวใน 2 ส่วน คือ มาตรการรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล และการมีบริการรถรับส่งเจ้าหน้าที่ ซึ่งพยาบาลมีความเห็นว่ามีความปลอดภัย และสะดวกสบายระดับหนึ่ง แต่มาตรการรักษาความปลอดภัยยังหละหลวมและบริการรถรับส่งของโรงพยาบาลยังไม่สะดวกและไม่ปลอดภัย การปรับตัวของพยาบาลเข้ากับสถานการณ์ เมื่อสภาพแวดล้อมภายนอกไม่ปลอดภัย การที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้จะมีชีวิตอยู่และทำงานอยู่ในพื้นที่ได้ก็ต้องพยายามยอมรับและปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการป้องกันตัวเองให้ปลอดภัย ในการปรับตัวของพยาบาลให้เข้ากับสถานการณ์จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพได้มีการปรับตัว 2 ส่วนคือการปรับตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวันและการปรับตัวในวิถีชีวิตการทำงาน สำหรับการปรับตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวันในการปรับตัวของพยาบาลในการใช้ชีวิตประจำวัน โดย การระมัดระวังให้ตัวเองมากขึ้นโดยไม่ไปไหนคนเดียวในเวลากลางคืน การหลีกเลี่ยงจุดที่น่าจะเกิดเช่น ตลาด ชุมชน เมื่อต้องไปตลาดก็รีบไปรีบกลับ การซื้อของมาคืนไว้ที่บ้าน และการวางแผนล่วงหน้าในแต่ละวัน สำหรับการปรับตัวในการทำงานพบว่าในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการทำงานให้ปลอดภัยโดยใส่ชุดทั่วไปแล้วมาเปลี่ยนเป็นชุดพยาบาลในที่ทำงาน หลีกเลี่ยงการเดินทางด้วยเส้นทางเดิม การเปลี่ยนมาใช้รถยนต์ในการเดินทางแทนรถมอเตอร์ไซด์ การนอนพักในห้องนอนหรือแฟลตพยาบาลแทนการกลับบ้านไป การกลับบ้านโดยรถโรงพยาบาลไปส่ง การปรับเปลี่ยนเวลาในการขึ้นลงเวรให้ตรงกับเพื่อนคนอื่นเพื่อจะมีเพื่อนร่วมทางทุกครั้ง

แม้ว่าพยาบาลผู้ให้ข้อมูลจะมีความรู้สึกกลัวและเครียดกับสถานการณ์ เขายังคงอยู่ต่อไปได้โดยใช้วิธีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์โดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางคืนเป็นกลางวัน หลีกเลี่ยงอยู่ในที่ชุมชนซึ่งเป็นไปตามหลักการเรียนรู้จากการที่มีระเบิดในกลุ่มคนที่เสียหายต่อชีวิต และทรัพย์สินดังข่าวมีการระเบิดกลางเมืองยะลา 18 จุดเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2550 ทำให้มีผู้เสียชีวิต 3 คนบาดเจ็บ 24 คน (หนังสือพิมพ์เดลินิวส์: 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่

จังหวัดชายแดนภาคใต้การใช้ชีวิตอยู่และทำงานอยู่ในพื้นที่ได้ก็ต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง โดยการหลีกเลี่ยงและหลีกเลี่ยงอันตราย นอกจากนั้นประเด็นที่พบว่าการจัดการความเครียดของตนเองโดยการหันเหความสนใจและการพึ่งศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งมนุษย์ทุกคนจะต้องมีหลักศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของElizabeth (2005) ที่ศึกษาบทเรียนและคำแนะนำของพยาบาลที่ผ่านสงครามเวียดนามควรมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม สภาพความเป็นจริงเพื่อสามารถทำงานได้อย่างราบรื่น (อัญญา ปลอดเปลื้อง, 2546)

6. เหตุผลของการคงอยู่ในการปฏิบัติงานต่อไป

แม้ว่าการทำงานของพยาบาลอยู่ท่ามกลางสถานการณ์รุนแรง รู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตพยาบาลก็ยังคงปฏิบัติในพื้นที่ต่อไปได้ โดยให้เหตุผลก็คือ ขวัญกำลังใจที่ได้รับจากหน่วยราชการและความรักและความผูกพันต่อกันเกิด สำหรับขวัญและกำลังใจที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐมีพยาบาลบางส่วนยังรู้สึกว่าขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน โดยเฉพาะประเด็นเงินค่าเสี่ยงภัยที่มองว่าขาดความยุติธรรมและความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม พยาบาลวิชาชีพส่วนหนึ่งยังมีความพึงพอใจกับงานที่ทำอยู่แม้ว่าจะมีภาระงานที่มาก อาจจะอยู่ได้ด้วยเงินค่าตอบแทนสนับสนุนส่วนหนึ่ง กำลังใจความเข้าใจจากผู้ร่วมงาน จากผู้บังคับบัญชา คนใกล้ชิด ครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ (Herzberg, 1959 อ้างถึงในชมชื่น สมประเสริฐ, 2542) ที่ว่าปัจจัยจูงใจที่จะทำให้คงอยู่ในงานพึงพอใจในงาน ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนและสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานและ ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการส่งผลให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรได้ (รัมภาพรรณ ประมวลทรัพย์, 2549) การยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเป็นการที่จะธำรงรักษาบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถไว้ในองค์กรได้ (ชุตินา สุวรรณประทีป, 2543)

และอีกเหตุผลหนึ่งที่พยาบาลวิชาชีพสามารถอยู่ได้คือมีความรักในอาชีพและมีความผูกพันกับถิ่นเกิดกับองค์กรเหมือนเป็นบ้าน เป็นครอบครัวเดียวกันเหมือนญาติสนิทที่คอยดูแลเอาใจใส่ ระยะเวลาที่ยาวนาน ความรัก ความผูกพันกับสถานที่ทำงานและถิ่นเกิดมายาวนานเหมือนแผ่นดินแม่ ย่อมเป็นรากลึกที่ยากจะถอนได้ อย่างไรก็ตามพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่ในพื้นที่ได้มีความรู้สึกว่าคุณค่ามีประโยชน์กับผู้บาดเจ็บ ภาคภูมิใจในวิชาชีพที่มีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บดังเช่นผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า “มีหลายคนไปแล้วแต่เรายังอยู่ถ้าเราไม่ดูแลแล้วใครจะดูแล”

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ระดับนโยบาย

1. โรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีความพร้อมรับในการเกิดอุบัติภัยหมู่ หน่วยงานต้นสังกัดควรมีนโยบายสนับสนุนทั้งด้านแพทย์ พยาบาล งบประมาณและความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยอุบัติภัยในการจัดตั้งเป็น Excellent center ทางด้านอุบัติภัยหมู่ เพื่อเป็นโรงพยาบาลต้นแบบในการพร้อมเผชิญภัยและเป็นที่ศึกษาคูณาน

2. เนื่องจากขาดความพร้อมของแพทย์ พยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยและมีความเสี่ยงในการ refer ผู้ป่วย หน่วยงานต้นสังกัดควรสนับสนุนในด้านการพัฒนาวิชาการในรูปแบบของ IT consultation, IS for Tele-conference

3. หน่วยงานต้นสังกัดควรจัดให้มีนโยบายเร่งรัดสนับสนุนความปลอดภัยให้บุคลากรในด้านสาธารณสุขอย่างเพียงพอ ทั้งความปลอดภัยในโรงพยาบาลและความปลอดภัยในการลงเวร การส่งต่อผู้ป่วยข้ามจังหวัด ทั้งยังคงไว้ที่ระบบสุขภาพเท่าเทียมกัน

4. การสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรในทุกกลุ่มด้วยความเหมาะสม เป็นธรรม จัดระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการที่พอกพูนในโรงพยาบาล ที่เหมาะสม เพียงพอ เงินค่าเสี่ยงภัยควรมีการปรับให้เท่าเทียมกันกับวิชาชีพอื่นไม่ควรนำประเด็นวิชาชีพมาเป็นตัวแบ่ง สนับสนุนในด้านของขั้นตำแหน่ง ให้มากขึ้นเพื่อจูงใจให้ของพยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในงาน

5. องค์กรพยาบาลควรส่งเสริมสนับสนุนในส่วนของ การสร้างขวัญและกำลังใจ ความเข้าใจของผู้ร่วมงาน ยกย่องเชิดชูเกียรติ ให้รางวัลประกาศเกียรติคุณ พยาบาลผู้เสียสละที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพและให้เป็นประโยชน์แก่คุณูปการ

6. หน่วยงานต้นสังกัดควรมีมาตรการ จัดทำแผนระยะสั้นและระยะยาวรองรับในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ระดับปฏิบัติการ

7. ฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลชายแดนใต้ ควรหามาตรการสร้างความปลอดภัยให้กับพยาบาลโดยการมีสถานที่พักในช่วงลงเวรกลางคืน ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยในเวลากลางคืน รวมทั้งจัดสวัสดิการ วัสดุอุปกรณ์ให้เอื้ออำนวยคุณภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติภัยหมู่ให้ได้มาตรฐาน รวมทั้งสนับสนุนให้พยาบาลทำงานอย่างมีความสุข เช่น จัดให้มีการหยุดพักผ่อนระยะยาวให้ออกไปนอกพื้นที่จังหวัดชายแดนพร้อมกับครอบครัว

8. ควรมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยให้มีมาตรฐานเดียวกัน และมีการติดตาม ประเมินผลประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเป็นระยะๆ

9. ควรมีการจัดทำเอกสารแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องแก่ผู้ป่วยที่เป็นมุสลิม โดยจะนำเสนอหลักธรรม คำสอนและหลักปฏิบัติแก่ผู้ป่วย เช่น ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตตามหลักศาสนาอิสลาม และควรจัดทำคู่มือคำศัพท์ทางการแพทย์ภาษาอิสลามเพื่อช่วยในการติดต่อสื่อสารทำความเข้าใจผู้ป่วยอิสลามได้ง่ายขึ้น

10. จากผลการศึกษาเนื่องจากพยาบาลขาดประสบการณ์ ความชำนาญ ความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ควรจัดให้มีการอบรม พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย critical care และจัดอบรมการดูแล การบริหารจัดการในการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุ

11. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการปลูกฝังค่านิยมให้กับนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ให้รักในอาชีพพยาบาล และให้ความรัก คอยดูแลเอาใจใส่พยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ความรู้สึกรักและผูกพันในองค์กร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกความต้องการการบริการพยาบาลในมุมมองของผู้ป่วยอิสลามในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เพื่อสามารถปรับและตอบสนองได้ตามความต้องการการบริการพยาบาลของผู้ป่วยอิสลามเพื่อลดปัญหาความไม่เข้าใจและความยุ่งยากในการทำงาน

2. จากผลการวิจัยพบว่าพยาบาลในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้มีบทบาทที่เพิ่มขึ้นในการเตรียมพร้อมรับอุบัติเหตุหมู่ ดังนั้นควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในประสบการณ์การมีส่วนร่วมในแผนอุบัติเหตุหมู่ของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินและพัฒนาศักยภาพในการเตรียมความพร้อมรับอุบัติเหตุหมู่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. จากการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศได้มีการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอิสลามในระยะวิกฤตแต่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ดังนั้นควรมีการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอิสลามเชิงวัฒนธรรมในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในเชิงลึก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกศิลป์ พุทธศิลพรสกุล. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมใน
หน่วยงานกับเชาว์อารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรรณิการ์ กัณธิ์. 2527. จิตวิทยาการเรียนรู้กับการสอน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย
รามคำแหง.
- การิม อับดุลเลาะห์. ม.ป.ป. คู่มือสถิติเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ส. วงศ์เสงี่ยม.
- กาญจนา บุญยัง. 2549. ปัญหาความมั่นคงสามจังหวัดภาคใต้ของไทย. วารสารอินโดจีนศึกษา
ฉบับวิกฤตไฟใต้ 7 (1): 256-283.
- กาญจนา โล่ห์ประเสริฐ. 2540. รูปแบบการสื่อสาร ความพึงพอใจในการสื่อสาร ความพึงพอใจ
ในงาน กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลตำรวจ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิษฐา อรัญดร. อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ และไขแสง โพธิโกสม. 2548. ประสบการณ์การ
ดูแลและการบริหารจัดการของพยาบาลขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วม โรงพยาบาลหาดใหญ่.
วารสารสภาการพยาบาล 20 (2): 44-62.
- คุณ โทจันทร์. 2545 พุทธศาสนากับสังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรีนติ้งเฮาส์.
งานการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลยะลา. ข้อมูลบุคลากร ปีงบประมาณ 2547 - 2550. (อัคราณา).
- จิตติมา อรุณรัตน์. 2549. บนเส้นทางศึกษาที่เป็อนเลือดของพยาบาลชายแดนภาคใต้. วารสาร
กองการพยาบาล 33(3): 122-127.
- จรัญ มะลูลีม. 2541. อิสลามความหมายและคำสอน. กรุงเทพฯ: ณิชชา พับลิชชิ่ง.
- จรัญ มะลูลีม. 2550. สันติภาพเป็นอย่างไรในโลกมุสลิม. ใน เวทีรายงานความก้าวหน้าในการทำ
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาที่ได้รับทุนวิจัย มหาวิทยาลัย ส.ก.ว ด้านมนุษยศาสตร์-
สังคมศาสตร์ รุ่น 3 วันที่ 18-19 ตุลาคม 2550 ณ. คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
(อัคราณา)
- จอนพะจง เพ็งจาด. 2546. ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสาร
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 15 (2): 1-10.

- จอนพะจง เฟ็งจาด. 2548. ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 17 (2): 10-19.
- เจมส์ อาร์ ไคลน์. 2548. มุมมองของชาวพุทธและมุสลิมกรณีความขัดแย้งในภาคใต้ของประเทศไทย, ใน ความรู้กับการแก้ไขปัญหาการขัดแย้งกรณีวิกฤติการณ์ชายแดนภาคใต้, อุทัย ดุลยเกษมและเลิศชาย ศิริชัย,บรรณาธิการ กรุงเทพฯ: เอดิชั่นเพรสโปรดักส์, 333-370.
- ชิดชนก ราธิมมูลา. 2548. วิกฤติชายแดนใต้, ใน ความรู้กับการแก้ไขปัญหาการขัดแย้งกรณีวิกฤติการณ์ชายแดนภาคใต้, อุทัย ดุลยเกษมและเลิศชาย ศิริชัย,บรรณาธิการ กรุงเทพฯ: เอดิชั่นเพรสโปรดักส์, 3-63.
- ชิดชนก ราธิมมูลา. 2549. การฟื้นตัวของวงการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- ชนกพร บัวสุข. ปราณี ทองคำและสนั่น เฟ็งเหมือน. 2548. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 11 (1): 87-99.
- ชุติมา มาลัย. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานกับการทำงานเป็นทีมของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุติมา สุวรรณประทีป. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการจัดการทรัพยากรมนุษย์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมชื่น สมประเสริฐ. 2542. รูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชูศรี มโนการ. 2548. การวิเคราะห์ตัวประกอบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. 2539. สันติทฤษฎี วิถีวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- ชาย โพธิ์สิตา. 2547. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.

- เชษฐ ตย์คานนท์. 2548. หลักจิตวิทยาในการบริหาร. [online]. แหล่งที่มา: [www/http.wing56.rtaf.mi.th](http://www.wing56.rtaf.mi.th) [20 กันยายน 2550].
- ครุณี จงอุดมการณ์. 2550. ประสบการณ์การทำงานในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารสภาการพยาบาล. 22(1): 28-47.
- ดำรง แวอาลี. 2547. การใช้หลักศาสนาอิสลามในการดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3.
- ตุลา มหภาพสุรานนท์. 2547. หลักการจัดการ-หลักการบริหาร. กรุงเทพฯ: เพิ่มทรัพย์การพิมพ์.
- เต็มศักดิ์ คทวณิช. 2546. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น .
- ธงชัย ทวิชาติและคณะ. 2539. รายงานการวิจัยเรื่องความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย. กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธงชัย สันติวงษ์. 2534. หลักการจัดการ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชย์.
- ธงชัย สันติวงษ์. 2546. การบริหารสู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง.
- ธีรภัทร แสตนบุคคา. 2546. ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่ในโรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงพงา ปั่นทองพันธุ์. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการภาวะผู้นำ และการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงสกรณ์ สุทธิวงศ์. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์การ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับความเครียดในงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลของรัฐ เขต กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. 2545. การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง.
- นรุดีน สาริมิง. (2540). แนวทางศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความตายและการปฏิบัติต่อคนไข้ในมรณวิธี สงฆคานครินทรสาร 3 (1): 79-91.
- บัญญัติ ขง่วนและเสกสิทธิ์ ปราภุชื้อ. 2548. ปัจจัยความเครียดจากการทำงานและ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความต้องการย้ายออกนอกพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของ

- ตำรวจภูธรปัตตานี. วารสารสงขลานครินทร์. 11 (2): 115-134
- ปิยะ กิจถาวร. 2548. รายงานการศึกษาสถานการณ์ความรุนแรงและผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน เจ้าหน้าที่รัฐ ต่อประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรงในเขตท้องที่ทุกอำเภอของจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- ประณีต ส่งวัฒนาและคณะ. 2543. ความเหมือนและความแตกต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพการพยาบาล ปรัชญาการพยาบาล ทฤษฎีพื้นฐานและชาติพันธุ์วรรณา. วารสารสภาการพยาบาล. 15(2):12-24
- ประณีต ส่งวัฒนาและคณะ. 2548. ความเป็นไปได้ในการขยายบทบาทของคณะพยาบาลศาสตร์ในการผลิตและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. 2547. จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ป. อ. ปยุตโต 2548. งานเพื่อความสงบสุขและแก่นสารของชีวิต. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ธรรมสภา.
- ผการัตน์ สุภากรรณ์. 2548. ประสบการณ์การจัดการความเครียดจากการทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิกุลทอง สังข์เงิน. 2549. แรงจูงใจ. [online]. แหล่งที่มา: [www/http.gotoknow.org/blog/pikul/34838 - 37k](http://www.gotoknow.org/blog/pikul/34838-37k) [20 กันยายน 2550]
- พงศ์เทพ สุธีรัฐดี, อมร รอดคล้าย, สุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจและ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. 2549. วิกฤตของระบบสาธารณสุขพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วิทยาเขตสงขลา
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. 2530. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. 2546 พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.
- พัชมน อันโต. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในงาน ระดับในการสร้างนวัตกรรมขององค์กร กับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรี พุทธชาติ. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร 25(1): 29-37.

- เพ็ญศรี ปรารงค์สุวรรณ. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลปัจจัยบางประการกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภาคใต้ประเทศไทย วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาบริหารศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพิมล รักษาแก้ว. 2548. การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน สาธารณภัยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระไพศาล วิสาโล. 2549. สันติวิธี วิถีแห่งอารยะ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- พลเดช ปิ่นประทีป. 2547. สานติธรรมรวมใจ ดับไฟได้ด้วยปัญญา. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2530. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย การประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2535. การจัดบุคลากรเพื่อคุณภาพการดูแล. กรุงเทพฯ: มทป.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2540. กลยุทธ์การสร้างความสำเร็จในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2544. ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ว่างใหม่บลูพรีนซ์.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2546. ขุมปัญญาทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: พระราม 4 ปรีนติ้ง.
- พัชรี พุทธชาติ. 2550. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร. 25(1): 29-37.
- ฟาริดา อิบราฮิม. 2535. บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาล 4 (1): 91-97.
- ฟาริดา อิบราฮิม. 2541. นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: โครงการพัฒนาตำราสาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- มานี ชูไทยและคณะ. 2542.. การรับรู้บทบาทของอิหม่ามต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมุสลิมในประเทศไทย. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตสงขลา.
- รัมภาพรรณ ประมวลทรัพย์. 2549. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความไว้วางใจหัวหน้าหอผู้ป่วย ความพึงพอใจในงาน กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รอฮานี เจอะอาแซ วันดี สุทธิรัมย์และจินตนา เลิศไพฑูริย์. 2548. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
การจัดการความเครียดของวัยรุ่นไทยมุสลิมในโรงเรียนมัธยมในสามจังหวัดชายแดน
ภาคใต้ วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 13(2): 68-77.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. 2545. การวิจัยทางการแพทย์: หลักการและแนวทางปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2.
เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วินัย สมะอุณ 2550. อัตลักษณ์คนไทยกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม. ใน สุริชัย หวันแก้ว
, กำเนิดไฟใต้, 15. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิรัช สงวนวงศ์วาน. 2547. การจัดการและพฤติกรรมองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:
เอช.เอ็น.กรุ๊ป.
- วิไลพร มณีพันธ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อม ในการ
ทำงานกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรัฐ
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แวลีเมาะ ปูชูและอับดุลเลาะ หวังหนี. 2550. อนามัยประจันในวันนี้ที่ยังคงเจ็บเหงาหลังคนร้าย
บุกยิงเจ้าหน้าที่อนามัยเสียชีวิต 2 คน [online]. สถาบันข่าวอิศรา สมาคมนักข่าว
หนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย แหล่งที่มา: <http://www.tjanews.org> [10พฤศจิกายน 2550]
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ. 2545. องค์กรและการจัดการ. กรุงเทพมหานคร: ชรรณสาร.
- ศรีสมภพ จิตรภิมย์ศรี. 2549. สถานการณ์ความความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ช่วง 2 ปี
(พ.ศ 2547-2548) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศรีสมภพ จิตรภิมย์ศรี. 2550. สรุป 45 เดือนสถานการณ์ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้
[online].ฐานรายงานการวิจัย IDSW. แหล่งที่มา: <http://www.deepsouthwatch.org>[29
ตุลาคม 2550]
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมนึก ศิริสุวรรณและคณะ. 2548. รายงานการศึกษาผลกระทบต่อบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต
3 จังหวัดชายแดนใต้. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2549. หน้าที่รับผิดชอบและสมรรถนะ
พยาบาลวิชาชีพ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542. แนวทางปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป.
กรุงเทพฯ: สำนักงานปงพาณิชย์. กรมพาณิชย์สัมพันธ์.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปีตตานี ยะลา. 2548. ข้อมูลสถานการณ์ความรุนแรงของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้เดือนมกราคม 2547 - กรกฎาคม 2548.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2550. โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล [online]. แหล่งที่มา: <http://www.ha.or.th/regisgh.htm>[29 ตุลาคม 2550]
- สถาพร ปิ่นเจริญ. 2548. การจัดการความเครียด. วารสารมจร. วิชาการ 4(7): 81-89.
- สุปราณี เสนาดิสัย. 2539. การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 8 กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล. 2543. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 กรุงเทพฯ: ศรียอดการพิมพ์.
- สุภักดิ์ ชชรรัตน์. 2547. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุภาพค์ จันทนิช. 2543. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรชาติ บำรุงสุขและคณะ 2549. การก่อความไม่สงบในภาคใต้ของไทย. กรุงเทพฯ: สแควร์ปรินซ์ 93. (อัครสำเนา)
- สุรวงศ์ ไคว้ตระกูล. 2541. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรัตน์ สุมานัส. 2542. การต่อต้านการก่อการร้าย,ในการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของโรงพยาบาล อนันต์ ตันमुखกุล,บรรณาธิการ กรุงเทพฯ: L.T เพรส: 258-266.
- สุรเชียร จักรธรานนท์. 2548. วินาศกรรมกลางเมือง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน.
- สายสวาท เผ่าพงษ์. 2542. พัฒนาการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง.
- สิริลักษณ์ สมพลกรัง. 2542 สิ่งแวดล้อมในการทำงานกับความเหนื่อยล้าของพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิทย์ มหัตนรินทร์กุล วณิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. 2540. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. วารสารสวนปรุง 13(3): 1-20.
- หนังสือพิมพ์เดลินิวส์. (18 กุมภาพันธ์ 2550)
- อัญญา ปลอดเปลื้อง 2546 ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. 2549. การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

อุทัย เอกสะพังและคณะ. 2547. วัฒนธรรมในการดำรงชีวิตตามวิถีชาวพุทธในสามจังหวัด
ชายแดนภาคใต้. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.

อับดุลเลาะ หนุ่มสุข 2540 อิสลามกับความหลากหลายของมุสลิม: แตกต่างแต่ไม่แตกแยก.
เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องแลโลกมุสลิม: เส้นทางสู่องค์ความรู้ ณ หอประชุมวิทยาลัย
อิสลามอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, วันที่ 26-27
มิถุนายน พ.ศ 2540. ปัตตานี: วิทยาลัยอิสลามศึกษา.

อมร รอดคล้ายและคณะ 2548 การศึกษาผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพของบุคลากรใน
ภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อุยนันท์ อินทมาศน์. 2546. การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Allen, D. G. 1995. Hermeneutics: Philosophical traditions and nursing practice research.
Nursing Science Quarterly. 8(4): 174-181.

Bass, B. M. 1985. Leadership and performance beyond expectation. New-York: The free
press.

Benner, P. 1984. From novice to expert. California: Addison-Wesley.

Cheryl, B., and Lori, C. 2005. First job experiences of recent RN graduates. Journal of
Nursing Administration. 35(3): 130-137.

Colaizzi, P. F. 1978. Psychological research as the Phenomenologist views it. In R. Valle and
M. King (Eds.), Existential Phenomenological alternative for psychology (pp.48-71).
New York: Oxford University press.

Creasia, L. J. and Parker, B. 2001. Conceptual foundation; The Bridge to Professional Nursing
Practice. 3rd ed. St Louis, Missouri: A Harcourt Health Sciences Company.

- Elizabeth, A. S. D. 2005. Lessons learned and advice from Vietnam war nurses: A qualitative study. Journal of Advanced Nursing 49(6): 600–607.
- Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., and Donnell, J. H. 1982. Organization behavior structure and process. 4th ed texas: Business publication.
- Grohar-Murray, M. E., and Dicroce. 1997. Leadership and management in nursing. New Jersey: Prentice Hall.
- Harrison, L. L. 2006. Maintaining the ethic of caring in nursing. Journal of Advanced Nursing. 54(3): 255-257.
- Heath, J., Jahanson, W., and Blake, N. 2004. Healthy work environments.: A validation of the literature. Journal of Nursing Administration 34(1): 524 – 530.
- Hendel, T., Fish, M., and Aboudi, S. 2000 Strategies used by hospital nurses to cope with a national crisis: a manager’s perspective. International Council of Nurses. 47(4): 224-231.
- Herbig, B., Bussing, A., and Ewert, T. 2001. The role of tacit knowledge in the work context of nursing. Journal of Advance Nursing 34(5): 687-695.
- Holloway , I. and Wheeler, S. 1996. Qualitative research for nurses. Malden, MA: Blackwell Science.
- Juethong, W. 1998. Thai baccalaureate nursing student’ s caring and uncaring lived experience with Thai nursing instructors. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy in Nursing at George Mason University.
- Koch, T. 1995. Interpretive approaches in nursing: The influence of Husserl and Heidegger. Journal of Advance Nursing. 21(5): 827-836.
- Koch, T. 1996. Implementation of a hermeneutic inquiry in nursing: Philosophy, rigour and representation. Journal of Advance Nursing. 24(1): 174-184.
- Kreitzer, M. J., Wright, D., Hamlin, C., Towey, S., Marko, M., and Disch, J. 1997. Creating a healthy work environment in the midst of organizational change and transition. Journal of Nursing Administration 27(6): 35-41.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. 1984. Stress appraisal and coping. New York : Springer Publishing.

- Leonard, V. W. 1989. A Heideggerian phenomenologic perspective on the concept of person. Advances in Nursing Science 11(4): 40-55.
- Leonard, V. W. 1994. A Heideggerian phenomenologic perspective on the concept of person. In Benner, P. (Edition). Interpretive phenomenology. Thousand Oak: Sage Publication.
- Lincon, Y. S. and Guba, E. G. 1985. Naturalistic inquiry. Beverly Hill, CA:Sage.
- Internatinal Council of Nurses. 2007 Positive practice environments [Online]. Available from: www.icn.ch/indkit2007. [2007, Sep 4]
- Manion, J. 2003. Joy at work: Creating a positive workplace. Journal of Nursing Administration. 33(12): 652-655.
- McKim, S. J. 2003. Healthy work environments. Nurse Leader 4(1): 15 - 22.
- Michic, S., Ridout, K., and Johnston, M. 1996. Stress in nursing and patients satisfaction with health care. British Journal of Nursing. 5(16): 1002-1003.
- Moos, R. H. 1986. Work environment scale manual. 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Narelle, at al. 2001. The wartime experience of Australian Army nurses in Vietnam, 1967–1971 Journal of Advanced Nursing. 35(4): 543-549
- Nicklin, P. 1997. A practice-centered model of clinical supervision. Nursing times. 46(11): 52-54.
- Pascoe, E. 1996. The value to nursing research of Gadamer’s hermeneutic philosophy. Journal of Advance Nursing. 24(6): 1309-1314.
- Pasquli, E. A., Arnold, H. M., and Debasio, N. 1983. Mental health nursing a holistic approach. St. Louis: The C.V. Mosby company.
- Phil, H. 2006. Caring for patients of Islamic denomination: Critical care nurses’ experiences in Saudi Arabia. Journal of Clinical Nursing. 15(12): 1565-1573.
- Rassool, G. H. 2000. The crescent and Islam: Healing, nursing and the spiritual dimension. some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. Journal of Advanced Nursing. 32(6): 1476-1484.
- Robbins, S. P. 1998. Organization behavior. 8th ed. New Jersey: Prentice Hall.

- Robbins, S. P., and Judge, T.A. 2007. Organization behavior. 12thed. Pearson: Prentice Hall.
- Rowland, H. and Rowland, B. 1997. Nursing Administration Handbook. 4th ed. Maryland: An Apsen Publication.
- Rue, L. W., and Byars, L. L. 2003. Management skill and application. 10th ed. New York: McGraw-Hill.
- Schemervorn, J. R. 1996 Management and organization behavior. Singapore:John Wiley and Sons.
- Schutz, A. 1970. On phenomenology and social relation. Chicago: University of Chicago Press.
- Sorrell, J. M., and Redmond, G. M. 1995. Interviews in qualitative nursing research: Differing approach for ethnographic and phenomenological studies. Journal of Advanced Nursing. 21(6): 1117-1122.
- Streubert H. J., and Carpenter, D. R. 2003. Qualitative research for nurse : Advancing the humanistic imperative. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Streubert H. J., and Carpenter, D. R. 2007. Qualitative research in nursing : Advancing the humanistic imperative. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sullivan, E., and Decker, P. J. 1988. Effective management in nursing. MenloPark: Addison Wesley.
- Swansburg, R. C., and Swansburg, L. C. 1995. Nursing staff development : A component of human resource development. Boston : Jones and Bartlett.
- Tappan, R. M. 1995. Nursing leadership and management : Concepts and practice. 3rd ed. Philadelphia: F.A Davis.
- The American Association of Critical – Care Nurses. 2005. AACN Standards for establishing and sustaining healthy work environment: A journey to excellence. American Journal of Critical Care 14(3): 187 - 197.
- Thomson, J. L. 1990. Hermeneutic inquiry, In E. M. Linda (Ed.), In advancing nursing science through research. California: Publications, Inc.
- Victoria, N., and David, B.G. 1988. Webster's New World Dictionary. Simon and Schuster.
- Walters, A. J. 1995. The phenomenological movement: Implications for nursing research.

Journal of Advanced Nursing 22(4): 791-799.

Weiskopf, C. S. 2005. Nurses' experience of caring for inmate patients . Journal of Advanced Nursing. 49(4): 336-343.

Wheeler, H., and Riding, R. J. 1994. Occupational stress in general nurse and midwives. British Journal of Nursing 3 (10): 527-534.

Whetten, D.A. and Cameron, K. S. 2002. Developing management skills. 5th ed.
New Jersey: Pearson Product.

Yu, L.C. Mansfield, P.K., Packard, J.S., Vicary, J., and McCool, W. 1992. Occupational stress among nurses in hospital settings. Association of American Occupational Health Nursing Journal 3(4): 121-128.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล

ลำดับ ที่	อายุ (ปี)	เพศ	สถาน ภาพ	ระดับ การศึกษา	ศาสนา	ภูมิลำเนา	ประสบการณ์ การทำงาน (ปี)	ระยะเวลาที่ ปฏิบัติงาน (ปี)	รายได้/ต่อ เดือน	เงินสนับสนุน/ต่อเดือน	แผนกที่ปฏิบัติงาน
1	41	หญิง	โสด	ปริญญาโท	พุทธ	จ.นครศรีธรรมราช	18	18	25,000	4,500	ห้องผ่าตัด
2.	43	หญิง	โสด	ปริญญาโท	พุทธ	อ.ยะหา จ.ยะลา	22	22	22,000	1,000	กุมารเวชกรรม
3.	27	หญิง	โสด	ปริญญาตรี	พุทธ	อ.เมือง จ.ยะลา	5	5	10,350	2,000	ศัลยกรรมกระดูกหญิง
4.	30	หญิง	คู่	ปริญญาตรี	อิสลาม	อ.รามัน จ.ยะลา	6	6	12,280	1,000	ICU อายุรกรรม
5.	30	หญิง	โสด	ปริญญาตรี	พุทธ	อ.เบตง จ.ยะลา	8	8	11,360	3,500	ICU อุบัติเหตุ
6.	50	หญิง	คู่	ปริญญาตรี	อิสลาม	อ.เมือง จ.ยะลา	30	30	24,000	1,000	สูติกรรม
7.	39	หญิง	คู่	ปริญญาตรี	พุทธ	อ.เมือง จ.ยะลา	16	16	26,000	3,000	ศัลยกรรมกระดูกชาย
8.	37	หญิง	คู่	ปริญญาตรี	พุทธ	อ.เมือง จ.ยะลา	17	17	20,220	1,000	ห้องคลอด
9.	40	หญิง	คู่	ปริญญาตรี	พุทธ	อ.เมือง จ.ยะลา	17	17	25,000	2,000	ผู้ป่วยนอก
10.	30	ชาย	คู่	ปริญญาตรี	อิสลาม	จ. สตูล	6	6	13,200	1,000	จิตเวช
11.	32	หญิง	โสด	ปริญญาโท	พุทธ	จ. นราธิวาส	10	10	26,000	3,000	ศัลยกรรมชาย
12.	27	หญิง	คู่	ปริญญาตรี	อิสลาม	อ.เมือง จ.ยะลา	4	4	10,000	3,000	อายุรกรรมหญิง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลำดับ ที่	อายุ (ปี)	เพศ	สถาน ภาพ	ระดับ การศึกษา	ศาสนา	ภูมิลำเนา	ประสบการณ์ การทำงาน (ปี)	ระยะเวลาที่ ปฏิบัติงาน (ปี)	รายได้/ต่อ เดือน	เงินสนับสนุน/ต่อเดือน	แผนกที่ปฏิบัติงาน
13.	32	หญิง	คู่	ปริญญาโท	อิสลาม	อ.เมือง จ.ยะลา	10	10	14,000	1,500	ศัลยกรรมประสาท
14	34	หญิง	โสด	ปริญญาตรี	พุทธ	จ.สงขลา	11	11	19,800	1,000	ICU ทั่วไป
15	35	หญิง	คู่	ปริญญาตรี	พุทธ	อ.เมือง จ.ยะลา	11	11	14,000	1,000	ห้องฉุกเฉิน
16	37	หญิง	คู่	ปริญญาตรี	พุทธ	อ.เมือง จ.ยะลา	15	14	26,827	1,000	ศัลยกรรมกระดูกชาย

*เงินสนับสนุน หมายถึง เงินค่าเลี้ยงชีพหรือเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษ,เงินเพิ่มเติมในกรณีผู้ป่วยจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคำถามในการสัมภาษณ์
เรื่อง ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

1. **ขั้นเริ่มการสนทนา**

- 1.1 แนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์
- 1.2 เริ่มพูดคุยชักถามทั่วไปเป็นการสร้างความคุ้นเคยกับผู้สัมภาษณ์
- 1.3 ขออนุญาตอัดเทป
- 1.4 เชิญใบยินยอมในการวิจัย

2. **ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ**

- 1) ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อการทำงานอย่างไรบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน/การดำเนินชีวิตใหม่ อย่างไร
- 2) ท่านคิดว่าท่านทำงานด้านใดมากที่สุดระหว่างงานการพยาบาล งานด้านบริหารจัดการ และงานด้านวิชาการ ทำไมจึงคิดเช่นนั้น ช่วยเล่ารายละเอียดของงานแต่ละด้าน
- 3)
- 4).....
- 31) บรรยากาศในการทำงานเป็นอย่างไร และต้องการให้มีบรรยากาศอย่างไร

3. **ขั้นยุติการสนทนา**

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติมมีแนวคำถามดังนี้

- 3.1 ในเรื่องที่ได้พูดคุยในวันนี้ ท่านต้องการที่จะพูดในประเด็นไหนเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร
- 3.2 หากท่านมีข้อสงสัย หรือมีประเด็นใดที่ต้องการซักถามผู้วิจัยหรือไม่ อย่างไร
- 3.3 ผู้วิจัยได้กล่าวสรุปประเด็นที่สนทนาในแต่ละครั้ง และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

ภาคผนวก ค
ประมวลคำศัพท์ที่พบในการสัมภาษณ์

คำศัพท์	ความหมาย
1. admit	รับเป็นคนไข้ใน
2. advice	แนะนำ
3. assign	รับมอบหมาย
4. case	กรณีผู้ป่วย
5. check	ตรวจสอบ
6. class	ชั้นเรียน
7. clear airway	ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง
8. conference	การประชุมปรึกษา
9. cover	ภายใต้การดูแล
10. CPR	ช่วยฟื้นคืนชีพ
11. CVA	บาดเจ็บของเส้นเลือดสมอง
12. discharge	จำหน่าย
13. ER	แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
14. Functional	เป็นหน้าที่
15. Home health care	การเยี่ยมบ้าน
16. KM	การจัดการความรู้
17. leader	หัวหน้า
18. ICD	ใส่ท่อระบาย
19. ICU	หอผู้ป่วยหนัก
20. inchart	หัวหน้าเวร
21. medical nurse	พยาบาลที่ดูแลเรื่องยา
22. member	สมาชิก
23. oncall	เรียกขึ้นปฏิบัติงาน
24. OPD	แผนกผู้ป่วยนอก
25. OT	งานนอกเวลาราชการ
26. PCU	ศูนย์สุขภาพชุมชน

คำศัพท์

27. plan discharge
28. pump
29. refer
30. round
31. routine
32. senior
33. severe
34. stock
35. suction
36. support
37. tear carotid
38. treatment
39. tube
40. vascular injury
41. ward

ความหมาย

- วางแผนจำหน่าย
 นวดหัวใจ
 การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา
 ตรวจเยี่ยมอาการ
 งานประจำ
 อาวุโส
 รุนแรง
 สำรอง
 ดูดเสมหะ
 สนับสนุน
 มีการฉีกขาดของเส้นเลือดที่คอ
 การให้การรักษา
 ท่อช่วยหายใจ
 บาดเจ็บของเส้นเลือด
 หอผู้ป่วย

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก
แผนที่จังหวัดยะลา



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุรัสวดี ไมตรีกุล เกิดวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2506 ที่จังหวัดยะลา สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา พ.ศ. 2529 สำเร็จ การศึกษาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ พ.ศ.2547 ศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2549 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 รองหัวหน้า หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลศูนย์ยะลา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย