

ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน



นางสาวอรุณีมา จรรย์านุวัฒน์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCES OF PROFESSIONAL NURSES WORKING AT OUT PATIENTS  
DEPARTMENT OF A PRIVATE HOSPITAL

Miss Urachima Jariyanuwat



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 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน
โดย	นางสาวอรุณีมา จรรย์วัฒน์
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจักษ์ศิลป)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด)

อุรุชิวา จริญญาวัฒน์ : ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน (EXPERIENCES OF PROFESSIONAL NURSES WORKING AT OUT PATIENTS DEPARTMENT OF A PRIVATE HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 204 หน้า.

ในการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การในการปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 12 คนรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และบันทึกเทป นำข้อมูลมาถอดแบบคำต่อคำ การสัมภาษณ์สิ้นสุดลงเมื่อได้ข้อมูลที่อิ่มตัว และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ van Manen ผลการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

1. ลักษณะการทำงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1) การให้บริการของพยาบาลผู้ป่วยนอก และ 1.2) เป็นด่านแรกที่ผู้ป่วยมาใช้บริการ พยาบาลจึงเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค
2. บริการที่ให้ ต้องสร้างความประทับใจให้ผู้รับบริการ ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1) ต้องการติดต่ออะไร บอกพยาบาลได้ พร้อมให้บริการ 2.2) ใส่ใจความต้องการ ช่วยแก้สถานการณ์ให้คลี่คลาย 2.3) ใส่ใจเรื่องเล็กๆ แต่สร้างความประทับใจที่ยิ่งใหญ่ และ 2.4) ผู้รับบริการพิเศษ ดูแลอย่างดี ไม่ให้มีข้อผิดพลาด
3. เพิ่มทักษะการทำงาน เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 3.1) ภาษาอังกฤษต้องได้ พัฒนาให้เชี่ยวชาญ สื่อสารอย่างมั่นใจ 3.2) ภาษาอื่นใช้ถนัด หากตามแล้วมาซ้ำ พยาบาลต้องแก้ปัญหาไปก่อน และ 3.3) คำนึงถึงความแตกต่าง ทางด้านวัฒนธรรม
4. ปัญหาหลากหลาย บางเรื่องแก้ไขได้ บางเรื่องต้องทำใจ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 4.1) ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติที่มีความคาดหวังสูง และ 4.2) ประสานงานหลายฝ่าย ทั้งแพทย์-พยาบาล-ผู้ป่วย และหน่วยงานอื่น

จากการศึกษานี้ ทำให้ค้นพบประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงบริหารจัดการทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน ตลอดจนสามารถประยุกต์ข้อค้นพบเพื่อพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล

ลายมือชื่อ นิสิต .....

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5377843136 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS: OUT PATIENT PROFESSIONAL NURSE / OUT PATIENT DEPARTMENT

URACHIMA JARIYANUWAT: EXPERIENCES OF PROFESSIONAL NURSES WORKING AT OUT PATIENTS DEPARTMENT OF A PRIVATE HOSPITAL. ADVISOR: AREEWAN OUMTANEE, 204 pp.

The purpose of this qualitative study is to describe experiences of professional nurses working at out patients department of a private hospital. Hermeneutic phenomenology of Martin Heidegger was applied as research methodology. The 12 informants who experienced to work in out patients department at a private hospital at least 3 years were selected by using purposive sampling technique. Data were collected through in-depth interview with tape-record. The interview ended after data saturation. All interviews were transcribed verbatim and analyzed by using content analysis of van Manen's method.

The results of research consisted of 4 major themes as follows:

1. Nursing characteristics of outpatient department Including 2 sub-themes : 1.1) Nursing service of outpatient department and 1.2) First place patients visit affecting nurses contacting diseases.

2. Providing excellent service Including 4 sub-themes : 2.1) Need anything just telling your nurse 2.2) Solving any problem to meet patient's need 2.3) Doing small thing but getting the big impression and 2.4) Taking care of super VIP without any mistake.

3. Improving some skills to achieve service quality 3 sub-themes : 3.1) Being confident to use English language 3.2) Using non-verbal communication is helpful while waiting for a translator and 3.3) Providing appropriate care if understanding other cultures.

4. Several problems need to solve but some require acceptance Including 2 sub-themes : 4.1) Service according to customers' expectation and 4.2) Coordinating with complicated processes .

The study findings provided to be a guideline to effective management in out-patients department and improve potential performance of nurses in out-patients department at a private hospital.

Field of Study: Nursing Administration

Academic Year: 2014

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความสำเร็จ ความเมตตา กรุณา และช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาดูแลเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทรในการให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการแก้ไข ข้อบกพร่อง และเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุกสิลา ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ ข้อเสนอแนะและคำแนะนำต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบ ขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูง พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอน ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้ คำแนะนำ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเองและด้านการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ ทุกท่านที่ได้ให้การช่วยเหลือ ตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษา ณ มหาวิทยาลัยแห่งนี้

ขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งแก่ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เห็นความสำคัญและสละเวลาให้ข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนๆหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เป็น กัลยาณมิตรที่คอยเอาใจใส่ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมถึงให้ความรักและความปรารถนาดีตลอด ระยะเวลาที่ศึกษาร่วมกัน ณ สถาบันนี้

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัว ที่ให้ความรัก ความห่วงใย และเป็นแรงใจในการศึกษาต่อ รวมทั้งผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ให้การ สนับสนุน ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ตลอดระยะเวลาการศึกษาและ ระยะเวลาที่ทำวิทยานิพนธ์ จนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาได้อย่างภาคภูมิใจ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	4
คำถามการวิจัย .....	4
แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย .....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย .....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	7
1. โรงพยาบาลเอกชน .....	8
2. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน.....	25
3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล เอกชน .....	47
4. การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา .....	74
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	83
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	89
1. พื้นที่ที่ศึกษา.....	89
2. ผู้ให้ข้อมูล .....	89
3. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	91

4. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล .....	92
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	92
6. การวิเคราะห์ข้อมูล .....	94
7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล .....	95
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	98
1. ลักษณะการทำงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก .....	99
2. บริการที่ให้ ต้องสร้างความประทับใจให้ผู้รับบริการ .....	108
3. เพิ่มทักษะการทำงาน เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ .....	125
4. อุปสรรคมีมากมาย บางเรื่องแก้ไขได้ บางเรื่องต้องทำใจ .....	137
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	149
สรุปผลการวิจัย .....	149
อภิปรายผลการวิจัย .....	158
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	165
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	166
รายการอ้างอิง .....	167
ภาคผนวก .....	180
ภาคผนวก ก เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย คำชี้แจงและคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วม การวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และข้อมูล สำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....	181
ภาคผนวก ข แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการถอด ความ และการให้รหัสเบื้องต้น และประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	188
ภาคผนวก ค รายละเอียดผู้ให้ข้อมูล และการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก .....	195
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	204



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนกบริการผู้ป่วยนอก (Outpatient department) โรงพยาบาลเอกชน ถือเป็นบริการด้านแรกที่ผู้รับบริการทั้งชาวไทยและต่างชาติ ผู้รับบริการจะต้องผ่านการคัดกรองเพื่อส่งต่อไปรับบริการยังหน่วยงานอื่นๆ หรือในกรณีผู้รับบริการเจ็บป่วยเล็กน้อย เมื่อมารับบริการแล้วสามารถกลับไปรับประทานยา หรือปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่บ้านได้ แต่ในปัจจุบันมีกระแสการเปิดเสรีธุรกิจด้านบริการสุขภาพของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ที่จะเกิดขึ้นอย่างเต็มรูปแบบในปี 2558 มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับการให้บริการด้านสุขภาพและสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพและมาตรฐานการบริการ เพื่อก้าวเข้าสู่การเป็นศูนย์กลางการบริการสุขภาพของภูมิภาค (Medical Hub) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือระดับสูงหรือผู้มีความสามารถพิเศษ โดยเฉพาะได้มีข้อตกลงร่วมกันในคุณสมบัตินักวิชาชีพของอาเซียน (MRAs) แล้ว ทั้งหมด 8 สาขาวิชาชีพ โดยหนึ่งในนั้นก็คือวิชาชีพพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นบุคลากรด้านสุขภาพกลุ่มใหญ่ที่ได้รับผลกระทบตามมา กระแสการเปลี่ยนแปลงเพื่อเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและการวางยุทธศาสตร์เชิงรุกของไทยเพื่อเข้าสู่ “Medical Hub of Asia” สิ่งที่เกิดขึ้นย่อมกระทบกระเทือนกับในหลายๆสาขาอาชีพรวมทั้งพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การวางยุทธศาสตร์เชิงรุกทางการแพทย์นับเป็นจุดขายหลักที่ส่งผลพลอยได้ให้ธุรกิจการแพทย์ไทยเติบโตอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องโดยในแต่ละปีจะมีชาวต่างชาติหลังไหลเข้ามาไม่ต่ำกว่า 1.5 ล้านราย คิดเป็นรายได้เข้าประเทศกว่า 41,000 ล้านบาท ในฐานะผู้ป่วย

นอกจากนี้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ การบริการและราคา ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้ต่างชาติเดินทางเข้ามารักษากับโรงพยาบาลของไทยเพิ่มขึ้นทุกปี ชื่อเสียงของธุรกิจโรงพยาบาลไทยโด่งดังไปทั่วโลกและเอเชีย ย่อมส่งผลในหลายๆด้านรวมทั้งต่อตัวพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ให้สอดคล้องกับนโยบายที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศและก้าวหน้าทางการแพทย์และการเปลี่ยนแปลงที่มุ่งเน้นความเป็นเลิศโดยมีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้วิชาชีพได้มาตรฐานสูงสุดจะต้องมีการพัฒนาทั้งด้านการศึกษา ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และ Best practice เพื่อให้เท่าเทียมมาตรฐานโลกและเกิดการยอมรับ มีการพัฒนาด้านภาษาเพื่อการสื่อสารในแต่ละสังคมแล้วยังต้องทราบกฎเกณฑ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างสมบูรณ์และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และลักษณะเฉพาะของเชื้อชาติ (วันเพ็ญ

พิชิตพรชัย, 2546) การดูแลผู้ป่วยโดยต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และสามารถทำความเข้าใจปัญหาของผู้มารับบริการรวมทั้งความแตกต่างของวัฒนธรรมแล้วนำมาประยุกต์ให้เข้าถึงความต้องการของผู้มารับบริการ ( Compinin – Bacote , 1998 ) โดยจัดบริการให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของแต่ละคนตระหนักถึงความเชื่อส่วนตัวของผู้มารับบริการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้มารับบริการ( ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2548) รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะ (competency) เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกับชาวต่างชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แผนกบริการผู้ป่วยนอกจะให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปแล้ว โรงพยาบาลเอกชนยังให้บริการตรวจโรคเฉพาะสาขา รวมทั้งการให้บริการอื่นๆ เช่น บริการตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจสุขภาพก่อนสมรส เป็นต้น (Outpatient Department Scope of Service, 2006) ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นพื้นที่ศึกษา ได้มีลักษณะการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยแบ่งแยกแต่ละแผนกตามสาขาเฉพาะทางของโรคเช่น แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม แผนก กระดูกและข้อ แผนกทางเดินหายใจ เป็นต้น นอกจากนี้ในส่วนของแผนกผู้ป่วยนอกมีการเปิดให้บริการในส่วนของ ศูนย์สุขภาพ แผนกเวชศาสตร์ชะลอวัย แผนกเส้นผมและหนังศีรษะ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอีกด้วย

นอกจากนี้แผนกผู้ป่วยนอกยังต้องเป็นบริการด้านหน้า ที่สามารถสร้างความประทับใจให้กับผู้รับบริการ (พัชรินทร์ ชิวสารณ์,2551) ตั้งแต่การต้อนรับ การประชาสัมพันธ์ การคัดกรองผู้ป่วย การรักษาพยาบาล การทำหัตถการต่างๆจนถึงการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านหรือส่งต่อไปยังแผนกบริการอื่นๆ ด้วยบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว ในด้านระบบบริหารงานของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนจะพบความแตกต่างทั้งด้านนโยบาย พันธกิจ และวิสัยทัศน์ โครงสร้างการบริหารและสายบังคับบัญชา การวางแผนและการบริหารจัดการองค์การ ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การบริหารพัสดุ การจัดทำงบประมาณ ค่าตอบแทน (วินัย ลีสมีทธิ์ และคณะ, 2542) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน นอกจากจะต้องใช้ความรู้ความสามารถและทักษะการพยาบาลพื้นฐาน และเฉพาะทางในการคัดกรองโรคแล้ว ยังต้องมีทักษะที่สำคัญเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้รับบริการ เช่น การสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การถ่ายทอดข้อมูล และความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันความขัดแย้งและสร้างความประทับใจในการบริการรักษาพยาบาลทั้งชาวไทยและต่างชาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกในเรื่อง ปัจจัยทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร (จิราภรณ์ รวีพิสุทธิ์, 2552) สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก (พัชรินทร์ ชิวสารณ์, 2551)ตัวประกอบคุณภาพการบริการในแผนกผู้ป่วยนอก (นวล

ลักษณะ บุขบง, 2541) และการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยนอก (เตยหอม บุญพันธ์, 2539) ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวเป็นการศึกษาวิจัยในเชิงปริมาณที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ผลการวิจัยจึงไม่สามารถอธิบายเรื่องราวหรือสิ่งที่เกิดขึ้นจริงซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกดังกล่าวได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้วิจัยเลือกเฉพาะส่วนที่ตนเองสนใจศึกษาโดยยึดกรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่มีอยู่เท่านั้น ผลการศึกษาเหล่านี้ เสนอข้อค้นพบในการปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกเพียงบางส่วน แต่ยังคงขาดความลึกซึ้งในการปฏิบัติงานตามประสบการณ์จริงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก และยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชน

ผู้วิจัยจึงศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากการสัมภาษณ์นัรื่องของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 4 คน ในระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม 2555 พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้ **1) ลักษณะงานเป็นการ ทำทหายความสามารถ** ลักษณะงานแผนกผู้ป่วยนอก เป็นงานที่ให้บริการผู้รับบริการที่หลากหลายรูปแบบ ต้องทำงานร่วมกับทีม ทั้งแพทย์และสหวิชาชีพอื่นๆ แต่ละวันจะมีสถานการณ์ที่ต้องแก้ไขแตกต่างกันไป สถานการณ์เดียวกันในอีกวันอาจต้องใช้การแก้ปัญหาในรูปแบบหนึ่ง บางครั้งมีสถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินในแผนกที่ไม่สามารถคาดเดาก่อนได้ ก็ต้องมีสติในการบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยที่ไม่ทอดทิ้งผู้รับบริการอื่นๆที่นั่งรอตรวจอยู่ด้วย พยาบาลผู้ป่วยนอกจึงต้องเรียนรู้ที่จะปรับตัว ยืดหยุ่น และบริหารจัดการเพื่อที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ **2) ทำงานหลากหลายหน้าที่** เนื่องจากพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกต้องทำงานหลายด้าน ทำงานได้ทุกหน้าที่ ซึ่งเป็นงานนอกเหนือจากหน้าที่ของพยาบาล จนบางครั้งรู้สึกที่ทำแต่งานเอกสาร ทำให้มีเวลาดูแลหรือให้ความสำคัญกับผู้รับบริการตามบทบาทเชิงวิชาชีพบางบทบาทลดลง ความเชี่ยวชาญในทักษะต่างๆเริ่มลดลงเช่นกัน เนื่องจาก โรงพยาบาลมอบหมายให้บุคลากรอื่นดำเนินการแทน เช่น เจาะเลือด เปิดเส้นให้สารน้ำและให้ยา พยาบาลผู้ป่วยนอกจะสามารถทำหน้าที่ดังกล่าวได้ เมื่อผู้รับบริการระบุว่าต้องการจะรับบริการจากพยาบาลเท่านั้น **3) เครียดกับการแก้ปัญหาบนความคาดหวังสูงของผู้รับบริการ** พยาบาลที่ปฏิบัติงานของแผนกผู้ป่วยนอก ต้องเผชิญกับความเครียดสูง เนื่องจากต้องรองรับหลากหลายอารมณ์ของผู้รับบริการทั้งที่เป็นชาวไทยและต่างประเทศ ต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่สร้างความไม่พึงพอใจให้ผู้รับบริการ ซึ่งจะกลายเป็นประเด็นของการฟ้องร้องได้ ดังนั้นการให้บริการในแผนกนี้ พยาบาลต้องบริหารจัดการให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่รวดเร็ว และรอบรู้ทุกเรื่อง มีการเรียนรู้วัฒนธรรมต่างๆของผู้มารับบริการ เช่นชาวญี่ปุ่นต้องพูดด้วยน้ำเสียงเบา ผู้หญิงชาวอาหรับต้องปกปิดร่างกายมิดชิด หากมีการการทำหัตถการที่ต้องเปิดเผยร่างกายห้ามให้ผู้ชายอื่นนอกจากสามีเข้าไปใกล้เป็นต้น **4) ให้บริการอื่นนอกเหนือบริการ**

**พยาบาล** นอกจากต้องดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพแล้ว บางครั้งพยาบาลก็ต้องปรับบริการตามความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ เช่น ผู้รับบริการเป็นผู้มีชื่อเสียงในสังคมต้องรักษาความเป็นส่วนตัวให้ผู้รับบริการ ต้องจัดให้มีคนดูแลอย่างใกล้ชิดขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้รับบริการบางคนจะร้องเรียนทุกครั้งที่มาใช้บริการต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดทุกครั้ง ต้องเรียนรู้ว่า พยาบาลต้องใส่ใจรู้ความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย ผู้รับบริการบางคนไม่ให้คำเรียกว่าคุณ หรือ ท่าน แต่ให้เรียกตำแหน่งทางวิชาการ หรือ อาจารย์ ผู้รับบริการบางคนต้องการปกปิดข้อมูลในการมารับการรักษา หากผู้ป่วยหรือญาติมาติดต่อขอรับข้อมูลการรักษาต้องมีการแจ้งรหัสกับทางโรงพยาบาลก่อนทุกครั้ง เป็นต้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ จะเห็นได้ว่า ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนที่กล่าวมามีรายละเอียดที่ไม่ได้ถูกกล่าวไว้ในตำรา งานวิจัยหรือเอกสารใดๆ ในฐานะที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก จึงสนใจศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งมุ่งแสวงหาคำตอบที่ได้จากการบอกเล่าของผู้มีประสบการณ์ตรง (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) ผลจากการวิจัยที่ได้ จะเป็นแนวทางในการจัดระบบการบริหารจัดการพยาบาลเพื่อพัฒนาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกต่อไป

### **วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน

### **คำถามการวิจัย**

ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนเป็นอย่างไร

### **แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย**

ผู้วิจัยใช้แนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger และเนื่องจากผู้วิจัยมีประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน ทำให้มีความเข้าใจมาบ้างแล้ว การที่ผู้วิจัยนำประสบการณ์ที่มีอยู่มาเป็นส่วนร่วมและทำความเข้าใจร่วมกับผู้ให้ข้อมูล และการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ แลกความหมายร่วมกัน จะทำให้ได้ความหมายตามความเป็นจริงอย่างสมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับกับแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลพบเห็นเหตุการณ์หนึ่งๆบุคคลจะทำความเข้าใจกับเหตุการณ์นั้นโดยใช้ประสบการณ์เดิมของ

ตนเองตีความและให้ความหมายกับเหตุการณ์นั้นๆซึ่งในการตีความนั้นจะมีการแลกเปลี่ยนและทำความเข้าใจร่วมกันกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด และแนวคิดของ Royal Collage of Nursing: RCN (2006) ได้มีการกำหนดมาตรฐานบทบาท และสมรรถนะหลักของพยาบาลผู้ปวยนอก 4 ด้าน ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านการสร้างสัมพันธภาพและการประคับประคองผู้ป่วย 2) สมรรถนะด้านการพยาบาลหลากหลายสาขาโรค 3) สมรรถนะด้านทักษะ และความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความหลากหลายทุกสาขาโรคทางกายการแพทย์ 4) สมรรถนะด้านการดูแลต่อเนืองและการส่งเสริมสุขภาพ โดยจากการสัมภาษณ์นักร้องผู้วิจัยจึงได้เพิ่มเติมแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger ที่เป็นการศึกษาและปฏิบัติการที่เป็นแบบแผนที่มีมุ่งการดูแลสุขภาพตามวัฒนธรรม และรูปแบบความเจ็บป่วยของประชาชนแบบองค์รวม โดยเคารพในความแตกต่างและคล้ายคลึงในคุณค่า ความเชื่อ และวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และสามารถดูแลตนเองให้มีความสอดคล้องทางวัฒนธรรมได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดข้างต้นในการสร้างข้อคำถามในการสัมภาษณ์ ซึ่งข้อคำถามจะมีการปรับเปลี่ยนไปตามเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็นหลัก

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 12 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา (Full time) มีประสบการณ์การดูแลต่อเนืองในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนไม่น้อยกว่า 3 ปี 2) มีความยินดีเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ครั้งละประมาณ 45-60 นาที ร่วมกับการบันทึกเทปเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อได้ข้อมูลที่อิ่มตัว

### คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

1. ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน หมายถึงการถ่ายทอดเรื่องราวและเหตุการณ์ของการเป็นพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน ที่ให้บริการผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมทั้งชาวไทยและต่างชาติ บทบาทการดูแลผู้รับบริการตั้งแต่การต้อนรับเมื่อผู้รับบริการมาถึง จนกระทั่งจำหน่ายออก

จากแผนกทั้งที่กลับบ้านได้และส่งต่อไปรักษาเพิ่มเติมในแผนกอื่น การบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาต่างๆ

**2. พยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรในระดับปริญญาตรี เทียบเท่าปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ที่มีประสบการณ์การทำงานต่อเนื่องในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชน ไม่น้อยกว่า 3 ปี

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับวางแผนพัฒนาพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพในการพัฒนาหลักสูตร จัดฝึกอบรมพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร งานวิจัย บทความ และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน โดยมีหัวข้อในการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

#### 1. โรงพยาบาลเอกชน

- 1.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลเอกชน
- 1.2 การให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนที่ศึกษา
- 1.3 การบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน

#### 2. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน

- 2.1 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพพยาบาล
- 2.2 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพพยาบาลผู้ป่วยนอก
- 2.3 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน

#### 3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล

เอกชน

##### 3.1 พฤติกรรมการให้บริการที่เป็นเลิศ

- 3.1.1 ความหมายของพฤติกรรมการให้บริการที่เป็นเลิศ
- 3.1.2 แนวคิดพฤติกรรมการให้บริการที่เป็นเลิศ
- 3.1.3 พยาบาลวิชาชีพกับพฤติกรรมการให้บริการที่เป็นเลิศ

##### 3.2 คุณภาพบริการพยาบาล

- 3.2.1 ความหมายของคุณภาพบริการพยาบาล
- 3.2.2 แนวคิดคุณภาพบริการพยาบาล
- 3.2.3 พยาบาลวิชาชีพกับการพัฒนาคุณภาพบริการ

##### 3.3 การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

- 3.3.1 ความหมายการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
- 3.3.2 ทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
- 3.3.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
- 3.3.4 พยาบาลวิชาชีพกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

### 3.4 ความขัดแย้งในงานแผนกผู้ป่วยนอก

3.4.1 ความหมายของความขัดแย้ง

3.4.2 ปัญหาความขัดแย้งทางการพยาบาล

3.4.3 รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง

3.4.4 พยาบาลวิชาชีพกับการจัดการความขัดแย้ง

### 3.5 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3.5.1 ความหมายของความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3.5.2 แนวคิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3.5.3 พยาบาลวิชาชีพกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

### 4. การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา

4.1 ความหมายของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

4.2 ประวัติความเป็นมาของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

4.3 แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger

4.4 ระเบียบวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. โรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนเป็นโรงพยาบาลที่เน้นการให้บริการที่รวดเร็ว สะดวกสบาย ภายใต้อากาศที่สงบ และมีการใช้เครื่องมือที่ทันสมัย ในหัวข้อนี้ผู้วิจัยขอเสนอเนื้อหาเกี่ยวข้องดังนี้

##### 1.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชน เป็นโรงพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อให้บริการรักษาพยาบาล โดยเน้นเสริมภาครัฐ ที่ไม่สามารถจัดบริการให้เพียงพอต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชนที่มาใช้บริการได้อย่างเต็มที่ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้การบริการการรักษาที่ได้มาตรฐานในทุกสาขาการแพทย์ มุ่งเน้นที่คุณภาพและประสิทธิภาพการรักษา ผสมผสานควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพของผู้ใช้บริการเหล่านี้จะช่วยลดภาระรัฐบาลและทำให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง มีบริการทางด้านกายภาพบำบัด ทุกด้าน โรงพยาบาลบางแห่งมีการบริหารจัดการในลักษณะที่เป็นศูนย์เฉพาะทางครบวงจร เพื่อ



ให้บริการแบบครบถ้วน ณ จุดเดียว (One stop service) สำหรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชน จัดพิเศษนอกเหนือจากการรักษาทั่วไปมักตั้งเป็นศูนย์เฉพาะทางและมีการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางถึงความสามารถเฉพาะทาง มีเครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยเพื่อเพิ่มศักยภาพในการรับรองและตอบสนองผู้มาใช้บริการ (ศิริพร แสงศรีจันทร์, 2552) โรงพยาบาลเอกชนต้องให้บริการที่มีคุณภาพเพื่อดึงดูดให้ผู้มาใช้บริการใช้บริการมากขึ้นและหวังผลกำไร กลุ่มเป้าหมายของโรงพยาบาลเอกชนจึงเป็นกลุ่มที่มีฐานะปานกลางจนถึงระดับดีและดีมาก รวมทั้งกลุ่มที่มีประกันสุขภาพ (รุ่งอรุณ เกศวหงส์, 2547) และจากการทบทวนและศึกษา สามารถแบ่งประเภทของโรงพยาบาลเอกชน ออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1) แบ่งตามลักษณะการให้บริการ จำแนกเป็น 2 ประเภทคือ

(1) สถานบริการทั่วไปมีลักษณะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ขนาดเล็ก โดยให้บริการรักษาพยาบาลในด้านต่างๆ อาทิ อายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมตกแต่ง กุมาร เวชกรรม วิสัญญี รังสีวิทยา จิตเวช หู คอ จมูก จักษุ สูติรีเวชกรรม โรคผิวหนัง โรคมุมแพทย์ ทันตกรรม และการให้บริการอื่นๆ เช่น ตรวจเอ็กซเรย์ ขนส่งผู้ให้บริการทั้งรับด่วนและทั่วไป บริการตรวจสุขภาพและกายภาพ เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลรามคำแหง โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลพระราม 9 และโรงพยาบาลพญาไท 2 เป็นต้น

(2) สถานพยาบาลเฉพาะโรคให้บริการรักษาพยาบาลเฉพาะโรค เช่นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคฟัน หรือผิวหนัง เช่น โรงพยาบาลจักษุรัตนิน โรงพยาบาลผิวหนังอโศก และโรงพยาบาลมณารมย์ เป็นต้น

2) แบ่งตามลักษณะการบริหารงาน การเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ และกองทุนที่ได้รับการอุดหนุน จำแนกเป็น 2 ประเภท คือ

(1) โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นขององค์กรศาสนาหรือมูลนิธิ โรงพยาบาลที่เป็นขององค์กรศาสนาหรือมูลนิธิในประเทศไทย เริ่มก่อตั้ง เมื่อ พ.ศ. 2537 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับปัญหาของประเทศไทยและสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลด้านการรักษาพยาบาล ให้กับประชาชนทั่วไป และเพื่อแบ่งเบาบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในสังกัดรัฐ พันธกิจตั้งอยู่บนเจตจำนงที่ไม่หวังผลกำไรแต่มีการมุ่งตอบแทนผลประโยชน์

ให้สังคมและประชาชน เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ โรงพยาบาลมิชชัน เป็นต้น โครงสร้างองค์การ ประกอบด้วยกรรมการบอร์ดบริหารโรงพยาบาล ซึ่งเป็นนักบวชหรือตัวแทนทางศาสนาเป็นกรรมการบอร์ด มีวาระการปฏิบัติงาน 4 ปี กรรมการบอร์ดทำหน้าที่ดูแลด้านนโยบายการเงิน สนับสนุนและกำกับการทำงานของคณะผู้บริหารโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล และผู้จัดการแผนกแผนก คณะผู้บริหารเหล่านี้ทำหน้าที่บริหารโรงพยาบาลโดยอยู่ภายใต้การดูแลของกรรมการบอร์ด สำหรับนโยบายการบริหาร คือ ให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนทุกชนชั้น โดยไม่มีจำกัดด้านเชื้อชาติ เพศ และฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม พัฒนาการบริการทั้งแบบตะวันออกและตะวันตกผสมผสานกัน พร้อมกับการพัฒนาและผลิตบุคลากรและใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ด้านบริหารงบประมาณอยู่ภายใต้การไม่มุ่งแสวงหาผลกำไร เนื่องจากมีกองทุนช่วยเหลือ และมีการร่วมก่อตั้งคณะกรรมการระหว่างโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นขององค์การศาสนาหรือมูลนิธิ ด้วยกันเพื่อเครือข่ายพันธมิตรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและจัดสรรงบประมาณบางส่วนในที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อ เช่น มีการจัดซื้อหรือสั่งซื้อยา หรือเวชภัณฑ์ รวมถึงอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ทางกายภาพร่วมกัน ทำให้คณะกรรมการมีอำนาจในการต่อรองราคาสูงขึ้นและได้ยาหรือเวชภัณฑ์ รวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ทางกายภาพในราคาที่ต่ำกว่า การสั่งซื้อทั่วไป บทบาทของเครือข่ายพันธมิตรยังมีการร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และการพัฒนาบุคลากรร่วมกัน เช่น จัดโครงการอบรมเกี่ยวกับการนโยบาย หรือแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และมีการเชิญบุคลากรจากโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นขององค์การศาสนาหรือมูลนิธิต่างๆ เข้าร่วมอบรมร่วมกัน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ภายใต้ องค์การศาสนาหรือมูลนิธิที่สังกัด สำหรับด้านการบริหารการพยาบาล ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ในโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นขององค์การศาสนาหรือมูลนิธิปัจจุบันพบว่า มีการจ่ายค่าตอบแทนและสวัสดิการในการปฏิบัติงานของบุคลากรในอัตราใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปในขนาดเดียวกัน เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน มีการนำวัฒนธรรมของตะวันออกมาผสมผสานกัน เช่น การอนุเคราะห์ครอบครัวของบุคลากรที่เจ็บป่วย มีการให้รางวัลในวาระนักชัตฤกษ์ เช่น การจ่ายอั่งเปา และการให้โบนัสประจำปี หรือประจำ 6 เดือน อยู่ในอัตราประมาณ 1 เท่าของเงินเดือน และยังมีการส่งเสริมสนับสนุนเวลาให้บุคลากรมีโอกาสศึกษาในระดับสูงขึ้นทั้งภายในและภายนอกองค์การ รวมทั้งมีการกำหนดบันไดวิชาชีพที่ชัดเจนให้กับบุคลากรแต่ละระดับเพื่อให้บุคลากรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในสายงานวิชาชีพ

(2) โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินในรูปแบบบริษัท โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการในรูปแบบบริษัท มีเป้าหมายสำคัญคือเพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้เจ็บป่วยที่โรงพยาบาลรัฐบาลไม่สามารถให้การรักษาได้อย่างทั่วถึง มีลักษณะโครงสร้างของโรงพยาบาล คือ มีคณะกรรมการบอร์ดบริหาร โรงพยาบาลเป็นผู้บริหารระดับสูง ทำหน้าที่ดูแลกำหนดโครงสร้างและนโยบายหลักของโรงพยาบาล และควบคุมการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ผู้อำนวยการฝ่ายการสนับสนุนทางการแพทย์ และคณะกรรมการสายอื่นที่เรียกตามสายงานการปฏิบัติ สำหรับนโยบายในการบริหารคือ การเน้นความมีประสิทธิภาพในการให้บริการคุ้มค่า และสร้างความพึงพอใจให้ผู้ใช้บริการ รวมถึง สร้างความเชื่อมั่นในการลงทุน เน้นให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพโดยมีการคำนึงถึงผลประโยชน์หรือการมุ่งหวังผลกำไรเพื่อความอยู่รอดขององค์กร โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินรูปแบบบริษัทเช่นโรงพยาบาลเจ้าพระยา โรงพยาบาลสินแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลสมิติเวช เป็นต้น ซึ่งนโยบายหลักของโรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินรูปแบบบริษัทมีการดำเนินการมีการมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในด้านต่างๆดังนี้ (1) *ด้านการบริการ* คือ การเน้นการให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับผู้ให้บริการทั่วไป โดยยึดหลักความสะอาด รวดเร็ว ได้มาตรฐานวิชาชีพ และเน้นการให้บริการเป็นแบบเชิงรุกเพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นหลัก (2) *ด้านประสิทธิภาพการรักษาของแพทย์และพยาบาล* ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดึงดูดผู้ให้บริการให้ เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล อีกทั้งการสร้างความรู้สึกรู้สึกไว้วางใจในคุณภาพการรักษาให้กับผู้ให้บริการด้านการสร้างความสะอาดสบาย ความสะอาด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ผู้ให้บริการมีความคาดหวังกับโรงพยาบาลเอกชนสูง คือต้องการความสะอาด รวดเร็ว บรรยากาศของความสวยงาม รื่นรมย์ ตลอดจนความสะอาดของสถานที่พยาบาล ซึ่งเป็นการสร้างภาพจน์ของโรงพยาบาลหลายแห่ง จึงปรากฏในรูปแบบการบริการแบบโรงแรม (3) *ด้านค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม* คือ การคิดค่าบริการด้านต่างๆที่มีความเหมาะสมกับการบริการที่ได้รับ และมีการชี้แจงแก่ผู้ให้บริการทราบและเข้าใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและบริการที่ได้รับ (4) *ด้านสถานที่ตั้ง* คือ การมีสถานที่ตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนเพื่อเป็นศูนย์กลางในการให้บริการและมีการจัดระบบบริการที่ดึงดูดผู้ให้บริการที่เข้ามาใช้บริการให้เกิดความประทับใจกลับมาใช้บริการอีก (5) *สำหรับด้านการบริหารงบประมาณ* คณะผู้บริหารโรงพยาบาลสรุปผลการดำเนินการและจัดทำงบประมาณและกำหนดเป้าหมายของรายได้ประจำปี เสนอต่อประธานและคณะกรรมการบริหารระดับสูง เพื่อ

พิจารณางบประมาณการใช้จ่ายและรายได้ประจำปี และมีการติดตามผลการประกอบการทุกไตรมาส เพื่อพิจารณาวิถีทางในการทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในส่วนของการบริหารค่าตอบแทน มีการจ่ายค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรในอัตราสูงตามศักยภาพของแต่ละบุคคล และมีสวัสดิการที่เหมาะสม รวมถึงมีการสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน โดยจ่ายอั่งเปา หรือจ่ายโบนัสเป็นเงิน 1-3 เท่าของเงินเดือน ทุก 4 - 6 เดือน หรือทุกสิ้นปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผลการปฏิบัติงานของบุคลากรและผลประกอบการของแต่ละโรงพยาบาล และ (6) การพัฒนาบุคลากร มีการจัดอบรมทางวิชาการทั้งในและนอกองค์การอย่างต่อเนื่อง การส่งบุคลากรอบรมเฉพาะทางเพื่อพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานให้เพิ่มสูงขึ้นตามความสามารถ และมีการกำหนดและส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าตามบันไดวิชาชีพ อย่างชัดเจน ซึ่งนอกจากการเป็นการพัฒนาบุคลากรทั้งนี้เพื่อดึงดูดใจให้บุคลากรอยู่ในองค์การและเกิดความผูกพันกับองค์การ ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จได้ในที่สุด

### 3) แบ่งตามขนาดของโรงพยาบาล สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

(1) โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก หมายถึง โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงผู้ป่วยน้อยกว่า 100 เตียง มีฝ่ายบริหารเป็นฝ่ายดำเนินการทุกประเภท มีการแบ่งงานหรือขอบเขตงานอย่างเป็นทางการ แต่มีลักษณะการทำงานเป็นครอบครัว มีการช่วยเหลือกันทำให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อน การบริการเน้นการรักษาอย่างเดียว ไม่แยกบริการออกเป็นแผนกอย่างชัดเจน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีฝ่ายการพยาบาล พนักงานประจำน้อย พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานบางเวลา(Past time) ซึ่งเป็นพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐบาลมาทำงานพิเศษด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากร อาคาร สถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กให้บริการได้ในขอบเขตที่จำกัด และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างครบถ้วน เช่น โรงพยาบาลสุขุมวิท โรงพยาบาลเดชา โรงพยาบาลพร้อมมิตร เป็นต้น

(2) โรงพยาบาลเอกชนขนาดกลาง โรงพยาบาลเอกชนขนาดกลาง หมายถึง โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงผู้ป่วย 101-199 เตียง มีการดำเนินงานด้านการบริการมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก มีการจัดรูปแบบองค์การแบ่งขอบเขตงานออกเป็นแผนกตามลักษณะงาน มีการแยกแผนกอย่างชัดเจน มีแพทย์ประจำค่อนข้างครบทุกสาขาตามสาขาวิชาการแพทย์ มี

องค์การพยาบาล พยาบาลวิชาชีพขึ้นตรงกับองค์การพยาบาลแต่บางแห่งยังขึ้นตรงกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือฝ่ายบุคคลมีพยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลประจำการมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่ยังคงอาศัยพนักงานบางเวลา(Past time) จากโรงพยาบาลอื่นๆและพนักงานประจำร้อยละ 80 มีระยะเวลาในการทำงาน 1- 3 ปี และลาออกไปทำงานโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมในการให้บริการทุกด้าน เช่น โรงพยาบาลนครธน โรงพยาบาลบางปะกอก 1 โรงพยาบาลเซ็นทรัลเอนอร์ล เป็นต้น

(3) โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ หมายถึงโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงผู้ป่วย 200 เตียงขึ้นไป มีการลงทุนเป็นกรรมการบอร์ด มีการจัดรูปแบบองค์การและแบ่งขอบเขตงานอย่างชัดเจน โครงสร้างการบริหารประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ผู้อำนวยการองค์การพยาบาลและแต่ละหน่วยปฏิบัติงานที่มีผู้จัดการแผนกหรือผู้จัดการกับการทำงาน แนวทางการบริหารงานเป็นไปตามนโยบายที่ได้รับจากผู้บริหารและคณะกรรมการการบริการรักษาพยาบาลมุ่งเน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญครบทุกสาขาวิชาการแพทย์ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัยราคาแพง มีวิสัยทัศน์การดำเนินงานที่กว้างไกลและมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านคุณภาพการบริการทั่วไปและคุณภาพในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง องค์การพยาบาลมีอิสระในการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานประจำ (Full time) ไม่นิยมรับพยาบาลจากโรงพยาบาลอื่นมาทำงานพิเศษหรือมีการรับน้อยมากเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางและขนาดเล็ก แต่ให้พนักงานประจำมาปฏิบัติงานเป็นพนักงานล่วเวลาแทน ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพระดับสากล ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีขนาดเตียงตั้งแต่ 300 เตียงขึ้นไป (ศิริพร แสงศรีจันทร์, 2552)

จากข้อมูลข้างต้น สรุปได้ว่าลักษณะของโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปมีการเน้นการให้การบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นหลัก การจำแนกประเภทของโรงพยาบาลเอกชนสามารถจำแนกได้หลายวิธี คือจำแนกตามลักษณะการให้บริการ ตามขนาดของโรงพยาบาลและตามลักษณะการเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์และกองทุนที่ได้รับการสนับสนุน

## 1.2 การให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนที่ศึกษา

โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ขนาด 275 เตียง เปิดให้บริการมานานประมาณ 35 ปี เปิดให้ในรูปแบบธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนจนประสบความสำเร็จ สามารถจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย และเปลี่ยนฐานะเป็นบริษัท รวมทั้งมีการขยายบริการและพัฒนาต่อเนื่อง ทำให้มีการขยายสาขาทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ให้บริการตรวจรักษาอย่างครอบคลุมทุกสาขา ตั้งแต่การให้บริการระดับทั่วไป จนถึงการผ่าตัดหัวใจ และปลูกถ่ายอวัยวะ มีจุดมุ่งเน้นโดยต้องการพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นเลิศในด้านการแพทย์และเป็นศูนย์รวมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยที่สุดในประเทศไทย โดยผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลจากองค์กรทั้งในและต่างประเทศ คือ สถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, โรงพยาบาลสายสัมพันธ์ แม่ลูกจากองค์การอนามัยโลก องค์การยูนิเซฟและกระทรวงสาธารณสุข และการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลสำหรับมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลและการจัดการจาก JCI (Joint Commission International) เป็นต้น

โดยโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นพื้นที่ศึกษาในการวิจัยในครั้งนี้ มีการกำหนดนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ และคุณค่าขององค์กร ดังนี้

**นโยบาย** โรงพยาบาลได้มีการกำหนดนโยบายเพื่อกำหนดทิศทางในการปฏิบัติงานดังนี้

1. มุ่งเน้นให้การดูแลสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกาย และจิตใจแก่ผู้รับบริการ ให้สามารถดำเนินชีวิตและคงไว้ด้วยสุขภาพที่ดี
2. มุ่งเน้นความสำคัญให้เป็นที่ยอมรับในการให้บริการที่มีคุณภาพและดำรงไว้ซึ่งวัฒนธรรมเชิงคุณภาพในการดำเนินงานทุกภาคส่วนขององค์กร
3. มุ่งเน้นการเคารพ ให้เกียรติและรักษาความลับของผู้รับบริการโดยคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ
4. ตระหนักถึงความสำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา และพร้อมให้การสนับสนุนในการทำแผนปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์

5. มุ่งเน้นถึงความต้องการของชุมชนทั้งด้านการรักษาพยาบาลและสุขภาพอนามัยอันเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีและแหล่งที่มาของการบริการสาธารณสุข โดยนำมากำหนดวางแผน เพื่อให้บริการที่สอดคล้องต่อความต้องการของชุมชน

6. ตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดให้มีบริการทั้งด้านการรักษาและสุขภาพที่ดีที่สุด โดยเสนอคุณค่าบริการด้วยบุคลากรที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูง

**วิสัยทัศน์** โรงพยาบาลแห่งนี้ มีความมุ่งมั่นที่จะเป็นผู้นำของโรงพยาบาลระดับแนวหน้าของประเทศที่มีบริการทางการแพทย์ครบวงจร ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยมีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและจริยธรรม มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ยอมรับและพึงพอใจของผู้รับบริการ แพทย์ บุคลากร ผู้ถือหุ้น และชุมชน

**พันธกิจ** เพื่อให้บรรลุถึงวิสัยทัศน์ข้างต้นทางโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา จึงมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. ให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดตามมาตรฐานวิชาชีพแบบครบวงจรในสาขาที่กำหนด
2. ให้บริการที่มีคุณภาพสูงด้วยราคาที่เหมาะสม เพื่อความพึงพอใจสูงสุดของผู้มารับบริการ
3. เป็นศูนย์รวมทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยโดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและมีจริยธรรม เพื่อสนองต่อความต้องการของชุมชนในทุกระดับที่กำหนด ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
4. มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องในทุกสาขา เพื่อคงไว้ซึ่งบริการที่มีคุณภาพและบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ

**คุณค่า** โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาได้กำหนดคุณค่าในการดำเนินกิจการของบริษัทฯ สู่วิสัยทัศน์และพันธกิจดังนี้

1. เพื่อคุณค่าของการดำเนินชีวิตด้วยสุขภาพที่ดี ของผู้มารับการบริการด้วยโรงพยาบาลให้การดูแลสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2. เคารพ ให้เกียรติและรักษาความลับของผู้มาใช้บริการ โดยคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ

3. ตระหนักถึงความสำคัญและยอมรับในบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขารวมทั้งให้การสนับสนุนในการทำแผนปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

4. ศึกษาความต้องการของชุมชน ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลและสุขภาพอนามัยอันเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี และแหล่งที่มาของการให้บริการสาธารณสุข โดยนำมากำหนดวางแผนเพื่อให้บริการที่สอดคล้องต่อความต้องการของชุมชน

5. ตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดให้มีบริการ ทั้งทางด้านการรักษาและการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด โดยการเสนอคุณค่าบริการด้วยบุคลากรที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูง

### 1.3 การบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน

สำนักงานพยาบาล (2551) ได้กล่าวถึง ลักษณะสำคัญของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก คือ ภาพรวมของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินการและการปรับปรุงผลการดำเนินงาน ลักษณะของงานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก จะต้องอธิบายถึงสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติภารกิจของงาน ดังนี้

1) งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก กำหนดแผนภูมิโครงสร้างการบริหารการพยาบาลเป็นปัจจุบัน ระบุหน่วยงานในความรับผิดชอบ สายการบังคับบัญชา และสายการประสานงานของหน่วยงานในความรับผิดชอบ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

2) ผู้บริหารสูงสุดของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถในการบริหารการพยาบาลงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกให้บรรลุตามพันธกิจและนโยบายขององค์กรพยาบาล



3) งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก กำหนดลักษณะพื้นฐานของหน่วยงาน ที่ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (1) วัฒนธรรมของหน่วยงานที่ครอบคลุมหน่วยบริการย่อยในความรับผิดชอบ (2) เป้าประสงค์หลักของการบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และ เป้าหมายขององค์กรพยาบาล (3) พันธกิจของงานที่สะท้อนให้เห็นถึงการบริหารและการจัดระบบบริการและกระบวนการพัฒนางานบริการพยาบาล และ(4) ค่านิยมของงานบริการผู้ป่วยนอก (Value) ที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าในการให้บริการที่ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ตามบริบทของหน่วยงาน เช่น ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (Customer Focus) การบริการที่ปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการ (Safety) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) คุณธรรมและ จริยธรรมการให้บริการ (Integrity) ความเป็นอิสระทางวิชาชีพ (Autonomy) องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

4) งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก กำหนดขอบเขตการบริการของงานที่เป็นปัจจุบันและครอบคลุมการให้บริการ ดังนี้ (1) การตรวจและรักษาทางการพยาบาล (2) การช่วยเหลือการตรวจรักษา (3) การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (4) การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชน (Health Promotion) (5) การคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชน (Health Protection) (6) การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Health Maintenance) (7) การให้ข้อมูลและความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและประชาชน (Health Information) และ (8) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

5) งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก กำหนดขอบเขตการบริหารงานครอบคลุมการให้บริการพยาบาล ในประเด็นดังต่อไปนี้ (1) การกำหนดนโยบายและทิศทางการจัดบริการพยาบาล (2) การกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (3) การจัดการและการพัฒนากำลังคนด้านการพยาบาล (4) การจัดการทรัพยากรเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ สถานที่ และงบประมาณ (5) การบริหารจัดการต้นทุนด้านการพยาบาล (6) การติดตาม กำกับกับการปฏิบัติงานของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ (7) การจัดการความปลอดภัย (8) การวิจัยและพัฒนาวิชาการพยาบาล (9) การสนับสนุนการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (10) การสนับสนุนการนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ (11) การสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรในชุมชนและสังคม และ(12) การประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของหน่วยงาน

6) งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก กำหนดแนวทางและกระบวนการให้บริการพยาบาล แก่ผู้ใช้บริการที่ครอบคลุมการบริการพยาบาล ทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

7) งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ระบุลักษณะโดยรวมของบุคลากรทางการพยาบาล ตามความเป็นจริงในปัจจุบัน เพื่อให้มองเห็นภาพรวมของงาน โดยกำหนดให้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (1) จำนวนช่วงอายุ เพศ และวุฒิการศึกษา (2) ความหลากหลายของบุคลากรในสายงาน และหน้าที่ เช่น ความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมและสายงานต่าง ๆ ซึ่งอาจจะมีผลต่อการปฏิบัติงาน และ (3) ข้อกำหนดพิเศษทางด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และอื่น ๆ เช่น บุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรคติดต่อ จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

8) งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก กำหนดทรัพยากรด้านการจัดการที่สำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหน่วยงานให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆต่อไปนี้ (1) อาคารและสถานที่ (2) จุดที่ให้บริการต่าง ๆ (3) เครื่องใช้สำนักงาน และเครื่องคอมพิวเตอร์ (4) เครื่องมือทางการแพทย์ (5) เทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆและ (6) ทรัพยากรด้านการจัดการอื่นๆที่สำคัญของแต่ละแห่ง

9) งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก กำหนดกฎระเบียบ ข้อบังคับที่สำคัญ รวมทั้งกฎหมายต่าง ๆ ที่หน่วยงานใช้เป็นกฎระเบียบพิเศษ และมีความสำคัญต่องานหลักของหน่วยงาน (ไม่รวมกฎระเบียบทั่วไปที่บังคับกับทุกส่วนราชการ) โดยครอบคลุมกฎระเบียบ ข้อบังคับที่สำคัญ ได้แก่ (1) พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2540 (2) แนวทางปฏิบัติตามจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพของบุคลากรทางการพยาบาล (3) แนวทางปฏิบัติด้านสิทธิผู้ป่วยสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล และ(4) กฎระเบียบและข้อบังคับอื่น ๆ ที่สำคัญสำหรับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลของแต่ละแห่ง

ในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นพื้นที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ให้การบริการครอบคลุมถึงการดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และดูแลผู้รับบริการทั่วไป ซึ่งมาโรงพยาบาลโดยมิใช่กรณีฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุ หากมีอาการหนักจะได้รับพิจารณาให้เข้า

พักรักษาต่อในโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยที่อาการไม่หนัก ก็สามารถรับยาหรือปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์ที่บ้านได้ การให้บริการประกอบด้วย

### 1) ด้านผู้รับบริการ

ผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งผู้รับบริการชาวไทยและต่างชาติ ประมาณ 1,000 – 1,500 รายต่อวัน มีห้องตรวจผู้ป่วยนอกรวมแล้วประมาณ 90 ห้อง โดยเปิดบริการเป็นแผนกต่างๆ ตามลักษณะเฉพาะทางของโรค ดังนี้

- (1) แผนกอายุรกรรม
- (2) แผนกศัลยกรรม
- (3) ศูนย์ระบบประสาท
- (4) แผนกหู คอ จมูก
- (5) ศูนย์วัคซีน
- (7) ศูนย์โรคหัวใจ
- (8) ศูนย์ระบบทางเดินหายใจ
- (9) แผนกกระดูกและข้อ
- (10) ศูนย์ตับและทางเดินอาหาร
- (11) แผนกเวชศาสตร์ชะลอวัย
- (12) แผนกสูตินรีเวช
- (13) แผนกเด็ก
- (14) แผนกศูนย์สุขภาพ
- (15) ศูนย์ตาและเลสิก

(16) แผนกทันตกรรม

(17) ศูนย์สุขภาพผิวพรรณและความงาม

(18) แผนกสุขภาพผมและหนังศีรษะ

(19) แผนกศูนย์สุขภาพญี่ปุ่น

## 2) ด้านผู้ให้บริการ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกในพื้นที่ที่ศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนทั้งหมด 82 คน โดยแบ่งการปฏิบัติงานตามแผนกที่ประจำอยู่ แต่ละแผนกจัดอัตรากำลังให้ครอบคลุมตามระยะเวลาเปิดและปิดทำการของแต่ละแผนกและความเหมาะสมของภาระงาน

## 3) ด้านการจัดการบริการ

ในการจัดการบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นพื้นที่ศึกษานั้น เปิดบริการตั้งแต่ 7.00-18.00 น. และเพิ่มช่วงเวลาการตรวจพิเศษเพื่อรองรับความต้องการของผู้รับบริการในการมาติดต่อได้ทุกช่วงเวลา ตั้งแต่ 6.00-7.00 น. และ 18.00 -22.00 น. ส่วนนอกเวลาทำการจะทำการตรวจบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เมื่อผู้รับบริการมาติดต่อเพื่อใช้บริการในโรงพยาบาล หลังจากการกล่าวต้อนรับแล้ว จะได้รับการลงทะเบียนในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล มีการตรวจสอบความถูกต้องของบุคคล (Identification) โดยการทวนสอบ ชื่อ-นามสกุล วันเดือนปีเกิด และภาพถ่ายในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีนัดตรวจไว้แล้วจะมีการเตรียมเวชระเบียนไว้ล่วงหน้า ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีนัด (Walk in) หลังจากลงทะเบียนแล้ว เวชระเบียนจะถูกส่งมายังแผนกที่ลงทะเบียนไม่เกิน 15 นาที

หลังจากการลงทะเบียนผู้รับบริการแล้ว ผู้รับบริการจะได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพ เพื่อประเมินอาการ จำแนกประเภทผู้ป่วย และส่งต่อรักษาอาการเบื้องต้นอย่างเหมาะสม โดยที่พื้นที่ศึกษาใช้เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย (Triage Scale) แบ่งผู้รับบริการออกเป็น 5 ระดับ สำหรับประเภทผู้ป่วยที่ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นแผนกที่รับผู้ป่วยระดับ 4-5 ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องการความ

ช่วยเหลือหรือต้องได้รับการดูแลภายใน 10 นาที ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือมาตรวจตามนัด

1) Resuscitate คือผู้รับบริการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที มีอาการหมดสติ ภาวะหัวใจหยุดเต้น หยุดหายใจ ถูกแทง/ถูกกระแทกรุนแรงบริเวณหน้าอกหรือช่องท้อง มีบาดเจ็บรุนแรงหรือเลือดออกที่ร้ายว่ะสำคัญ แขนขาขาด หรือต้องได้รับการช่วยฟื้นชีวิตทันที

2) Emergency คือผู้รับบริการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันทีที่มีอาการฉุกเฉิน ซึม สับสน ถามตอบไม่รู้เรื่อง หรือ เอะอะโวยวาย หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว สำลักสิ่งแปลกปลอมอุดกั้น เจ็บหน้าอก มีเลือดออกมาก กัดไม่หยุด มีบาดเจ็บทุกชนิดบริเวณใบหน้า ศีรษะ มือ แผลไฟไหม้-น้ำร้อนลวก ไข้สูง หนาวสั่น ปวดPain Scale 8-10 หรือมากกว่า 4 และมีอาการอื่นร่วมด้วย

3) Urgent คือผู้รับบริการที่มีต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนภายใน 5 นาที มีอาการมีนงรู้ตัว ถามตอบได้ อ่อนเพลียมาก หายใจเร็วนอนราบได้ ใจสั่น หน้ามือเป็นลม มีบาดเจ็บ บริเวณแขนขา แผลฉีกขาด มีไข้สูง ไม่หนาวสั่น ปวดPain Scale 4-7

4) Semi-urgent คือผู้รับบริการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเฉียบพลัน ต้องได้รับการดูแลภายใน 10 นาที มีอาการอ่อนเพลีย วิดกกังวล หายใจติดขัด มีบาดแผลเลือดออกซึม ปวดPain Scale น้อยกว่า 4 มีประวัติมีไข้

5) Non-urgent คือผู้รับบริการที่มีอาการทั่วไป ควรได้รับการดูแลภายใน 10 นาที รู้สึกตัวดี หายใจปกติ มีแผลถลอก ไม่มีเลือดออก หรือหยุดได้เอง ไม่ปวด ไม่มีไข้

หลังจากผ่านขั้นตอนการลงทะเบียนและประเมินอาการเบื้องต้นแล้ว ผู้รับบริการที่มีนัดตรวจ จะได้รับการส่งตรวจตามแผนการรักษา เช่น ส่งตรวจเลือด ส่งตรวจเอกซเรย์ ก่อนมารอบพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด ในระหว่างรอบพบแพทย์หรือพบแพทย์แล้วหลังได้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติม เช่น ทำหัตถการ ได้ยา ตามคำสั่งการรักษา ผู้รับบริการจะได้รับการประเมินซ้ำ เพื่อเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น จนถึงจำหน่ายออกจากแผนก กรณีที่ผู้รับบริการต้องเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล จะได้รับการให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับแผนการรักษา ตลอดจนการประเมินค่าใช้จ่าย

คร่าวๆ และจัดส่งไปยังแผนกผู้ป่วยในโดยมีพยาบาลวิชาชีพดูแล หรือในกรณีที่นัดมาตรวจซ้ำ ผู้รับบริการจะได้รับบัตรนัดและอธิบายการมาตรวจตามวันนัด การติดต่อเพื่อเลื่อนนัด และการติดต่อโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉินก่อนไปติดต่อแผนกการเงินและรับยากลับบ้าน โดยในทุกขั้นตอนของการให้บริการทางโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา จะเน้นการให้บริการที่เป็นเลิศ โดยได้กำหนดมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลขึ้น เพื่อให้การบริการองค์ต่อผู้รับบริการเป็นไปอย่างมีมาตรฐานเดียวกัน โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาได้มีการกำหนดมาตรฐานหลักของการให้บริการของโรงพยาบาล ดังนี้

- 1) ปฏิบัติตนตามวิสัยทัศน์ขององค์กรเสมอ
- 2) สบตา ยิ้ม ไหว้ ทักทาย เรียกคุณผู้ชาย คุณผู้หญิง
- 3) ให้ข้อมูล แจ้งขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ ณ ทุกจุดบริการ
- 4) สังเกต ฟังอย่างตั้งใจ และตอบสนองอย่างทันท่วงที
- 5) กระตือรือร้นที่จะให้ความช่วยเหลือในทุกโอกาส
- 6) เมื่อได้รับการร้องขอจากผู้รับบริการ จะต้องให้บริการและติดตามจนเสร็จสิ้นกระบวนการ
- 7) ไม่กล่าวคำว่า “ไม่” แต่ควรเสนอทางเลือกอื่นให้
- 8) รับฟังคำตำหนิของลูกค้าอย่างตั้งใจ และกล่าวขอโทษในความไม่สะดวก แจ้งให้ลูกค้าทราบว่า จะแก้ไขอย่างไร ปฏิบัติ และติดตามผล จนปัญหานั้นลุล่วง
- 9) บันทึกและจดจำความชอบหรือไม่ชอบ รวมทั้งอุปนิสัยของผู้รับบริการ เพื่อให้บริการอย่างถูกต้องและเหมาะสม
- 10) ต้องพาผู้รับบริการไปส่งอย่างน้อยส่วนหนึ่งของระยะทาง เมื่อมีการถามทาง
- 11) การรับโทรศัพท์ถูกต้องตามมาตรฐานการรับโทรศัพท์ที่กำหนด
- 12) แสดงความเป็นเจ้าบ้านที่ดี ด้วยการร่วมกันดูแลเอาใจใส่ ทั้งเรื่องความเป็นระเบียบเรียบร้อย และความสวยงามของทุกจุดบริการ รวมทั้งพื้นที่ทำงาน

นอกจากนี้โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษายังได้กำหนดมาตรฐานในการบริการอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางการให้บริการแก่พนักงาน ในการสร้างความประทับใจในการให้บริการ อาทิเช่น

### การยืนและปรากฏตัวในพื้นที่บริการ

- 1) กล่าวทักทายสวัสดี พร้อมกับยกมือไหว้เมื่อพบผู้รับบริการ
- 2) หากยืนคนเดียว ให้วางมือประสานกันอยู่บริเวณเอว ปลายเท้าชิด
- 3) หากยืนคุยกับผู้รับบริการให้โน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย มือประสานกันบริเวณเอว ปลายเท้าชิด สายตาจับอยู่ที่ใบหน้าผู้รับบริการ

4) พุดจาด้วยกิริยาอ้อมแอ้มแจ่มใส และกระตือรือร้น

5) ไม่ควรมีกิริยาที่ไม่สุภาพ เช่น แคะจมูก เกาศีรษะ กอดอก เท้าสะเอว เอามือไพล่หลัง ในระหว่างการปฏิบัติงาน

- 6) ห้ามเล่นโทรศัพท์ หรือใช้ Social Network ขณะปฏิบัติงาน

### การเดิน

- 1) เมื่อเดินกับผู้รับบริการ ให้เดินทางด้านซ้ายของผู้รับบริการและเอียงไปด้านหน้า 1-2 ก้าว
- 2) กรณีเดินผ่านหรือสวนกับผู้รับบริการ ควรก้มตัวพองามกรณีเดินสวนกับผู้รับบริการ บริเวณบันได ต้องหยุดยืนตรงให้ผู้รับบริการผ่านไปก่อน

### การนั่ง

- 1) ต้องสำรวมกิริยา นั่งเก็บเข่ามิดชิด ไม่นั่งไขว่ห้าง
- 2) กรณีนั่งอธิบาย/ชี้แจงผู้รับบริการ ให้เข้าทางด้านซ้ายมือของผู้รับบริการ เก็บเข่า มิดชิด โนม้ตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย
- 3) เมื่อต้องลุกจากที่นั่ง ควรกล่าวคำ “ขอโทษ” ผู้รับบริการก่อนเสมอ

### การผายมือ

- 1) ใช้การผายมือแทนการชี้ กรณีผายมือบอกเส้นทางที่มีระยะทางใกล้ ให้งอข้อศอกพอ งาม บอกเชื้อเชิญผู้รับบริการด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส
- 2) กรณีผายมือบอกเส้นทางที่มีระยะทางไกลกว่า 2 เมตร ให้ยกแขนสูงระดับหางตา งอ ข้อศอก และเอียงศีรษะพองามไปด้านตรงข้าม

3) นำพาผู้รับบริการไปยังจุดหมาย หากเจอสิ่งกีดขวาง หรือสิ่งทีอาจทำให้เกิดอันตราย เช่น พื้นลื่น, พื้นที่ไม่เรียบ เป็นต้น ให้แจ้งเตือนผู้รับบริการเสมอ

### การพูดคุย

1) ใช้ภาษาสุภาพ ไม่พูดคำหยาบ ไม่พูดเพื่อเจ้อ ไม่พูดถึงเรื่องส่วนตัวหรือวิจารณ์ผู้อื่น

2) ใช้โทนเสียงสุภาพ ไม่พูดเสียงดังหรือตะโกนคุยกัน

3) ไม่พูดคุยข้ามศีรษะผู้รับบริการ

4) ไม่ตะโกนเรียกผู้รับบริการ กรณีที่ต้องเรียกผู้รับบริการให้เดินเข้าไปหาผู้รับบริการ

### มาตรฐานการใช้ลิฟต์

1) พนักงานที่อยู่ใกล้ประตูลิฟต์ที่สุดเพียงคนเดียวต้องเข้าลิฟต์ก่อนผู้รับบริการ (พนักงานที่เหลือรอให้ผู้รับบริการเข้าลิฟต์ให้หมดก่อน) ใช้คำพูด “ขออนุญาตกดลิฟต์ให้ ค่ะ/ครับ” แล้ว

2) กดลิฟต์ และแจ้งชั้นที่ลิฟต์จอด ให้กับผู้รับบริการที่อยู่ในลิฟต์

3) กรณีลิฟต์เต็ม เมื่อลิฟต์เปิดรับผู้รับบริการ ให้พนักงานที่อยู่ในลิฟต์ ออกจากลิฟต์ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าลิฟต์แทน

4) ห้ามพนักงานใช้ลิฟต์สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

5) ห้ามคุยกันในลิฟต์ทั้งเรื่องส่วนตัวและเรื่องผู้ป่วย

6) ห้ามคุยโทรศัพท์ขณะอยู่ในลิฟต์

7) การนำอาหารหรือน้ำเข้ามาในลิฟต์ จะต้องใส่กล่อง/ถุง และปิดให้มิดชิด

8) ห้ามรับประทานอาหาร ขนม หรือดื่มน้ำภายในลิฟต์

### มาตรฐานการกล่าวทักทาย และกล่าวลา

การกล่าวทักทาย

1) ทุกสายงาน “สวัสดีค่ะ/ครับ” “ยินดีให้บริการค่ะ/ครับ” ไหว้



การกล่าวลา

1) ทุกสายงาน “ขอบคุณค่ะ/ครับ” “ยินดีให้บริการค่ะ/ครับ” ไหว้  
**มาตรฐานการรับโทรศัพท์**

สายงานการพยาบาล :

“สวัสดีค่ะ/ครับ (ชื่อแผนก).....(ชื่อผู้รับ).....(ชื่อตำแหน่ง).....ค่ะ/ครับ”

1) ไม่ให้สัญญาณโทรศัพท์ดังเกิน 3 ครั้ง

2) ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล สุภาพ ชัดเจน กระตือรือร้น มีคำลงท้ายทุกครั้ง

3) ห้ามใช้คำว่า “ไม่ได้ ไม่มี ไม่ทราบ”

4) ช่วยเหลือโอนสาย และส่งข้อมูลเบื้องต้นอย่างถูกต้องครบถ้วน โดยไม่ให้  
 ผู้รับบริการ พุดซ้ำ พร้อมบันทึกข้อมูลเพื่อติดต่อกลับ

5) กดปุ่ม Hold ทุกครั้งเมื่อพักสาย

6) วางสายภายหลังผู้รับบริการเสมอ

7) ห้ามโอนสายผู้รับบริการเกิน 2 ครั้ง หากจำเป็นต้องโอนสายต่อ ให้ขอบันทึกชื่อและ  
 เบอร์โทรศัพท์

จะเห็นได้ว่าในโรงพยาบาลเอกชนไม่เพียงแต่เน้นในเรื่องคุณภาพบริการให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพเท่านั้น ยังให้ความสำคัญต่อการให้บริการที่เป็นเลิศต่อผู้รับบริการอีกด้วย เห็นได้จากการกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ ขึ้นในองค์กร เพื่อเป็นแนวทางให้พนักงานปฏิบัติอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ และเกิดความประทับใจในการบริการ

## 2. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน

Florence Nightingale (1969) กล่าวว่า “การพยาบาล” เป็นการช่วยเหลือผู้อื่นที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคให้มีชีวิตอยู่ต่อไปและให้ความรู้แก่บุคคลเพื่อให้มีความสามารถในการต่อสู้เพื่อรักษาโรค บำรุงสุขภาพและรักษาสุขภาพของตนเองให้พ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ

## 2.1 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพพยาบาล

สำนักการพยาบาล (2551) ได้จำแนกมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งแบ่งเป็น 9 มาตรฐาน ประกอบด้วย

### มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา

1.1 การตรวจคัดกรอง (Screening) พยาบาลวิชาชีพตรวจคัดกรองผู้ใช้บริการ ด้วยการประเมินสภาพอาการเบื้องต้น จัดลำดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการเข้ารับการตรวจรักษาพยาบาล อย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1.1.1 รวบรวมข้อมูลและประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ใช้บริการทันทีเมื่อมาถึงหน่วยงานผู้ป่วยนอก โดยประเมินอาการเบื้องต้นจากอาการสำคัญ (Chief Complaint) และอาการแสดงแรกเริ่มที่ได้จากเวชระเบียน/การส่งต่อ การซักประวัติ/การสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการ/ครอบครัว/ผู้ดูแล โดยศึกษาจากข้อมูลภาวะสุขภาพ ดังนี้ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการใช้ยา/การแพทย์ การตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจร่างกายเบื้องต้นที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญ และผลการตรวจต่างๆ

1.1.2 ประเมินและจำแนกระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการเจ็บป่วย รวมทั้งวินิจฉัยปัญหาและความต้องการการรักษายาพยาบาลเบื้องต้น

1.1.3 ให้การช่วยเหลือ/การรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่เหมาะสม ตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดของหน่วยงาน หรือส่งต่อหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามประเภทความเร่งด่วน ในกรณี ต่อไปนี้ ผู้ใช้บริการอาการไม่คงที่ เสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง เจ็บพลัน ภาวะคุกคามต่อชีวิต และ ผู้ใช้บริการอาการรุนแรงเจ็บพลัน กะทันหัน

1.1.4 บันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรอง ตามแบบฟอร์มการบันทึกที่กำหนดเป็นมาตรฐานของหน่วยงาน

1.1.5 รายงาน/ให้ข้อมูลแพทย์/หรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตามขั้นตอนในสถานะที่สุขภาพ เพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ

ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการตรวจคัดกรอง ได้แก่ ผู้ใช้บริการได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการคัดกรอง ผู้ใช้บริการ ได้รับการดูแลช่วยเหลืออาการเบื้องต้นได้ทันเวลาที่ ตามลำดับความ รุนแรง/เร่งด่วน ของการเจ็บป่วย อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ใช้บริการ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในระยะเจ็บพลัน

1.2 การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ใช้บริการต่อเนื่อง (Ongoing assessment) พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาเพิ่ม ประเมินซ้ำ และเฝ้าระวังเป็นระยะอย่าง ต่อเนื่อง ตามความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการตลอดระยะเวลาที่ใช้บริการในหน่วยงาน และ วินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม โดยมี แนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1.2.1 ประเมินอาการผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อวินิจฉัยปัญหาและ ความต้องการของ ผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม ภายใต้กรอบเวลา ขอบเขตการบริการพยาบาล ณ หน่วยงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ดังนี้ ปัญหาและภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้ใช้บริการ เช่น ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด อาการไม่สุขสบาย/อาการรบกวนต่าง ๆ ปัญหาความเสี่ยงต่อการ บาดเจ็บ/ความปลอดภัย เช่น การพลัดตกหกล้ม การฆ่าตัวตาย การถูกทารุณกรรมและทำร้าย ร่างกาย การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรอตรวจ เป็นต้น ปัญหาศักยภาพในการดูแลตนเอง และ ปัญหา ความต้องการ ความจำเป็นต่อการได้รับความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพ

1.2.2 ประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงซ้ำ ตามระยะเวลา ความถี่ที่กำหนด สอดคล้องกับการจำแนกประเภทผู้ป่วยและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกรณีต่าง ๆ ตาม แนวทาง/มาตรฐานที่กำหนดของหน่วยงาน

1.2.3 ให้ข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงจากการประเมินอาการซ้ำ แก่ ผู้ใช้บริการและครอบครัวรับทราบอย่างต่อเนื่อง

1.2.4 วางแผนและจัดกิจกรรมการดูแลให้การพยาบาลสอดคล้องกับ ปัญหาที่ได้จากการประเมินซ้ำ

1.2.5 บันทึกผลการประเมินสภาพอาการและอาการแสดงสำคัญที่ ตรวจประเมิน วินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนการดูแลตามแบบฟอร์มที่กำหนด

1.2.6 รายงานข้อมูลอาการผิดปกติ/ภาวะเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง ทั้งเอกสารและวาจา ให้กับแพทย์/หรือทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทราบ ตามขั้นตอนในฐานะ ส่วน หนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ

ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ใช้บริการต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ใช้บริการ ได้รับการประเมินปัญหาอย่างต่อเนื่อง ผู้ใช้บริการ ได้รับการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ/ภาวะ เสี่ยงทางคลินิก ตลอดระยะเวลาที่ใช้บริการในหน่วยงาน และผู้ให้บริการ ปลอดภัยจากความเสี่ยงต่าง ๆ ที่ป้องกันได้ ตลอดระยะเวลาที่ใช้บริการในหน่วยงาน

1.3 การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องตามปัญหาและการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1.3.1 ให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว เกี่ยวกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และการปฏิบัติการพยาบาล

1.3.2 ให้ผู้ใช้บริการและครอบครัว ตัดสินใจและมีส่วนร่วมใน กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล และเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการและครอบครัว ได้ซักถามประเด็นสงสัย

1.3.3 ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลของ หน่วยงานที่สอดคล้องตามปัญหาและตอบสนองต่อภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยกำหนดกลุ่ม ผู้ใช้บริการให้ชัดเจน ทั้งกลุ่มที่ต้องการการดูแลเร่งด่วน ไม่เร่งด่วน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุม อาการได้ ควบคุมอาการไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยปฏิบัติการพยาบาลตาม แนวทางดังนี้ 1) แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานที่สำคัญของหน่วยงาน เช่น การบรรเทา อาการรบกวน อาการไม่สุขสบาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เป็นต้น 2) แนวทางการ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หรือยุ่งยากซับซ้อน เช่น การจัดการอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็ง การลด ความวิตกกังวล การทำหัตถการพิเศษ เป็นต้น

1.3.4 เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลง อาการแทรกซ้อน หรืออาการ ตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาล อย่างสม่ำเสมอ

1.3.5 สื่อสารข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ใช้บริการ แก่ ทีมงานพยาบาล เพื่อประสานการดูแล

1.3.6 บันทึกข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลตามแบบฟอร์มการบันทึก ที่กำหนดของ หน่วยงาน

ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ผู้ใช้บริการ ได้รับการดูแล ช่วยเหลือ บรรเทาอาการไม่สุขสบาย อาการรบกวน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล ตาม ความเหมาะสมในแต่ละกลุ่ม ผู้ใช้บริการปลอดภัยและไม่เกิดอาการแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ สามารถ ลดภาวะที่คุกคามต่อชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ และ ผู้ใช้บริการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมี คุณภาพ ได้มาตรฐานและปลอดภัย

1.4 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพประเมินผลการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามเป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึง ประสงค์ สอดคล้องกับปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1.4.1 ประเมินผลลัพธ์การตอบสนองตามเป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึง ประสงค์ สอดคล้องกับปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ภายใต้อุปสรรคบริการพยาบาล

1.4.2 ปรีกษาหาหรือผลการปฏิบัติการพยาบาลกับทีมพยาบาลในการวิเคราะห์ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาล

1.4.3 เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการและครอบครัว มีส่วนร่วมในการรับรู้การประเมินการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1.4.4 ให้ข้อมูลอาการตอบสนองที่สำคัญแก่ผู้ให้บริการและครอบครัว ให้เข้าใจชัดเจนถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ให้บริการ

1.4.5 บันทึกผลการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้น

1.4.6 รายงานอาการผิดปกติ/อาการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาแก่แพทย์ผู้ตรวจรักษาโรค

ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ ผู้ให้บริการได้รับการประเมินผลการตอบสนองภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ และบรรลุเป้าหมายตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง

## มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะขณะการตรวจรักษา

พยาบาลวิชาชีพดูแลและเฝ้าอำนวยความสะดวกให้กระบวนการรักษาของแพทย์เป็นไปอย่างสะดวก ปลอดภัย รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และเสมอภาค โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

2.1 ดูแลให้ผู้ให้บริการเข้ารับการตรวจรักษาตามลำดับ ยกเว้นกรณีผู้ให้บริการที่มีอาการเร่งด่วนและรุนแรง ให้ส่งไปรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันที

2.2 ระบุความถูกต้องของตัวบุคคล (Patient Identification) ดังนี้ ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลของผู้ให้บริการตรงกับเอกสาร ได้แก่ เวชระเบียน ผลการตรวจต่าง ๆ ระบุตัวบุคคลสำหรับผู้ให้บริการที่จะทำหัตถการหรือตรวจพิเศษตามแนวทางปฏิบัติ และกรณีผู้สูงอายุ/ผู้พิการมีปัญหาการรับรู้ทางสายตา หูพิการ และผู้ป่วยเด็ก ให้มีการทวนซ้ำจากญาติและครอบครัว จนมั่นใจว่าถูกต้อง

2.3 จัดเตรียมสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์พร้อมใช้ในการตรวจรักษา

2.4 เตรียมความพร้อมของผู้ให้บริการในการเข้ารับการตรวจ คำนึงถึงความแตกต่างของปัจเจกบุคคล โดยดำเนินการดังนี้

2.4.1 ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกผู้ให้บริการก่อนเข้ารับการตรวจ

2.4.2 กรณีตรวจพิเศษต่าง ๆ ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้ อธิบายเป้าหมายและขั้นตอนการตรวจรักษาให้กระจ่างและชัดเจน คำนึงถึงความแตกต่างของปัจเจกบุคคล จัดทำผู้ให้บริการอย่างเหมาะสมตามกรณีการตรวจพิเศษชนิดต่างๆ คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ไม่เปิดเผยร่างกายบริเวณมิดชิดอย่างเหมาะสม และจัดทำและผูกยึด (Restrain) อย่างเหมาะสมตามกรณีของผู้ให้บริการ

2.5 เฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ให้บริการในขณะตรวจรักษา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงให้ผู้ให้บริการปลอดภัยในขณะตรวจรักษา

2.6 กรณีมีการเก็บสิ่งส่งตรวจ (Specimen) ให้เก็บสิ่งส่งตรวจต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้วยความระมัดระวัง มีการระบุความถูกต้องของตัวบุคคลให้ตรงกับผู้ให้บริการก่อนส่งตรวจ

2.7 จัดเตรียมและตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ภายหลังจากตรวจเพื่อใช้บริการใน ขั้นตอนของการตรวจรักษา หรือหน่วยงานอื่น ๆ ต่อไป

2.8 เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการและครอบครัว ได้ซักถามประเด็นสงสัย เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจรักษา และเรื่องที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ที่คาดหวังของมาตรฐานข้อที่ 2 ได้แก่ ผู้ให้บริการปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่ป้องกันได้ ขณะรับการตรวจรักษาโรค/สุขภาพ และ ผู้ให้บริการได้รับการเตรียมพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่ เกี่ยวข้อง ขณะการตรวจรักษาโรค/สุขภาพ เพื่อลดและบรรเทาความวิตกกังวล

มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา

พยาบาลวิชาชีพดูแลและประสานการส่งต่อ ให้ผู้ให้บริการได้รับการบริการสุขภาพตามแนวทางการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง อย่างเหมาะสม โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

3.1 ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลผู้ใช้บริการ ตรงกับเอกสาร ได้แก่ คำสั่งการ รักษา แบบฟอร์มการส่งตรวจต่าง ๆ เอกสารเกี่ยวกับการประสานงาน/การส่งต่อ การบริการสุขภาพขั้นต่อไป

3.2 ให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัวเกี่ยวกับเหตุผล ความจำเป็น และ ขั้นตอนของการบริการรักษา และปฏิบัติตามมาตรฐานของหน่วยงานในกรณีต่าง ๆ ดังนี้ การเข้านอน พักรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการตรวจและวินิจฉัยเพิ่ม และการกักกันตรวจซ้ำ

3.3 ให้ข้อมูลอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตนเองที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ/โรค ของผู้ใช้บริการ ในกรณีต่าง ๆ ดังนี้ การวินิจฉัยครั้งแรกเป็น โรคเรื้อรัง หรือโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ ส่งต่อผู้ใช้บริการพบพยาบาลผู้ให้การรักษา การรอฟังผล วินิจฉัยโรคที่มีผลกระทบต่อการปรับตัวทางร่างกาย/จิตสังคม ส่งผู้ใช้บริการพบพยาบาลผู้ให้ การรักษา เพื่อให้การปรึกษาที่ตอบสนองต่อความต้องการบริการปรึกษา เช่น การปรึกษาเฉพาะเรื่อง หรือการปรึกษาแบบสนับสนุนและให้กำลังใจ เป็นต้น และการอธิบาย/ให้คำแนะนำ/มอบเอกสาร/สื่อ การดูแลสุขภาพตนเอง โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลและบริบทที่เกี่ยวข้อง

3.4 ประสานงานกับหน่วยงาน/บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตามแนวทางที่กำหนด ของหน่วยงานในกรณีดังนี้ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น และ การส่งต่อไป ยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาล

3.5 บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลในเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

ผลลัพธ์ที่คาดหวังของมาตรฐานที่ 3 ได้แก่ ผู้ใช้บริการและครอบครัวได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ/โรค และผู้ใช้บริการได้รับทราบถึง ความจำเป็นและเหตุผลของขั้นตอนการบริการรักษาต่อไปอย่างถูกต้อง

#### มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง

พยาบาลวิชาชีพวางแผนการดูแลผู้ใช้บริการ ในการตรวจรักษาพยาบาลอย่าง ต่อเนื่อง ตามมาตรฐาน/แนวทางการส่งต่อ และให้การดูแลระหว่างการส่งต่ออย่างเหมาะสมและ ปลอดภัย โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

4.1 ประเมินความต้องการการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

4.2 ให้ความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองทุกมิติที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งกรณีการจำหน่ายกลับบ้าน การส่งต่อ-เคลื่อนย้าย ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

4.3 เปิดโอกาส ช่องทางให้ผู้ใช้บริการและครอบครัว รับทราบและตัดสินใจทางเลือก ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่อง ทั้งการจำหน่ายกลับบ้าน ส่งต่อ เคลื่อนย้าย ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล/สถาบัน

4.4 ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

4.4.1 การจัดหาแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่อง ให้กับ ผู้ใช้บริการและครอบครัว อย่างเหมาะสมกับสภาพชุมชน/สังคม

4.4.2 การวางแผนเตรียมพร้อมการดูแลต่อเนื่องไปยังหน่วยงาน ทั้งกรณีส่งต่อ-เคลื่อนย้าย ภายในและภายนอกโรงพยาบาล ตามแนวทาง/มาตรฐานที่กำหนดของหน่วยงาน

4.4.3 ข้อมูลการดูแลรักษาพยาบาลของผู้ใช้บริการ เกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ สกุล อายุ และข้อมูลการรักษา การวินิจฉัยเบื้องต้น สาเหตุการส่งต่อ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การเตรียมพร้อมด้านทรัพยากรบริการสุขภาพ การดูแลสิทธิการรักษา แนวทางการดูแลต่อเนื่อง

4.5 ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหา และการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพ ผู้ใช้บริการ ก่อนการส่งต่อ-เคลื่อนย้ายอีกครั้ง

4.6 บันทึกข้อมูลการส่งต่อ-เคลื่อนย้าย เพื่อการดูแลต่อเนื่องอย่างครอบคลุม ตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนดของหน่วยงาน ในกรณีต่าง ๆ ดังนี้ การจำหน่ายกลับ



บ้าน การส่งต่อ-เคลื่อนย้าย ไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาล และการส่งต่อ-เคลื่อนย้าย ไปยัง  
โรงพยาบาล/สถาบันอื่น ๆ ที่อยู่ภายนอก

ผลลัพธ์ที่คาดหวังของมาตรฐานที่ 4 คือ ผู้ใช้บริการ ได้รับการดูแล  
รักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง อย่างมีประสิทธิภาพ และ ผู้ใช้บริการ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่  
ป้องกันได้ ระหว่างการจำหน่าย/ส่งต่อ เคลื่อนย้าย

#### มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ  
ของผู้ใช้บริการ โดยมุ่งเน้นการป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น (Potential Health Problem)  
โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

- 5.1 ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อการสร้างเสริม  
สุขภาพ
- 5.2 คัดกรองและประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเครื่องมือที่กำหนดของ  
หน่วยงานอย่างเหมาะสม แล้วจัดกลุ่มผู้ใช้บริการประเภทต่าง ๆ
- 5.3 วางแผนเพื่อจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการ  
ประเมิน พฤติกรรมสุขภาพเฉพาะกลุ่ม
- 5.4 จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในขั้นตอนการบริการหลักของหน่วยงาน  
ทั้งบริการตรวจรักษา บริการก่อนกลับบ้าน บริการส่งต่อ โดยการจัดกิจกรรม/การบริการ ดังนี้
  - 5.4.1 จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เกี่ยวกับ กิจกรรมเครือข่าย  
สังคม กลุ่มช่วยเหลือ/ชมรม กิจกรรมตรวจคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมออกกำลังกาย  
กิจกรรมโภชนาการ กิจกรรมจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมให้ความรู้
  - 5.4.2 จัดบริการข้อมูลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ แหล่งข้อมูล  
สุขภาพ บริการข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้บริการปรึกษา เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เป็น  
ต้น
- 5.5 ประเมินผลการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

## 5.6 บันทึกและรายงานกิจกรรมการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลลัพธ์ที่คาดหวังของมาตรฐานที่ 5 คือ ผู้ใช้บริการได้รับการเสริมสร้างสุขภาพเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล

### มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ เพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

6.1 ค้นหาปัญหาและความต้องการกลุ่มผู้ใช้บริการเพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพ

6.2 จัดกลุ่มผู้ใช้บริการทั่วไป และกลุ่มเฉพาะเจาะจง ด้วยเครื่องมือ/แนวทางที่กำหนด

6.3 ประเมินความเสี่ยงด้านชีวภาพ ด้านเคมี ด้านกายภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

6.4 วางแผนจัดกิจกรรมเพื่อคุ้มครองภาวะสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบ ทั้งด้านผู้ใช้บริการ ด้านชีวภาพ ด้านเคมี ด้านกายภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม

6.5 จัดกิจกรรมเพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพ ในขั้นตอนบริการหลักของหน่วยงาน เช่น บริการตรวจรักษา บริการก่อนกลับบ้าน บริการส่งต่อ ในกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ การจัดสิ่งแวดล้อม การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันอันตรายจากการตรวจ/หัตถการ/เครื่องมือพิเศษ/ยา การป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บเพื่อความปลอดภัย การป้องกันอันตรายจากความพิการ/หน้าที่การทำงานของอวัยวะ และการป้องกันอันตรายคุกคามต่อชีวิต

6.6 ประเมินผลการจัดกิจกรรมเพื่อคุ้มครองภาวะสุขภาพ

6.7 บันทึกกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพตามมาตรฐานการบันทึก

ผลลัพธ์ที่คาดหวังของมาตรฐานที่ 6 คือ ผู้ใช้บริการได้รับการคุ้มครองภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสมและปลอดภัย ตามสภาพปัญหาสุขภาพ

#### มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใช้บริการ อย่างเหมาะสม โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

7.1 ค้นหาความต้องการจำเป็น รวมทั้งประเมินความสามารถในการเรียนรู้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้บริการอย่างครอบคลุม

7.2 จัดกลุ่มผู้บริการตามปัญหาและความต้องการ เพื่อให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ทั้งแบบรายกลุ่ม/รายบุคคล

7.3 พัฒนาเอกสาร สื่อ การให้ข้อมูลและความรู้ ครอบคลุมกลุ่มผู้บริการทั่วไป และกลุ่มเฉพาะเจาะจงที่สำคัญ ด้วยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7.4 วางแผนและจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ ได้ครอบคลุมกลุ่ม ผู้บริการทั่วไปและกลุ่มเฉพาะเจาะจงที่สำคัญ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองทุกมิติ

7.5 จัดกิจกรรมการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ เป็นผลจากการมีส่วนร่วมของทีม สหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในกิจกรรมต่อไปนี้ 1กิจกรรมเข้าร่วมฝึกอบรม กิจกรรมกลุ่ม และกิจกรรมผ่านสื่อ

7.6 ให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้บริการตามปัญหาของปัจเจกบุคคล ในประเด็นต่อไปนี้ ระยะเวลารอคอยแต่ละจุดบริการหลัก ขั้นตอนการรักษาพยาบาล กิจกรรมการรักษาพยาบาล คู่มือ/ข้อแนะนำข้อปฏิบัติการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง สิทธิพึงมีและพึงได้จากโรงพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้สถานที่ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกและแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว และสิทธิผู้ป่วย

7.7 เปิดโอกาสและมีช่องทางการเข้าถึงการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพจากบริการประเภทต่าง ๆ ได้แก่ สื่อบุคคล สื่อวัสดุ สื่ออุปกรณ์ และสื่ออื่น ๆ เช่น โปสเตอร์ วีดิทัศน์

7.8 ประเมินผลการตอบสนองต่อการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

7.9 บันทึกการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพตามแบบฟอร์มที่กำหนด

ผลลัพธ์ที่คาดหวังของมาตรฐานที่ 7 ได้แก่ ผู้ใช้บริการและครอบครัวมีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับการบริการ การเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล และผู้ให้บริการและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติตน เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

#### มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ให้บริการ โดยเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขต บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

8.1 ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวทางปฏิบัติ เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ให้บริการ ดังนี้ การให้ข้อมูล/บอกกล่าว ยินยอมการรักษา/ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ให้บริการ การแจ้งชื่อ – สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ การรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับเกี่ยวกับ ความลับของเวชระเบียนทั้งสิทธิการใช้และเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียน การเผยแพร่ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษา เรียนรู้วิจัย การเปิดเผยร่างกายจากการให้บริการรักษาพยาบาล และ การจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่ขัดแย้งกับความเชื่อ/วัฒนธรรม การบริจาคและรับอวัยวะของผู้ป่วย การผูกยึด ยึดตรึง การดูแลกลุ่มผู้ให้บริการที่เฉพาะเจาะจง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และเด็ก เป็นต้น การดูแลและตรวจพิเศษ และการรักษาทรัพย์สิน

8.2. ให้บริการด้วยความเสมอภาค ให้เกียรติและความเท่าเทียมกัน คำนึงถึงสิทธิ ความเป็นมนุษย์และปัจเจกบุคคล

8.3 เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ซักถามประเด็นสงสัย และมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาพยาบาล

8.4 กรณีผู้ใช้บริการ ไม่สมัครใจยินยอมรักษา ต้องให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และ ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับอาการผิดปกติและความจำเป็น ในการกลับเข้ามารักษาพยาบาลในสถานบริการที่ผู้ใช้บริการเลือก

ผลลัพธ์ที่คาดหวังของมาตรฐานที่ 8 คือ ผู้ใช้บริการได้รับการพิทักษ์สิทธิ อย่างเหมาะสม และผู้ใช้บริการได้รับบริการจากบุคลากรทางการพยาบาล โดยไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ใช้บริการ

#### มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการ เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมงานและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

9.1 กำหนดแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาล ครอบคลุมเกี่ยวกับ การคัดกรองเบื้องต้น/การประเมินต่อเนื่อง การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล/ปัญหาการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล/การเตรียมพร้อมก่อนส่งต่อ/เคลื่อนย้าย/จำหน่าย การช่วยเหลือพยาบาลเบื้องต้น/ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล/การตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาล

9.2 บันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้งการบันทึกการปฐมพยาบาล/การดูแลให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ดังนี้ ปัญหาการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพ ผู้ใช้บริการ เช่น อาการวิตกกังวล อาการปวด อาการไข้ เป็นต้น การวางแผนการพยาบาลที่จะให้กับผู้ใช้บริการครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการ การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การจัดทำ การประคบร้อน การเช็ดตัวลดไข้ เป็นต้น และการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาล

9.3 บันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่แสดงถึงการให้บริการพยาบาล ตามอาการทางคลินิกของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เข้ารับบริการจนถึงสิ้นสุดบริการ ณ หน่วยงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก

9.4 บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ลงในแบบฟอร์มที่กำหนดของหน่วยงาน

9.5 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึก

9.6 นำผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

ผลลัพธ์ที่คาดหวังของมาตรฐานที่ 9 ได้แก่ มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการดูแลรักษาพยาบาล ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล และสามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ และบันทึกทางการพยาบาลสามารถสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้

สุปาณี เสนาดีสัย และ วรณภา ประไพพานิช (2551) กล่าวถึงการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพครอบคลุมบทบาท ดังนี้

1) บทบาทการบรรเทาอาการหรือการพยาบาลแบบประคับประคอง (Alleviative or palliative role) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ซึ่งถือได้ว่าเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้โดยไม่ต้องมีคำสั่งการรักษาจากบุคคลอื่น

2) บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Promotive role and rehabilitation role) เป็นการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดีและการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้และการปฏิบัติให้ถูกต้องเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การไม่ใช้สารเสพติด การมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม

3) บทบาทการป้องกันโรค (Preventive role) เป็นการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยหรือพิการให้ปลอดภัยจากการเกิดโรคหรือบาดเจ็บต่าง ๆ

4) บทบาทการรักษาพยาบาล (Curative role) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นบทบาทที่ไม่อิสระ พยาบาลต้องรับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษาของบุคคลอื่น

5) บทบาทการสอนและแนะนำ (Teaching role) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในการสอนและแนะนำวิธีการและการกระทำในสิ่งที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ รุจิรา เจียมอมรรัตน์, สุนีรัตน์ ภูเอี่ยม และ วัชร อภาธีรพงศ์ (2552) ได้อธิบายบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบโดยทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

- 1) เป็นผู้ให้บริการแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยทำหน้าที่ 5 ด้าน คือ
  - 1.1) การดูแลผู้เจ็บป่วยหรืออภิบาลบุคคลช่วยตนเองไม่ได้ (Care) เป็นงานอิสระที่พยาบาลสามารถเลือกปฏิบัติตามวิจรรย์ญาณของตนเอง
  - 1.2) การรักษา (Cure) เป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามแพทย์วินิจฉัยสั่งการ
  - 1.3) การป้องกันโรค (Prevention) เป็นงานบริการ พยาบาลสามารถทำได้อิสระ เช่น การเลือกวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคติดต่อ การหาวิธีทำลายเชื้อ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค เป็นต้น
  - 1.4) การฟื้นฟูโรค (Rehabilitation and Restoration) เป็นบริการที่จะต้องทำพร้อม ๆ กับการดูแลและรักษา ป้องกันความพิการช่วยแก้ไขความพิการให้กลับคืนสู่สภาพดีดังเดิม มีความพิการหลงเหลือน้อยที่สุด
- 2) เป็นครู ให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยไปในทางที่ดี พยาบาลจะต้องสามารถสอนบุคคลได้ทุกระดับพื้นความรู้และวัย จะต้องมีความรู้กว้างขวางในเรื่องสุขภาพความเจ็บป่วย เข้าใจสภาพแวดล้อม ฐานะเศรษฐกิจของบุคคลและชุมชน สามารถนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการสอน
- 3) เป็นผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ของประชาชน สุขภาพอนามัยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานซึ่งมนุษย์ควรได้รับการจากรัฐ พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการอนามัยต่าง ๆ ที่มีอยู่ โดยเฉพาะชุมชนในชนบทเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในข้อนี้
- 4) เป็นนักบริหารจัดการ ทุกหน่วยงานบริการสุขภาพอนามัยไม่ว่าในโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย พยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถจัดวางแผนงาน ทำโครงการจัดวางระบบงานและการนิเทศงาน
- 5) เป็นที่ปรึกษาในฐานะผู้ชำนาญการด้านสุขภาพอนามัย สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการ เจ้าหน้าที่อื่น หน่วยงานและประชาชนทั่วไป
- 6) เป็นผู้ร่วมงานและเป็นสมาชิกครอบครัวของคณะ ลักษณะงานพยาบาลมีทั้งงานที่ปฏิบัติโดยอิสระและงานที่จะต้องปฏิบัติร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เป็นการทำงานแบบคณะหรือที่เรียกว่าทีมสุขภาพ อันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ผลงานจะออกมาดีถ้าผู้ทำงานทุกคนในคณะร่วมมือกันและมีผู้นำที่ดี
- 7) เป็นผู้นำ พยาบาลจะต้องสามารถเป็นผู้นำ ริเริ่มตัดสินใจ แก้ไข ปรับปรุงการดำเนินงาน สามารถชักชวนโน้มน้าวกระตุ้นผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้รับบริการให้สำนึกและเข้าใจปัญหา มีทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
- 8) เป็นผู้ดำเนินการวิจัยหรือร่วมทำการวิจัย การศึกษาปัญหาด้านบริการสุขภาพอนามัยในปัจจุบันจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลที่ต้องการ เที่ยงตรง แม่นยำ การวิจัยจึงจำเป็น เพื่อนำ

ผลการวิจัยมาวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้มารับบริการ รวมทั้งเทคนิคและวิธีให้การพยาบาล

สมจิต หนูเจริญกุล (2552) กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนว่ามีหลายบทบาท ซึ่งแต่ละบทบาทจะกระทำไป พร้อม ๆ กัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ชัดเจน บทบาทที่สำคัญของพยาบาลระดับวิชาชีพ ได้แก่

1) ผู้ดูแลเอาใจใส่ (Care provider) การดูแลเอาใจใส่และให้ความสุขสบาย รวมไปถึงกิจกรรมการรักษาไว้ซึ่งเกียรติยศและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย โดยการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลจะต้องอาศัยความรู้และความไวต่อความรู้สึกนึกคิดและปัญหาของผู้ป่วยด้วย อาจกล่าวได้ว่าความเอื้ออาทรหรือการดูแลเอาใจใส่เป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

2) ผู้ติดต่อสื่อสารและผู้ช่วยเหลือ (Communicator/Helper) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในทุกกิจกรรม จะช่วยในการสร้างความไวต่อเชื้อใจและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพด้วย

3) ผู้สอน (Teacher) บทบาทของพยาบาลในการสอนสุขภาพมีความสำคัญเด่นชัดเนื่องจากสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงมีมากขึ้น การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญ

4) ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) การให้คำปรึกษาของพยาบาลเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ตระหนักถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดและการเผชิญกับความเครียด เพื่อพัฒนาและปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและส่งเสริมความเจริญงอกงามส่วนบุคคล พยาบาลกระตุ้นผู้ป่วยให้มองหาทางเลือกที่มีผลดีกับสุขภาพ พัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเองและดูแลตนเอง

5) ผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (Advocator) พยาบาลมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักติดต่อและเจรจาต่อรองกับเจ้าหน้าที่อื่นในสิทธิของตนเอง

6) ผู้นำความเปลี่ยนแปลง (Change agent) การส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงเป็นบทบาทสำคัญในการให้การบำบัดทางการพยาบาล โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางเป้าหมายดำเนินการและคงไว้ซึ่งความเปลี่ยนแปลง ทั้งความรู้ ทักษะ ความรู้สึกและเจตคติที่จะส่งเสริมปกป้องสุขภาพตลอดจนการดูแลและฟื้นฟูสภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

7) ผู้นำ (Leader) ภาวะผู้นำทางการพยาบาลเป็นกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งในกระบวนการนี้ พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจกำหนดเป้าหมายและหาแนวทาง



บรรลุป่าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพและสวัสดิภาพ เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติเชิงวิชาชีพของพยาบาล และช่วยให้พยาบาลเจริญเติบโตในวิชาชีพ

8) ผู้จัดการ (Manager) พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการจัดการดูแลบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน นอกจากนั้นพยาบาลยังมีหน้าที่มอบหมายกิจกรรมการพยาบาลบางอย่างให้กับผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลคนอื่น ๆ รวมถึงการนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงาน

9) ผู้วิจัย (Researcher) พยาบาลทุกคนต้องอ่านและประเมินงานวิจัยได้อย่างมีวิจารณญาณเพื่อสามารถใช้ผลการวิจัยประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีผลให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ

สภาการพยาบาล (2553) ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ได้กล่าวถึง การประกอบวิชาชีพการพยาบาล หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการกระทำต่อไปนี้

- 1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
- 2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรคและการฟื้นฟูสภาพ
- 3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค
- 4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค

จะเห็นได้ว่าการบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอกนั้นต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแล และให้บริการแก่ผู้รับบริการบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ ตลอดจนต้องสามารถบริหารจัดการในการดูแลผู้รับบริการ ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยก่อนรับการรักษา ขณะรับการรักษา หลังการตรวจรักษา และการดูแลต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล และการให้คำแนะนำปรึกษา การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้รับบริการ

## 2.2 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพพยาบาลผู้ป่วยนอก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Royal Collage of Nursing: RCN (2006) ได้มีการกำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลผู้ป่วยนอก ออกเป็น 4 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 2.2.1 สมรรถนะด้านการสร้างสัมพันธภาพและการประคับประคองผู้ป่วย

- 1) สร้างสัมพันธภาพในระยะเวลาสั้นๆกับผู้ป่วยและญาติ

- 2) ให้บริการด้วยความตระหนักถึงความแตกต่างด้านศาสนาวัฒนธรรม
- 3) สามารถสื่อสารด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย ไม่เกิดความสับสนกับผู้รับบริการ
- 4) ประเมินความต้องการการบริการโดยตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล
- 5) ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ
- 6) สามารถให้การดูแลแลประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วย
- 7) ให้การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความแตกต่าง และความเป็นปัจเจกบุคคล
- 8) การประสานงานกับทีมดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ใช้บริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง

#### 2.2.2 สมรรถนะด้านการพยาบาลหลากหลายสาขาโรค ซึ่งมีสมรรถนะย่อย ดังนี้

- 1) มีความรู้เกี่ยวกับกายวิภาค และพยาธิสภาพของระบบร่างกายเพื่อให้การประเมินปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วย
- 2) ตรวจสอบและประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
- 3) ประเมิน และซักประวัติได้ครอบคลุมปัญหา
- 4) การเฝ้าระวังการเกิดภาวะวิกฤตในผู้ป่วย
- 5) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับดูแลตนเอง
- 6) ประเมินความต้องการความช่วยเหลือของผู้ใช้บริการและการให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
- 7) การให้ข้อมูลบนพื้นฐานความรู้
- 8) มีความรู้ความสามารถในด้านอื่นๆหลากหลาย เช่น การพยาบาลผู้ป่วยออโรโรปิติก การพยาบาลศัลยศาสตร์

2.2.3 สมรรถนะด้านทักษะ และความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความหลากหลาย  
ทุกสาขาโรคทางการแพทย์ ซึ่งมีสมรรถนะย่อย ดังนี้

- 1) มีความรู้ และทักษะทางคลินิก
- 2) สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการ หรือการตรวจพิเศษต่างๆ
- 3) เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการตรวจรักษา
- 4) การขอความยินยอม และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- 5) สามารถระบุปัญหาของผู้ป่วยและให้การพยาบาลได้เหมาะสมตามปัญหาและความ

ต้องการ

ดังนี้

2.2.4. สมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่องและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีสมรรถนะย่อย

ระหว่าง คลินิกที่ผู้รับบริการมาตรวจรักษา โรงพยาบาล และชุมชน

- 1) ตระหนักถึงความสำคัญ และจำเป็นในการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง
- 2) วางแผนการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 3) มีการสื่อสารที่ดีเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการดูแลผู้ป่วย
- 4) ตระหนักถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้คุ้มค่า
- 5) จัดให้มีการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้
- 6) ให้การบริการส่งเสริมสุขภาพกับผู้มีสุขภาพดี
- 7) ประเมินความต้องการการส่งเสริมสุขภาพเพื่อสามารถให้การส่งเสริมสุขภาพได้

อย่างเหมาะสม

จากข้างต้นนั้นจะเห็นได้ว่า Royal Collage of Nursing: RCN (2006) ได้มีการกำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลผู้ป่วนอกไว้อย่างครอบคลุมในทุกด้าน ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะนำมาแนวคิดเบื้องต้นในการศึกษาครั้งนี้

### 2.3 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วนอก โรงพยาบาลเอกชน

ในการปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วนอก โรงพยาบาลเอกชนในการศึกษาครั้งนี้ มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วนอกในพื้นที่ที่ศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนทั้งหมด 82 คน โดยแบ่งการปฏิบัติงานตามแผนกที่ประจำอยู่ ลักษณะการทำงานของแต่ละแผนกมีความเฉพาะเจาะจงที่แตกต่างกันตามความเฉพาะทางของแต่ละด้าน จึงไม่พบการหมุนเวียนอัตรากำลังระหว่างแผนก การจัดอัตรากำลังจะจัดตามโครงสร้างของแต่ละแผนก โดยจัดเวรของพยาบาลวิชาชีพให้ครอบคลุมระยะเวลาเปิดและปิดทำการของแต่ละแผนกและตามภาระงานของแต่ละวัน โดยทั่วไปจะเปิดทำการ 7.00 – 18.00 น. จะมีการจัดอัตรากำลังในการขึ้นเวรลัดหลันกัน คือเวร 7.00-15.00 น. เวร 8.00-16.00 น. เวร 9.00-17.00 น. และเวร 10.00-18.00 น. ซึ่งบางแผนกจะมีการเปิดทำการในช่วงเวลาพิเศษ ที่ขยายเวลาทำการเพื่อรองรับความต้องการของผู้รับบริการเช่น เปิดทำการตั้งแต่ เวลา 6.00 น. ขยายเวลาทำการจนถึง 20.00 น. และ 22.00 น. ก็จะมีการจัดเวรและมอบหมายงานในการทำงานล่วงเวลา (Over time) จนแผนกปิดทำการ

ในพื้นที่ทำการศึกษา พบว่าแต่ละแผนกจะมีพยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงาน ประมาณ 3-4 คนต่อวัน(ไม่รวมผู้จัดการแผนก) พยาบาลผู้ป่วนอกมีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานดังนี้

พยาบาลวิชาชีพคนที่ 1 ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร วางแผนและมอบหมายงานให้กับทีมผู้ร่วมงานตามความเหมาะสม ควบคุมบังคับบัญชาและให้คำแนะนำในด้านบริการผู้รับบริการแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ รับผิดชอบเป็นที่ปรึกษา แก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่มีความซับซ้อนที่เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วนโดยตรง ดูแลความเรียบร้อยและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าต่างๆในแผนก และรายงานเหตุการณ์ผิดปกติหรือปัญหาที่เกิดขึ้นให้หัวหน้าพยาบาลรับทราบ ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ส่วนมากจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติเป็นเวรแรก หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานของแต่ละแผนก

พยาบาลวิชาชีพคนที่ 2 และคนที่ 3 ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยและประเมินอาการ ผู้รับบริการ โดยแบ่งความเร่งด่วนตามระดับความรุนแรงของโรคเป็น 5 ประเภท ซึ่งตำแหน่งนี้จะต้องใช้พยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และให้ปฏิบัติตามกิจกรรมพยาบาลทั่วไป ตลอดจนบางแผนกต้องทำหน้าที่ในการตรวจหัตถการพิเศษตามความ เฉพาะทางของแต่ละแผนก เช่น การตรวจสมรรถภาพการทำงานของหัวใจด้วยการเดินบนสายพาน (Exercise stress test) ในแผนกศุนย์หัวใจ, การตรวจ Pulmonary Function Test ในแผนกศุนย์ ทางเดินหายใจ, การตรวจสมรรถภาพทางการได้ยิน ที่แผนกหู คอ จมูก, และ การตรวจคลื่นสมอง (EEG) ที่แผนกระบบประสาท เป็นต้น

พยาบาลวิชาชีพคนที่ 4 ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลในการให้บริการทางการพยาบาลต่างๆ เช่น ทำแผล ฉีดยา และช่วยแพทย์ทำหัตถการต่างๆ รับผิดชอบปฏิบัติตามกิจกรรมพยาบาลและหัตถการ ต่างๆ ดูแลในการส่งต่อผู้รับบริการเมื่อต้องเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล และเป็นหัวหน้าเวรต่อ จากเวรแรก สรุปลยอดผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลและบันทึกเหตุการณ์ประจำเวร ดูแลรับผิดชอบจน แผนกปิดทำการ ซึ่งพบว่าพยาบาลเวรสุดท้ายของแต่ละวันจะต้องทำงานล่วงเวลา ทั้งจากการขยาย เวลาทำการเป็น 22.00 น. และจากภาระงานที่ยังไม่คลี่คลาย เนื่องจากลักษณะ งานของแผนกผู้ป่วย นอก บางครั้งมีผู้รับบริการจำนวนมากอย่างคาดการณ์ไม่ได้ พยาบาลหัวหน้าเวรจะเป็นผู้บริหาร จัดการอัตรากำลังในระหว่างวัน เช่น การสั่งให้ผู้ร่วมงานทำงานล่วงเวลา การทำงานอื่นนอกเหนือจาก การมอบหมายงาน เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยนอกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนนั้น นอกจากจะให้การดูแลให้การพยาบาลตามขั้นตอนการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว ยังต้อง คำนึงถึงการให้บริการตามมาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ตามข้างต้นที่กล่าวมาแล้ว รวมทั้งต้อง ดูแลบุคลิกภาพของตนให้เหมาะสม ซึ่งพื้นที่ศึกษาได้กำหนดมาตรฐานการแต่งกายของพนักงานไว้ ดัง นี้

### มาตรฐานการแต่งกาย

#### 1) การแต่งกาย

- (1) ชุดเครื่องแบบถูกต้องตามระเบียบที่บริษัทกำหนดไว้ในปัจจุบัน

- (2) รักษาความสะอาดของเสื้อผ้า ไม่มีกลิ่นอับ หรือคราบสกปรก
- (3) ใส่สายคล้องบัตรพนักงาน หรือติดบัตรที่ปกเสื้อด้านซ้าย
- (4) ไม่ควรใส่น้ำหอมที่มีกลิ่นฉุนมากเกินไป

## 2) การแต่งหน้า

- (1) แต่งหน้าพองาม
- (2) ริมฝีปากต้องมีสีลิปสติกโทนสีอ่อนตลอดเวลา

## 3) ทรงผม

- (1) พนักงานหญิง

หากผมยาวเกินขอบล่างของปกเสื้อ ให้รวบผมใส่เน็ตคลุมผมสีดำหรือสีน้ำตาล กรณีผมสั้น ต้องจัดทรงผมให้เรียบร้อยสีผมโทนเข้ม ไม่ให้ทำผมหลากสี

- (2) พนักงานชาย

ไว้ผมสั้นเท่านั้น โดยจัดแต่งทรงผมให้เรียบร้อย การย้อมผม ใช้โทนสีเข้มเท่านั้น ไม่ไว้หนวด เครา หรือจอนผม

## 4) การใส่รองเท้า

- (1) พนักงานหญิง

สวมรองเท้าหุ้มส้น สีขาวล้วน และขาวสะอาดเสมอ สวมถุงน่องสีเนื้อ

- (2) พนักงานชาย

ใส่รองเท้าหนังค้ำชูสีดำหรือน้ำตาลเข้มเท่านั้น รองเท้าขัดเงามัน สะอาด สวมถุงเท้าสีดำ หรือโทนสีเข้ม

- (3) อื่นๆ

หน่วยงานที่ต้องเปลี่ยนรองเท้าใส่ภายใน ต้องเป็นแบบและสีสุภาพ และห้ามนำออกมาใส่ภายนอก ห้ามสวมรองเท้าแตะ ในสถานที่สาธารณะภายในโรงพยาบาล

## 5) การใส่เครื่องประดับ

### (1) พนักงานหญิง

ก็บติดผมต้องเป็นสีดำ หรือน้ำตาล ไม่มีลายจุดฉาด อาจมีประดับด้วยเพชรสีขาวเท่านั้น อนุญาตให้สวมต่างหู ต่างหูใส่แบบติดหู เป็นทอง,เงิน ประดับด้วยเพชรหรือมุกเท่านั้น ห้ามใส่ต่างหูแบบห้อยหรือพลาสติกสีฉูดฉาดหลาย สร้อยคอใส่ได้ 1 เส้น ความยาวในระดับใส่ไว้ในเสื้อนาฬิกา และใส่แหวนแบบเกลี้ยงได้ 1 วง ตัดเล็บสั้นและไม่ทาสีเล็บ

### (2) พนักงานชาย

ใส่แหวนแบบเกลี้ยงได้ 1 วง นาฬิกาให้ใส่สายแอสตันเลสสีเงินหรือทองเท่านั้น ห้ามใส่สายพลาสติกหรือมีสีฉูดฉาด ห้ามใส่กำไลหรือสร้อยข้อมืออื่นๆ สร้อยคอใส่ได้ 1 เส้น ความยาวในระดับใส่ไว้ในเสื้อห้ามใส่ต่างหู ห้ามทาสีเล็บ

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน นอกจากการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพแล้วนั้น ยังต้องคำนึงถึงการให้บริการด้านอื่นๆตามมาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ให้ เพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นเลิศ และนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

## 3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน

จากการศึกษานำร่อง ผู้วิจัยพบว่า มีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 3.1 พฤติกรรมการให้บริการที่เป็นเลิศ

พฤติกรรมบริการเป็นสิ่งสำคัญต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน พฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศนอกจากจะสร้างความประทับใจต่อผู้รับบริการแล้ว ยังส่งผลดีต่อภาพลักษณ์ขององค์กรด้วย

### 3.1.1 ความหมายของพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ

จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2550) กล่าวว่า พฤติกรรมบริการเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคลกับการบริการหรือการกระทำในกระบวนการบริการ เริ่มตั้งแต่การรับรู้ต้องการบริการ การวางแผนการให้บริการที่ตรงกับความต้องการ การดำเนินการให้บริการ การตรวจสอบผล

โอษฐ์ วาริรัตน์ (2539) กล่าวว่า พฤติกรรมบริการคือพฤติกรรมการติดต่อสัมพันธ์ กิริยามารยาท การต้อนรับขับสู้

เกศริน จันทร์นิมิตรศรี (2546) กล่าวว่า พฤติกรรมบริการ หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากการรับรู้ความต้องการในบริการและตอบสนองแก่ผู้ป่วย

Fuchs (1999) กล่าวว่า พฤติกรรมบริการคือการมีปฏิสัมพันธ์กับลูกค้า และสร้างสัมพันธ์กับลูกค้าก่อนและหลังการขายธุรกิจบริการ ความแตกต่างของพฤติกรรมบริการขึ้นอยู่กับประเภทของผลิตภัณฑ์ โดยเฉพาะเวลาเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในผลผลิตที่เกิดขึ้น

Parasuraman (1985) กล่าวว่า พฤติกรรมบริการ เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ในบางครั้งมีความสำคัญมากกว่าผลของการบริการ

จากความหมายของพฤติกรรมบริการดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมบริการ หมายถึง การที่ผู้ให้บริการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ เริ่มตั้งแต่การรับรู้ต้องการบริการ การวางแผนการให้บริการที่ตรงกับความต้องการ การดำเนินการให้บริการ การตรวจสอบผล

### 3.1.2 แนวคิดพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมบริการจะเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลเอกชน ผู้รับบริการย่อมมีความคาดหวังสูงว่า ต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากพยาบาลด้วยพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ ส่วนแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการ ที่ผู้วิจัยรวบรวมมีดังนี้

1) แนวคิดพฤติกรรมบริการของ Leebov (1998) กล่าวถึง พฤติกรรมบริการ คือ การให้การต้อนรับที่อบอุ่น สร้างความประทับใจครั้งแรกแก่ลูกค้า การมองสบตา ยิ้ม แนะนำชื่อ



ตนเอง และจำลูกค้าได้ การใช้ภาษาพูดที่เข้าใจง่าย การมีข้อมูลที่พร้อมที่จะบอกลูกค้าตลอดเวลา ดารเคารพ และให้เกียรติลูกค้า การดูแลเอาใจใส่ลูกค้าด้วยการฟังและติดต่อสอบถามอยู่เสมอ พฤติกรรมบริการเหล่านี้ผู้ให้บริการทุกคนต้องตระหนักอยู่เสมอเมื่อมีการพบปะกับลูกค้าที่ต้องทำเป็นประจำทุกวัน สิ่งที่สำคัญที่สุด คือการสร้างความประทับใจให้เกิดขึ้นแก่ลูกค้าทุกคน การแสดง พฤติกรรมบริการที่ดีของพนักงานทุกคน จึงเป็นการเสริมสร้างภาพที่ดีต่อองค์กร

2) แนวคิดพฤติกรรมบริการของ Hariss (2000) กล่าวว่า พฤติกรรมบริการเป็นการ ให้ข้อมูลที่สนองตอบลูกค้าได้ทันที ผู้ให้บริการต้องมีทักษะในการฟังเพื่อให้มีความเข้าใจในสิ่งที่ ลูกค้าพูด มีทักษะในการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญปัญหาและกล้าตัดสินใจ มีทักษะในการเจรจาต่อรองใน สถานการณ์ เพื่อเลือกคำตอบที่จะแก้ปัญหา และสร้างสัมพันธภาพกับลูกค้า ซึ่งในธุรกิจบริการถือว่าเป็นศาสตร์อย่างหนึ่งโดยมักนิยม เรียกว่า การตลาดเชิงสัมพันธ์ โดยผู้ให้บริการจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ กับลูกค้าโดยตรงทั้งในสถานการณ์ที่ต้องมีการเผชิญหน้ากับลูกค้า หรือสถานการณ์ที่ผ่านการใช้ เครื่องมือสื่อสาร เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์ ทางคอมพิวเตอร์ เป็นต้น เป็นการสร้างความใกล้ชิดกับ ลูกค้าเพื่อรับรู้ปัญหา หาแนวทางแก้ไข เป็นการเพิ่มความไว้วางใจในพฤติกรรมบริการที่จัดให้แก่ลูกค้า

3) แนวคิดพฤติกรรมบริการของ Peplau (1952 อ้างถึงใน เกศริน จันทน์นิมิตรศรี 2546) กล่าวว่า สัมพันธภาพของพยาบาลเป็นกระบวนการพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการกับ ผู้ป่วยในระยะต่างๆ โดยผู้ให้บริการใช้ความรู้ และทักษะในขณะการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตาม ปัญหา และความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น

4) แนวคิดพฤติกรรมบริการของ Leary and Kowalski (1990) กล่าวถึงการบริหาร จัดการเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สร้างความประทับใจว่าประกอบด้วยการที่บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ และผลกระทบ ที่เกิดจากพฤติกรรมที่กำลังปฏิบัติอยู่ รวมทั้งแรงผลักดันทางสังคมที่ไม่เป็นไปตาม ความคาดหวัง ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจต่อการสร้างพฤติกรรมที่สร้างความประทับใจ

5) แนวคิดพฤติกรรมบริการของ Robbin (2001) กล่าวว่า การสร้างความ ประทับใจเป็นกระบวนการ ซึ่งบุคคลพยายามจะควบคุมการสร้างความประทับใจในหลายๆรูปแบบ ถ้าผู้ให้บริการมีความตระหนักให้ความเอาใจใส่ต่อผลประโยชน์หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้ เข้าใจสถานการณ์และเกิดการปรับพฤติกรรม

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น จึงกล่าวได้ว่า พฤติกรรมบริการคือการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้รับบริการและพยาบาลที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ เป็นสร้างความประทับใจให้แก่ผู้รับบริการ ที่สามารถสร้างได้ตั้งแต่แรกเริ่ม จนถึงตลอดการให้บริการ ซึ่งในโรงพยาบาลเอกชนนั้นผู้รับบริการมักคาดหวังถึงพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศจากผู้ให้บริการ

### 3.1.3 พยาบาลวิชาชีพกับพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ

กระบวนการดูแลผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน จะต้องเป็นผู้มีพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ เพื่อสร้างความประทับใจให้แก่ผู้รับบริการ จารูวรรณ เอกอรมย์ผล (2550) กล่าวถึง พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกขณะมีปฏิสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยนั้นเป็นผลมาจากแนวความคิด ความรู้และทัศนคติของพยาบาล ซึ่งพยาบาลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นการแสดงออกทางกิริยาท่าทาง การแสดงของสีหน้า และท่าทาง คำพูด น้ำเสียง การสัมผัสและระยะห่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกตได้ดังนี้

1) การแสดงการต้อนรับ การต้อนรับที่สร้างความประทับใจ เป็นเป้าหมายสำคัญสำหรับการสร้างไมตรีที่เกิดขึ้นโดยทันที มนการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ ความประทับใจจะเกิดใน 6 วินาทีแรก ของการมีปฏิสัมพันธ์ และยากที่จะเปลี่ยน ถ้าผู้ใช้บริการได้รับการต้อนรับด้วยความอบอุ่นเป็นกันเอง ผู้ใช้บริการจะเกิดทัศนคติในทางบวกเกิดความพึงพอใจ แต่ถ้าเป็นไปในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ใช้บริการพบการต้อนรับที่ไม่เป็นมิตร ก็จะเกิดความไม่ไว้วางใจต่อการบริการ

(1) การกล่าวคำสวัสดิ เป็นการแสดงการต้อนรับและทักทาย เป็นการตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ ต้องเป็นคำพูดที่นุ่มนวลและมีน้ำเสียงชวนฟัง ด้วยความจริงใจและทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจ

(2) การยิ้ม เป็นการแสดงถึงความมีอัธยาศัยไมตรี แสดงการทักทาย สร้างความรู้สึกที่ดีในการต้อนรับ พยาบาลควรมีใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส ซึ่งจะก่อให้เกิดความประทับใจต่อผู้พบเห็นและผู้รับบริการ

(3) การสบตากับผู้รับบริการเป็นเรื่องสำคัญเป็นเหมือนการส่งสัญญาณให้รับรู้ ว่าพยาบาลมีความจริงใจมีความเข้าใจและรู้สึกอย่างไร สายตาเป็นการถ่ายทอดความรู้สึก และเป็นกันเอง อีกทั้งยังเป็นการประเมินถึงความเข้าใจซึ่งกันและกัน การสบตาโดยตรงขณะสนทนาที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่ายพยาบาลสนใจ เอาใจใส่ แต่การสบตานี้ต้องเป็นไปตามธรรมชาติ (บุญศรี ปราบณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2538)

(4) การแนะนำชื่อตนเองและตำแหน่ง ผู้ให้บริการจำเป็นต้องแนะนำชื่อตนเองและตำแหน่ง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รู้จัก เป็นการแสดงความจริงใจและเปิดเผยตัว ให้การยอมรับผู้บริการและยินดีที่จะติดต่อ และมีสัมพันธภาพด้วย การแนะนำตัวต้องชัดเจน พูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลเป็นมิตร แสดงความเป็นกันเอง ไม่วางตัวเหนือผู้รับบริการแสดงท่าทีกระตือรือร้นทั้งสีหน้าและแววตา และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการ

(5) การเรียกชื่อผู้ป่วยด้วย คำว่า ท่าน คุณผู้ชาย คุณผู้หญิง เป็นข้อบังคับในโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา เป็นการแสดงความให้เกียรติและเป็นที่ยอมรับ การแสดงออกของพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาชีพที่สังคมให้การยกย่อง ย่อมก็ให้เกิดความประทับใจเมื่อผู้รับบริการได้รับการปฏิบัติที่เหนือความคาดหมาย บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่ถูกคาดหวังว่าต้องเป็นผู้มีเมตตาธรรมสูง มีคุณธรรมให้การช่วยเหลือและเอื้อเฟื้อต่อมนุษย์ในยามทุกข์ (สิวลี ศิริโล, 2542)

(6) การเสนอความช่วยเหลือ เป็นการกระทำของพยาบาลที่แสดงถึงความมีน้ำใจ การรับรู้ความต้องการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทโดยตรงในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งความช่วยเหลือนี้เป็นการช่วยเหลือที่เกิดขึ้นจากบทบาทเชิงวิชาชีพ และสัมพันธภาพ เพื่อการรักษาบำบัดรักษาระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเข้มแข็ง (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2538)

2) การให้ข้อมูล ควรจำกัดเฉพาะบทบาทของพยาบาล และมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการได้ตลอดเวลาที่ให้การพยาบาลเนื่องจากข้อมูลที่ผู้รับบริการทราบนั้นมีมากมาย และเกือบทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง Messner (1993) พบว่าผู้รับบริการต้องการรับทราบเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการรักษา สิ่งที่ผู้รับบริการต้องรู้หรือปฏิบัติ วิธีการปฏิบัติและเหตุผล และการปฏิบัติดังกล่าว ต้องการให้พยาบาลอธิบายถึงผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาที่ทำให้การ

รักษาล่าช้า ตลอดจนการตอบสนองของพยาบาลต่อสิ่งที่ผู้รับบริการร้องขอ คำถามอื่นๆ ที่ผู้รับบริการ และญาติมักสอบถามบ่อยๆ มักเป็นปัญหาเกี่ยวกับการรอรับการตรวจ ระยะเวลารอคอย อาการของโรค ความก้าวหน้าของการรักษา การรักษาต่อโดยนอนโรงพยาบาล พยาบาลผู้ป่วยนอกต้องใช้ทักษะในการตอบคำถาม เพื่อป้องกันความไม่พึงพอใจที่อาจก่อให้เกิดข้อร้องเรียน พยาบาลวิชาชีพต้องแสดงออกถึงกิริยาท่าทางที่เต็มใจและพร้อมที่จะให้บริการ ตอบคำถามด้วยความชัดเจนและเข้าใจง่าย เมื่อผู้ป่วยและญาติแสดงท่าทีที่ไม่เข้าใจต้องอธิบายซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ทบทวนเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน คำพูดที่ต้องใช้อยู่เสมอคือ การกล่าวขอโทษ ขออภัย และแสดงความเสียใจหากเกิดความผิดพลาดขึ้น กล่าวขอบคุณ เมื่อได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ ต้องระลึกอยู่เสมอว่าผู้รับบริการเปรียบเสมือนญาติ

3) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆทางคลินิก การปฏิบัติพฤติกรรมบริการพยาบาลบริเวณต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย

(1) พยาบาลบริเวณคัดกรองผู้ป่วย ควรแสดงการรับรู้การเข้ามารับบริการของผู้ป่วยทันที และแสดงการต้อนรับด้วยท่าทีกระตือรือร้น พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือ สบตา ยิ้ม ไหว้ ทักทายผู้ป่วย แนะนำตนเอง ทำการประเมินสภาพอาการผู้ป่วย สอบถามอาการสำคัญ แบ่งประเภทผู้ป่วย และให้คำแนะนำต่อญาติด้วย

(2) พยาบาลบริเวณรักษาพยาบาล ควรประเมินอาการ และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้การดูแลตามแผนการรักษาเมื่อได้รับการตรวจจากแพทย์แล้ว และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างตามมาตรฐานวิชาชีพด้วยความนุ่มนวล และถูกต้อง ตลอดจนสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องด้วย

(3) การจำหน่ายผู้ป่วย เมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ พยาบาลต้องให้คำแนะนำ และอธิบาย การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การมาตรวจตามนัด ตลอดจนการกล่าวลาผู้ป่วย และอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยที่ต้องใช้รถนั่ง รถนอน ไปส่งยังพาหนะของผู้ป่วยด้วย

### 3.2 คุณภาพบริการพยาบาล

ผู้รับบริการที่เลือกใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน มีความคาดหวังที่จะได้รับบริการที่ดีกว่าโรงพยาบาลทั่วไป คุณภาพบริการจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการมีความประทับใจต่อบริการที่จะได้รับและเลือกกลับมาใช้บริการอีก นอกจากนี้คุณภาพบริการเป็นสิ่งที่พึงประสงค์สำหรับการบริการสุขภาพทั้งในผู้ให้และผู้รับบริการเพราะสะท้อนถึงมาตรฐานคุณภาพบริการขององค์กรด้วย เนื้อหาที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ได้แก่

### 3.2.1 ความหมายของคุณภาพบริการพยาบาล

พาริตา อิบราฮิม (2542) ได้ให้ความหมาย คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง บริการที่บอกถึงความสำเร็จที่เกิดจากการปฏิบัติที่ตั้งใจสามารถวัดในมิติต่างๆคือ การให้บริการเบื้องต้น มีตัวกำหนดที่ชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลในผลลัพธ์ที่ยอมรับ สร้างความเชื่อมั่นในบริการที่ได้รับ บอกถึงระดับความน่าจะเป็นที่เป็นความดีเลิศ เปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดเป็น การใช้ทรัพยากรที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุด มีการปรับปรุงให้อยู่ในระดับที่ผู้รับบริการต้องการ เป็นสิ่งพยาบาลและผู้รับบริการสามารถรับรู้ได้ว่ามีคุณภาพ

พิรุณ รัตนวนิช (2543) ได้ให้ความหมาย คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง สิ่งจำเป็นที่จะคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการ ให้ได้รับบริการที่ดีที่สุด ถูกต้องตามหลักวิชาชีพ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

สำนักการพยาบาล (2547) ได้ให้ความหมาย คุณภาพบริการพยาบาลว่า หมายถึง คุณลักษณะของบริการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ปราศจากข้อผิดพลาดและมีผลลัพธ์ที่ดีตามหลักวิชาการตามความคาดหวังของผู้ป่วยครอบครัวและผู้ให้บริการ โดยคุณภาพตามที่คาดหวังเป็นผลจากการมีโครงสร้าง และกระบวนการบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่ระดับดีที่สุด

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2533) ให้ความหมายของคุณภาพบริการพยาบาลไว้ว่า โดยทั่วไปมักหมายถึงคุณลักษณะที่บ่งบอกถึงระดับความเป็นเลิศของการให้บริการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบแก่ผู้ให้บริการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) ให้ความหมาย คุณภาพการบริการ ว่า หมายถึง ระดับของการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยและประชาชน โดยเพิ่มขีดความเป็นไปได้ของการเกิดผลลัพธ์

Bauman (1991) ได้กล่าวถึง คุณภาพบริการพยาบาลเป็นผลลัพธ์ของการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการตอบสนองของพยาบาลที่ได้จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย นำไปสู่การเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงในอันที่จะพัฒนาให้เกิดคุณภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย

Schrocher (1991) ได้ให้ความหมาย คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ความสอดคล้องตรงกับความต้องการและทัศนคติของบุคคล

The National Association of Quality Assurance Professionals (cited in Katz & Green, 1992) ได้ให้ความหมาย คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ระดับผลลัพธ์ที่ดีอันเกิดจาก กระบวนการบริการของผู้ให้บริการ ที่อยู่บนพื้นฐานความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

Katz & Green (1992) ได้ให้ความหมาย คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง การดูแล สุขภาพที่เกิดจากความคาดหวังตามมาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ และผลลัพธ์ที่ควรจะได้รับจากการบริการ

โดยสรุปแล้ว คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ระดับการดูแลสุขภาพที่มีความต่อเนื่อง มีระบบ แบบแผน และตอบสนองความต้องการให้กับผู้ใช้บริการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการและสังคมโดยเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

### 3.2.2 แนวคิดคุณภาพบริการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้แนวคิดคุณภาพบริการพยาบาลไว้ดังนี้

1) แนวคิดของ Gronross (1984) ได้เสนอแนวคิดไว้ว่า คุณภาพเชิงเทคนิค (Technical quality) และคุณภาพเชิงหน้าที่ (Functional quality) เป็นภาพแห่งมิติของคุณภาพที่ส่งผลกระทบต่อความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการและคุณภาพการให้บริการจะมีมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับระดับของคุณภาพเชิงเทคนิคและคุณภาพเชิงหน้าที่นั่นเองเกณฑ์การพิจารณาคุณภาพการบริการว่าสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ตามหลัก 6 ประการ คือ

(1) การเป็นมืออาชีพและการมีทักษะของผู้ให้บริการ (Professional and skill) เป็นการพิจารณาว่าผู้รับบริการสามารถรับรู้ได้จากการเข้ารับบริการจากผู้ให้บริการที่มีความรู้และทักษะในงานบริการ ซึ่งสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีระบบและแบบแผน

(2) ทศนคติและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (Attitude and Behavior) ผู้รับบริการจะเกิดความรู้สึกได้จากการที่ผู้ให้บริการสนใจที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน

(3) การเข้าพบได้อย่างง่ายและมีความยืดหยุ่นในการให้บริการ (Accessibility and flexibility) ผู้รับบริการจะพิจารณาจากสถานที่ตั้งไว้ให้บริการและเวลาที่ได้รับการจากผู้ให้บริการ รวมถึงระบบการบริการที่จัดเตรียมไว้ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการ

(4) ความไว้วางใจและความเชื่อถือได้ (Reliability and Trustworthiness) ผู้รับบริการจะทำการพิจารณาหลังจากที่ได้รับบริการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งการให้บริการของผู้ให้บริการจะต้องปฏิบัติตามที่ได้รับตกลงกัน

(5) การแก้ไขสถานการณ์ให้กับสู่ภาวะปกติ (Recovery) พิจารณาจากการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าเกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ที่ผิดปกติและผู้ให้บริการสามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นๆได้ทันท่วงทีด้วยวิธีการที่เหมาะสมซึ่งทำให้สถานการณ์กลับสู่ภาวะปกติ

(6) ชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือ (Reputation and Credibility) ผู้รับบริการจะเชื่อถือในชื่อเสียงของผู้ให้บริการดำเนินกิจการด้วยดีมาตลอด

## 2) แนวคิดของ Parasuraman et al. (1985)

Parasuraman Zeithamal และ Berry เป็นชาวสหรัฐอเมริกา เริ่มศึกษาคูณภาพบริการตั้งแต่ ค.ศ. 1983 โดยศึกษาวิจัยให้กับ Marketing Science Institute (MSI) เนื่องจากสหรัฐอเมริกาสมัยนั้น คุณภาพบริการเป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในวงการธุรกิจว่า ทำอย่างไรคุณภาพบริการดีเลิศ มีความแตกต่าง เพิ่มผลผลิต และลูกค้าเกิดความจงรักภักดีมีการบอกต่อให้มีผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น Parasuraman et al. ใช้เวลาในการวิจัย ตั้งแต่ ค.ศ. 1983 -1988 โดยแบ่งระยะเวลาการศึกษาเป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพกับผู้รับบริการของ

บริษัท องค์กรธุรกิจต่างๆ เพื่อพัฒนารูปแบบประเมินคุณภาพบริการ ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพบริการที่เรียกว่า “SERQUAL” โดยมีเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพ ระยะที่ 3 เป็นการนำเครื่องมือนี้ไปใช้กับองค์กรธุรกิจ บริษัทต่างๆรวม 89 องค์กร ระยะที่ 4 เป็นการศึกษาความคาดหวังของผู้รับบริการ

ในการเริ่มต้นศึกษาวิจัยของ Parasuraman และคณะมีความสนใจที่จะค้นหาคำตอบของคำถาม 3 คำถาม คือ อะไร คือ คุณภาพบริการ อะไร คือ สาเหตุของปัญหาคุณภาพบริการและองค์กรจะแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพบริการให้ดีขึ้นได้อย่างไร ในการพัฒนาคุณภาพบริการให้ดีขึ้นนั้น จะทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดผลลัพธ์ที่เท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้รับบริการ พนักงาน ผู้จัดการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) สังคมและสุดท้ายถึงประเทศชาติ แนวคิดของ Parasuraman และคณะ ผู้นำองค์กรเป็นผู้มีบทบาทและสำคัญที่สุดที่จะพัฒนาคุณภาพบริการ ผู้นำสามารถสร้างบรรยากาศองค์กร สร้างทีม วางนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการที่ดีได้ ซึ่งคุณลักษณะที่ดีของผู้นำองค์กรตามแนวคิดของ Parasuraman et al. ประกอบด้วย

(1) เป็นผู้ที่มีวิสัยทัศน์ในการบริการ (Service vision) ผู้นำองค์กรที่ดีต้องมองเห็นการณ์ไกลมีความรู้ในเรื่องการวางกลยุทธ์ต่างๆ มีความคิดที่จะพัฒนาคุณภาพบริการทุกวัน ทุกสัปดาห์ ทุกเดือนและทุกปี ต้องมีความเข้าใจว่าคุณภาพบริการไม่ใช่โปรแกรมที่จะหยุดกับที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

(2) มีมาตรฐานสูง (High Standard) ผู้นำองค์กรต้องมีความเข้าใจว่า คุณภาพที่ดีขององค์กรหนึ่งอาจจะไม่ดีในองค์กรที่แตกต่างกัน ดังนั้นต้องมีความสนใจรายละเอียดของการบริการหาโอกาสพัฒนาอยู่เสมอ

(3) มีลักษณะผู้นำที่ทำงานด้วยตัวเอง (In-the-field-leadership-Style) ผู้นำองค์กรที่ดีต้องลงมือปฏิบัติด้วยตัวเอง มีโชทำงานที่โต๊ะอย่างเดียว ต้องสร้างบรรยากาศ สร้างทีมงานเป็นพี่เลี้ยง ช่างสังเกตและรับฟัง มีทักษะการสื่อสารแบบสองทาง

(4) มีความมั่นคง (Integrity) กล่าวทำในสิ่งที่ถูกต้อง เป็นคนเปิดเผย มั่นคง น่าเชื่อถือไว้วางใจ



นอกจากคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น ผู้นำองค์กรยังต้องส่งเสริมบุคลากร โดยการให้ความรู้ ให้การศึกษาอบรมและให้รางวัล เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการที่ดี

### 3) แนวคิดคุณภาพการบริการพยาบาลของกองการพยาบาล (2537)

กองการพยาบาล (2537) เสนอองค์ประกอบคุณภาพบริการพยาบาล 3 ประการ ดังนี้

(1) คุณภาพด้านความพึงพอใจในบริการ (Affective quality) เป็นคุณภาพที่วัดได้จากความพึงพอใจในบริการที่ได้รับของผู้มารับบริการ เนื่องจากงานการพยาบาลเป็นการบริการที่ต้องปฏิบัติโดยตรงกับผู้รับบริการ ฉะนั้นผู้รับบริการสามารถที่จะสัมผัสได้ถึงความประทับใจความพึงพอใจหรือความไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ

(2) คุณภาพเชิงวิชาการ (Cognitive quality) เป็นคุณภาพการพยาบาลที่วัดจากความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาล การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ดังนั้นบุคลากรจะต้องมีความรู้ความสามารถในสิ่งที่จะต้องปฏิบัติซึ่งวัดได้จากการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล

(3) คุณภาพด้านเทคนิค (Psychomotor quality) เป็นคุณภาพการพยาบาลที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติด้วยความชำนาญ มีทักษะและถูกเทคนิค ซึ่งสามารถประเมินได้จากการสังเกต การสอบถามผู้ที่เกี่ยวข้อง จากคำบอกเล่าของผู้มารับบริการ คุณภาพการพยาบาลสามารถวัดได้จากความพึงพอใจของผู้รับบริการและผลลัพธ์ทางการปฏิบัติการพยาบาลตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดขึ้นเป็นมาตรฐานวิชาชีพ

4) แนวคิดคุณภาพการบริการพยาบาลของพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2550) คือ ลักษณะความดีของบริการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับภาคโครงสร้างหรือการบริหารการพยาบาลกระบวนการของการให้การพยาบาลและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ โดยมีเกณฑ์ลักษณะที่ดีของแต่ละภาคไว้ เพื่อการประเมินระดับของมาตรฐานคุณภาพบริการพยาบาล ดังนี้

(1) บริการพยาบาลจะดีได้ต้องจัดบริการในปริมาณที่เหมาะสม นั่นคือ ความสามารถให้บริการในจำนวน ขนาดและประเภทที่สอดคล้องกับความต้องการบริการ

(2) ลักษณะของบริการเป็นที่ยอมรับและตระหนักในคุณค่าของบริการ ทั้งผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ

(3) บริการพยาบาลต้องมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีระบบและแบบแผน

(4) บริการพยาบาลต้องครอบคลุมทั้งในเชิงเทคนิค วิทยาศาสตร์ จรรยาและศิลปะของการพยาบาล รวมทั้งการจัดการ

(5) ต้องมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานเพื่อถ่ายทอดแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การศึกษา การประเมินผล การพัฒนาและประโยชน์ทางกฎหมาย

### 3.2.3 พยาบาลวิชาชีพกับการพัฒนาคุณภาพบริการ

พยาบาลวิชาชีพ เป็นกำลังสำคัญที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพบริการให้เกิดขึ้นได้จริง ส่วนให้บริการทางการพยาบาลจะถูกกำหนดโดยผู้ให้บริการ เป็นผู้วางมาตรฐาน และประเมินว่าการบริการนั้นเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ มีคุณภาพบริการเหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด แต่แท้จริงแล้วผู้รับบริการจะเป็นผู้ตัดสินใจได้ว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพหรือไม่ ควรจะเป็นผู้รับบริการหรือผู้ป่วยว่าบริการนั้นๆตอบสนองความต้องการของตนเองหรือไม่ กระบวนการในการจัดการเรื่องคุณภาพบริการพยาบาล อาจเน้นจากมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider-oriented) หรือเน้นระบบการให้บริการ (System-oriented) จะเป็นการเปรียบเทียบองค์ความรู้ที่มีอยู่ในเรื่องนั้นๆ กับการปฏิบัติจริง กระบวนทัศน์อีกด้านหนึ่งอาจเน้นลูกค้าหรือผู้ได้รับผลงาน (Customer) กระบวนทัศน์ด้านใดด้านหนึ่งจะไม่ครบถ้วนจำเป็นต้องมีการถ่วงดุลทั้งสองด้าน ซึ่งเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบริการมี 2 ประเภท คือ มาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ (Technical or Professional standard) และมาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์หรือเชิงการรับรู้ (Interactive standard or Quality in perception)(Bopp, 1990 ; Omachonu, 1990 อ้างถึงใน โสภิตา ชันแก้ว, 2546) สอดคล้องกับที่กล่าวว่า คุณภาพบริการ ประกอบด้วย 2 มุมมอง คือ 1) มุมมองของผู้ให้บริการ หมายถึง คุณภาพที่เป็นไปตามเชิงมาตรฐานวิชาชีพ หรือมาตรฐานเชิงเทคนิคที่ปราศจากข้อผิดพลาดที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (2) มุมมองของผู้รับบริการ หมายถึง คุณภาพบริการเชิงปฏิสัมพันธ์หรือเชิงการรับรู้ คือความพึงพอใจ ความต้องการความคาดหวังต่อคุณภาพบริการที่จะได้รับ

จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) ไขข้อบ่งชี้ของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล มีลักษณะสำคัญดังนี้ 1) เน้นผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นหลัก 2) มีความเป็นผู้นำ ในการสื่อสารทัศนคติแก่ผู้ปฏิบัติการ 3) มีการปรับปรุงองค์การอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายที่ชัดเจน 4) บุคลากรมีส่วนร่วมในการทำงาน 5) บริหารงานบนพื้นฐานของข้อเท็จจริง 6) จุดมุ่งหมายอยู่ที่ผลของงาน 7) มีความรับผิดชอบ ต่อชุมชน 8) มองการณ์ไกล 9) มีการออกแบบระบบ 10) ปรับเปลี่ยนให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว และ 11) มีการพัฒนาการดำเนินงานทั้งใน และนอกระบบ

ทั้งนี้การพัฒนาคุณภาพบริการ อาจทำให้เกิดการปรับปรุง ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเดิม หรือก่อให้เกิดการพัฒนางานให้มีคุณภาพมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าพยาบาลวิชาชีพนั้นเป็นบุคคลที่สำคัญ ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพที่พึงประสงค์มีมาตรฐานในการ ปฏิบัติงานที่เหมาะสมบนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่เป็นที่ยอมรับ ตลอดจนพยาบาลเป็นผู้มีส่วนร่วม สำคัญในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์กร

### 3.3 การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural nursing)

เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชน ต้องให้การดูแลและให้บริการ ทางการพยาบาลต่อหลากหลายวัฒนธรรม การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จึงเป็นลักษณะหนึ่งของการ พยาบาล ที่จะส่งเสริมให้สามารถศึกษาและวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมการดูแล เพื่อให้การพยาบาล ผู้รับบริการที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ตลอดจนสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างสอดคล้องกับ ความต้องการของผู้รับบริการตามลักษณะเฉพาะของเชื้อชาติละวัฒนธรรมผู้รับบริการได้อย่าง เหมาะสม โดยเนื้อหาในส่วนนี้ ผู้วิจัยจะเสนอถึง ความหมายการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ทฤษฎีการ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม แนวปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และการพัฒนาบุคลากรพยาบาล วิชาชีพในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

#### 3.3.1 ความหมายการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

พวงรัตน์ บุญญานุกฤษ (2551) กล่าวว่า การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม คือ การเรียนรู้ ทางวิชาการในวิธีการทางวิทยาศาสตร์เชิงมานุษยวิทยา ในการช่วยเหลือหรือสร้างความสามารถให้แก่ บุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้ได้รับบริการเฉพาะทางวัฒนธรรมที่ปรากฏหรือพบได้ในวิธีการปฏิบัติ กระบวนการ เทคนิค หรือรักษาไว้ซึ่งสภาพทางสุขภาพที่พอใจทั้งในส่วนของการมีชีวิตอยู่และการตาย

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย (2541) กล่าวว่า การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เป็นสาขาหนึ่งของการพยาบาลที่มุ่งเน้นการเปรียบเทียบ และวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมการดูแลและการให้การพยาบาล โดยคำนึงถึงค่านิยมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแบบแผนของพฤติกรรมต่างๆของคนในเชื้อชาติหรือวัฒนธรรมที่ต่างกัน เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างสมบูรณ์สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและลักษณะเฉพาะของเชื้อชาติวัฒนธรรมนั้น

พวงเพ็ญ ชุณหปราณ (2548) กล่าวถึง การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม คือ การปฏิบัติการพยาบาลโดยยอมรับค่านิยม และความเชื่อทางวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของบุคคล ครอบครัวและ สถาบัน

Andrews (2003) กล่าวถึง การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมไว้ว่า การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เป็นการพยาบาลที่มุ่งเน้นการศึกษาเปรียบเทียบและการวิเคราะห์ในความแตกต่างทางวัฒนธรรมหลัก และวัฒนธรรมย่อย

Leininger (2006) การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม หมายถึง การศึกษาและการปฏิบัติที่เป็นแบบแผนที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพตามวัฒนธรรม และรูปแบบความเจ็บป่วยของประชาชนแบบองค์รวม โดยเคารพในความแตกต่างและความคล้ายคลึงในคุณค่า ความเชื่อ และวิถีชีวิตทางวัฒนธรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อดูแลและเตรียมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองให้มีความสอดคล้องทางวัฒนธรรม

สรุป การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เป็นการให้การพยาบาลต่อผู้รับบริการโดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม ค่านิยม และความเชื่อ ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละวัฒนธรรม เพื่อให้การปฏิบัติการเป็นไปอย่างสอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ

### 3.3.2 ทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger (2003) เป็นทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่เป็นแนวทางสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความสอดคล้องตามความต้องการและเชื้อชาติวัฒนธรรมผู้ป่วย โดยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวมที่

คำนึงถึงผู้ป่วยในลักษณะรวมที่ประกอบด้วย กาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ เป็นการมองถึง ปัจจัยต่างๆทั้งหมดที่มีผลต่อสุขภาพหรือความเจ็บป่วยอย่างครอบคลุม ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็น แบบจำลองพระอาทิตย์ขึ้น (Sunrise Model) เป็นแนวคิดที่อธิบายมิติของทฤษฎีการพยาบาลข้าม วัฒนธรรมและความรู้ในและความรู้ในการดูแลทางวัฒนธรรมทั่วไป เพื่อใช้ในการปฏิบัติและการ ตัดสินใจทางการพยาบาล แบบจำลองพระอาทิตย์ขึ้น เสนอองค์ประกอบที่แตกต่างซึ่งจำเป็นในการ พิจารณาโดยมองที่ภาพของแต่ละบุคคล ครอบครัว กลุ่ม วัฒนธรรม ชุมชนหรือสถาบันแบบองค์รวม แบบจำลองพระอาทิตย์ขึ้นจะช่วยเหลือให้พยาบาลขยายความรู้พื้นฐาน ค้นห่องค์ประกอบที่มี อิทธิพลต่อการตัดสินใจและปฏิบัติการพยาบาล และใช้ประโยชน์จากทฤษฎีโดยมุ่งความสนใจที่โลก ทัศน์ องค์ประกอบด้านโครงสร้างสังคม องค์ประกอบด้านมานุษยวิทยา ค่านิยม และการปฏิบัติการ ดูแลเฉพาะทางวัฒนธรรม

ทฤษฎีนี้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการตัดสินใจและการปฏิบัติการ พยาบาลผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น โดยผ่านกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่างวัฒนธรรม 3 ประการ คือ

- 1) การพยาบาลเชิงวัฒนธรรมเพื่อการธำรงรักษา (Cultural care preservation / maintenance)
- 2) การพยาบาลเชิงวัฒนธรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม (หรือการเจรจา ต่อรอง) (Cultural care accommodation / negotiation)
- 2) การดูแลเชิงวัฒนธรรมเพื่อการปรับรูปแบบใหม่ (Cultural care repatterning / restructuring)

### 3.3.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมไว้ ดังนี้

- 1) แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Cross และ Bazron (1989) ได้ ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถของพยาบาลที่ดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทาง

วัฒนธรรมในประเทศอังกฤษ พบว่า มี 5 ปัจจัยที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จและนำองค์กรไปสู่เป้าหมายได้ คือ การเห็นคุณค่าของความหลากหลายทางวัฒนธรรม การมีความสามารถในการประเมินตนเองด้านวัฒนธรรม การมีความสามารถในการออกแบบการให้บริการเมื่อมีการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม การมีองค์ความรู้เรื่องสถาบันวัฒนธรรม และสามารถปรับบริการให้เข้ากับวัฒนธรรมที่หลากหลาย

2) แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Hooker and Edward (1991 อ้างถึงใน ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2539: 14) ได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ดังนี้

(1) พยาบาลควรตระหนักถึงความเชื่อส่วนตัว เปิดใจรับรู้ทำความเข้าใจต่อค่านิยม ความเชื่อของผู้อื่นที่แตกต่างไปจากตนเอง

(2) พยาบาลต้องมีความรู้สึกที่ไวต่อลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วยซึ่งจะทำให้ร่วมงานกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเข้าใจผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมได้ดี

(3) การจัดบริการพยาบาลต่างๆ ที่ให้กับผู้ป่วยจะต้องพิจารณาให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต และลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย

(4) ข้อมูลวัฒนธรรมบางประการ สำหรับคนบางกลุ่มอาจเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ

(5) ความรู้และทักษะทางด้านวัฒนธรรม สามารถเรียนรู้ได้จากหนังสือบทความต่างๆ และประสบการณ์ที่ผ่านมาของพยาบาล

(6) พยาบาลพึงระลึกไว้เสมอว่า พยาบาลไม่เพียงแต่เป็นผู้สอนเท่านั้นแต่เป็นผู้เรียนด้วย ดังนั้นพยาบาลต้องเรียนรู้จากคนในวัฒนธรรมต่างๆ

(7) ในการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ต้องกระทำบนพื้นฐานของการร่วมมือกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวิสัยที่ผู้ป่วยจะรับได้ โดยใช้จุดแข็งของผู้ป่วยให้เป็นประโยชน์สูงสุด

3) แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Quyen (2006) ได้กล่าวถึงสมรรถนะด้านวัฒนธรรมไว้ว่า เป็นการดูแลทางการแพทย์หนึ่งในกลยุทธ์สนับสนุนหรือลดปัญหาความขัดแย้งทางวัฒนธรรม เนื่องจากประเมินได้ดีที่สุดถึงความคิดของผู้รับบริการ แบ่งเป็นความสามารถย่อยดังนี้

- (1) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้รับบริการ
- (2) การเคารพในสิทธิผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- (3) ประสบการณ์ต่อการวิจัย ความลำเอียง
- (4) ประสบการณ์การปฏิบัติงาน
- (5) ความรู้เกี่ยวกับภาษา

จากแนวปฏิบัติข้างต้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลได้ เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมได้

### 3.3.4 พยาบาลวิชาชีพกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

Brislin (1991 อ้างถึงใน สุรัสวดี เทพสันต์, 2548) ได้กล่าวถึงการแบ่งการฝึกอบรมทางวัฒนธรรมออกเป็น 3 มิติ ได้แก่

1) มิติทางด้านความคิด (Cognitive domain) โดยต้องการให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจในวัฒนธรรมอื่นๆ ได้ดียิ่งขึ้น เข้าใจความหลากหลายทางวัฒนธรรมโดยการให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับประเทศนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านวัฒนธรรม ประวัติศาสตร์ ศาสนา ชีวิตความเป็นอยู่ ตลอดจนเรื่องอื่นๆ เนื่องจากต้องการให้ผู้เข้ารับการอบรมคิดจากมุมมองต่างๆ หลายมุมมอง เพื่อที่จะช่วยให้เข้าใจความแตกต่างของคนจากต่างวัฒนธรรมได้ดียิ่งขึ้น

2) มิติด้านความรู้สึก (Affective domain) มุ่งไปที่การปรับอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติของผู้ฝึกอบรม รวมทั้งช่วยทำให้รู้สึกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับคนต่างวัฒนธรรมเป็นสิ่งท้าทาย

และสนุกสนาน ช่วยจัดการความวิตกกังวลและความเครียดเมื่ออยู่ต่างแดนได้ดียิ่งขึ้น ตลอดจนช่วยปรับความรู้สึกเมื่อต้องอยู่ในวัฒนธรรมใหม่ได้ง่ายยิ่งขึ้น

3) มิติด้านพฤติกรรม (Behavior Domain) การฝึกอบรมในมิตินี้จะช่วยให้จัดการกับความเครียดในช่วงปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น สามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม เมื่ออยู่ในอีกวัฒนธรรมหนึ่ง ตลอดจนสามารถทำงานต่างวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

จึงกล่าวได้ว่าการพยาบาลวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้ด้านพยาบาลข้ามวัฒนธรรมนั้น จะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นหากมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความหลากหลายทางวัฒนธรรม หากได้การพัฒนาความรู้ในเรื่องด้านพยาบาลข้ามวัฒนธรรมนั้น แล้วนั้นจะส่งผลให้เข้าใจความแตกต่างของคนจากต่างวัฒนธรรมได้ดียิ่งขึ้น ช่วยให้การจัดการกับความเครียด สามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถทำงานต่างวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

### 3.4 ความขัดแย้งในงานแผนกผู้ป่วยนอก

ในการปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพต้องเผชิญกับความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นทั้งภายในหน่วยงาน และจากการทำงานระหว่างหน่วยงาน ซึ่งความขัดแย้งที่เกิดขึ้น มีผลกระทบต่อการทำงานเป็นทีม และประสิทธิผลของทีม หากความขัดแย้งไม่สามารถแก้ไขได้หรือละเลย จะเกิดผลเสียเป็นการทำลายองค์การให้เสื่อมลงก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจของสมาชิกที่งานไม่บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ประสิทธิภาพลดลง ลดแรงยึดเหนี่ยวมนทีม หารทำหน้าที่ต่างๆ ของสมาชิกภายในกลุ่มหยุดชะงัก (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2541)

#### 3.4.1 ความหมายของความขัดแย้ง

จากการทบทวนวรรณกรรม นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความขัดแย้งไว้ดังนี้

ธงชัย สันติวงษ์ (2540) กล่าวว่า ความขัดแย้ง หมายถึง สภาพการณ์เมื่อฝ่ายหนึ่ง ไม่ว่าบุคคลหรือกลุ่ม พยายามที่จะมุ่งให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายตน โดยการเอาชนะเหนือฝ่ายอื่น และได้มีความพยายามของอีกฝ่ายที่จะรบกวนไม่ให้บรรลุเป้าหมายของอีกฝ่าย



พรนพ พุกกะพันธ์ (2542) กล่าวว่า ความขัดแย้งเป็นการที่บุคคลมีความแตกต่างใน ค่านิยม ความสนใจ แนวคิด วิธีการ เป้าหมาย ต้องมาติดต่อกัน ทำงานด้วยกันหรืออยู่ร่วมกันในสังคม เดียวกัน ซึ่งความแตกต่างนี้เป็นสิ่งที่ไม่สอดคล้องกันหรือไปด้วยกันไม่ได้ ความขัดแย้งส่วนใหญ่ไม่ได้ เกิดจากการกระทบกระทั่งกันทางร่างกาย แต่มักเกิดความแตกแยกทางความคิดเห็น อันนำไปสู่ความ ชุ่นเคือง ความเคียดแค้นต่างๆ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2550) กล่าวถึงความขัดแย้งว่าเป็นสถานการณ์ที่ เกิดจากการขัดกันไปด้วยกันไม่ได้ของเป้าหมายหรือค่านิยม ความเชื่อของคนสองคนขึ้นไป

Robbins (1998) กล่าวว่า ความขัดแย้งเป็นกระบวนการซึ่งเริ่มขึ้นเมื่อฝ่ายหนึ่งรับรู้ ว่า อีกฝ่ายหนึ่งทำให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงพอใจ หรือแตกต่างด้านความคิดระหว่าง 2 ฝ่ายขึ้นไป โดยมี สาเหตุความขัดแย้ง เพื่อให้องค์การบรรลุเป้าหมาย

Johns and Saks (2005) กล่าวถึงความขัดแย้งว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อ บุคคล กลุ่ม หรือองค์การ อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดความคิดเห็นที่แตกต่างกันจากอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเป็นผล สืบเนื่องมาจากการที่มีค่านิยม ความเชื่อและพฤติกรรมที่ไม่เหมือนกัน

จึงกล่าวได้ว่า ความขัดแย้ง หมายถึงสถานการณ์ที่บุคคลตั้งแต่ 2 ฝ่ายขึ้นไป มีความ คิดเห็นที่แตกต่างกันขัดกันหรือไปด้วยกันไม่ได้ อันเป็นสาเหตุที่อาจให้เกิดความแตกแยกกัน

### 3.4.2 ปัญหาความขัดแย้งทางการพยาบาล

ในการทำงาน ความขัดแย้งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องทำร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งอาจมีค่านิยมในการทำงานที่แตกต่างกัน สำหรับปัญหาความขัดแย้งทางการพยาบาล Grohar-murray (1992) ได้กล่าวถึง ปัญหาความขัดแย้ง ทางการพยาบาลที่อาจเกิดขึ้น พบได้จากสาเหตุดังต่อไปนี้

1) ความขัดแย้งเนื่องจากระบบระเบียบของวิชาชีพ เป็นผลของความไม่ สอดคล้องกันของความคาดหวังของระบบกับการรับรู้มาตรฐานและบทบาทหน้าที่ทางวิชาชีพของ พยาบาล ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

2) ความขัดแย้งเกี่ยวกับระบบการปฏิบัติงาน (Professional – bureaucratic conflict) เป็นข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นผลมาจากความคาดหวังด้านมาตรฐานและความรับผิดชอบของวิชาชีพที่ต่างกัน ทำให้พยาบาลมีความคับข้องใจและเกิดความขัดแย้งตามมาได้

3) ความขัดแย้งระหว่างพยาบาลกับพยาบาล (Nurse – nurse conflict) เป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างค่านิยมกับปรัชญาการพยาบาลของพยาบาลที่ทำงานร่วมกัน ซึ่งกระทบต่อการทำงานเป็นทีม และนำไปสู่ปัญหาระหว่างพยาบาลที่ทำงานอย่างเต็มที่ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น กับพยาบาลที่มีความตื่นตัวต้องการให้ดูแลแบบ holistic care ดังนั้น พยาบาลที่มีแนวคิดที่แตกต่างกันนี้ จึงอาจมีความขัดแย้งในการมอบหมายงานหรือการทำงานร่วมกันได้

4) ความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับพยาบาล (Physician – nurse conflict) ความขัดแย้งเกิดจากความคาดหวังที่แตกต่างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแพทย์ก็มีรูปแบบของแพทย์ โดยจะเน้นเรื่องการรักษา ส่วนพยาบาลก็มีรูปแบบของพยาบาลคือ การดูแลผู้ป่วยและนอกจากนี้ ความขัดแย้งยังเกิดเพราะความไม่สมดุลของอำนาจที่เป็นประเพณีสืบต่อกันมาในระบบของแพทย์-พยาบาล

5) ความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล (Patient – nurse conflict) ความขัดแย้งลักษณะนี้เกิดขึ้นเมื่อเป้าหมายในการดูแลของพยาบาลแตกต่างจากเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยเอง

6) ความขัดแย้งจากความสามารถของบุคลากร เกิดจากระดับทักษะของพยาบาลไม่สอดคล้องกับความคาดหวังในมาตรฐานการปฏิบัติของตนเอง มักจะเกิดขึ้นกับพยาบาลซึ่งถูกดึงไปปฏิบัติงานที่ไม่ถนัด ไม่คุ้นเคย

7) ความขัดแย้งในการปฏิบัติบทบาท เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับบทบาทหลายๆ บทบาทในเวลาเดียวกัน เช่น เป็นพยาบาล นักศึกษา คู่สมรส และเป็นมารดาในขณะเดียวกัน ซึ่งในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบันไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากสภาพเช่นนี้ได้

8) ความขัดแย้งในหลักปฏิบัติ เกิดขึ้นเมื่อพยาบาลต้องตัดสินใจระหว่างความต้องการการดูแลทางเทคนิคกับความต้องการของผู้ป่วย ระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวกับประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย ค่านิยม และปรัชญาของพยาบาล

### 3.4.3 รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง

ความขัดแย้งเป็นสถานการณ์ที่ทุกองค์กรไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เนื่องจากทุกสังคมต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน (Ramos, 2006) และหากไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้แล้วจะทำให้กระบวนการรักษาพยาบาลไม่ดำเนินไปในทิศทางที่ถูกและกลับเกิดความล่าช้าแก่ผู้ป่วย ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลลดลง (Servellen, 2009) การที่จัดการกับปัญหาความขัดแย้งให้เกิดความล้มเหลวน้อยที่สุดต้องเข้าใจถึงวิธีการและการเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ปัญหาบางอย่างอาจเป็นปัญหาสำคัญและปัญหาบางอย่างอาจเป็นปัญหาไม่สำคัญแต่ปัญหาทุกปัญหาต้องการการตัดสินใจที่มีความเสี่ยงน้อยที่สุด (ยงยุทธ เกษสาคร, 2546)

McShane and Von Glinow (2008) ได้กล่าวถึงรูปแบบการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งไว้ 5 รูปแบบตามสถานการณ์ ดังนี้

- 1) แบบหลีกเลี่ยง (Avoiding) ผู้ที่หลีกเลี่ยงปัญหาจะเป็นผู้ที่ให้ความร่วมมือน้อยและมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกต่ำด้วย
- 2) แบบยอมให้ (Yielding) เป็นผู้ที่นิยมความละมุนละม่อมยอมเป็นผู้เสียสละเพื่อให้ผู้อื่นสมปรารถนา มีพฤติกรรมในความร่วมมือสูง และพฤติกรรมในการกล้าแสดงออกต่ำ
- 3) แบบบังคับ (Forcing) เป็นพฤติกรรมที่แข็งกร้าวต้องการเป็นผู้ชนะโดยเด็ดขาด ให้ความร่วมมือต่ำ แต่พฤติกรรมกล้าแสดงออกสูง
- 4) แบบแก้ไขปัญหา (Problem-solving) เป็นลักษณะของพฤติกรรมความร่วมมือและการกล้าแสดงออกสูง ทั้งสองฝ่ายจะได้เห็นผลประโยชน์ที่ตนเองต้องการเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขความขัดแย้ง เพราะทั้งสองฝ่ายได้ใช้ความร่วมมือซึ่งกันละกัน
- 5) แบบประนีประนอม (Compromising) เป็นวิธีที่กึ่งกลาง เป็นพฤติกรรมในการกล้าแสดงออกและการร่วมมือ ในระดับปานกลาง คู่กรณีต่างมีส่วนได้ส่วนเสีย

Filley (1980) กล่าวถึงการแก้ไขความขัดแย้งไว้ว่าสามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

1) แบบแพ้-ชนะ (Win-lose strategy) แต่ละฝ่ายจะพยายามทำทุกอย่างและใช้ทุกวิถีเพื่อให้ฝ่ายตนได้รับประโยชน์มากที่สุด แต่ละฝ่ายจะถือว่ามิใช่แพ้และผู้ชนะ ผู้ชนะจะเป็นผู้ได้รับในสิ่งที่ตนต้องการ

2) แบบแพ้-แพ้ (Lose-lose strategy/compromise) แต่ละฝ่ายพอใจหากได้รับการแบ่งทรัพยากรที่เป็นธรรม แม้ว่าทั้ง 2 ฝ่ายจะไม่ได้รับประโยชน์สูงสุดตามต้องการ ซึ่งการแก้ไขปัญหาแบบนี้จะใช้ความสามารถในการเจรจาต่อรองเป็นประเด็นสำคัญและเหมาะสมที่จะใช้กับคู่กรณีที่มีอำนาจพอกัน การแก้ไขปัญหาแบบนี้ ถือหลักการหลีกเลี่ยงความขัดแย้งดีกว่าการเผชิญหน้ากันเป็นที่มาของการแก้ไขปัญหาแบบประนีประนอม ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ทำให้คู่กรณีแพ้ทั้งสองฝ่าย

3) แบบชนะ-ชนะ (Win-win strategy) เป็นการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่มีการใช้เหตุผล เพื่อแสวงหาข้อตกลงระหว่างคู่กรณี โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องมีความจริงใจและใจกว้างที่จะร่วมมือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเน้นเป้าหมายร่วมกัน และให้ทุกฝ่ายได้รับผลประโยชน์สูงสุดไม่ใช่เพียงแต่ยุติปัญหาความขัดแย้งเท่านั้น เป็นการใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง (Problem resolution process) เพื่อให้เกิดความขัดแย้งแบบร่วมมือ (collaboration)

กล่าวได้ว่าเหตุการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นนั้น ควรได้รับการจัดการความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์ พยาบาลวิชาชีพควรมีทักษะในการบริหารความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในการเลือกใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งอย่างเหมาะสมด้วย

#### 3.4.4 พยาบาลวิชาชีพกับการจัดการ ความขัดแย้ง

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการจัดการความขัดแย้งต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพจึงควรมีทักษะในการบริหารความขัดแย้งที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะสามารถจัดการกับความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (2534) กล่าวถึงทักษะที่จำเป็นในการบริหารความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ เพราะต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติ สาเหตุขั้นตอนการเกิดความขัดแย้ง

2. การเจรจาในสถานการณ์ความขัดแย้ง ต่างฝ่ายต่างมีเป้าหมายวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน และมีอำนาจไม่เท่ากัน จึงควรได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน

3. การกระจายความเป็นธรรม โดยคำนึงความต้องการ ความเท่าเทียมและความเสมอภาค

4. การใช้อำนาจ คือความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของคนอื่น ซึ่งต้องระวังเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ วิจัย สุวรรณจินดา (2536) ยังได้เสนอวิธีการทั่วไปที่ควรนำมาแก้ไขป้องกันความขัดแย้ง ได้แก่

1. กำหนดระเบียบข้อบังคับ วิธีการปฏิบัติงานมาตรฐานขึ้นมา
2. เปลี่ยนแปลง ปรับปรุง รูปแบบงาน การมอบหมายงาน การกำหนดอำนาจขอบเขตหน้าที่
3. เปลี่ยนแปลง ปรับปรุง ระบบผลตอบแทน เพื่อสนับสนุนการแข่งขันร่วมมือกัน
4. จัดให้มีผู้แทนฝ่ายต่างๆร่วมมือกำหนดนโยบาย
5. จัดให้มีผู้แทนพิเศษหรือมีกลไก รับเรื่องราวร้องทุกข์ หรือประนีประนอม ตัดสินชี้ขาดข้อขัดข้อง

6. ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ระดับบริหาร เกี่ยวกับการขัดแย้ง

จึงกล่าวได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่จะสามารถจัดการกับความขัดแย้งได้อย่างเหมาะสมจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการขัดแย้งที่เกิดขึ้น ตลอดจนมีทักษะการจัดการความขัดแย้งที่ดี เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี สามารถใช้ศาสตร์และศิลป์ในการจัดการความขัดแย้งเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อผู้รับบริการและองค์กร

### 3.5 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสิ่งสะท้อนมาตรฐานของการบริการ ความพึงพอใจของขึ้นอยู่กับความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละราย หากมีความสอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังกับประสบการณ์โดยตรงเมื่อมารับบริการก็จะเกิดความพึงพอใจต่อการรับบริการ ดังนั้นความพึงพอใจจึงมีความสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพบริการได้เป็นอย่างดี

### 3.5.1 ความหมายของความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพของการดูแลทางสุขภาพ ซึ่งในทางการแพทย์จะเป็นสิ่งที่ช่วยแสดงคุณภาพของการดูแล และนำมาใช้ในการพัฒนาการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความพึงพอใจในผู้รับบริการไว้ดังนี้

อรพินท์ ไชยพะยอม (2542) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกทางบวกที่เกิดจากการประเมินบริการ เมื่อได้รับการตอบสนองและสำเร็จตามเป้าหมาย

ดุษฐ์ใหญ่เรืองศรี กล่าวว่า (2541) ความพึงพอใจของผู้รับบริการคือความรู้สึกในทางบวกที่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ได้ตั้งความหวัง หรือต้องการในเรื่องต่างๆเป็นผลให้เกิดความรู้สึกพอใจมีความสุข เกิดทัศนคติบวกต่อสิ่งนั้นๆ ที่ได้รับการตอบสนองและสังเกตจากความสุขที่แสดงออกจากทางสายตา คำพูด และการแสดงออก

Brow (1992) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ คือ ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้รับบริการซึ่งเป็นประสบการณ์รวมที่ผู้รับบริการได้จากการที่พวกเขาเข้ามาใช้บริการ และสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของเขา

Derdiarian (1990) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ประสบการณ์ที่มีผลมาจากการประเมินผลในทางบวก หรือบรรลุนิยามความต้องการ และกระบวนการพยาบาลจะเป็นที่พอเพียงกับความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย การบรรลุถึงจุดมุ่งหมายการพยาบาล และสิ่งสุดท้ายจะนำมาสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการกระบวนการดูแล

จากความหมายข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ คือ สิ่งสำคัญที่สะท้อนถึงผลของการบริการ แสดงถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้รับบริการซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับการปฏิบัติการทางการแพทย์ ประสบการณ์ และความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการ

### 3.5.2 แนวคิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวคิดที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการดังต่อไปนี้

1) แนวคิดความพึงพอใจของผู้รับบริการของ Risser (1975) ได้เสนอแนวคิดที่ว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการในงานสาธารณสุขมูลฐาน มีองค์ประกอบ ดังนี้

(1) ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ (Technical Professional Behavior) หมายถึงการแสดงออกของพยาบาลในด้านทักษะความรู้ เทคนิคทางการพยาบาล รวมถึงความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการให้บริการพยาบาล

(2) ลักษณะบุคลิกภาพ (Intra-interpersonal) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลในด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคล และการแสดงออกที่ชัดเจน

(3) สัมพันธภาพด้านความเชื่อมั่น (Trusting Relationship) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลในการเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย รวมทั้งการรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย

(4) สัมพันธภาพด้านการเรียนรู้ (Educational Relationship) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลที่มุ่งมั่นเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล การให้คำอธิบายรายละเอียดของการให้กรพยาบาล

2) แนวคิดความพึงพอใจของผู้รับบริการของ Eriksen (1988) ได้กล่าวถึง ความพึงพอใจของผู้รับบริการของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

(1) ด้านศิลปะการดูแล (Art of care) หมายถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลด้วยความอ่อนโยน มีความสนใจเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย

(2) ด้านคุณภาพในทางเทคนิคการดูแล (Technical quality of care) หมายถึง ทักษะและความรู้ความสามารถ ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน เช่นการอธิบายขั้นตอน และให้เหตุผลก่อนการบริการ

(3) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง การจัดเตรียมสิ่งของอุปกรณ์ตามความจำเป็นของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยได้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อยให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย

(4) ด้านความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) หมายถึง การดูแลและการปฏิบัติการที่มีการประสานงานที่ดี เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างตามความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย

(5) ด้านความพร้อมในการให้บริการ (Availability) หมายถึง การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยเพื่อสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละรายและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

(6) ด้านผลลัพธ์ของการดูแล (Outcomes of care) หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในกาให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ และการสอน รวมทั้งการสาธิต เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้

3) แนวคิดความพึงพอใจของผู้รับบริการของ Larson and Feretich (1993) ได้กล่าวถึง ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการดูแลของพยาบาล สามารถสรุปพฤติกรรมการดูแล ได้ 3 ด้าน ประกอบด้วย

(1) การช่วยเหลือเกื้อหนุน (Assistance)

(2) การพยาบาลที่ควรละเว้น (Benign neglect)

(3) การช่วยเหลือในฐานะบุคคล (Enabling)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่เพียงแต่เป็นสิ่งที่สะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลที่ได้รับเท่านั้น ยังเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารทางการพยาบาลนำมาพัฒนาคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพต่อไปได้อีกด้วย

### 3.5.3 พยาบาลวิชาชีพกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ



ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพควรให้ความสำคัญ โดยเฉพาะผู้รับบริการในโรงพยาบาลเอกชน ที่มักมีความคาดหวังสูงต่อการบริการที่ได้รับ ความพึงพอใจจึงเป็นสิ่งที่น่าพึงพอใจได้ว่าการบริการนั้นมีคุณภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการเป็นอย่างไร การที่จะทำให้ผู้รับบริการทุกรายเกิดความพึงพอใจได้นั้นเป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากความคาดหวัง หรือประสบการณ์ที่เคยได้รับของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกัน

Aday and Andersen (1971 อ้างถึงใน พรชนก จารูประกร 2547) ได้ชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการในการรักษาพยาบาลว่า ประกอบด้วยปัจจัย ทั้งหมด 6 ด้านดังนี้

- 1) ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience)
  - (1) การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)
  - (2) การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability or care when need)
  - (3) ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base on getting to care)
- 2) ความพึงพอใจด้านการประสานบริการ (Coordination) ซึ่งแบ่งเป็น
  - (1) การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่งตามความต้องการ (Getting all needs at on place)
  - (2) ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตใจมีการติดตามผลการรักษา (Concern of doctor for overall health)
- 3) ความพึงพอใจด้านอัธยาศัย และความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) คือการ แสดงท่าทางที่เป็นมิตร เป็นกันเองของผู้ให้บริการ และการแสดงความห่วงใยต่อผู้ป่วย
- 4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medication information)

(1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)

(2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about treatment)

5) ความพึงพอใจด้านคุณภาพของบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาล

6) ความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

จากปัจจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการมีองค์ประกอบหลายด้าน พยาบาลวิชาชีพจึงควรปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการในแต่ละราย

#### 4. การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นรูปแบบการวิจัยหนึ่งที่ได้รับค่านิยมในการวิจัยทางการแพทย์ เนื่องจากผลการวิจัยทำให้ได้ข้อค้นพบใหม่ที่เป็นประสบการณ์ตรงของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์จริง ในส่วนนี้ผู้วิจัยขอเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ประวัติความเป็นมาของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger และ ระเบียบวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ดังนี้

##### 4.1 ความหมายของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

จากการทบทวนงานเขียนเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยาจากตำราทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีการให้ความหมายของปรากฏการณ์วิทยาไว้ ดังนี้

นิตา ซูโต (2548) กล่าวว่า การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา เป็นการตรวจสอบประสบการณ์ของบุคคล และการที่บุคคลผ่านประสบการณ์เหล่านั้นเป็นอย่างไร

ทวีศักดิ์ นพเกษร (2549) ให้ความหมายของการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา ว่าเป็นการทำ ความเข้าใจความหมาย/ทัศนะ/ความรู้สึกเบื้องต้นในจิตใจของผู้ที่ประสบกับปรากฏการณ์/เหตุการณ์

หนึ่ง ซึ่งผ่านพ้นมาแล้วหรือกำลังประสบอยู่ ปรากฏการณ์/เหตุการณ์นั้นเป็นอะไรก็ได้ที่ผู้คนที่หลากหลาย ประสบและนักวิจัยเห็นว่ามีแง่มุมที่น่าสนใจ

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2550) กล่าวว่า การศึกษาการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาเป็น ศาสตร์ที่มุ่งอธิบายเฉพาะปรากฏการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ชีวิต เป็นการศึกษาเพื่อ ค้นหาจำกัดความ การรับรู้และเข้าใจแก่นของความนึกคิดอย่างถ่องแท้ เน้นปรัชญาที่กล่าวถึงแก่น ของการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ และปรากฏการณ์ที่ผ่านมาเพื่อช่วยให้นักวิจัยได้รู้เกี่ยวกับความ เปลี่ยนแปลงการพัฒนาด้านประวัติความเป็นมาของการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ที่เกิดขึ้นจาก ประสบการณ์จริง

อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2553) กล่าวถึงการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา ว่าเป็นการวิจัยที่มี รากฐานมาจากปรัชญา (Philosophy) เป็นการหาความหมายของปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง ที่ บุคคลประสบมาด้วยตนเอง โดยให้ความสำคัญกับธรรมชาติของปรากฏการณ์ทางสังคมและธรรมชาติ ของมนุษย์ ในการแสดงออกทางพฤติกรรมทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและระดับกลุ่ม เป็นการค้นหา ความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้น ๆ ว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2555) กล่าวว่า การศึกษาการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษา ประสบการณ์ของบุคคล กลุ่มคนในสถานการณ์ต่างๆที่เผชิญอยู่กับสภาพแวดล้อมนั้น ๆ ที่ให้ความ สนใจในข้อมูลด้านประวัติชีวิต โลกทัศน์ และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลนั้นเป็นอย่างไร

ชาย โพธิสิตา (2554) กล่าวถึงการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา ว่าเป็นการศึกษา ประสบการณ์หรือโลกในชีวิตประจำวัน (Life-world) ของปัจเจกบุคคลที่ทำการศึกษาโดยมุ่งไปที่การ ทำความเข้าใจว่าบุคคลสร้างประสบการณ์ชีวิตของเขาอย่างไรและมีความหมายต่อเขาอย่างไร

Patton (1990) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาเป็นการอธิบายตีความในปรากฏการณ์หรือ ประสบการณ์ที่ได้สัมผัสโดยตรง ทำให้เข้าใจในประสบการณ์นั้น

Van Manen (1990) เป็นการมุ่งศึกษาค้นหาแก่นสาระ (essences) ที่มีลักษณะร่วมกัน (commonality) ของประสบการณ์ของมนุษย์ต่อปรากฏการณ์หนึ่ง

Husserl (cited in Holloway and Wheeler, 1996) กล่าวว่า การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตโดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อน เกี่ยวกับความจริงของสิ่งที่อยู่รอบตัวของประสบการณ์นั้น

จึงพอสรุปได้ว่า การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา เป็นการอธิบายตีความในปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ที่ได้สัมผัสโดยตรง เป็นการหาความหมายของปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่บุคคลประสบมาด้วยตนเอง

#### 4.2 ประวัติความเป็นมาของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา (Streubert and Carpenter, 2007) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่ง เพื่อศึกษาปรากฏการณ์หรือสภาพของปัญหาในบริบทหรือสภาพแวดล้อมที่ปรากฏการณ์หรือปัญหานั้นเกี่ยวข้องอยู่ ให้ความสำคัญกับแหล่งข้อมูลจากทักษะผู้ให้ข้อมูล ซึ่งการมองจากทักษะของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น จะช่วยให้เข้าใจความหมายและเหตุผลว่าเกิดอะไรขึ้น เพราะอะไร ตามตรรกะของผู้ให้ข้อมูล (Cohen & Omev, 1994 อ้างถึงในวิไล เทียงธรรม, 2547) ปรากฏการณ์วิทยาเริ่มขึ้นในต้นศตวรรษที่ 20 และมีการพัฒนาขึ้นเรื่อยมา การเปลี่ยนแปลงในการศึกษาของปรากฏการณ์วิทยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (Holloway and Wheeler, 1996; Streubert and Carpenter, 2003 ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (Preparatory phase) เป็นระยะที่เริ่มมีการปูพื้นฐานโดย Franz Brentano (1839-1917) และ Carl Stump (1848-1936) แนวคิดในระยะนี้เป็นแนวคิดของการศึกษาด้วยความตั้งใจ (Intentionality) ซึ่งหมายถึงความมีสติอยู่ตลอดเวลาสิ่งที่กำลังศึกษา

ระยะที่ 2 ระยะของชาวเยอรมัน (German phase) เป็นระยะที่เริ่มเปลี่ยนแปลงแนวคิดโดยนักปรัชญาชาวเยอรมัน ได้แก่ Edmund Husserl (1857-1938) และ Martin Heidegger (1976-1998) ได้มีการพัฒนาแนวคิดการเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบสำคัญหรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์เพื่อความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา การหยั่งรู้ (Intuiting) เป็นการแปลความจากความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาเท่าที่จะเป็นไปได้จากข้อมูลจนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและการทอนปรากฏการณ์ (Phenomenological reduction) Husserl (1859-1938) ถือว่าเป็นบุคคลแรกที่เริ่มต้นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแนวใหม่ เป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิด

ปรากฏการณ์วิทยาในระยะ German phase และได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งปรากฏการณ์วิทยา โดยเข้ามีความเชื่อว่าประสบการณ์ความเป็นอยู่หรือการมีชีวิตในสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถเข้าใจได้ทันทีทันใด แต่บุคคลจะเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเองต่อประสบการณ์นั้นๆ บุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกัน(Dualism) เนื่องจากทั้งสองส่วนมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เน้นการศึกษาความรู้ในธรรมชาติโดยปราศจากการเข้าไปกระทำกับข้อมูลของผู้ศึกษาอย่างเข้มงวด(Rigorous)ตามแนวคิดที่ว่าการค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดล่วงหน้าหรือถ้ามีผู้วิจัยต้องแยกออกจากสิ่งที่ศึกษาโดยเก็บความรู้ที่ไว้นางเล็บ(Bracketing) ซึ่งมีแนวคิดหลัก 3 ประการ คือ 1) การให้ความสนใจ (Intentionality) คือการให้ความสนใจมีความตระหนักและมีสติอยู่ตลอดเวลาต่อสิ่งที่กำลังศึกษา 2) องค์ประกอบสำคัญหรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์ คือ การมุ่งหาสาระสำคัญหรือแก่นแท้ต่อสิ่งที่กำลังศึกษา และ 3) การทอนปรากฏการณ์ (Phenomenology reduction) คือ การขจัดกรอบความคิดการคาดคะเนของคนที่เกี่ยวกับการศึกษาออกจากปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาเพื่อให้ได้ความหมายของสิ่งที่ศึกษาอย่างแท้จริงและเน้นการให้ความหมายด้วยตัวเองของบุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ

ต่อมา Heidegger ชาวเยอรมันที่มีชื่อเสียงมากคนหนึ่งในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 (1998-1976) เป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของ Husserl ได้นำแนวคิดของ Husserl มาพัฒนาต่อเป็นการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาการแปลความ (Hermeneutic phenomenology) แนวคิดของ Heidegger เชื่อว่าการที่บุคคลจะเข้าใจในปรากฏการณ์ต่างๆและสามารถอธิบายหรือสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นได้นั้น ต้องประกอบด้วยการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ต่างๆและสามารถอธิบายหรือสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นได้นั้น ต้องประกอบด้วยการผสมผสานระหว่างประสบการณ์เดิมกับประสบการณ์ใหม่ โดยบุคคลต้องเข้าไปเรียนรู้ มีประสบการณ์ ทำความเข้าใจ และตีความ โดยใช้ประสบการณ์ภูมิหลังของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยวัฒนธรรม ประสบการณ์ชีวิต และการใช้ภาษา เข้ามาในบริบทหรือสภาพการณ์นั้นๆ ดังนั้นการที่บุคคลจะแยกภูมิหลังเหล่านั้น หรือที่ Husserl เรียกว่า การจัดกรอบแนวคิด (Bracketing) ไม่อาจเกิดได้จริงทั้งหมด หรือเป็นเรื่องยากที่จะทำให้เกิดขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะของชาวฝรั่งเศส (France phase) เป็นระยะที่นักปรัชญาชาวฝรั่งเศส ซึ่งได้แก่ Gabriel Marcel (1889-1973) Jean Paul Sartre (1905-1980) Maurice Merleau-Ponty (1905-1980) แนวคิดในระยะนี้เป็นการศึกษาที่มุ่งอธิบายสิ่งที่มีอยู่จริง (Existential) เน้นการแสดง

ออกเป็นรูปธรรม (Embodiment) และสิ่งที่เป็นอยู่ในโลก (Being in the world) โดยมีความเชื่อว่าการกระทำทุกอย่างถูกสร้างจากการรับรู้หรือการตระหนัก เราสามารถเข้าใจประสบการณ์ได้โดยผ่านการรับรู้ ความคิด การสัมผัส รับรู้ การได้ยินและการมีสติ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การศึกษาของปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่มีการเปลี่ยนแปลง (Dynamic) มีการพัฒนาตลอดเวลา การจะอธิบายปรากฏการณ์วิทยาขึ้นอยู่กับวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน จึงต้องทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในแนวคิดและวิธีการศึกษา โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Martin Heidegger มาเป็นแนวคิดในการทำวิจัย ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

### 4.3 แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger

Heidegger พัฒนาการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาการแปลความ (Hermeneutic phenomenology) โดยเป็นผู้ริเริ่มและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงจากการศึกษาวิธีการได้มาซึ่งสิ่งที่เรารู้ (How we know what we know) หรือที่เรียกว่า Epistemology มาเป็น Ontology ซึ่งหมายถึงการศึกษาวิธีการของสิ่งที่เป็นอยู่ในโลก และศึกษาความหมายของการเป็นบุคคล โดยเขามีความเชื่อว่าเป็นสิ่งที่เป็นอยู่และเวลา (Being and time) มีความหมายในตัวเองสามารถแปลความได้และภาษาเป็นสื่อสำคัญในการแปลความเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายนั้น (Leonard, 1994 cited in Holloway and Wheeler, 1996) ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger เน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ในทัศนะของบุคคลที่ได้รับประสบการณ์นั้นโดยผ่านจากสิ่งที่ปรากฏไปยังเบื้องหลังความหมายที่อยู่เบื้องหลังของสิ่งนั้น และได้ให้ความหมายปรัชญาแนวคิดขอเค้าว่าเป็น การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อนำไปสู่ความจริงที่ถูกค้นพบตามธรรมชาติของสิ่งที่เป็นอยู่จริง และอยู่บนรากฐานของการแปลความที่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ของมนุษย์ โดย Heidegger เชื่อว่าการที่บุคคลแสดงออกต่อสิ่งใดนั้น มีแนวคิดที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ

4.3.1 บุคคล (Person) เป็นผู้ที่ให้ความหมายของประสบการณ์ที่ประสบมา ตามแนวความคิดความรู้สึกของบุคคลนั้น ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความเป็นจริงตามทฤษฎี ซึ่งถือเป็นประสบการณ์ที่เฉพาะและเกิดขึ้นจริงของบุคคลนั้น

4.3.2 สิ่งแวดล้อม (World) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์ในปัจจุบัน รวมถึงภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษาวัฒนธรรมและค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคลโดยการเรียนรู้ตั้งแต่เกิด และเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้น การศึกษาปรากฏการณ์จึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้น ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคมวัฒนธรรมและภูมิหลังของบุคคลนั้น

4.3.3 การเชื่อมโยงประสบการณ์ในชีวิต (Hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับ หรือเข้าใจมาก่อน (Past experience) เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ นั่นคือบุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มา

จุดเน้นปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger คือ ปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutics phenomenology) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของปรัชญาแนวคิดในการเข้าไปให้ถึงความหมายของความเป็นมนุษย์ โดยมองว่าบุคคลเป็นส่วนสำคัญ เพราะเชื่อว่าคนเป็นส่วนร่วมของวัฒนธรรม สังคมเชิงบริบทเชิงประวัติศาสตร์ของการเป็นมนุษย์ในโลกสังคม คือการดำรงอยู่ในโลก (Munhall (1994 อ้างถึงใน วิณา เทียงธรรม, 2547)

สรุปได้ว่า ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger เป็นปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutics phenomenology) ที่เน้นการค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นใน โดยทำความเข้าใจของประสบการณ์นั้นๆ เพื่อหาความหมายของสิ่งที่อยู่เบื้องหลังโดยมองว่าบุคคลเป็นส่วนที่สำคัญ

#### 4.4 ระเบียบวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

Streubert and Carpenter (2007) สรุปกระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไว้ดังนี้

1) กำหนดปรากฏการณ์ที่ต้องการจะศึกษา (Descriptive phenomenology) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจสภาพความเป็นจริงของบุคคลที่เป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ มีการกำหนดเป้าหมายและตั้งคำถามที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาวิเคราะห์ และ

อธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคาดเดาหรือคิดไว้ล่วงหน้า และหลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ แสดงความคิดเห็นของผู้วิจัย

2) การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติพื้นฐาน คือ ต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และมีความรู้ในปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา มีความสามารถในการสื่อสารได้ดี และมีความเต็มใจในการเข้าร่วมวิจัย

3) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญของการวิจัย (Researcher as instrument) โดยจะต้องมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ เช่น วิธีการสร้างสัมพันธภาพ การสร้างความไว้วางใจเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความลุ่มลึกทั้งความรู้สึกและรายละเอียดให้มากที่สุด ดังนั้น ผู้วิจัยจะต้องฝึกอบรมตนเองให้มีทักษะในการสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล สอดคล้องกับ ศิริพร จิรววัฒน์กุล (2548) ได้กล่าวว่า ผู้วิจัยเชิงคุณภาพนั้นจะต้องมีคุณสมบัติที่แสดงถึงความเชื่อถือได้ และเป็นเครื่องมือการวิจัยที่มีคุณภาพ คุณสมบัติดังกล่าวมี ดังนี้ (1) ต้องมีความรู้ความเข้าใจในปรัชญา วิธีการได้มาซึ่งความรู้ด้วยวิธีการเชิงอุปมานได้เป็นอย่างดี นักวิจัยจึงต้องผ่านกระบวนการฝึกฝนให้เกิดความรู้ความเข้าใจให้ชัดเจน (2) เป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีทักษะในการติดต่อสื่อสารอย่างเหมาะสมกับคนอื่นได้ทุกสถานการณ์ (3) เป็นผู้มีสหวิทยาการในตนเองไม่ยึดมั่นถือมั่นอยู่ในศาสตร์หนึ่ง (4) มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับตัวได้ (5) มีความสามารถในการจัดระบบความคิด วิเคราะห์ ตีความหมายข้อมูล (6) มีจริยธรรม รับผิดชอบ ซื่อสัตย์ในการทำงาน และในผลงาน และ (7) มีความสามารถในการถ่ายทอดปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน มีชีวิตชีวา ตรงตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

4) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data generating) มีหลายวิธี เช่น การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีที่นิยมคือการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิดร่วมกับการบันทึกเทป การถอดเทปหลังสัมภาษณ์ อ่านบทสนทนาหลายๆครั้งเพื่อทำความเข้าใจและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปหรือกลับไปสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีกครั้ง จะหยุดการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลอิ่มตัว

5) การจัดระบบข้อมูล (Data treatment) เป็นการแยกแยะข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ เป็นหัวใจของการวิเคราะห์เนื้อหาเนื่องจากเป็นตัวกำหนดเบื้องต้นและทิศทางในการวิเคราะห์ทั้งหมด



6) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) โดยทั่วไปจะกระทำไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และจะกระทำไปตลอดระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล

7) การทบทวนวรรณกรรม จะกระทำภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูล โดยทบทวนตามเนื้อหาที่ค้นพบในปรากฏการณ์ เพื่อจะได้มีความรู้ในเรื่องนั้นและอาจจะช่วยพิสูจน์ข้อเท็จจริงในสิ่งที่ศึกษาได้ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

8) การประเมินความแกร่งและการเข้มงวดของการวิจัย Sandelowski (1986 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549) กล่าวถึง หลักเกณฑ์ความแกร่งของการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 4 ประการ คือ ความเชื่อมั่นในความจริง ความคงเส้นคงวา ความสามารถในการประยุกต์ใช้และความเป็นกลาง ซึ่งในตำราการวิจัยเชิงคุณภาพจะใช้คำว่า ความน่าเชื่อถือ ความสามารถในการถ่ายโอนข้อมูล ความสามารถในการฟังหา และความสามารถในการยืนยัน การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ใช้เป็นวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ประกอบด้วย การเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่ให้ประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษา การได้รับข้อมูลอย่างชัดเจนครบถ้วนจากผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น และผลการวิจัยได้รับการยอมรับว่าน่าเชื่อถือจากผู้อ่าน

Guba and Lincoln (1989) ได้กล่าวถึงหลักเกณฑ์ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 4 ประการ คือ

1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล หมายถึงความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูล การตีความของผู้วิจัยเกี่ยวกับความจริงที่ได้จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ (1) การสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะเวลาอันก่อนการสัมภาษณ์ (Prolong engagement) การสร้างความคุ้นเคยเป็นการศึกษาวัฒนธรรม ภาษา สร้างความเชื่อใจ สร้างสัมพันธภาพและค้นหาข้อมูลที่ขาดหายหรือบิดเบือนจากผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (2) การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) เป็นการใช้เวลาที่มากพอในการสังเกตประสบการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้สามารถระบุลักษณะเฉพาะที่เป็นประเด็นสำคัญที่สุดของประสบการณ์นั้น การสังเกตติดต่อกันนี้ จะเป็นการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก (3) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นการยืนยันข้อมูลจากหลายแห่ง (Data triangulation) สามารถตรวจสอบได้ทั้งเวลา สถานที่ บุคคล หรือการใช้หลายวิธีเก็บข้อมูล (Method

triangulation) หรือการตรวจสอบแบบผสมผสาน (Multiple triangulation) (4) การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (Member check) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่าน เพื่อให้ยืนยันว่าข้อมูลตรงกับความเป็นจริง

2) การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) หมายถึง ความสามารถในการอ้างผลการวิจัยไปยังประชากรกลุ่มอื่น อย่างไรก็ตาม การอ้างอิงผลการวิจัยเชิงคุณภาพมีข้อจำกัดเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย มีข้อมูลที่เป็นตัวอักษรที่ใช้ในการวิเคราะห์มาก และใช้เวลาในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะเวลานาน (Sandelowski, 1986) ผู้วิจัยจึงมีหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลเชิงบรรยายโดยละเอียด ครบถ้วนและครอบคลุม ผู้อ่านงานวิจัยสามารถประเมินและนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกันและเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

3) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) เป็นการพิสูจน์หรือตรวจสอบข้อมูลในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยการให้ผู้อ่านหรือนักวิจารณ์ได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบต่อกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ถ้าผู้อ่านหรือนักวิจารณ์สามารถติดตามเรื่องราวได้อย่างเข้าใจ แสดงว่าการศึกษานี้ผ่านเกณฑ์ดังกล่าว Sandelowski (1986 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549) เรียกการตรวจสอบนี้ว่า “ความสามารถในการพึ่งพา” หรือ “Decision trial”

4) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยสามารถตรวจสอบได้ (Audit trial) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการฟังเทปซ้ำ มีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากที่กล่าวมาจึงสามารถสรุปได้ว่า กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาประกอบด้วย 9 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดปรากฏการณ์ที่ต้องการจะศึกษา 2) การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง 3) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญของการวิจัย 4) การเก็บรวบรวมข้อมูล 5) การจัดระบบข้อมูล 6) การวิเคราะห์ข้อมูล 7) การทบทวนวรรณกรรม และ 8) การประเมินความแกร่งและความเข้มงวดของการวิจัย

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นวลลักษณ์ บุชบง (2541) ได้ทำการศึกษาถึงตัวประกอบคุณภาพบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ตามความคาดหวังของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาใน ผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร 5 แห่ง จำนวน 650 คน ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ว่า ตัวประกอบคุณภาพบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ตามความคาดหวังของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 6 ตัวประกอบ ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือและจริยธรรมของเจ้าหน้าที่ คือความน่าเชื่อถือในการให้การรักษายาบาล การให้คำแนะนำในการรักษายาบาล การรักษาคุณภาพในด้านมาตรฐานเชิงเทคนิคให้สม่ำเสมอ ผู้บริหารต้องส่งเสริม พัฒนาความรู้และทักษะต่างๆ ของผู้ให้บริการหรือจัดอบรมบุคลากร เพื่อที่จะได้นำความรู้ที่กลับไปจัดการบริการให้กับผู้รับบริการ 2) การให้ความรู้และบริการเสริม ต้องการให้ผู้บริการให้ความรู้ คำแนะนำในด้านสุขภาพ โดยให้ความสำคัญว่า เมื่อตนเองมีความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องแล้ว ก็จะทำให้ตนเองดูแลรักษาสุขภาพได้ดี อีกทั้งยังฟื้นฟูและป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ ส่วนบริการเสริม เป็นลักษณะทางกายภาพของบริการที่สร้างความสุขสบาย เช่นการจัดพื้นที่ให้มีที่จอดรถเพียงพอ การจัดให้มีโทรทัศน์ วีดีโอ เพื่อความเพลิดเพลิน การมีบริการน้ำดื่มระหว่างรอตรวจ การมีห้องน้ำสะอาดและเพียงพอ 3) อธิษาศัยไมตรีของเจ้าหน้าที่ การดูแลสนใจ เอาใจใส่ ถามความต้องการ ช่วยเหลือในสิ่งที่ต้องการ มีความเอื้ออาทรห่วงใย เห็นอกเห็นใจ และเข้าใจถึงจิตใจผู้รับบริการ 4) การให้บริการตรงเวลาและความสะดวกในการใช้บริการ คือการบอกระยะเวลาในการตรวจ การรอผลการตรวจให้ทราบ แพทย์ออกตรวจรักษาตรงตามเวลากำหนด เจ้าหน้าที่เรียกชื่อนามสกุลให้ได้ยินชัดเจน อำนวยความสะดวกในการส่งต่อ รวดเร็ว รอไม่นาน 5) ความเป็นรูปธรรมของบริการ อาคารสถานที่สะอาด กว้างขวาง ไม่แออัดคับแคบ มีเครื่องหมาย ป้าย ลูกศร หรือตัวอักษรวิ่งบอกสถานที่ แนะนำจุดต่างๆชัดเจน และ 6) ราคา มีการลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลตามควรแก่กรณี ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านการเงิน บอกราคาค่ารักษาพยาบาลให้รับทราบและเพื่อการตัดสินใจในการรักษา ค่ารักษา ค่ายาไม่แพงเหมาะสมกับบริการที่ได้รับ

เพ็ญศรี ชำนาญวิทย์ (2547) ได้ศึกษาถึงการพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพบริการพยาบาลที่มีความเป็นเลิศ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม รวบรวมข้อมูลตัวบ่งชี้คุณภาพบริการพยาบาลที่มีความเป็นเลิศจากผู้เชี่ยวชาญ 20 ท่าน วิเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 ศึกษา

และวิเคราะห์เอกสาร เพื่อนำสาระที่ได้มากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ชั้นที่ 2 พัฒนาตัวบ่งชี้ คุณภาพบริการที่มีความเป็นเลิศในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยใช้เทคนิค Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) คัดเลือกตัวบ่งชี้คุณภาพบริการที่มีความเป็นเลิศโดยพิจารณา จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกัน ผลการวิจัยกล่าวว่า ตัวบ่งชี้คุณภาพบริการที่มี ความเป็นเลิศ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้าน และ 66 ตัวบ่งชี้ คือ 1) ด้านภาวะผู้นำองค์กร 2) ด้านการ วางแผนกลยุทธ์ 3) ด้านการมุ่งเน้นผู้ใช้บริการ 4) ด้านการสารสนเทศ และการวิเคราะห์ 5) ด้านการ บริหารทรัพยากรบุคคล 6) ด้านการบริหารกระบวนการ และ 7) และด้านผลลัพธ์การดำเนินการ

วิรุณ วิบูลย์พันธ์ (2550) ได้ศึกษาถึงสมรรถนะของพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาล วิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ศึกษาโดยมีผู้ให้ข้อมูล คือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 คน ได้แก่ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน ผู้บริหารทางการแพทย์ พยาบาลปฏิบัติการที่ ดูแลผู้ป่วยต่างชาติ พยาบาลผู้มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในต่างประเทศ ล่าม นักวิชาการใน สถาบันการศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จากผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนสามารถ จำแนก ออกเป็น 7 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการรับรู้ความแตกต่างทางวัฒนธรรม คือ มีความเข้าใจขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม มีความเข้าใจใน เรื่องความเท่าเทียมกันในสังคมและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เข้าใจในบริบททาง วัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละราย 2) ด้านการติดต่อสื่อสาร สามารถสื่อสารกับผู้ใช้บริการที่ไม่ใช้ ภาษาไทยได้ มีทักษะในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่างด้านเชื้อชาติ วัฒนธรรม สามารถประเมินความเข้าใจในสารที่ส่งกับผู้ใช้บริการได้ 3) ด้านความคิดริเริ่มนวัตกรรมในการบริการ สามารถบูรณาการความรู้ทางการแพทย์มาใช้กับผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลายด้านวัฒนธรรมได้ เป็นผู้นำการพัฒนาแบบมาตรฐานการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลายด้าน วัฒนธรรมได้ และสามารถสร้างนวัตกรรมเพื่อนำมาใช้ในการบริการผู้มารับบริการที่มีความ หลากหลายทางวัฒนธรรมได้ 4) ด้านการบริหารความเสี่ยง สามารถเจรจาต่อรอง สามารถวิเคราะห์ ปัญหา และแก้ไขอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามความแตกต่างด้านวัฒนธรรมของผู้รับบริการได้ 5) ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ สามารถนำนโยบายด้านการให้บริการที่มีความแตกต่างทาง วัฒนธรรมไปสู่การปฏิบัติงานในหน่วยงานได้ 6) ด้านกระบวนการพยาบาล ปฏิบัติงานตามหลัก

Caring ที่เน้นการให้การดูแลเป็นสำคัญโดยคำนึงถึงความเท่าเทียมในความเป็นมนุษย์ สามารถประเมินอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ใช้บริการและแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม และ7) ด้านจริยธรรม คือการให้เกียรติ และเคารพในความเชื่อด้านวัฒนธรรม การให้บริการได้ทุกเชื้อชาติ ศาสนาและวัฒนธรรมโดยคำนึงถึงกฎระเบียบและจรรยาบรรณวิชาชีพ

พัชรินทร์ ชิวสาธน์ (2551) ได้ศึกษาถึง สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 399 คน ที่มีประสบการณ์ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกไม่น้อยกว่า 5 ปี ในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 16 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามระดับความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .98 วิเคราะห์องค์ประกอบหลักและหมุนแกนองค์ประกอบแบบอโรโธนอนอลด้วยวิธีแวนิแมกซ์ ซึ่งผลการวิจัยสรุปองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ ได้ 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านการคัดกรอง คือสามารถจำแนกระดับความรุนแรง (Triage) ของอาการและอาการแสดง 2) สมรรถนะด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ คือการปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพ 3) สมรรถนะด้านพฤติกรรมบริการ คือเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังปัญหาของผู้ป่วยและญาติโดยไม่แสดงความเบื่อหน่าย 4) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ คือสามารถดูแลกำกับงานของสมาชิกทีมการพยาบาลได้ 5) สมรรถนะด้านการสื่อสาร สามารถให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเฉพาะโรค โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล 6) สมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยี คือสามารถเตรียมอุปกรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจพิเศษได้ถูกต้อง และ 7) สมรรถนะด้านการพยาบาล คือสามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับอาการ และอาการแสดง

เกษสุดา จันทร์อ่อน(2552) ได้ศึกษาถึงประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่างชาติในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่างชาติที่ประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป จำนวน 16 ราย ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่างชาติ แบ่งเป็น 8 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) มีความรู้การเป็นพยาบาลนานาชาติ ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยต่างชาติ พยาบาลจำเป็นต้องได้รับการอบรมวัฒนธรรมพื้นฐานที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ พูดคุยกับคนไข้ เพื่อให้ได้ข้อมูลใหม่ๆและส่งเวรให้เพื่อน

ร่วมงาน 2) มีความสามารถสื่อได้หลายภาษา การขาดความเชี่ยวชาญในการใช้ภาษาติดต่อสื่อสาร โดยเฉพาะช่วงเริ่มต้นปฏิบัติงาน จึงใช้กลวิธีต่างๆในการแก้ปัญหา คือเรียนรู้ศัพท์ง่ายๆ ใช้ภาษากาย ผักพุดภาษาอังกฤษ เรียนรู้จากล่าม 3) มีลักษณะน่าเชื่อถือและศรัทธา พยาบาลต้องแสดงออกถึงการเป็นผู้มีความรู้ในงาน มีองค์ความรู้ และทักษะในการให้การพยาบาล แสดงตัวถึงการวางตัวที่เหมาะสมและการให้เกียรติผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อถือศรัทธา และไว้วางใจพยาบาล 4) มีจิตเมตตา ยึดมั่นในใจ คนไข้เป็นศูนย์กลางการให้การดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่คำนึงถึง คุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายที่แตกต่างกัน 5) ดูแลคนไข้รับใหม่ ถึงจำหน่ายไม่บกพร่อง ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่างชาติ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องมีการมอบหมายงานเป็นทีมและมอบหมายงานตามหน้าที่ตั้งแต่แรกรับจนถึงกลับบ้าน 6) แก้ไขข้อขัดข้อง ไม่ปล่อยไว้บานปลาย เรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมต่างชาติ นอกจากนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เหมาะสมและสามารถนำความรู้นี้มาใช้ในการป้องกันความเสี่ยงและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานได้ 7) เรียนรู้ผ่อนคลายระบายความเครียดตน บางครั้งการทำงานส่งผลให้พยาบาลเกิดความเครียดในการทำงาน ทำให้เรียนรู้การผ่อนคลายเพื่อระบายความเครียดที่แตกต่างกัน และ 8) คนไข้ประเมินผล พยาบาลไทยใส่ใจดี ด้วยความเป็นเอกลักษณ์ของพยาบาลไทยคือ ให้การดูแลผู้ป่วยที่สุภาพนุ่มนวล พุดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส เต็มใจให้บริการ และแสดงออกถึงการเป็นผู้ที่มีความรู้และมีทักษะในการให้การพยาบาล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็กลับมารักษาที่ประเทศไทยรวมถึงมีการบอกต่อถึงความประทับใจให้แก่ผู้อื่นได้ทราบ

ทิพวรรณ ศรีสีม (2552) ได้ศึกษาถึงภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรับรู้ของผู้รับบริการชาวต่างชาติ โดยศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนในเครือสมิติเวช ซึ่งทำการศึกษาเปรียบเทียบถึงภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการชาวต่างชาติ มีกลุ่มตัวอย่างคือผู้รับบริการชาวต่างชาติที่รับการรักษาไว้ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลเอกชนในเครือสมิติเวช จำนวน 267 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และใช้เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า 1) ภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้รับบริการชาวต่างชาติ ในโรงพยาบาลเอกชนเครือสมิติเวช โดยรวมอยู่ในระดับดี 2) ผู้รับบริการชาวต่างชาติที่มีอายุ ระดับการศึกษาและรายได้ต่างกันมีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาล

วิชาชีพอย่างไม่แตกต่างกัน 3) ผู้รับบริการชาวต่างชาติที่มีอายุ เชื้อชาติ การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับพยาบาลและประสบการณ์การมารับบริการต่างกันมีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่แตกต่างกัน ผู้รับบริการชาวต่างชาติเพศหญิงมีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพดีกว่าเพศชาย ผู้รับบริการชาวต่างชาติเชื้อชาติญี่ปุ่นการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพแตกต่างจากเชื้อชาติยุโรป ผู้รับบริการที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารทางบวกเกี่ยวกับพยาบาลมีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารทางลบเกี่ยวกับพยาบาล ส่วนผู้รับบริการที่เข้ารับบริการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ครั้งมีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพดีกว่ากลุ่มผู้รับบริการที่เข้ารับบริการมากกว่า 10 ครั้ง

Hanzade Doganc และคณะ (2009) ได้ศึกษาถึงความต้องการของผู้รับบริการด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมและการตอบสนองทางด้านจริยธรรม จากการอพยพย้ายถิ่นฐานของชาวตุรกีเข้าสู่ประเทศเยอรมันจำนวนมากนั้น ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาในการดูแลทางด้านสุขภาพ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ศาสนา การสื่อสาร ภาษ ความต้องการที่แตกต่างกัน รวมไปถึงประเด็นทางด้านจริยธรรม จึงต้องมีการศึกษานี้ขึ้น ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการดูแลผู้ใช้บริการชาวตุรกีที่ย้ายถิ่นฐานเข้ามาอาศัยในประเทศเยอรมัน และผู้ให้บริการสุขภาพชาวเยอรมัน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ ผู้ใช้บริการชาวตุรกีที่อาศัยในประเทศเยอรมัน มากกว่า 10 ปี จำนวน 50 คน และ ผู้ให้บริการสุขภาพที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ประกอบด้วย พยาบาล 50 คน และนักรักษาภาพ 50 คน โดยใช้แบบสอบถามและคำถามปลายเปิด จากประเด็น ปัญหาหลักของผู้ให้บริการสุขภาพ และผู้ใช้บริการสุขภาพ ประเด็นการเปลี่ยนผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ใช้บริการสุขภาพ ประเด็นความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ศาสนา การสื่อสาร มีผลต่อการดูแลการให้บริการสุขภาพอย่างไร ประเด็น หลักสูตรการศึกษามีประโยชน์ต่อผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ใช้บริการสุขภาพอย่างไร และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดูแลผู้ใช้บริการสุขภาพชาวตุรกี และจากการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้ 1) ปัญหาด้านการสื่อสารเป็นปัญหาหลักของทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง 2) พยาบาล 44% และนักรักษาภาพ 90% ต้องการให้ผู้ร่วมงานดูแลผู้ใช้บริการต่างชาติแทน แต่กลุ่มผู้ใช้บริการไม่ต้องการเปลี่ยนผู้ให้บริการสุขภาพ 3) นักรักษาภาพ 9% ให้ความสำคัญกับความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ศาสนาและการ สื่อสาร พยาบาล 7% เห็นว่าสิ่งที่สำคัญคือให้การยอมรับ เอาใจใส่ เปิดกว้างในวัฒนธรรมที่แตกต่าง 4) พยาบาล 60% และนักรักษาภาพ 70% เชื่อว่าหลักสูตรการศึกษามีประโยชน์ต่อการให้การดูแลผู้ใช้บริการสุขภาพ และ 5)

ผู้ให้บริการ 70% เห็นว่าผู้ให้บริการควรมีลักษณะของความเห็นอกเห็นใจและความเอาใจใส่ และ 84% เห็นว่าผู้ให้บริการจำเป็นต้องศึกษาความแตกต่างของผู้ป่วยต่างชาติ

AYAZ และBILGILI (2010) ได้ทำการศึกษาเพื่อตรวจสอบความแตกต่างทางวัฒนธรรมที่นักเรียนพยาบาลในตุรกีมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในขณะที่ความรู้ของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมโดยศึกษาจากนักเรียนพยาบาลระดับปริญญาตรี ใน 3 มหาวิทยาลัย จำนวน 620 คน โดยผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 85.5 มีประสบการณ์ที่แตกต่างกันทางวัฒนธรรมขณะที่นักเรียนพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยของพวกเขา บางส่วนก็ไม่ทราบความหมายของแนวคิดของปัญหาที่แตกต่างทางวัฒนธรรมและประสบการณ์ ความแตกต่างที่พบมากที่สุดทางวัฒนธรรม คือ การออกเสียง ความแตกต่างทางด้านภาษา ประสบการณ์และความเชื่อแต่ละบุคคล ศาสนาและนิกาย ซึ่งวิจัยนี้ได้สรุปว่าการดูแลผู้รับบริการโดยให้มีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมนั้น ควรจะมีการบรรจุวิชาหรือศาสตร์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมลงไปเป็นหลักสูตรการเรียนการสอน ซึ่งผลกระทบของการให้การพยาบาลจากความหลากหลายทางวัฒนธรรม จะพบน้อยลงถ้าหากนักเรียนพยาบาลได้มีความรู้ในเรื่องนี้ตั้งแต่เริ่มเรียน ก่อนที่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพและให้การพยาบาลผู้รับบริการอย่างเต็มตัว



### บทที่ 3

## วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งผู้วิจัยดำเนินงานวิจัย ดังนี้

#### 1. พื้นที่ที่ศึกษา

พื้นที่ที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ขนาด 275 เตียง มีห้องตรวจผู้ป่วยนอก 90 ห้อง มีมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลเป็นที่ยอมรับในระดับสากล มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (HA : Hospital Accreditation) และได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิ ที่มีความหลากหลายการบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมทุกสาขา ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูงและเป็นแหล่งบริการทางการแพทย์ที่ครบวงจร มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทั้งชาวไทย ชาวต่างประเทศ และนักท่องเที่ยว โดยเลือกศึกษาในส่วนของแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกในพื้นที่ดังกล่าวมีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน และรับรู้เหตุการณ์ที่สอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการศึกษาและผู้วิจัยปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพอยู่ในพื้นที่ที่ศึกษามาก่อน จึงทำให้มีความเหมาะสมต่อการเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และสะดวก ตลอดจนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ลุ่มลึก

#### 2. ผู้ให้ข้อมูล

2.1 วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาและมีประสบการณ์การดูแลต่อเนื่องในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนไม่น้อยกว่า 3 ปี มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 คน

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 12 คน เพศหญิง 12 คน มีอายุระหว่าง 27-35 ปี อายุเฉลี่ย 31 ปี นับถือศาสนาพุทธ 12 คน สถานภาพโสด 10 คน สถานภาพสมรส 2 คน ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาโท 1 คนปริญญาตรี 11 คน ประสบการณ์การดูแลต่อเนื่องในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชน 4 -11 ปี ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 7.8 ปี

## 2.2 การได้มาและการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

2.2.1 เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2556 แล้ว ผู้วิจัยได้เขียนหนังสือบันทึกถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยเข้าพบผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ผู้จัดการแผนกผู้ป่วยนอกแผนกต่างๆ ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความร่วมมือในการวิจัยและกำหนดตัวบุคคลที่เป็นผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยจะติดต่อประสานงาน และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย เกณฑ์การพิจารณาและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ วิธีการเก็บข้อมูล และระยะเวลาในการรวบรวมเก็บข้อมูล

2.2.2 ขอความร่วมมือจากผู้จัดการแผนกผู้ป่วยนอกแผนกต่างๆ ในการระบุรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในเกณฑ์ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อขอความช่วยเหลือในการแนะนำโครงการวิจัยเบื้องต้นให้แก่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการเข้าร่วมงานวิจัย

2.2.3 ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ตามการระบุรายชื่อ ที่อยู่ในเกณฑ์ของผู้ให้ข้อมูลเพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย โดยผู้วิจัยจะติดต่อกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อสร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจ มีทั้งไปติดต่อพบที่แผนกของผู้ให้ข้อมูล นัดรับประทานอาหาร หรือโทรศัพท์ติดต่อเพื่อแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย เกณฑ์การพิจารณาเลือกผู้ให้ข้อมูล ขั้นตอนการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยและแสดงใบรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คำชี้แจงและคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามและตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมการวิจัย

2.2.4 เมื่อผู้ให้ข้อมูลตอบรับในการเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมในสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดบรรยากาศของการสัมภาษณ์ที่ผ่อนคลายและสามารถดำเนินการสัมภาษณ์ไปด้วยความราบรื่นเป็นธรรมชาติ ได้แก่ หอพักของผู้ให้ข้อมูล ห้องพักรถหรือห้องประชุมของแผนก ร้านกาแฟ เป็นต้น

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ในการวิจัยวิจัยเชิงคุณภาพเครื่องมือที่สำคัญที่สุด คือ ผู้วิจัย เนื่องจากผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล จึงมีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย คือ การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย ศึกษาเกี่ยวกับวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล โดยผ่านการเรียนรายวิชาวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาลจำนวน 3 เครดิต ในการเรียนผู้วิจัยได้ทดลองฝึกการสร้างแนวคำถามและสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 ราย รวมทั้งศึกษาเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจถึงหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงคุณภาพ และในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสำรองโดยการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 4 ราย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างข้อคำถามในการสัมภาษณ์

3.2 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของการพยาบาลผู้ป่วยนอก เช่น พฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ คุณภาพบริการพยาบาล การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และอื่นๆ

3.3 การเตรียมแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) ลักษณะข้อคำถามเป็นปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ มีความครอบคลุมเนื้อหา การปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน ในระหว่างดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้มีการปรับเปลี่ยนคำถามบ้างเพื่อให้เหมาะสมกับแต่ละผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยไม่ได้ยึดติดกับข้อคำถามหรือลำดับข้อคำถามการดำเนินการสัมภาษณ์เป็นไปอย่างลื่นไหลและตามความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษา

3.4 เครื่องมืออื่นๆที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้ 1) เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 2 เครื่อง เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูลเมื่อเครื่องไม่ทำงาน 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและรหัสผู้ให้ข้อมูล 3) แบบบันทึกช่วยจำ โดยผู้วิจัยจะเขียนบันทึกส่วนตัวเกี่ยวกับความ

คิดเห็น ความเชื่อการกระทำ พฤติกรรม หรือประสบการณ์ส่วนบุคคล ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค ในการเก็บข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและข้อผิดพลาด รวมถึงการบันทึกวิธีการที่ได้มาซึ่งหมวดหมู่ ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 4. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการโดยก่อนสัมภาษณ์ ได้มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จากผู้ให้ข้อมูลทุกราย โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ งานวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ ระยะเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบคำถาม หรือสามารถบอกพฤติ การให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆของการวิจัยก็ได้ การรักษาความลับผู้ให้ข้อมูล ไม่เปิดเผยข้อมูล ก่อนได้รับอนุญาต ไม่เปิดเผยชื่อจริง การตีพิมพ์จะไม่บิดเบือนความจริงที่จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการ เสียหาย หรือเสื่อมเสียชื่อเสียง และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ข้อมูลดิบจะถูกทำลายทันที และผู้วิจัยจะ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถาม ก่อนลงชื่อเพื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ในการสัมภาษณ์จะใช้สถานที่ที่เป็น ส่วนตัว เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลกล้าเปิดเผยข้อมูลและแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นจริง การเลือก เวลาและสถานที่ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

#### 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

5.1 เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2556 ผู้วิจัยได้เขียนหนังสือบันทึกถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และ ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

5.2 เมื่อผ่านการอนุมัติแล้วให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยประสานงานต่อกับฝ่ายการพยาบาล และ ประสานงานต่อยังผู้จัดการแผนกผู้ป่วยนอกแผนกต่างๆ ในการระบุนายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ใน เกณฑ์ของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการติดต่อขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจง รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ วิธีการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับแนวคำถามและวิธีการสัมภาษณ์ รวมถึงระยะเวลา

ในการสัมภาษณ์ การบันทึกเทปการสัมภาษณ์ และสถานที่ในการสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการที่ผู้วิจัยทำการถอดเทปการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และในการรายงานผลการศึกษามีการเปิดเผยชื่อ หรือลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การรู้จักผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอและสรุปผลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดข้อสงสัย และเปิดโอกาสให้ผู้ข้อมูลตัดสินใจอย่างเป็นอิสระในการเข้าร่วมในการวิจัย

5.3 เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเลือกวันเวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์โดยคำนึงถึงความสงบและเป็นส่วนตัว และความพอใจของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและคุ้นเคย เป็นการสร้างบรรยากาศในการสัมภาษณ์ให้ผ่อนคลายและดำเนินไปด้วยความราบรื่น

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเองพร้อมแสดงเอกสารการได้รับอนุญาตการให้เก็บข้อมูลของโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยขออนุญาตผู้จัดการแผนกผู้ป่วยนอกไปยังหน่วยงานเพื่อร่วมสังเกตการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลและรายละเอียดสถานที่ในหน่วยงาน ก่อนการนัดสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เวลาในช่วงที่หน่วยงานสะดวกและพร้อมให้สังเกตการณ์ และก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัย ได้ชี้แจงต่อผู้ให้ข้อมูล โดยชี้แจง เอกสารการได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ อธิบายเรื่องของการพิทักษ์สิทธิ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการสัมภาษณ์ และขออนุญาตบันทึกเสียง ให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบอีกครั้งก่อนให้ลงนามในใบยินยอมร่วมการวิจัย (Informed consent form) ก่อนการลงนามในใบยินยอมร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสัมภาษณ์ตามแนวทางสัมภาษณ์ที่กำหนดไว้และการสัมภาษณ์จะสิ้นสุดลงเมื่อได้เนื้อหาที่ตรงประเด็นที่ศึกษา และระยะเวลาที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งพิจารณาถึงความพร้อมและสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลักสำคัญ และกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

## 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ van Manen (1990) ซึ่งดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยภายหลังจากการถอดเทปคำสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ ผู้วิจัยจะเริ่มวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

6.1 ทำการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล ตั้งคำถามเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น และพัฒนาข้อสมมติและทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์นั้น โดยผู้วิจัยอ่านคำสัมภาษณ์ซ้ำไปมา หลายๆ รอบ เพื่อทำความเข้าใจและคิดพิจารณาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าประสบการณ์ โดยเชื่อมโยงคำสัมภาษณ์กับการแสดงออก สีหน้า ท่าทางของผู้ให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จดบันทึกไว้ในบันทึกภาคสนาม

6.2 ค้นหาข้อเท็จจริงของปรากฏการณ์นั้นๆ โดยผู้วิจัยทบทวนคำสัมภาษณ์และข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จดบันทึกไว้ในบันทึกภาคสนาม ประกอบกับการจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และคัดเลือกข้อความที่ตรงกับประเด็นที่ศึกษา โดยใช้ปากกาเน้นข้อความในประเด็นหลักที่เป็นแก่นแท้ที่จะสามารถอธิบายประสบการณ์ได้

6.3 สะท้อนปรากฏการณ์ ด้วยการกำหนดหมวดหมู่ของข้อมูล และวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยผู้วิจัยจัดกระทำข้อมูลของผู้ให้ที่ละรายซึ่งเป็นกระบวนการแยกย่อยข้อมูลออกมา แล้วนำมาวิเคราะห์แบบบรรทัดต่อบรรทัด วลีต่อวลี คำต่อคำ แล้วจึงให้รหัสข้อความและนำมาจัดหมวดหมู่ โดยนำข้อมูลส่วนที่คล้ายคลึงกันมาไว้รวมกัน เพื่อลดทอนจำนวนข้อความลงไป

6.4 ทำการเขียนข้อสรุป พร้อมยกตัวอย่างประกอบ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จัดหมวดหมู่ ตามข้อมูลที่คล้ายคลึงกัน มาเขียนหัวข้อสรุป แล้วนำคำสัมภาษณ์มาอธิบายเป็นตัวอย่างประกอบ

6.5 ยึดหลักการนำเสนอประสบการณ์ที่มาจากคำพูดของคนใน ที่มีความชัดเจนและเป็นไปตามการตีความในมุมมองของคนใน และ ทำการนำเสนอประเด็นหลักและประเด็นรองอย่างสมดุล และแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ทั้งหมดที่เกิดจากปรากฏการณ์นั้นๆ โดยผู้วิจัยใช้ขั้นตอนนี้ในการนำเสนอผลการวิจัยในบทต่อไป โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยโดยไม่ใส่ความคิดเห็นหรือประสบการณ์ส่วนตัวที่พบเจอลงไป โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน เพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจในปรากฏการณ์นั้นได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้ประเด็นหลักเป็นการอธิบายแนวทางของภาพรวมเนื้อหาทั้งหมดไว้ด้วย

## 7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตามเกณฑ์ของ Guba และ Lincoln (1989) โดยมีรายละเอียดหลักเกณฑ์ และวิธีการตรวจสอบ ดังนี้

### 7.1 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

7.1.1 การสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลในระยะก่อนการสัมภาษณ์ (Prolong engagement) ผู้ให้ข้อมูลบางรายเคยมีประสบการณ์ทำงานร่วมกันในองค์กรเดียวกับผู้วิจัยมาก่อน บางรายเป็นเพื่อนร่วมรุ่น เป็นรุ่นพี่ในสถานศึกษาเดียวกับผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยรู้จักและคุ้นเคยเป็นอย่างดี ดังนั้นจึงไม่มีอุปสรรคในการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยไม่เคยรู้จักและคุ้นเคยมาก่อน ผู้วิจัยจะเริ่มสร้างสัมพันธภาพจากการเริ่มจากการแนะนำตัว ทั้งการไปพบที่แผนกและการโทรศัพท์ แนะนำตัว เพื่อสร้างความคุ้นเคย พูดคุยเรื่องทั่วไป และเกริ่นนำเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ก่อนวันนัดสัมภาษณ์ล่วงหน้า 1 วัน ผู้วิจัยได้โทรศัพท์เพื่อยืนยันการนัดหมายอีกครั้ง และเมื่อไปทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตนเองอีกครั้ง ใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพนานพอสมควร สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเอง และทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในเรื่องที่ต้องการ

7.1.2 การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) เป็นการใช้เวลามากพอในการสังเกตประสบการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ค้นพบว่าคุณสมบัติคือ ประเด็นที่สำคัญที่สุดของประสบการณ์นั้น การสังเกตติดต่อกันนี้เป็นการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว และพบประเด็นที่สำคัญในประสบการณ์ที่ศึกษา โดยใช้ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่าง วันที่ 6 เดือน พฤษภาคม 2557 จนถึง วันที่ 31 เดือน กรกฎาคม 2557 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 90 วัน มีจำนวนผู้ให้ข้อมูล 12 ราย

7.1.3 การตรวจสอบสามเส้า (Data triangulation) ผู้วิจัยใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ เช่นตรวจสอบจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม ร่วมกับข้อมูลที่สังเกตได้ เพื่อให้แน่ชัดว่าข้อมูลตรงกัน โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลจากคำสัมภาษณ์ร่วมกับหลักฐาน ข้อมูลอื่นๆที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง เช่น เอกสารการเข้ารับการศึกษาอบรมพฤติกรรมบริการ หนังสือ แผ่นพับ ภาษาต่างประเทศที่ผู้วิจัยใช้ในการช่วย

แปลภาษา และตรวจสอบสถานที่ทำงานที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงานอยู่เพื่อสังเกตการปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากบางแผนกผู้วิจัยไม่มีความเข้าใจในบริบทการทำงานมาก่อน การตรวจสอบสามเ้าด้านการเก็บข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และการตรวจสอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล เพื่อแน่ว่าผู้ให้ข้อมูลมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนด

7.1.4 การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) หลังจากการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) และวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้นำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเนื้อหาข้อมูลทุกราย และเปิดโอกาสให้เพิ่มเติม ตัดออก หรือเสนอแนะข้อมูลได้ โดยจัดส่งข้อมูลทาง E-mail ทั้ง 12 ราย ซึ่งไม่มีผู้ให้ข้อมูลท่านใดแก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งเป็นวิธีการที่ให้ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยตรวจสอบหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลที่มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริงๆ

7.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงในช่วงเวลาหนึ่ง ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงไม่ใช่ตัวแทนของประชากรที่จะสามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้ ผู้วิจัยจึงได้ตั้งใจนำเสนอข้อมูลที่ครอบคลุมและละเอียดครบถ้วนมากที่สุด เพื่อให้สามารถถ่ายทอดเรื่องราวและประสบการณ์ได้อย่างลุ่มลึกเพื่อให้ผู้อ่านจะได้สามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าวได้ หากผู้ที่ต้องการใช้ผลการวิจัยสามารถนำไปเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของตนเองในการประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน โดยผู้อ่านต้องเป็นผู้พิจารณา วิเคราะห์และตัดสินใจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือบริบทของตนเอง

7.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) เป็นการพิสูจน์หรือตรวจสอบข้อมูลในการตรวจความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Multiple method of data collection) ผู้วิจัยมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตเข้าไว้ด้วยกัน และข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีเกณฑ์ตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ และการจดบันทึกภาคสนามระหว่างการสัมภาษณ์ที่เป็นปฏิริยา ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้วิจัยได้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง



7.4 ความสามารถในการยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ความสามารถในการยืนยันผลการวิจัยที่เกิดจากข้อมูลและการตรวจซ้ำด้วยความเป็นกลาง โดยมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และสามารถตรวจสอบได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

7.4.1 การตรวจสอบจากข้อมูลดิบ โดยการตรวจสอบจากบทสัมภาษณ์ ร่วมกับการฟังเทปกลับไปกลับมาหลายๆครั้ง รวมถึงการตรวจสอบกับบันทึกภาคสนาม ว่ามีข้อมูลตรงหรือสอดคล้องกันหรือไม่

7.4.2 การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน แต่ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างลุ่มลึก โดยในส่วนของ การวิเคราะห์ผลข้อมูล ผู้วิจัยมีการยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่ออธิบายประเด็นหลักที่ได้



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายเพื่อศึกษา เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา (Full time) มีประสบการณ์การดูแลต่อเนื่องในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนไม่น้อยกว่า 3 ปี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน พบประเด็นที่ได้จากการศึกษา ดังนี้

1. ลักษณะการทำงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
  - 1.1 การให้บริการของพยาบาลผู้ป่วยนอก
  - 1.2 เป็นด่านแรกที่ผู้ป่วยมาใช้บริการ พยาบาลจึงเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค
2. บริการที่ให้ ต้องสร้างความประทับใจให้ผู้รับบริการ
  - 2.1 ต้องการติดต่ออะไร บอกพยาบาลได้ พร้อมให้บริการ
  - 2.2 ใส่ใจความต้องการ ช่วยแก้สถานการณ์ให้คลี่คลาย
  - 2.3 ใส่ใจเรื่องเล็กๆ แต่สร้างความประทับใจที่ยิ่งใหญ่
  - 2.4 ผู้รับบริการพิเศษ ดูแลอย่างดี ไม่ให้มีข้อผิดพลาด
3. เพิ่มทักษะการทำงาน เพื่อบริการที่มีคุณภาพ
  - 3.1 ภาษาอังกฤษต้องได้ พัฒนาให้เชี่ยวชาญ สื่อสารอย่างมั่นใจ
  - 3.2 ภาษาอื่นใช้ลำบาก หากตามแล้วมาช้า พยาบาลต้องแก้ปัญหาไปก่อน
  - 3.3 คำนี้ถึงความแตกต่าง ทางด้านวัฒนธรรม
4. ปัญหาหลากหลาย บางเรื่องแก้ไขได้ บางเรื่องต้องทำใจ
  - 4.1 ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติที่มีความคาดหวังสูง
  - 4.2 ประสานงานหลายฝ่าย ทั้งแพทย์-พยาบาล-ผู้ป่วย และหน่วยงานอื่น

## 1. ลักษณะการทำงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

แม้ว่าคนภายนอกจะมองว่า ลักษณะงานการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นงานที่สบายกว่า การดูแลผู้ป่วยในแผนกอื่นๆ แต่หากได้มาปฏิบัติงานจริงแล้ว จะเห็นได้ว่า งานแผนกผู้ป่วยนอกไม่ใช่ งานง่ายๆ เนื่องจากต้องประสานงานกับบุคคลหลากหลายและต้องมีความรู้หลากหลายเรื่องทั้งระบบ การให้บริการ ค่าใช้จ่าย บริการต่างๆที่มีในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็นด่านแรกที่ผู้ป่วยมารับ บริการ จึงเป็นความเสี่ยงของพยาบาลที่มีโอกาสสัมผัสโรคก่อนหน่วยงานอื่นๆ ดังประเด็นที่พบจาก การศึกษาครั้งนี้ คือ 1.1) การให้บริการของพยาบาลผู้ป่วยนอก และ 1.2) เป็นด่านแรกที่ผู้ป่วยมาใช้ บริการ พยาบาลจึงเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค

### 1.1 การให้บริการของพยาบาลผู้ป่วยนอก

หากกล่าวถึงลักษณะงานของแผนกผู้ป่วยนอก คนทั่วไปอาจมองว่างานในแผนกผู้ป่วย นอกเป็นงานที่สบาย เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือมาตรวจ ตามนัดเท่านั้น งานจึงไม่น่าจะหนักเมื่อเทียบกับลักษณะงานของหอผู้ป่วยหรือแผนกอื่นๆ แม้แต่ พยาบาลที่เลือกมาทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกก็คิดเช่นนี้เหมือนกัน แต่เมื่อได้มาปฏิบัติจริงจึงรู้ว่า งาน ในแผนกผู้ป่วยนอกมีรายละเอียดมากกว่าที่คิด และเต็มไปด้วยความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ ที่ ต้องการได้รับบริการที่สะดวกและรวดเร็ว ต้องมีคำตอบให้ผู้ป่วยและญาติเสมอ แม้ว่าจะไม่ใช่งานใน ขอบเขตของแผนกที่จะต้องให้ข้อมูล แต่ผู้ป่วยไม่สามารถแยกได้ว่า พยาบาลในแผนกหนึ่ง จะต้อง ตอบคำถามได้เฉพาะแผนกของตนเองเท่านั้น เมื่อถามมาต้องหาคำตอบให้ผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกจึงกล่าวว่า งานในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นงานที่ทำทลายความสามารถ เนื่องจากต้องไวต่อการให้บริการทุกเรื่อง ต้องทำความรู้จักผู้ป่วยทุกรายในเวลาจำกัด ต้องรู้ว่า ผู้ป่วยต้องการอะไร มีอาการป่วยอะไร มีความเสี่ยงอะไรที่อาจเกิดขึ้นได้บ้าง จะจัดการกับปัญหาที่ เกิดขึ้นอย่างไร หากผู้ป่วยมีอาการเสี่ยงแต่ไม่ได้แสดงอาการให้เห็นจากภายนอก พยาบาลต้องทำการ วินิจฉัยให้ถูกต้อง เพื่อจะได้รับการรักษาได้ทันที่ เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาตรวจ ตามนัด ดูลักษณะภายนอกเหมือนอาการปกติ แต่เมื่อวัดความดันโลหิตกลับพบว่า ระดับความดัน โลหิตสูงมาก พยาบาลต้องรีบเร่งให้พบแพทย์โดยด่วน เพื่อความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังกล่าวว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะมาด้วยโรคเหมือนกัน มีอาการเหมือนกัน การรักษาก็ อาจต่างกัน ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนก็แตกต่างกัน จึงไม่มีสูตรสำเร็จตายตัวในการให้บริการ

ดังนั้นพยาบาลจึงต้องหมั่นฝึกฝนและหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความรู้รอบและรอบรู้ ไม่เพียงแต่ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการของโรค การรักษา การพยาบาล การให้คำแนะนำ แต่รวมถึงข้อมูลบริการต่างๆที่มีในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบัน การทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายขยายเวลาในการให้บริการจนถึง 22.00 น. และเปิดให้บริการทำหัตถการแบบไม่ต้องพักค้างคืนในโรงพยาบาล เช่น one day surgery การส่งกล้องทางเดินอาหาร ซึ่งได้รับความนิยมจากผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องเสียเวลาและไม่ต้องนอนโรงพยาบาล แต่ในทางกลับกัน เป็นการเพิ่มความรับผิดชอบให้กับพยาบาลมากขึ้นทั้งด้านการให้บริการ และการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่นอกเหนือจากงานประจำ การเพิ่มขอบเขตการทำงานนี้ ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติรู้สึกว่าการปฏิบัติงานและการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ

“ชอบงาน OPD ที่มันไม่น่าเบื่อ ขึ้นเวรมาเราสนุกอะที่จะได้เจอคนไข้ ช่วงเวลาสั้นๆที่เราได้ดูแลคนไข้มันมีความหมายนะ เรามีเวลาเจอคนไข้แค่แป๊บเดียว คนไข้เค้าอาจจะรู้สึกแค่ว่าเราทักทายเค้า ใส่ใจถามอาการเค้า แต่สำหรับเราอะ คือ กำลังการประเมินอาการเค้าอยู่ ซึ่งเราต้องให้ได้ข้อมูลที่สำคัญออกมาคนไข้บางคน ค่อนข้างง่ายก็ง่าย บางคนเป็นคนไข้ใหม่แบบเนี่ยช่วงเวลาที่สั้นๆเราจะสร้างสัมพันธ์ภาพ ยังไงให้เค้าวางใจเราได้ เราไม่ใช่หมอที่เค้าจะเชื่อง่ายๆ อันเนี่ยมองว่ามันทำทายนะ แต่ละคนแต่ละรายแตกต่างกัน การดูแลไม่เหมือนกัน คนไข้ Underlining Hypertension เหมือนกัน แต่การดูแลต่างกัน คนนึงกินยาสม่ำเสมอ ความดันคุมได้ดีอีกคนมาก็ที่ก็ความดันสูงผลเลือดก็ผิดปกติ มันไม่ใช่แค่ประเมินอย่างเดียวแล้วจบ บทบาทเราแล้วมันยังมีต่อในเรื่องการดูแลตัวเองที่บ้านทำยังไงไม่ให้เค้ามีโรคอื่นแทรกซ้อนแล้วก็กลับจากเราไปแบบปลอดภัย”(ID1)

“ใครๆก็ชอบบอกอยู่ OPD โอ้ย งานสบาย คนไข้ไม่หนัก ไม่ต้องนอนดึก แต่ มันไม่ได้สบายอย่างที่คิดนะ บทบาทเราเรื่อง Nursing มันอาจจะไม่ได้เยอะ แต่ บทบาทด้านอื่นนี่พุ่งมาเต็มทีนะ ของเราด้านรักษาอาจไม่ชัดเจน เพราะคนไข้ไม่ได้ นอนป่วยแล้วเราต้องดูแลจนหายกลับบ้านได้เหมือนอยู่วอร์ด แต่ด้านการ ประเมิน ฟันฟู ป้องกันนี้ต้องไม่พลาดเลยนะ นึกออกไหมคนไข้คนนึงเข้ารพ.มาจะมากจะน้อย ก็ต้องมาที่ OPD ก่อน จะเป็นน้อยก็รับยากลับบ้าน หรือเป็นมากต้องนอนรพ.ก็ต้อง ผ่านเราก่อนไปวอร์ด discharge จากวอร์ดก็ต้องกลับมา follow up กับเราอยู่ดี คือ ยังไงจะต้องผ่านมาทางนี้ซัวร์ ยกเว้นแต่ฉุกเฉินแวะ ER เลยเนี่ยอาจไม่เจอกันบ้าง คือ พยายามบอกว่าภาพแง่การประเมินถ้าเรา assessment ผิดพลาดไปสักกราย เค้า อาจจะได้รับการรักษาช้าลง ถ้าเราใส่ใจคนไข้ไม่พอที่นั่งรอๆกันอยู่ เค้าอาจจะเป็น คนไข้ที่ความดันสูงมาก อยู่ก็ได้ แต่กลับกันถ้าเราเข้าถึงคนไข้ พวกมีอาการแบบเนี้ย เค้าก็จะได้พบหมอเร็วขึ้น ได้รับการดูแลเบื้องต้นก่อนไม่ต้องรอจนได้คิวตรวจ อย่าง บางคนเพิ่งออกจากรพ.นัดมา follow up เราก็ดูว่าก่อนกลับบ้านเค้ามมีปัญหา อะไร กลับบ้านไปแล้วเค้าเป็นไงบ้าง บางคนต้องปรับเปลี่ยน life style ด้วยอาการ หรือโรคที่เป็น การนอนรพ.ไม่ได้แปลว่าเค้าจะเปลี่ยนได้ อย่างบางคนน้ำตาลสูงมาก ตอน admit เราเห็นเค้าเขียนให้คำแนะนำไว้แล้วระดับผลเลือดก็ดีแล้วตอน discharge นัดมา follow up หลังออกจากรพ.โอ้ยน้ำตาลขึ้นอีกแล้ว เราก็ดูๆ ค่อยๆ ต้องถามซักกันให้ได้อะไร ยังไง สรุปลินยาไม่ครบ ญาติจัดยาผิดให้คนไข้ เราก็ดูๆ มา ค่อยๆ กับทีม กับแพทย์เจ้าของไข้ ให้คำแนะนำกับญาติกันไป”(ID2)

“สำหรับพี่นะ พี่เลือกจะทำงาน OPD ตั้งแต่สมัยเรียนเลยนะ คือรู้สึกที่พี่ ชอบตั้งแต่ตอนเราเรียนแล้วอะ การขึ้น ward มันเป็นอะไรRoutineสำหรับพี่มากอะ รับเวร แจกยา เช็ดตัว วัดไข้ ตาม order หมอ ตาม round หมอ เขียน nurse's note เสร็จแล้วส่งเวร กลับมาขึ้นเวร เจอคนไข้คนเดิม ทำแบบเดิมอีกแล้ว แต่งาน OPD สำหรับพี่มันทำทายนะ คือมันก็มี Flow การทำงานที่คล้ายจะ Routine อะ แต่ เชื่อกันว่ามันไม่ซ้ำกันเลยแต่ละวัน การแก้ปัญหาของเมื่อวานไม่สามารถนำมาใช้กับ

ปัญหาเดียวกันในวันนี้ได้ ทำงานแต่ละวันที่คาดเดาไม่ได้ว่ามันจะเกิดอะไรบ้าง จริงอยู่เรารู้ล่วงหน้าฟรังก์นี้มีคนไข้หนัก 80 คน เราพอจะวาดภาพคร่าวๆได้ว่า มี VIP เท่าไหร่ อัตรากำลังฟรังก์นี้เป็นยังไงบ้าง โอเค เรารู้ว่ามันพอดี เข้ามาอาจจะ Walk in 20 คน อาจมี Treatment เพียง หมออาจจะลาป่วยกะทันหัน ซึ่งในบทบาทพยาบาล เราต้องแก้ไขสถานการณ์มันให้ได้ ซึ่งมันต้องใช้ทักษะภาพเรา ทั้งประสบการณ์ที่เราใช้ในการแก้ปัญหา หรืออย่างคนไข้มาด้วยอาการเดียวกัน ปวดหัวมาเหมือนกัน การดูแลก็ต่างกัน ซึ่งพี่ว่ามันต้องอาศัยประสบการณ์ด้วยนะ คนนี้ปวดแบบนี้ให้นั่งรอได้ แต่คนนี้ pain score 8 BP ก็สูง อันนี้ต้องรีบตามหมอมาดูด่วนคือเราต้องมีความรู้ที่จะไปประเมินคนไข้ ต้องมั่นใจในการตัดสินใจ ถ้าเราช้าหรือประเมินพลาด นั่นหมายถึงเค้าได้รับการรักษาที่ช้าลงเพราะเรา ซึ่งบางทีมันก็คือหน้าที่ชีวิตของคนเหมือนกัน”(ID3)

“ตอนที่ขอย้ายมา OPD อะ คือเรารู้สึกขึ้นเวรไม่ไหว สุขภาพเราไม่แข็งแรง คิดว่า OPD มันไม่ต้องมีป้ายดึก น่าจะสบายๆ คนไข้ก็ไม่หนัก น่าจะทำงานสบายขึ้น แต่พอมาทำจริงๆอะ รู้เลยว่าคิดผิด เรายังไม่รู้จัก OPD จริง คือคิดแต่ว่าเวิร์ดมันเหนื่อย คนไข้อาการหนัก ลืมนึกไปว่ากว่าคนไข้พวกนั้นจะ Admit อยู่เวิร์ดได้ ก็ต้องผ่าน OPD ก่อน ที่ใครบอกว่า OPD มีแต่เคลสบายๆอะไม่จริงเลย จะหนักจะเบาก็ต้องผ่าน OPD หมด ขนาด Discharge จากเวิร์ดแล้วก็ต้องกลับมา Follow up ที่ OPD อยู่ดี จะดีกว่าอย่างเดียวคือไม่มีเวรดึก เพราะเดี๋ยวนี้ OPD ก็เปิดยาวถึงสี่ทุ่มละอีกนิดนึงก็จะเท่าเวรบาย อย่างอยู่เวิร์ดเราจะมีคนมาต่อเวรเรา เวลาเหลืองานที่ค้าง หรือตามเก็บไม่ได้ ยังมีคนมารับเวรต่อเรา แต่ OPD มันไม่มีอะ เราไม่เสริจก็ต้องเลทเวลาออกไป ยังกลับบ้านไม่ได้ จะให้ส่งเวรใครละ ก็ต้องเคลียร์ให้เสริจ”(ID4)

“งาน OPD มันเป็นอะไรที่หลากหลาย ยิ่งในรพ.เอกชนเนี่ยแยกแผนกกันยับเยนมาก ซึ่งถ้าคุณไม่มีความรู้ ไม่มีทักษะในงานพอ คุณจะทำงานยากมาก อย่างถ้า

คุณอยู่แผนกหัวใจคุณก็ต้องอ่าน EKG ได้ คุณอยู่แผนก Neuro คุณต้องรู้ว่าคนไข้รายนี้เป็น fast tack ของ Stroke คือเมื่อก่อนทุกคนจะบอกว่าอยากสบายให้ย้ายลง OPD แต่ตอนนี้มันไม่ใช่ ยิ่งเดี๋ยวนี้ก็ทำเป็น OPD เคสกันหมด อย่าง Gastroscopy เจ็ย ซึ่งคือภาระงานเราก็มีอยู่แล้ว ที่เราต้องดูคนไข้ OPD ทั่วไปที่นั่งรอตรวจอยู่ แล้วก็ต้องมาเพิ่มดูพวกเตรียมตัวก่อนส่องกล้อง เตรียม pre-op pre-med ไปพร้อมกัน คือ OPD มันไม่ได้มีพยาบาลเยอะขึ้นแรงแมยเลยนะ อย่างอยู่ ward อะ เวิร์นึ่งๆ มีเต็มทีก็แค่ 3 คนแล้วก็ไม่ได้ขึ้นแรงแมยเลยนะ ก็ลดหลั่นเวลากันไป บางทีอยู่คนเดียว ก็ต้องทำงาน OPD ข้างนอกไว้กับก็ต้อง Nurse aid ไปก่อน บางทีทำๆอยู่น้องมาเคาะเรียก พี่ๆ มีฉีดยารออยู่นะอะไรแบบเนี้ย ซึ่งจริงอยู่เราทำได้ทีละอย่าง แต่บางทีมันก็กดดันอะ เหมือนเกินกำลังเราไป รู้สึกงานมันก็ไม่ค่อยดี”(ID5)

“งาน OPD มันเป็นเรื่องที่หลากหลายอะ เรา รู้สึกว่าอยู่ตรงนี้เราได้พัฒนาตัวเอง ตลอดเวลา จริงอยู่ที่ OPD เอกชนจะแยกเป็นแต่ละแผนก เราอาจจะมีความรู้สึกแค่เฉพาะด้าน แต่เราเองก็ต้องรู้ให้จริง Update ข้อมูลตลอดเวลา Guideline อะไรใหม่ มีเครื่องมือใหม่มา เราก็ต้องพร้อมเรียนรู้ที่จะใช้งาน ต้องทำให้ได้ แปลผลเบื้องต้นได้ ไม่งั้นเราก็สื่อสารกับแพทย์ไม่ได้ ที่สำคัญคือเราก็จะไม่ทันคนไข้ ไม่ทันรพ.อื่น ในขณะที่เดียวกันเราก็ได้ความรู้ด้านอื่นๆ จากการดูแลคนไข้ไปด้วย คนไข้คนนึงมารพ.เค้าไม่ได้มาติดต่อเราแค่แผนกเดียว เค้าอาจจะเป็นคนไข้แผนกเบาหวาน ที่ต้องปรึกษาหมอไตไปด้วย เราเองก็ต้องครอบคลุมความรู้ไปด้วยเหมือนกัน เรา รู้สึกเราโชคดีอะ ได้อยู่ตรงนี้ได้รู้อะไรเยอะดี อีกอย่างรพ.ก็สนับสนุนให้เข้าสมาคมหรือชมรมพยาบาลที่เป็นโรคเฉพาะทางของเรา ได้ประสบการณ์จากหลากหลายรพ. เรา รู้สึกว่าถ้าเราไม่ได้อยู่ตรงนี้ ไม่ได้ทำงาน OPD เราจะได้มีโอกาสแบบนี้เลย”(ID6)

“ที่เลือกทำงานที่ OPD เพราะมันท้าทาย เราคาดหวังอะไรล่วงหน้าไม่ได้แน่นอน มันท้าทายสินะ บางคนมองว่างานสบาย เพราะเค้าไม่รู้จริงๆเราต้องเจออะ

เจออะไรบ้าง ถ้า ในแง่ของคนไข้ การดูแลที่เราต้องให้ในแต่ละรายไม่ซ้ำกันแล้ว อย่างคนนั้นมาด้วยเจ็บหน้าอก เราเป็นพยาบาลเราต้อง Assessment ให้ได้ว่า นี่คือ pain แบบไหน ต้องทำอะไรต่อหรือเปล่า บางคนเจ็บมาจากกล้ามเนื้อ บางคนเจ็บแบบอันตราย บางอย่างเพื่อความรวดเร็วในการดูแล คนไข้เราสามารถตัดสินใจทำไปก่อนได้ อย่างเค้ามามีเจ็บหน้าอก แล้วมีร้าวไปคอไปแขนซ้าย มีเหงื่อออก แน่นอึดอัด เหมือนมีอะไรมาทับ คือเป็นอาการของ Acute MI เราสามารถให้ออกซิเจนได้ก่อน ทำ EKG ได้ก่อนแล้วรีบ Notify แพทย์มาดูทันที ซึ่งมันต้องอาศัยการตัดสินใจของเรา ในขณะนั้น อย่างกรณีก็ต้องรีบส่ง CATH LAB ต่อมันเหมือนเราเป็นตัวแปร สำคัญที่ได้ช่วยชีวิตคนไข้ แล้วก็ชอบที่ลักษณะการทำงานมันแบบต้องเร็วอะ คือเราต้องทำงานแข่งกับเวลา เวลาของคนไข้คนไข้เอกชนอะเนอะ เค้ารอไม่ได้อยู่แล้ว แล้วก็ต้อง keep มาตรฐานการดูแลไปด้วย แล้วเคสก็เปลี่ยนตลอดเวลา งานมันก็จะจบไปแต่ละวัน ต่างกับ Ward ที่แบบอยู่นอนยาว บางทีเราลาพักร้อนไปกลับมา ยังนอนอยู่เลยแบบเนี่ย”(ID7)

“เมื่อก่อนอยู่ออร์ตจะเคื่องมากเวลามีรับใหม่แล้วส่งมาแบบไม่ทำ order อะไรมาให้เลย ก็แบบทำไม่ไม่ on lock ไม่เจาะเลือดขึ้นมา ตอนนี่เข้าใจละ (หัวเราะ) คือมันไม่มีเวลาจริงๆ OPD ที่นี่มันยุ่งได้ใจ แค่ส่งขึ้น Ward ได้ก็บุญละ คือเราไม่สามารถไปบอกใครได้ว่า ตอนนี่เรากำลังจะทำ Admit อยู่นะ ยังไม่ว่างอย่าเพิ่งสั่ง admit ใครเพิ่มอีกนะ คนไข้อย่าเพิ่ง walk in นะรอก่อน คนที่นั่งรอตรวจอย่ามีใครอาการกำเริบขึ้นมานะ ชั้นกำลังยุ่ง(หัวเราะ) นึกภาพออกไหมบางทีทุกอย่างมันก็มาพร้อมๆกัน เราทำงานมันเหมือนห้วงหน้าพะวงหลังตลอดเวลา รู้สึกทำได้ไม่ดีสักอย่าง เคยมีนะ หมอสั่ง Admit พร้อมกันเงี้ย พยาบาลทำ Admit กันหมด หมายถึงเรากำลังทิ้งคนไข้ที่เหลือนะ คือก่อนมาอยู่ก็ไม่มีใครคิดหรอกว่า OPD มันจะเหนื่อยขนาดนี้ ตีอย่างเดียวไม่ต้องขึ้นเวร”(ID8)



“งาน OPD มีแต่เวรเช้าก็จริง แต่ถ้างานเราไม่เสร็จเราก็ลงเวรไม่ได้ บางเวร คนไข้เยอะมาก แผนกปิดละคนไข้ยังไม่หมดเราก็ต้องอยู่ต่อให้จบ ถ้าอย่าง ward หมดเวรเช้า เค้าก็ยังมีป่วย มีตึกมาต่อเวร เค้าได้ทำงานแค่เวร 8 ชม.แน่ แต่เราบางที มาทำงานตั้งแต่เจ็ดโมง ทูมนิ่งยังไปไหนไม่ได้ ก็จะแซวกันนี่ สาวโรงงานรีปาวทำที่ 12 ชั่วโมง อยากรู้ที่บอกงาน OPD ที่เรา มันรับคนไข้ได้เรื่อยๆจะสาย ป่วย เย็น ค่ำ เค้าก็ มาได้ตลอดถึงเวรที่ต้องเป็น Night Clinic นะ พอใกล้สี่ทุ่มถ้ามีเคสมานะ ก็จะเริ่ม แซวกันแล้ว วันนี้จะเป็น OPD เสร็จเรียบร้อยนะ บางเวรอีกสิบนาที่ที่จะปิดแผนกแล้ว คนไข้ Walk in มา เราจะบอกเค้าแผนกจะปิดแล้วค่ะ ก็ไม่ได้เนอะ ทำได้แต่ยกมือไหว้ สวัสดีค่ะ วันนี้เป็นอะไรมาคะ”(ID9)

“คนที่อยู่ OPD ได้ต้องประมาณว่ามีบุคลิกที่กระฉับกระเฉง คล่องแคล่ว ด้วย เพราะงานมันจะต้องไวอยู่ตลอดเวลา เราไม่ได้มีคนที่ลึกลับเงี้ยวอย่าง ER ก็จริง แต่เพราะคนไข้ที่อาการไม่หนักเนี่ยแหละ เค้าจะมีแรงลุกว่าถามเราตลอดเวลา (หัวเราะ) จะมีสายตาท่กระตุ้นเราเสมอถ้าเค้ารู้สึกว่ารอนาน ในแผนกก็จะมีทั้งแพทย์ พยาบาล PN ผู้ช่วยแพทย์ แต่ไม่ว่าเกิดอะไรขึ้นศูนย์รับเรื่องจะเป็นพยาบาลอัตโนมัติเลย ทั้งจากคนไข้หรือในแผนก คือเวลาหน้างานเป็นความที่เราเป็นพยาบาลเนี่ย เค้าเรียกว่า ต้องเอาอยู่ทุกเรื่องทุกอย่าง มันก็ทำทนายเราตินะ มันไม่ใช่หลากหลายแค่ อาการคนไข้เนะ มันหลากหลายปัญหาด้วย ทั้งทาง Clinical แล้วก็ปัญหาต่างๆด้วย” (ID10)

“คนอื่นที่ไม่ได้มาอยู่จุดเนี่ย ก็มักจะมองว่า OPD จะมีอะไรยาก ไม่เห็นทำอะไรมาก หนักก็ส่งไป ER ถ้า Admit ก็ไป Ward แต่อยากจะบอกเหลือเกินว่าแค่จะมีพยาบาล OPD อยู่เกินสิบปีเนี่ยนับหัวได้เลย อย่างที่เองอยู่ตรงนี้มา 11 ปี บอกเลยว่างานที่ยาก ทำให้ตีไม่ใช่ง่าย พี่มองว่างาน OPD เป็นงานที่ทำทนายนะ แต่ละวันเราไม่รู้ต้องเจออะไรบ้าง อีกอย่างเรามีเวลาจะพูดคุย จะเจอกันแต่ละครั้งไม่นาน นานๆ

เจอกันที่ ทำยังไงจะจดจำเค้าได้ คนไข้ไม่ย่อกรอ หมอกก็ต้องตรวจเร็วและแม่นยำ ทำ  
 ยังไงที่เราจะใช้ช่วงเวลามาไม่นานที่เค้าเข้าคิวรอตรวจเนี่ย เราจะแก้ปัญหาให้เค้าตรง  
 จุด หรือบางคนเป็นโรคเรื้อรังต้องนัด follow up ทำยังไงให้เค้าคุมโรคเค้าได้ ทำ  
 ยังไงให้เค้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นได้ คือถ้าเราไม่มีองค์ความรู้ ไม่มี  
 ประสบการณ์ หรือไม่เข้าใจในงาน คุณจะมองไม่เห็นบทบาทของตัวเองเลย งานมัน  
 เลยเหมือนจะมี Routine แต่วิธีการทำงานไม่เคยซ้ำกันเลยซักวัน” (ID12)

## 1.2. เป็นด่านแรกของผู้ป่วยมาใช้บริการ พยาบาลจึงเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค

แผนกผู้ป่วยนอก เป็นหน่วยงานแรกที่ต้องรับผู้รับบริการทุกประเภท ทุกโรค เมื่อ  
 ผู้รับบริการมาติดต่อ จะต้องประเมินอาการเบื้องต้น ก่อนส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยโรคต่อไป พยาบาล  
 ผู้ป่วยนอกจึงเป็นผู้ดูแลกลุ่มแรกที่ใช้บริการ ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยได้  
 มากกว่ากลุ่มอื่นที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่อาจมีโรคติดต่อ โรคระบาดติดเชื้อ หรือมีอาการแต่ยังไม่แน่  
 ชัด โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้รับบริการทุกราย บางครั้งผู้ป่วยมาตรวจ  
 ด้วยโรคระบาด เช่น H1N1 ซึ่งควรได้รับการตรวจที่ Negative room ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
 แต่ผู้ป่วยมาที่แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลที่ทำงานแผนกผู้ป่วยนอกจึงเป็นผู้สัมผัสโรคคนแรก และต้อง  
 คอยลุ้นผลตรวจว่าผู้ป่วยเป็นโรค H1N1 หรือไม่ ผู้ป่วยบางรายมาด้วยอาการเป็นไข้หวัด กว่าที่จะรู้ว่า  
 ป่วยเป็น ไข้หวัดสายพันธุ์ A ก็ต่อเมื่อตรวจเสร็จแล้ว จึงให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยไว้ แต่พยาบาล  
 สัมผัสโรคไปก่อนหน้านี้แล้ว ลักษณะการทำงานดังกล่าวทำให้ผู้ให้ข้อมูลเปรียบเทียบการทำงานของ  
 พยาบาลผู้ป่วยนอกว่าเป็น “ทัพหน้า” ที่ต้องเผชิญกับผู้รับบริการทุกประเภทอย่างไม่สามารถ  
 หลีกเลี่ยงได้ ความเสี่ยงต่อการติดโรคจากผู้ป่วยมีความเป็นไปได้มากกว่าแผนกอื่นๆซึ่งรับผู้ป่วยไป  
 หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแล้ว ดังนั้นความเสี่ยงจึงตกอยู่ที่พยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกมาก  
 ที่สุด

“ที่นี่มีคนไข้มาทุกประเภท ไม่ว่าจะ เป็นไม่หนักหนา หรือเจ็บหนัก มาถึง  
 รพ.เราก็เป็นคนแรกที่ต้องไป Contract เค้า คือต้องดูแลตั้งแต่ยังไม่รู้คุณจะทำด้วย

โรคอะไร เราเหมือนเสียงก่อน เป็นทัพหน้า บุกลงไปก่อน เสียงก่อนตายก่อนอะ ให้รู้ว่าข้าศึกเป็นอะไร แล้วทัพหลังคือ หน่วยอื่นเตรียมรับมือได้ถูก คือคนไข้เค้าก็ไม่วรรอกว่าเจ็บเป็นอะไร มารพ.ก็เพื่อตรวจ เพื่อรักษา แต่นึกออกไหม กว่าจะรู้ว่าเป็นอะไร มันก็ต้องตรวจอยู่ที่ OPD เนี่ยแหละ ตอนนั้นเราต้องนะ รับคนไข้มาด้วยไอเป็นๆหายๆ 2 อาทิตย์ เสมหะเหนียว ไม่มีไข้ พอหมอตรวจเสร็จ ส่ง Chest X-ray ส่งเก็บ sputum ผล active TB นั่งอยู่กับเราเป็นนานสองนาน เรายังใจหายไป ตาตุ่ม กำลังห้องด้วยอะวิตกเป็นสองเท่า จริงอยู่มันไม่ได้ดีตรงขนาดนั้น แต่มันก็ไม่ได้แปลว่าจะไม่ติดเชื้อใหม่ละ ตอนนั้นแบบกังวลเพราะเราเป็นคน assessment เค้าด้วยใจ จนหัวหน้าต้องมาลอบว่าไม่เป็นไร ยาฟรี เดียวพี่ทำเรื่องให้”(ID1)

“ถ้าเปรียบโรงพยาบาลเป็นบ้านสักหลังแผนก OPD ก็เป็นเหมือนห้องรับแขกอะ ที่เปิดประตูก้าวเข้ามาก็ต้องมาที่เราก่อนด่านแรก จะมาติดต่ออะไรก็ต้องผ่านที่เรา จะป่วยมากต้องนอนรพ. หรือป่วยน้อยรับยากกลับบ้าน ก็ต้องผ่าน OPD ชัวร์ๆ แต่อย่าลืมนะว่าแขกที่มารพ.เนี่ยไม่สบายนะ ป่วยนะ จะเอาโรคอะไรมาฝากเราก็ไม่รู้ เพราะฉะนั้นอยู่ OPD ก็ต้องเป็นด่านหน้าที่รับทุกอย่างก่อนใครในรพ. เป็นด่านแรกที่ตั้งรับ แล้วที่จะส่งไปตรวจอาการของเค้า ซึ่งผ่านเราดูมาแล้วว่าต้องเสียงอะไร ควรป้องกันอะไร” (ID4)

“OPD มันเป็นหน่วยเปิด รองรับคนไข้ทุกอย่าง คนไข้ถึงไม่วิกฤต แต่เราก็ต้องดูแล อย่างใกล้ชิดเหมือนกัน คนไข้หนึ่งคนมาถึงจะด้วยอาการอะไรก็ตามเราก็ต้องเข้าไปชนก่อนใคร จะมาแบบว่า เฮ้ยดูแล้วเสียง ส่งไปที่อื่นเหอะ มันก็ทำไม่ได้หรอก อย่างตอนนั้นช่วงที่ H1N1 ระบาด คือกลุ่มนี้มันต้องตรวจที่ Negative room ที่ ER ใจ ตอนนั้นคือรพ.เค้าก็มี Flow มาแหละ ว่าต้องส่งที่ไหน ใครตรวจ แต่คนที่ เป็น First Contact คือ OPD ใจ พอเจอปุ๊บ ชักประวัติแล้วดูมีความเสี่ยง นี้แบบชั้นต้องเสียงขนาดนี้เลยหรือ ต้องมานั่งลุ้นผลตรวจคนไข้ ลุ้นตัวเองเป็นไรมั๊ยแบบเนี่ย ” (ID6)

“ด้วยความที่เราเป็นเหมือนที่แรกคนไข้จะมาติดต่อ คือถ้าเค้าไม่ได้มีอาการหนักจริงๆจนเรียกรถพยาบาล เค้าก็ไม่อยากจะผ่านไป ER คือไม่มีใครอย่างป่วยหนักหรอก บางทีมาด้วยใจสั่นวัดชีพจร 150 หมอใจไปดูอาการต่อ ER คนไข้ไม่ยอมไปก็มี มันเลยเป็นงานหนักก็จะเป็นที่ OPD ที่เราต้องรับทุกอย่าง ต้องเผชิญหน้ากับทุกอย่างก่อนใคร อย่างคน มาด้วยไข้ ปวดหัว ปวดเมื่อยตัว เราจะรู้ว่าเป็น Flu A ต่อเมื่อตรวจก่อน แต่เราทั้งเข้าไปวัดความดัน วัดไข้ ชักประวัติ จนพอได้ข้อมูลแล้วถึงให้คนไข้ใส่ Mask ป้องกันไว้ก่อน ที่เนี่ยคนอื่นก็จะเสียงติดน้อยลง เพราะคนที่เสียงสุดคือเราได้ฟลิซิปไปแล้ว แต่จะให้เจ้าหน้าที่มาใส่ Mask ป้องกัน ตลอดเวลาไม่ได้ คือบรรยากาศการทำงานก็จะดูป่วยตลอด”(ID8)

“บางครั้งรู้สึกเราเสี่ยงกว่าใคร ที่จะต้องรับเชื้อ รับความเจ็บป่วยที่คนไข้อาจจะมาติดต่อเราก็ได้ คืออย่างล่าสุดมี Ebola ใหม่ คือทุกคนก็ตื่นกลัว มีรายนิก ชักประวัติมาจากแอฟริกาแต่คนละฝั่งกับที่เค้าระบาด แต่มาด้วยไข้สูง เราก็ส่งเวรหมอ หมอก็กถามเลยมี Flow Ebola ที่เราออกมายัง เราก็ถาม IC พี่จะให้หนูทำไงคะ เค้าให้ส่งไปตรวจ Negative room ที่ ER เราก็โทรไปส่งเวร พาคนไข้ใส่ Mask ไปพอไปถึงจะส่งเวรเค้า ที่ ER เค้ารีบบอกเลย น้องช่วยหมอต่อยเลย ถ้าเป็นจริงๆ จะได้ติดเป็นคนๆไป คือตอนนั้นก็แอบคิดเนอะ สรุปลงถ้าเป็นไรขึ้นมา ชั้นเจอก่อน ต้องตายก่อนไข้ใหม่เนี่ย”(ID9)

## 2. บริการที่ให้ ต้องสร้างความประทับใจให้ผู้รับบริการ

โรงพยาบาลเอกชนเน้นการให้บริการที่เป็นเลิศ เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกประทับใจและกลับมาใช้บริการหรือเป็นลูกค้าประจำของโรงพยาบาล ดังนั้นบริการที่ให้ทุกอย่างต้องเป็นบริการที่เหนือความคาดหมาย และต้องสร้างความประทับใจให้กับผู้รับบริการตั้งแต่เข้ามาใช้บริการครั้งแรก ซึ่งแผนกผู้ป่วยนอกเป็นด่านแรกของผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการ ดังนั้นจึงมีหลายประเด็นที่ทำให้ผู้รับบริการประทับใจได้ ดังนี้ 2.1) ต้องการติดต่ออะไร บอกพยาบาลได้ พร้อมให้บริการ 2.2) ใส่ใจความ

ต้องการ ช่วยแก้สถานการณ์ให้คลี่คลาย 2.3) ใส่ใจเรื่องเล็กๆ แต่สร้างความประทับใจที่ยิ่งใหญ่ และ 2.4) ผู้รับบริการพิเศษ ดูแลอย่างดี ไม่ให้มีข้อผิดพลาด

## 2.1 ต้องการติดต่ออะไร บอกพยาบาลได้ พร้อมให้บริการ

เนื่องจากแผนกผู้ป่วยนอก เป็นแผนกที่รับผู้ป่วยระดับ 4-5 ส่วนผู้ป่วยระดับ 1-3 แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย สำหรับประเภทผู้ป่วยที่ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือหรือต้องได้รับการดูแลภายใน 10 นาที หรือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือมาตรวจตามนัด บางครั้งอาจมีผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินเข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและต้องมีการช่วยฟื้นคืนชีพในแผนกผู้ป่วยนอกได้เช่นกัน แต่ในภาวะปกติส่วนมากผู้ป่วยจะมาใช้บริการตรวจตามนัด หรือเข้ามาใช้บริการครั้งแรก เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย โรงพยาบาลจึงมีระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายที่มีข้อมูลผู้ป่วยเชื่อมโยงถึงกัน แม้ว่าผู้ป่วยจะลืมบัตรนัด หรือมาใช้บริการผิดแผนก เพียงแต่บอกชื่อ พยาบาลสามารถตรวจสอบข้อมูลได้ว่า ผู้ป่วยมีนัดกับแพทย์ใด เวลาเท่าไร ต้องตรวจอะไรก่อนพบแพทย์หรือไม่ ประเมินค่าใช้จ่ายประมาณเท่าไร หากผู้ป่วยโทรมาแจ้งล่วงหน้า พยาบาลสามารถลงทะเบียนให้ผู้ป่วยไปใช้บริการในหน่วยงานที่มีนัดได้ทันทีโดยไม่ต้องผ่านการลงทะเบียนอีกครั้งเมื่อมาถึงโรงพยาบาล แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยพิเศษ หรือ Super VIP ผู้ป่วยจะติดต่อผู้ตรวจการพยาบาล เพื่อแจ้งมาที่พยาบาลให้เตรียมบริการต่างๆ ไว้ เมื่อเห็นหน้าผู้ป่วย พยาบาลต้องรู้ทันทีว่าต้องให้บริการอะไรบ้าง พยาบาลรายหนึ่งกล่าวว่า “แบบสบตากันปั๊บ ต้องยิ้ม ไหว้ ทักทาย แล้วรู้เลยต้องทำอะไรต่อ...” นอกจากนี้ในการให้บริการผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการตรวจ หรือการทำหัตถการใดๆ เช่น ทำแผล ฉีดยา เจาะเลือด หรือ เอกซเรย์ พยาบาลต้องแจ้งหรือ ประเมินค่าใช้จ่ายคร่าวๆ ให้ผู้ป่วยรับทราบก่อนเสมอ เนื่องจากค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ผู้ป่วยจะได้ประเมินตนเองได้ว่า ควรจะรับบริการหรือไม่ อย่างไร

*“อย่างที่รู้กัน แผนก OPD จะกว้างขวางมาก แต่ละแผนกก็จะแบ่งออกตามความเป็นเฉพาะทางของแต่ละด้าน ซึ่งมีเยอะมาก มีทั้ง OPD สูตินรีเวช OPD คัลยกรรม OPD ตับและทางเดินอาหาร OPD ศูนย์หัวใจ เป็นต้น เรียกว่าไม่มีคนใช้คนไหนไม่ผ่านแผนก OPD ก็ว่าได้ แต่ทุกแผนกก็จะมีภาพรวมในการทำงานที่ไปใน*

ทิศทางเดียวกัน คืออย่างคนไข้มาติดต่อ หลังจากแจ้งชื่อ register แล้ว พยาบาลก็จะต้อง Assessment คนไข้ ที่นี้เราใช้เกณฑ์ของ triage ก็จะซักประวัติ ประเมิน Vital sign สอบถามอาการ ประเมิน Pain ถ้าประเมินแล้วอยู่ใน level ที่ต้องส่งต่อไป ER เราก็จะส่งต่อผู้ป่วยไป หรือถ้าไม่ฉุกเฉินสามารถรอตรวจที่ OPD เราได้ หรือบางรายอาการไม่ได้ฉุกเฉินแต่จำเป็นต้องพบแพทย์ทันที พยาบาลก็จะรายงานแพทย์ เพื่อได้รับการตรวจก่อน พบแพทย์แล้วก็อาจจะมีส่งต่อเพื่อรับการตรวจเพิ่มเติม เช่น ส่งเจาะเลือด ตรวจเอกซเรย์เพิ่ม หรือต้อง Treatment ฉีดยา ทำแผล ให้ IV ที่สำคัญก่อนจะส่งทำอะไรก็ตามเรา ควรแจ้งหรือประเมินราคาให้คนไข้ก่อน ยิ่งถ้าจำเป็นต้องนอน โรงพยาบาล หรือ Plan จะทำหัตถการอะไรก็ตาม ยิ่งต้องมีการประเมินราคาให้คนไข้ก่อน คือ ด้วยความเป็นโรงพยาบาลเอกชน ค่าใช้จ่ายมันก็จะค่อนข้างสูงไปจนถึงสูงมาก การที่เราแจ้งก่อนมันก็ดีทั้งกลับตัวเรา และคนไข้”(ID1)

“แต่ละแผนกจะสามารถเป็นเหมือนเวรระเบียบ ที่สามารถลงทะเบียนคนไข้ได้เลย คือ อย่างคนไข้มีนัดในระบบล่วงหน้าไว้แล้วอย่างเนี่ย เช่นวันนี้คุณมีนัดตรวจแผนก Pulmonary ไว้ มีตรวจ Chest X-ray ก่อนพบแพทย์ ข้อมูลคุณก็จะอยู่ในระบบ orderที่จะตรวจวันนี้มีอะไรบ้างก็จะถูกKeyไว้ล่วงหน้า ทำให้เมื่อคุณมาถึงรพ. คุณไม่จำเป็นต้องเดินไปติดต่อที่แผนกPulmonaryก่อนก็ได้ คุณจะแจ้งชื่อติดต่อที่แผนกอายุรกรรม เพื่อให้เค้าRegisterในระบบผ่านการ Assessment ที่ตรงนั้นได้เลย เพื่อไปตรวจ Chest X-ray ก่อนแล้วค่อยมารอพบแพทย์ รอฟังผลตรวจที่แผนก Pulmonary ที่นัดไว้ก็ได้ คือจะเห็นว่าระบบถูกสร้างมาอำนวยความสะดวกคนไข้ ลดขั้นตอนต่างๆลง ขณะเดียวกันก็ต้องดูแลคนไข้ให้ได้รับความปลอดภัยเมื่อมารพ.ด้วยคือถึงแม้คนไข้จะสามารถไปแจ้งชื่อที่จุดไหนก็ได้ แต่ในแต่ละแผนกเองก็จะพร้อมที่ประเมินเบื้องต้นคนไข้ทุกรายที่มาติดต่อได้ โดยแผนกที่นัดก็จะเห็นการ register คนไข้ การassessment ในระบบได้ถึงคนไข้ยังไม่ไปติดต่อ” (ID2)

“ งาน OPD ทั่วไปอะ มันก็คือ แจ้งชื่อ ดูว่านัดแพทย์ไหน ส่งตรวจ ฟังผล พบแพทย์ รับยา แล้วก็กลับบ้านใช่ปะ แต่สำหรับที่นี้มันไม่ใช่เงิ มันมากกว่านั้นเงิ อย่างการ Register ที่นี้เนี่ยนะ ในคนไข้ที่มาพบแพทย์ตามวันนัด คนไข้เค้าอาจจะถือ หรือไม่ถือบัตรนัดมาก็ได้ เราก็อ่าเค้าไม่ได้เพราะระบบของเรามันต้องตอบจอทย์เค้า คือเมื่อไหร่ที่แจ้งชื่อ เราก็สามารถแจ้งเค้าได้ทันทีนะว่านัดแพทย์ไหนบ้าง ก็ท่าน ก็โมงบ้าง ต้องตรวจอะไรก่อนบ้าง ประมาณเท่าไร อันนี้คือแบบเบสิกนะ แต่สำหรับ บางคนเค้าจะพิเศษขึ้นมาอีกหน่อยคือโทรมาก่อน ให้ Register ไว้ก่อน ส่ง Visit Slip ไปรอเค้าเลยที่แผนกเจาะเลือด คือมาถึงเค้าจะไม่ผ่านชั้นตอนนี้แล้ว สะดวกคนไข้ ขึ้นมาอีกนิด สามารถตรงไปห้องเจาะเลือด ไปตรวจเอกซเรย์อะไรของเค้าก่อนได้เลย แล้วค่อยมานั่งรอพบแพทย์ หรือถ้า VIP หลายๆก็มีแจ้งผู้ตรวจการมาแจ้งล่วงหน้า เตรียมการกันไว้ก่อนเลย แบบสบตากันปั๊บ ต้องยิ้ม ไหว้ ทักทาย แล้วรู้เลยต้องทำอะไร ต่อ” (ID4)

“คือไม่ใช่ว่าเราดูแลแรกจับแล้วจะจบ บางคนเราก็ต้องประเมินซ้ำ ต้องระวัง เผื่อเค้ามี อาการเปลี่ยนแปลง คือเราก็ต้องป้องกันความเสี่ยงที่มันจะเกิดได้เหมือนกัน อย่าง OPD เนี่ย จะต้องประเมินซ้ำทุก 2 ชั่วโมง หรือบ่อยกว่านั้นตามอาการ จะเล่า ให้ฟังว่า มีเคลงหลังล้างไต มารอพบแพทย์ก่อนกลับบ้าน พอตรวจเสร็จนั่งรอบัตร นัดแล้วอยู่ๆหงายหลัง ตาค้าง หหมดสติไปเลย ต้องเพจ CPR ในหน่วยอะ คือมันสอน ให้เรารู้ว่า อะไรมันก็เกิดขึ้นได้ คนที่เค้ารอก็คือคนป่วย เค้ามีโอกาสเปลี่ยนแปลง อาการตลอดเวลา เราต้องทำหน้าที่เราให้เต็มที่ อยู่กับเราก็ดูแลให้ออกจากเราไป อย่างปลอดภัย...อย่างพวกที่มี Treatment ที่ต้องให้ เช่นให้ยา ต้อง Monitor อาการต่อหลังให้ยา ยังปวดอยู่ไหม ปวดลดลงหรือเปล่า ซึ่งพี่มองว่าบทบาทเราตรงนี้ มันสำคัญ การที่ละเอียดตรงจุดนี้ คนที่ได้แย่งก็คือคนไข้ พอมันเกิดอะไรขึ้นมาเค้า ทบทวนเคลงขึ้นมา เป็นเราที่ละเอียด มันจะเสียทั้งองค์กร”(ID4)

“OPD ที่นี่ คือเป็นเอกชนขั้นตอนหลายๆอย่างก็จะถูกรวบรวมลงเพื่อให้คนไข้  
 คุ้มค่าใช้เวลาในรพ.ให้น้อยที่สุด ขณะเดียวกันก็ต้องได้รับบริการที่ดีที่สุดด้วย ถ้าเป็น  
 รัฐบาลเค้าจะต้อง ถือบัตรนัดมาแจ้งชื่อวัดมาความดัน ต้องมาจองคิวกันแต่เช้ามีดี พอ  
 ลักส์ไม่ยุ่งเหยิงเค้าก็ทยอยตรวจกันเสร็จแล้ว หมดเวลาก็ส่งไป ER แต่อย่างเอกชนอะ  
 คือคุณมาเถอะ จะตอนไหนเวลาไหนก็ได้ ยิ่งตอนนี้ขยายเวลา OPD บางแผนกไปถึงสี่  
 หุ่มน้อยอะ คือเราพร้อมรับตลอดเวลา บางคนเป็นคนไข้ประจำ สามารถโทรเข้ามา  
 แจ้งชื่อก่อน พอตัวมาถึงก็สามารถเดินไปเอกซเรย์ ไปเจาะเลือด เพราะทุกอย่าง  
 เตรียมไว้ล่วงหน้าแล้ว พยาบาล OPD ก็จะมีหน้าที่สำคัญในส่วนของการรับคนไข้เพื่อ  
 ประเมินคนไข้ คือคัดกรองนั้นแหละ ก็ซักประวัติ สอบถามอาการ วัดสัญญาณชีพ  
 ประเมิน Pain ประเมิน Fall ใช้เกณฑ์ตาม triage จากนั้นก็ให้การพยาบาลตาม  
 อาการของคนไข้ ถ้ามีอาการก็แจ้งแพทย์ก่อนเมื่อต้องมี treatment ที่ต้องทำ อย่าง  
 เจาะเลือด on lock ให้ยา ก็จะเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลด้วย คือจริงๆ  
 แม้กระทั่งงานของผู้ช่วย หรือเทคนิคเขียนในแผนกเราก็เป็นความรับผิดชอบของเรา  
 ทั้งหมดแหละ” (ID7)

“เวลาคนไข้เค้ามาติดต่อที่เรา บางที Criteria ก็เป็นกลุ่มที่ต้องไป ER แต่พอ  
 เค้ามาที่เราแล้ว เราก็ต้องดูเบื้องต้นไปก่อน อย่างเค้ามาด้วยจุดแน่น อาเจียน อึดอัด  
 หน้าท้อง มาติดต่อที่แผนกทางเดินอาหาร คือซักประวัติไปมา มันก็ชัดขึ้นเรื่อยๆว่า  
 เป็นทาง Cardio ยิ่งถามยิ่งดูกระสับกระส่าย อึดอัด เหงื่อออก เราก็รีบโทรถามแผนก  
 หัวใจ เค้าก็บอกรีบให้ออกซิเจนแล้วนั่งรถนั่งไป ER ด่วน คืออย่างเคสแบบคนเนี้ย  
 หลักเลยเราต้องประเมินอาการเบื้องต้นให้ได้ ก่อน เราต้องประเมินได้ว่าเราต้องส่งต่อ  
 ยังไง ต้องทำอะไรให้บ้าง ถึงแม้จะไม่ใช่เคส OPD ก็เถอะ”(ID8)



## 2.2.ใส่ใจความต้องการ ช่วยแก้สถานการณ์ให้คลี่คลาย

ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน คือ ความสะดวก บริการที่รวดเร็ว ไม่ต้องการการรอคอย ซึ่งการรอคอยนี้อาจหมายถึง การพลาดโอกาสในการเจรจาธุรกิจ การประชุมสำคัญได้ ดังนั้นพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการที่อยู่ประจำในหน่วยงาน ต้องจัดการปัญหาเรื่อง การรอคอย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการแก้ไขสถานการณ์จึงมีความแตกต่างกัน บางรายพยาบาลอาจให้ผู้ป่วยไปจัดการธุรกิจให้เรียบร้อยก่อนแล้วกลับมาใช้บริการการตรวจรักษาจากแพทย์อีกครั้งหนึ่ง บางรายอาจต้องการเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการติดต่อธุรกิจ ซึ่งพยาบาลจะให้รหัสการเข้า Wifi แก่ผู้ป่วย บางรายอาจให้ไปรับประทานอาหาร ดื่มน้ำกาแฟ ที่ร้านอาหารได้ เมื่อแพทย์ลงตรวจ พยาบาลจะโทรศัพท์แจ้งให้ทราบอีกครั้งหนึ่ง บางรายที่นั่งคอยหน้าห้องตรวจ พยาบาลต้องให้ข้อมูลเรื่องระยะรอคอย เช่น ขณะนี้รอคอยอะไร ใช้เวลาเท่าไร หรือผู้ป่วยเป็นคนที่เท่าไร เพื่อให้ผู้ป่วยมีข้อมูลในการตัดสินใจว่าจะรอที่หน้าห้องตรวจ ดูรายการทีวี หรือไปทำธุระอื่นก่อน นอกจากนี้โรงพยาบาลมีการจัดพื้นที่เป็นลักษณะห้างสรรพสินค้าขนาดเล็ก ที่มีทั้งร้านอาหาร ร้านหนังสือ ร้านขายขนม เบเกอรี่ ร้านกาแฟ และ 7-11 ไว้ให้ผู้ป่วยได้เดินผ่อนคลาย ห้องโถงระหว่างแผนกผู้ป่วยนอก มีการเล่นเปียโนเบาๆสร้างบรรยากาศสบายๆ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความสุข ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการรอ แต่ต้องการพบแพทย์ทันที พยาบาลแจ้งข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบว่า แพทย์ติดภารกิจดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติของชีวิตในแผนกผู้ป่วยใน ทำให้ไม่สามารถลงมาตรวจผู้ป่วยตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกได้ แม้ว่าจะอธิบายแล้วแต่ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจ คิดว่าเรื่องของตนเองเช่นผู้ป่วยอื่นๆเหมือนกัน บางรายไม่ต้องการรอ เมื่อมาถึงโรงพยาบาลก็อยากได้รับบริการตรวจรักษาเลย ซึ่งพยาบาลไม่สามารถให้ผู้ป่วยดังกล่าวแข่งคิวผู้ป่วยอื่นๆที่รอคอยการตรวจของแพทย์เหมือนกันได้ ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พอใจ อาจตะโกนต่อว่า ใช้งานาชมชู้ หรือแสดงพฤติกรรมไม่สุภาพ แต่พยาบาลต้องใช้สติ สงบนิ่ง หลีกเลี่ยงการปะทะอารมณ์ เพื่อไม่ต้องการให้เรื่องบานปลาย แม้ในใจจะรู้สึกว่าการรอคอยที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความผิดของตน แต่เป็นสถานการณ์ที่เหนือการควบคุมของพยาบาล พยาบาลบางราย กล่าวว่า ตนเหมือนกระโถนท้องพระโรง ไม่ว่าผู้รับบริการจะไม่พอใจเรื่องใดๆ ผู้รับบริการก็จะมาบ่น หรือโวยวายกับพยาบาล สิ่งที่พยาบาลทำได้ คือ การขอโทษผู้รับบริการแล้วจึงอธิบายเหตุผลให้ฟัง บางคนก็เข้าใจ บางคนก็ไม่สนใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยโวยวาย อาจแก้ไขโดยเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยตรวจกับแพทย์อื่น หากผู้ป่วยต้องการ ปัญหาจะคลี่คลายลง

สำหรับผู้ป่วยที่รอนานๆ หรือผู้ป่วยที่มีอาการปวด ได้รับยา หรือได้รับหัตถการต่างๆ พยาบาลจะมีการประเมินซ้ำในระหว่างรอตรวจ เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป

“พอคนไข้เค้ามารอตรวจแพทย์เนี่ย เรื่อง waiting time มันเป็นเรื่องใหญ่ นะในเอกซเอะ คือคนที่เค้ามานั่งรอตรวจ ที่เค้าเสียเวลาที่ได้ตรวจไม่ตรงนัดอะ เวลา เค้าอาจจะเงินเป็นทองจริงๆ อะ มันอาจจะทำให้เค้าไปประชุมไม่ทัน พลาดนัด คุยงานสำคัญไป มันอาจทำให้เค้าต้องเสียหายหลายแสนหน้าที่เราระหว่างรอเราจะ ช่วยอะไรเค้าได้บ้าง อย่างเช่น นั่งรออยู่เค้าอาจต้องการใช้สัญญาณ Internet เราก็ ต้องให้ password wifi ให้เค้านั่งทำงานใน ระหว่างอยู่รพ.ได้ ให้เค้าออกไปประชุม ก่อน ออกไปธุระก่อน ถ้ามความสะดวกประชุมเสร็จก็โหมง เค้ามาอีกได้ก็โหมง ค่อยจัด เวลาให้กลับมาพบแพทย์ อันนี้คือต้องบริหารจัดการให้ไง มันดูไม่ ค่อย เป็น งาน พยาบาลอะนะ แต่มันเป็นส่วนหนึ่งในงานที่เราต้องรับผิดชอบ แล้วจัดการให้ ได้อะ”(ID1)

“พอเราประเมินแรกรับแล้วเนี่ย หลังจากส่งไปตรวจนู่นนี่ตามนัดเสร็จแล้ว ก็จะมาเจอพบแพทย์ต่อ เราก็ต้องให้ข้อมูลเค้าเหมือนกัน เช่นรอผลเลือดนะคะ ประมาณ 50 นาทีนะหลัง ตรวจเสร็จนะคะ ผลเอกซเรย์รออีกประมาณ 40 นาทีนะ คะ มีคิวก่อนหน้าเค้าก็คิวกะไรแบบเนี่ย หรือแม้กระทั่งหมอกก็ตาม เราก็ต้องประสาน เหมือนกันว่าตอนนี้ะอาจารย์ คนไข้มารอเท่านี้แล้วนะ จะลงตรวจได้หรือยัง อีก นานมัยๆ เพื่อให้นั่งรออย่างสบายใจมีข้อมูลว่าเค้ารออะไรอยู่ถึงขั้นตอนไหนแล้ว บางที เราก็ต้องดูเหมือนกันนะ ถ้ามันใช้เวลารอนานเราประเมินเค้าแล้ว เค้าฉุกเฉินไม่ได้มี อาการเร่งด่วนอะไร ก็ให้ไปทานข้าว ไปนั่งรอที่ร้านกาแฟก่อนก็ได้ บอกถึงคิวแล้วเรา โทรตามอะไรแบบเนี่ย ดีกว่ามานั่งรอกดดันเราด้วย”(ID2)

“บางทีก็รู้สึกเหมือนเป็น กระโถนท้องพระโรง คือทุกอย่างมารวมที่พยาบาล อย่างเดียว ต้องรองรับทุกสิ่งอย่าง ต้องแก้ปัญหาสารพัดอะ หมอมาตรวจซ้ำก็บอก

พยาบาล นั่งรอตรวจนานก็พยาบาลต้องแก้ไข นั่งรอที่การเงินนาน ไม่เห็นเรียกรับยา  
 เลยสักที ก็ยังเดินกลับมาถามที่เคาน์เตอร์พยาบาล บางอย่างไม่เห็นเกี่ยวกับเรา  
 เลยอะ ถ้าคิดในแง่ดีก็ต้องบอกว่าอะไรๆเค้า คิดถึงเราอันดับแรก แสดงว่าเค้าว่าเรา  
 หวังว่าจะช่วยเค้าได้ แต่บางทีมันอดคิดไม่ได้อะคือเรียกแต่เราไปทุกสิ่งอย่าง บางทีฉีด  
 ยายังไม่ทันเสร็จ น้องผู้ช่วยมาเคาะประตูละ พี่ๆคนไข้เค้าจะ คอมเพลน เรื่องรอฉีด  
 ยานาน อ้าว! ก็กำลังฉีดอีกคนอยู่นี่ไงคะ”(ID3)

“คือความลำบากของงาน OPD คือบางครั้งบางคราวเราก็คอนโทรลไม่ได้  
 เนอะ จากหลายๆปัจจัยจากแพทย์ จากผลตรวจได้ช้า จากระบบคอมพิวเตอร์ล่ม มี  
 คนไข้ฉุกเฉินเข้ามา แต่หน้าที่เราก็คือไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นแล้วแต่ต้องคอนโทรลสิ่งที่  
 เกิดขึ้นให้ได้ด้วยดี อย่างได้ตรวจไม่ตรงตามเวลานัดแล้วคนไข้เค้าไม่พึงพอใจ เราต้อง  
 อธิบายได้ว่าจากอะไร เพราะอะไร ทำไมช้ากว่าเวลา แต่มันไม่ได้หมายความว่าเค้าจะ  
 เข้าใจเรา เคยมีนะครั้งหนึ่งคนไข้รอตรวจนานมาก เพราะหมอเค้ามีเคส emergency  
 อยู่ ยังลงตรวจ OPD ไม่ได้ คือเข้าใจมั๊ยฝั่งโน้นเค้าก็กำลังยื้อชีวิตกันอยู่ ฝั่งเราก็นั่งรอ  
 มานาน สถานการณ์แบบนี้เราก็ต้องบอกความจริงกับเค้าเนอะ ว่าเกิดอะไรขึ้น แต่ก็  
 นั้นแหละ อย่างที่บอกว่าแจ้งแล้วมันใช้ว่าจะจบ สรุปลูกคนไข้เดินมาชี้หน้า โวยวายกับ  
 เรา จะเข้าตรวจเดี๋ยวนี้ ตามหมอมาเดี๋ยวนี้นะ แล้วก็หุบเคาเตอร์พยาบาลใส่เรา เราก็  
 ต้องขอโทษขอโพย อธิบายกันไป แต่ในใจก็แอบคิดเนอะ เราผิดอะไรเนี่ย ไม่ได้เอา  
 หมอไปช้อนนะ หมอไปทำงานนะ ด่าเราทำไมเนี่ย แต่สิ่งหนึ่งที่เราต้องทำคือควบคุม  
 ให้ได้ เพราะนอกจากคนไข้รายนั้นแล้ว คนอื่นๆที่นั่งรออยู่จะทำยังไง เราก็ต้องส่ง  
 น้องไปดูแลคนไข้รายอื่นๆในเหตุการณ์ด้วย คนอื่นเค้าอาจจะตกใจ หรือไม่ก็ลูกมาโวย  
 เราอีกคน”(ID4)

“คนไข้บางคนก็มากับญาติแบบลี้ห้ำคนเลยอะ มานั่งรอตรวจ เอาละเดี๋ยวลูก  
 ลูกมาถามผลตรวจ เดี่ยวมาถามคิวตรวจ เดี่ยวมาถามผลเลือด เดี่ยวให้อธิบายยา คือ

มาด้วยกันนะแต่ต่างคนต่างถาม ด้วยคำถามเดียวกัน แต่ต่างเวลาทั้งๆที่นั่งอยู่ด้วยกันนะ เราก็ได้แต่แอบคิดขอเราทำงานได้ไหม ทำไมไม่คุยกันคะ ถามเหมือนกันเลยเนี่ย บางทีสำหรับเราก็รู้สึกว่เสียเวลาเนอะ ต้องพูดซ้ำๆเรื่องเดิม ให้เราเอาเวลาไปดูคนใช้ดีกว่ามั้ย”(ID5)

“ก่อนเจอหมอ คือการที่คนไข้เค้านั่งรออยู่ เรามองว่านี่คือความดูแลและความ รับผิดชอบของเราเต็มๆ พุดง่าย ๆ บางคนนั่งรอตรวจนานกว่าเข้าไปตรวจกับหมออีก คืออยู่กับ เรามากกว่าหมออีก หน้าที่เราคือทำยังไงให้รอตรวจอย่างปลอดภัย ไม่มีอาการเปลี่ยนหรือแย่ ลงในตอนที่รอตรวจ นั่นคือเราต้องประเมินซ้ำ ยิ่งในรายที่เราประเมินแรกรับแล้วมองว่าเสี่ยง ขณะเดียวกันก็ต้องทำอย่างอื่นด้วย อย่างตามLab ตามผลตรวจ เพื่อที่จะได้พบแพทย์ตามเวลา คือพวกตามผลเนี่ยอันนี้ เราช่วยพวกน้องผู้ช่วยเค้าทำ เพื่อจะได้ช่วยให้ Flowมันเร็วขึ้น แล้วอย่างมีพวกผลที่เป็นค่าวิกฤต ผิดปกติมาก ๆ เราจะได้รับรายงานแพทย์แก้ไขทันที บางคนเค้ารอนาน ๆ ก็ต้องบอกเค้านิดนึงว่าตอนนี้รออะไร อีกรักคือ ซึ่งที่เอกชนเป็นแบบเนี่ย จะไม่ปล่อยให้เค้านั่งรอมองหน้าห้องตรวจแบบเรื่อย ๆ ระหว่างรอมีเปิดทีวีให้ดู มีส่วนของพลาซ่าข้างล่างให้ไปเดินเล่น นั่งรอร้านอาหาร มีเปียโนมาเล่นให้ฟังแบบเนี่ย คือถ้ารอก็ต้องให้รออย่างมีความสุข...อย่างทีบอกด้วยความที่เค้าเลือกมารพ.เอกชน เพราะต้องการความรวดเร็ว มาตรวจ ก็คาดหวังว่าจะไม่ต้องคอยนาน ไม่เสียเวลา มาก แต่บางครั้ง มันก็มีบ้างที่มีเหตุการณ์ ที่ต้องรอนานเป็นพิเศษ อย่างหมอกำลังตรวจอยู่แล้วโดนตามจากบอร์ดต้องรีบขึ้นไปดู ตรวจอยู่ในเคาก็รีบจำเป็นต้องไป ส่วนข้างนอกคนไข้ก็เร่งถึงคิวหรือยัง ชั้นมีธุระต่อนะ เราก็ตอบเดียวต่อจากในห้องแล้วนะคะ ปรากฏพอประตูห้องตรวจเปิดหมอเดินออกมาก่อนคนไข้ในห้องอีกแล้วเดินผ่านเราไปเลย น้องผู้ช่วยวิ่งตามมาบอก พี่อาจารย์ขอขึ้นไปข้างบนก่อน คนไข้ก็หันมามองเราละ เพิ่งบอกตะกี้ว่าคนต่อไป คือเราจะทำยังไงได้เนี่ยด้วยสถานการณ์แบบนี้เราก็ได้แต่ขอโทษเค้าไปก่อน แต่ก็ต้องอธิบายให้ฟังว่าหมอไปไหน มันจำเป็นยังไงบ้าง คนเข้าใจเราก็ตีใจอะ แต่คนไข้บางคนไม่เข้าใจ ชั้นนัดเวลานี้ มาตรงเวลา พวกคุณนะซ้ำ ทำให้เค้า

เสียเวลาแล้วจะนัดเวลาทำไม ได้ยินอะไรแบบนี้เราก็เสียความรู้สึกอะ แต่ก็ต้องพยายามเข้าใจในมุมของเค้านะ วันนี้เค้าอาจจะกลางานมา มีธุระต้องไปต่อ เสียเวลา งานมาหาหมออะไรแบบนี้”(ID7)

“เจอบ่อยเวลาที่โดนเหวี่ยงใส่ แบบเราไม่ได้ผิดอะไรแบบนี้ ที่คำถามฮิต ก็คือ “รอ อีกนานไหม” เจอบ่อยก็คือรอตรวจนาน บางทีหมอเค้าต้องดูทั้ง OPD ทั้ง IPD ไปด้วย อย่งตรวจๆอยู่โดนตามไป ICU อย่างเงี้ย เราก็เข้าใจว่าข้างบนเค้าตาม เพราะฉุกเฉิน หมอขึ้นไป เพราะคนไข้อาการไม่ดี แต่คนไข้บางคนก็จะรู้สึกประมาณว่า คุณรู้ได้ไงของผมด่วนน้อยกว่า คือเราก็พยายามอธิบายว่าที่หมอต้องขึ้นไปมันจำเป็นยังไง คือถ้าคนที่เค้าไม่พอใจในสถานการณ์แบบนี้ ไม่รับฟัง ก็เตรียมรับมือได้เลยเดี๋ยวละเหวี่ยงมาอีกเรื่อยๆจนกว่าจะได้ตรวจอะ คือเราต้องมีสติ แล้วก็ต้องควบคุมอารมณ์ให้อยู่ ถ้าผลออกไปมีอาการ ต่อปากต่อคำไป มันก็ไม่จบ...บางคนมีอาการอยู่เหมือนกันแต่ถ้าเทียบกับเคสที่ตามไปก็เร่งด่วนน้อยกว่าเยอะ เราก็ต้องมีทางเลือกให้เค้าอย่างให้หมอต่านอื่นช่วยดูแลให้ก่อนไหมคะ คือไม่ใช่ให้เค้ารอ โดยที่เราไม่ได้ดูแล ไม่มีทางเลือกอื่นให้เลย”(ID8)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

“บางทีหมออะเค้าต้องดูทั้งคนไข้ OPD ทั้ง IPD ไปด้วย ช่วงเวลาที่ OPD ว่างเค้าก็จะรีบขึ้นไป round ward แล้วในช่วงจังหวะนั้นมีเคส OPD มารอ เราก็ต้องแจ้งไข้มัย เพื่อตามเค้ามาตรวจ บางทีตามครั้งที่ 1 ยังไม่มา ลักพักก็ต้องตามครั้งที่ 2 ก็ยังไม่มา คนไข้เค้าก็รอนานแล้วอะ นั่งจ้องเราแล้ว เริ่มไม่พอใจ พอตามอีก โดนหมอเหวี่ยงละ หมอรู้แล้ว บอกหมอครั้งที่ 3 แล้วก็ตัดสายเลย พอลงมาเท่านั้นแหละระเบิดใส่เราจะตามหมอทำไมหนักหนา หมอรับทราบแล้ว มาโมโหใส่เรา หงุดหงิดใส่เรา คือด้วยมารยาทเราจะโต้ตอบอะไรก็ไม่ควรอยู่แล้ว ก็ตรงอดทนอะ ถึงเราจะรู้สึกโมโหเหมือนกัน แต่ก็อดคิดไม่ได้ ถ้าไม่ตามคนไข้ก็ถาม พอตามก็โดนหมอเหวี่ยง นี่ขั้นผิดตรงไหนก็ไม่รู้”(ID10)

“บางคนเค้าแสดงอาการใส่เราแบบชัดเจนเลยว่า ไม่พอใจ หงุดหงิดใส่ อันนี้ โดนจน ชิน เวลาเค้ารอนานๆ แต่ที่รู้สึกแยะ คือพวกที่ใช้คำพูดข่มขู่กับเรา อย่างผม จะฟ้องผู้บริหาร พวกคุณมันห่วย พวกคุณทำงานแยะ คือได้ยีนแล้วห้ออะ แคร่รอนานเอง พุดเหมือนเราทำญาติเค้าตายอะ...บางทีมาตรวจหลายๆหมอ ผ่านมาหลายเคาน์เตอร์ มาตั้งแต่เช้า พอถึงที่เราต้องรออีก พอเราแจ้งคิวเค้าก็เริ่มหงุดหงิด คุณรู้มั๊ย ผมมาแต่เช้า จะให้ผมรออีกนานแค่ไหน คือ บางทีก็ต้องใจเย็นอธิบาย เข้าใจบ้างไม่เข้าใจบ้างก็ต้องบอกข้อมูลเค้าไปก่อน บางคนมาถึงบอกเราเลยวันนี้ขอเข้าเลยได้ไหม ไม่อยากรอ เราก็ต้องนึกถึงว่าคนไข้คนอื่นๆนั่งรออยู่ จะตอบอะไรก็ต้องระวัง คำพูดไม่จ้านงานเข้า บางทีก็ต้องใช้ตัวช่วยแบบมีคิวตรวจก่อนหน้านะคะ เนี่ย คุณยายท่านนี้ เป็นคิวก่อนหน้าคุณผู้ชายนะคะ คือเค้าแสดงอาการแบบเนี่ยเค้าคงไม่เกรงใจเรา เกรงใจคนไข้ด้วยกันก็ยังมี”(ID11)

“ปัญหาของ OPD คือ waiting time เป็น KPI ของทุกแผนกแหละว่าไม่ควรนาน เกินไป ไม่ควรมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะที่รอ ยิ่งเอกซเรย์แล้ว มันเหมือนการันตีมาเลยว่าท่านจะไม่รอนานเท่ารัฐบาลนะ แต่ความจริงคือมันยากมาก เวลาทำงานด้วยความคาดหวังแบบเนี่ย ทุกคนจะแบบรอไม่ได้ ทำไมต้องรอ คือพยาบาลหน้างานต้องบริหารจัดการให้ได้ คือ หัวหน้าบอกว่า รอนานได้แต่ให้นานอย่างมีคุณภาพ คือต้องดูแลอย่างดี Clinical และ Service คืออาการที่ป่วยมาก็ต้องได้ดูแลเบื้องต้นก่อน มีประเมินซ้ำตามอาการ ถึงต้องรอก็ไม่ให้รออย่างไร ความหวัง อย่างบางวันแพทย์ลงตรวจซ้ำ เราดูแล้ววันนี้เลขแนวๆ เราก็ต้องให้ข้อมูลคร่าวๆว่าอาจต้องรอนิดนึงนะคะ สะดวกรอไหมคะ หรือไปทานข้าวระหว่างรอก็ได้ อะไรแบบเนี่ย ให้เค้ามีข้อมูลบ้าง หรือใช้วิธีให้ข้อมูลเรื่อยๆ เค้าจะได้รู้สึกที่เราสนใจเค้าอยู่ไม่ได้ละเลยเค้านะ ซึ่งมันไม่ได้ทำให้เค้าตรวจเร็วขึ้นหรอก แต่ดีกว่าให้เค้ารอไปแบบไร้จุดหมาย”(ID12)

### 2.3. ใส่ใจเรื่องเล็กๆ แต่สร้างความประทับใจที่ยิ่งใหญ่

พยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก ต้องมีความจำดี โดยจำรายละเอียด ความชอบ ไม่ชอบ ความสนใจ ความต้องการของผู้ป่วยและญาติแต่ละรายได้อย่างขึ้นใจ เพราะความใส่ใจสิ่งเล็กๆ น้อยๆ นี้ ทำให้เพิ่มความประทับใจให้กับผู้รับบริการ เช่น การจำชื่อและเรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง หากบางสิ่งขาดหายไป อาจมีการไต่ถามถึง ผู้ป่วยจะรู้สึกประทับใจที่พยาบาลจำได้ การเรียกสรรพนามแทนชื่อผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้ป่วยจะรู้ว่าพยาบาลให้เกียรติ ให้บริการที่ดี บางรายมาตรวจที่โรงพยาบาล จะต้องดีโน่นนั่นนี่ทุกครั้ง แม้กระทั่งเปิดทีวีเสียงเบา ก็ถูกตำหนิว่า เสียงเบาเกินไป เรียกว่า ไม่มีอะไรถูกใจเลย เมื่อผู้ป่วยประเภทนี้มารับบริการ พยาบาลต้องรับฟัง แต่จะไม่เถียงหรืออธิบายใดๆ ทั้งสิ้น เนื่องจากการรับรู้ของผู้ป่วยที่ตัดสินใจมารับบริการมาแล้วจากที่บ้าน สิ่งที่พยาบาลทำได้ คือรับฟังอย่างเดียว ผู้ป่วยบางรายจะกลัวเชื้อโรคที่โรงพยาบาลมาก ดังนั้นเมื่อมาตรวจ จะมีผ้ามาคลุมเตียง หมอน คลุมตัวของเขาเอง และบางรายเมื่อมาถึงจะขอหน้ากากอนามัยปิดปากปิดจมูก เพื่อป้องกันเชื้อโรค ครั้งต่อไปที่ผู้ป่วยมารับบริการ ผู้ป่วยไม่ต้องร้องขอ พยาบาลจัดให้เลย บางรายไม่ต้องการให้พยาบาลเข้าไปอยู่ในห้องตรวจ บางรายมาถึง ไปรอหน้าห้องตรวจโดยไม่ผ่านจุดคัดกรองผู้ป่วย พยาบาลก็ต้องจำให้ได้ว่าผู้ป่วยมาแล้ว ลงทะเบียนเข้ารับการตรวจได้เลย ดังนั้นสิ่งเล็กๆ น้อยๆ เหล่านี้ หากพยาบาลใส่ใจ รู้ว่าผู้ป่วยต้องการบริการแบบไหน ความประทับใจในบริการก็จะเกิดขึ้น พยาบาลรายหนึ่งสะท้อนว่า เมื่อมาทำงานใหม่ๆ โรงพยาบาลเคยเชิญเจ้าหน้าที่โรงแรมมาอบรมการให้บริการที่ประทับใจ ครั้งแรกที่ได้รับฟัง เกิดความรู้สึกว่าเป็นบริการที่มากเกินไป แต่เมื่อมาปฏิบัติงานจริง จึงรู้ว่าสิ่งที่ได้อบรมไม่ได้มากเกินไป เพราะนำมาใช้ดูแลผู้รับบริการได้จริงๆ นอกจากความใส่ใจด้านวัตถุแล้ว การใส่ใจด้านจิตใจ สามารถทำให้ผู้รับบริการประทับใจได้เช่นกัน เมื่อพยาบาลสามารถแก้ปัญหาให้กับสามี-ภรรยาคนหนึ่งที่มาเที่ยวประเทศไทย แต่สามีป่วยต้องได้รับการฉีดยาทุกวัน เป็นเวลา 5 วัน ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกกังวลกับแผนการท่องเที่ยวที่กำหนดไว้แล้ว พยาบาลจึงเข้าไปไต่ถามและหาวิธีช่วยให้ผู้ป่วยไปเที่ยวตามกำหนดการเดิมได้ โดยปรึกษาแพทย์ให้ผู้ป่วยหรือญาติฉีดยาเอง และให้คำแนะนำหากมีอาการผิดปกติให้ปรึกษาแพทย์ทันทีตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ให้ไป การให้บริการนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกประทับใจ ส่วนพยาบาลเองรู้สึกเป็นสุขใจ ที่ไม่ได้ช่วยเหลือเฉพาะอาการทางกาย แต่ช่วยเยียวยาทางด้านจิตใจให้ผู้รับบริการอีกด้วย

“อย่างผู้ป่วยประจำ มาตรวจเป็นสปีชีสปี บางคนเป็นคนไข้ที่มีมานานกว่า อายุงานห้องพยาบาลเรานีก การที่เราจดจำเค้าได้ เรียกชื่อถูกต้อง ก็เป็นการสร้างความประทับใจได้อย่างหนึ่ง อย่างคนนี้ปกติจะเดินจูงมือกันมาสองคนแม่ลูกประจำ วันนี้อยู่กับลูกชาย เราก็ถามลูกสาวไปไหนคะวันนี้ เค้าก็ตีใจเราจำเค้าได้ เล่าให้ฟังลูกสาวไปเมืองนอกช่วงนี้มาอยู่กับลูกชาย เราก็ถามต่อเพิ่มได้เค้าเปลี่ยนคนดูแลเรื่องจัดยามีปัญหาใหม่ ลูกชายจัดยาเข้าใจหรือเปล่า ยาตั้งหลายตัว อะไรแบบนี้ หรืออย่างคนนี้เวลามาหาหมอจะนั่งอ่าน หนังสือพิมพ์อยู่ข้างนอกแผนก ไม่รอข้างในแผนกถึงเวลาเข้ามาเราก็ไม่ต้องรอให้เค้าบอก เราพูดก่อนว่า เชิญคุณ..... อ่านหนังสือพิมพ์ที่ข้างนอกก่อนนะคะ เดียวถึงคิวตรวจ จะให้เจ้าหน้าที่ไปเชิญ เค้าก็ขอบคุณเรา ที่เราจำได้ มันเป็นเทคนิคเล็กๆน้อยๆที่จะสร้างความประทับใจ ให้เค้ารู้ว่าเราใส่ใจเค้านะ เราดูแลเค้าอยู่นะ”(ID2)

“อย่างแต่ละปีรพ. จะมีอบรมเรื่องการบริการว่าเราควรปฏิบัติอย่างไร ทำงานอย่างไร ในทิศทางเดียวกัน สอนตั้งแต่ไหว้อย่างไร ไม่ใช่ไหวไม่เป็นนะแต่ไหวยังไงให้สวย เรียกคนไข้ควรใช้คำแทนอย่างไร ต้องใช้ ท่าน หรือคุณผู้หญิง คุณผู้ชาย เมื่อก่อนมีเจ้าหน้าที่จากโรงแรมโอเรียลเตียลมาอบรมให้เลยนะ เราก็นั่งฟังเค้าบรรยายนี่ร้องโอโห ตื่นตาดิ้นใจมาก นี่ต้องทำขนาดนี้เลยหรือ ต้องดูแลกันขนาดนี้เลยหรือ แต่พอทำงานจริงๆมันใช่เลยแหละ ต่างกันแค่ลูกค้าโรงแรมไม่ได้ป่วย ลูกค้าเราเค้าเลือกมาใช้บริการกับเราที่เป็นเอกชน คือเค้าพร้อมจ่ายราคาที่สูงกว่าแน่นอนเค้าต้องการความแตกต่าง คาดหวังเรื่องบริการ ซึ่งรพ. เค้าก็อยากให้เห็นถึงความคาดหวังอะ เค้าก็กำหนดมาให้แหละว่าเราควรทำแบบไหนยังไงให้มันได้มาตรฐานเดียวกัน”(ID4)

“เราก็ต้องจดจำได้ ใส่ใจในเรื่องเล็กๆน้อยๆ บางคนตรวจที่เรามาเป็นสปีชีส เค้ามาถึง เห็นหน้าเราต้องเรียกชื่อถูกต้องเลย บางคนเค้าจะมีเรื่องเล็กๆน้อยๆที่เราต้องจำให้ได้ เช่น คนนี้มาทุกครั้ง คอมเพลนทุกครั้ง เราก็ต้องระวังให้เกิดผิดพลาดน้อย



ที่สุดตั้งแต่ต้นจนกลับบ้าน บางคนมาตรวจจะเดินมาขอผ้าปิดปากทุกครั้ง เพราะกลัวเชื้อโรคในรพ. มาถึงพอทักทายกัน แล้วเราก้หยิบให้เลยโดยที่เค้าไม่ต้องร้องขอ เค้าก็จะรู้สึกพอใจ อย่างบางคนจะเค้าจะรักษาความสะอาดเป็นพิเศษมีของส่วนตัวมาเอง อย่าง OPD เวลาขึ้นเตียงตรวจเราก้จะเปลี่ยนผ้าขางเตียง เปลี่ยนปลอกหมอนทุกรายอยู่แล้ว เราก้ว่าเราดีแล้วนะ เจอคนใช้มีผ้ามาเอง เอามาจากบ้านคะ มีคลุมหมอนคลุมเตียง คลุมตัว ที่สุดอะคนใช้ชั้น(หัวเราะ) คือมันเป็นความใส่ใจที่เหมือนเป็นสิ่งเล็กน้อยที่มันสร้างความประทับใจต่อคนไข้ได้ คือเราไม่ได้มีเวลาอยู่กับคนไข้ตลอดเวลาเหมือน ward เรามีช่วงเวลานั้นๆที่จะต้องจดจำรายละเอียด”(ID5)

“บางคนมาประเทศเราเพื่อมาเที่ยว แต่พอไม่สบายก็เลือกมาตรวจที่เราอย่างสามี ภรรยาคุณึงเป็นชาวสวีเดน เพิ่งลงเครื่องมายังไม่ทันได้เที่ยว สามีมีอาการของ DVT ที่ขา ทำให้ปวด บวม เดินลำบาก ซึ่งหมอแนะนำแนวทางการรักษา คือมันต้องมาฉีดยาทุกวัน แล้วนัดมาติดตามอาการต่ออีก 5 วัน เค้าสองคนก็ดูเศร้า แล้วก็วิตกกังวล ขอนิ่งตัดสินใจ เราก้เลยเข้าไปถามว่ามีอะไรให้ช่วยไหม คือก่อนมาเที่ยวเค้าแพลนมาแล้วว่า เค้าจะไปที่ไหนวันไหนยังไงแล้วก็จองที่พักล่วงหน้าไปแล้ว พอมาป่วยก็เลยรู้สึกตั้งตัวไม่ทัน คือเราก้เข้าใจเค้าว่าอารมณ์คนมาเที่ยว แต่กลายเป็นต้องมาฉีดยาที่โรงพยาบาลทุกวันแทน เราก้เลยถามเค้าต่อว่าช่วง4-5วันนี่ เค้าแพลนไปที่ไหนบ้าง คือก็เที่ยวในกรุงเทพฯกับพญา เราก้เลยเสนอว่าคุณจะฝึกฉีดยาใหม่เพราะยามันฉีดไม่ยาก แล้วเป็นยาที่ผู้ป่วยฉีดยเองได้ ซึ่งเราก้คุยกับแพทย์เจ้าของไข้ก่อน แล้วก็มาสอนเค้าฉีดยา สอนเค้าสังเกตและประเมินรอยจ้ำเลือด แล้วก็ให้เบอร์ติดต่อที่แผนกเผื่อมีข้อสงสัย เป็นเคลที่เรaprทับใจ คือเราไม่ได้แค่ช่วยรักษาแต่โรค เรายังเยียวยาจิตใจเค้าไปด้วย”(ID9)

“บางคนก็จะมาแบบอุปนิสัยแปลก อย่างคนนึงมาตรวจที่ไร ก็จะไม่มาติดต่อเคาน์เตอร์ก่อน มาถึงก็จะเดินไปนั่งรอหน้าห้องเลย เราก้ต้องสังเกตว่าเค้ามาแล้วนะ

Register ได้เลย พอเค้าไปตรวจก็จะขอยุ่กันแค่สองคนกับหมอ น้องผู้ช่วยก็ห้ามเข้าไป คือบางทีหมอมจะสั่งอะไรเราก็จะไม่รู้ ต้องถามเอากับหมอ อ่านในแฟ้มตรวจเอาเอง หรือบางคนมากี่ทีก็คอมเพลนทุกที ดีไปทุกอย่าง บ่นแม้กระทั่งทีวีเปิดเสียงเบาไปคืออะไรก็ไม่ถูกใจเค้าแหละ บางรอบก็เรียกผู้ตรวจการมาคุยเพื่อคอมเพลนสิ่งที่เค้าไม่ชอบใจในโรงพยาบาลเรา แต่ก็มีมาตรวจตามนัดตลอด คือขนาดว่าเราแย้งแต่ก็ไม่เคยเปลี่ยนไปที่อื่น เวลาเจอแบบนี้คือไม่ต้องไปอธิบาย เพราะเค้ามีความคิดของเค้าตัดสินมาแล้ว เพราะฉะนั้นคือรับฟังอย่างตั้งใจไป คือเวลามีเคสแบบนี้มาเราจะรู้ล่วงหน้าก่อนอยู่แล้ว เราก็ส่งเวรกันไว้ก่อน เพื่อเตรียมรับมือ ว่าพรุ่งนี้จะต้องทำยังไง”(ID11)

#### 2.4. ผู้รับบริการพิเศษ ดูแลอย่างดี ไม่ให้มีข้อผิดพลาด

ในโรงพยาบาลเอกชน จะมีกลุ่มผู้รับบริการหลากหลายระดับ สำหรับกลุ่มผู้รับบริการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เช่น เชื้อพระวงศ์ ผู้นำประเทศ ผู้นำศาสนา ตลอดจนผู้มีชื่อเสียงในวงสังคมการเมือง นักร้อง นักแสดง บุคคลเหล่านี้ไม่เพียงประสงค์ที่จะให้บุคคลอื่นรับทราบการมารับบริการที่โรงพยาบาล ดังนั้นโรงพยาบาลจึงจัดให้มีช่องทางพิเศษในการมาติดต่อโรงพยาบาลทั้งเรื่องของการนัดหมาย และการมาตรวจที่โรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลจัดให้มีบริการอย่างเป็นระบบ เช่น เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จะมีเจ้าหน้าที่กันลิฟต์ไว้ 1 ตัว เพื่อให้ผู้ป่วยขึ้นลิฟต์ไปรอตรวจในห้องส่วนตัวที่จัดไว้เป็นพิเศษ พยาบาลจะเป็นผู้ประสานงาน ให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆมาให้บริการในห้องพิเศษนี้ ทั้งการเจาะเลือด ตรวจรักษา ชำระเงิน และรอรับยา แม้ว่าบางรายจะมาติดต่อเหมือนผู้รับบริการทั่วไป แต่พยาบาลต้องรู้ว่าผู้รับบริการนั้นเป็นกลุ่มลูกค้า VIP หากไม่แน่ใจสามารถสืบค้นในฐานข้อมูลผู้รับบริการของโรงพยาบาลได้ เพราะจะมีสัญลักษณ์ตัว V ในแฟ้มประวัติ ดังนั้นพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกต้องมีความรู้รอบตัว เช่นจดจำชื่อผู้รับบริการได้ ติดตามข่าวในวงสังคมบ้าง หรือสังเกตจากการแต่งกาย การวางตัว บางครั้งไม่แน่ใจ ก็ใช้วิธีค้นข้อมูลในอินเทอร์เน็ต เพื่อจะได้ประสานผู้เกี่ยวข้องมาช่วยดูแล เช่น ผู้บริหาร ผู้ตรวจการ หรือพนักงานลูกค้าสัมพันธ์ พยาบาลเล่าว่าบางครั้งมีกลุ่มผู้มีชื่อเสียง เป็นดารา นักการเมือง ผู้บริหารประเทศมาใช้บริการ เจ้าหน้าที่ขอถ่ายรูป

ด้วย แล้วนำไปลงในอินเทอร์เน็ต ทำให้ข้อมูลเผยแพร่ออกไป ทั้งๆที่บุคคลกลุ่มนี้ไม่ต้องการเปิดเผย ทำให้โรงพยาบาลต้องมีมาตรการห้ามลงรูปผู้รับบริการในสื่ออินเทอร์เน็ต และห้ามเปิดเผยข้อมูลต่างๆของผู้รับบริการ เพราะอาจทำให้เสียภาพลักษณ์ของผู้รับบริการได้ ดังนั้นในการดูแลผู้รับบริการเหล่านี้ จึงต้องเลือกพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมาก่อน หรือเคยได้ให้การดูแลผู้รับบริการกลุ่ม VIP มาก่อน เพราะผู้ที่มีประสบการณ์จะมีความระมัดระวังในทุกเรื่องไม่ให้เกิดความผิดพลาด หากผู้รับบริการไม่พึงพอใจ อาจทำให้โรงพยาบาลเสียชื่อเสียงได้ เนื่องจากผู้รับบริการบางรายมีสื่ออยู่ในมือ หรือสามารถส่งต่อข้อมูลทางลบต่อโรงพยาบาลไปให้สื่อต่างๆได้

“เวลามีคนไข้ที่มีชื่อเสียงมารักษาที่โรงพยาบาล ระดับผู้นำประเทศ ผู้นำศาสนา นักการเมือง กลุ่มพวกนี้เรื่องการเจ็บป่วยเป็นเรื่องอ่อนไหวมาก ข้อมูลจะไปสู่สาธารณชนไม่ได้อะ ว่าป่วย ว่ามารพ. เป็นข้อมูลที่ต้องปกปิด และเจ้าหน้าที่ทุกคนต้องรักษาความลับผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด กลุ่มนี้จะมี Alert เตือนในระบบ คอยช่วยเตือน เพราะเราเองก็คงไม่ได้รู้จักหรือจำได้ไปทุกคนไข้ใหม่ บางคนไม่ได้เป็นแค่ VIP แต่เป็น V VIP ระบบจะช่วยเราในเบื้องต้น อาจจะมี Pop up ข้อมูลว่าต้องตาม Costumer Service มาช่วยดูแล ต้องแจ้งผู้ตรวจการเมื่อมาถึงอะไรประมาณนี้ เราเองก็ต้องใส่ใจกับกลุ่มนี้มากขึ้น บางคนเค้าก็มีสื่อในมือ ถ้าเราผิดพลาดอะไรไปก็กลัวจะเสียชื่อรพ. กลัวเป็นข่าว ตอนมาทำงานใหม่ๆเราก็เกร็งมาก เคยรู้จักแต่ชื่อ เคยเห็นแต่ในทีวี จะพูดจะคุยกับคนระดับนี้ยังไง ตะกุกตะกักไปหมด บางคนน่ารักมาก ดูแลง่ายกว่าคนไข้ทั่วไปอีก แต่บางคนก็เนอะต้องเนียบเป็นพิเศษ”(ID1)

“คนไข้ที่ VIP น้องใหม่ๆก็ไม่กล้าก็ contract ด้วย เพราะทุกอย่างมันจะต้องแบบ smooth อะ ไม่ควรให้เกิดปัญหาหรือข้อผิดพลาดได้เลย บางคนไม่ใช่แค่ VIP แต่เป็น Very VIP มาตรวจที่ลงมาต้อนรับตั้งแต่ผู้บริหาร บางเคสแค่ผู้ตรวจการมาคอย take care เราก็ว่าเกร็งแล้วนะ พอผู้บริหารลงมาด้วย โอ๊ย! เราก็กดดันนิดนึงอะ แสดงว่าสำคัญมาก อย่าพลาดเฉียวนะ อะไรแบบเนี้ย อย่างบางคนเค้าก็

private มากๆ มากก็ต้องปกปิดข้อมูลเป็นพิเศษ เรียกว่าไม่มีใครเห็นตัวเลขก็มี เหมือนในหนังเลยอะ รถจอดปั๊บ ก็มีลิฟท์ที่ lock รอไว้อยู่แล้ว เสร็จแล้วก็พาไปรอตรวจในห้องส่วนตัวที่จัดเตรียมไว้พิเศษ จำกัดคนดูแล มีเจ้าหน้าที่ไปเจาะเลือดให้ในห้อง นั่งรอในห้องนั้นเลย ถึงเวลาหมอจะเข้าไปตรวจในนั้น ชำระเงินในนั้น เก๊สชถือยาไปอธิบายในนั้น ซึ่งทั้งหมดทั้งมวลประสานงานทั้งหมดโดยพยาบาลคะ สำหรับเราก็ภูมิใจนะ ได้มีโอกาสดูแลบางคนเค้าสำคัญระดับประเทศ เคยเห็นแต่ในหนังสือเรียน เห็นแต่ในโทรทัศน์ ได้มาเจอตัวเป็นๆเนอะ ได้มีส่วนช่วยดูแลสุขภาพเค้าจะได้มีแรงไปพัฒนาบ้านเมืองเราต่อ”(ID2)

“เราจะมีคนไขในกลุ่มที่เรียกว่ามีชื่อเสียงในวงสังคม เซเลบ กลุ่มที่เค้าแบบนามสกุล ดั่ง เห็นในหนังสือบ่อยๆ คือถ้าเป็นดารา นักแสดง นักร้องเรายังพอรู้จัก เคยได้ยินชื่อมาบ้าง กลุ่มนี้เราก็จะพอคันๆ เห็นหน้าเห็นชื่อแล้วพอนึกออกได้ แต่บางคนแบบยังงี้คืออะ เค้าแวดวง ไฮโซอะ สังคมที่เราไม่รู้จัก แต่ก็ยังเป็นกลุ่มที่เราจะปล่อยปละ นั่งรอเป็นตาสีตาสาไม่ได้นะ มันต้องใช้ทักษะเหมือนกันนะ คือมองไปเราก็ควรรู้ว่าเค้าไม่ธรรมดาอะ เค้าก็จะมีลักษณะให้สังเกต จากบุคลิกท่าทาง การแต่งตัว การพูดจาอะไรแบบเนี้ย บางคนไม่รู้จักชื่อหรอก แต่นามสกุลดังมาก เราก็ต้องดูแลเป็นพิเศษเหมือนกัน บางทีไม่รู้เลยจริงๆ แต่เรารู้สึกละว่าไม่ใช่แค่สั่วไปอะ บางทีก็ต้องแอบหาข้อมูลในเน็ตอะ เค้าคือใคร สำคัญยังงี้ อย่างนักการเมืองแบบเนี้ย น้องบางคนไม่สนใจเรื่องการเมืองเลย ไม่รู้จักเลยคือใคร ตำแหน่งอะไร มันก็ไม่ได้อะอย่างบางคนมีสื่อในมือ ถ้าเราทำอะไรไม่ดีไป ผิดพลาดไป อาจไม่ได้เสียหายแค่ตัวเรา มันหมายถึงทั้งองค์กรด้วย แต่ส่วนมากกลุ่มนี้เค้า detect ได้ตั้งแต่แรกแล้วก็จะมีการเจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์มาคอยประกบตามดูแลอยู่แล้ว หรือในใบ Visit slip มีสัญลักษณ์ตัว V ให้เรารู้ว่าเป็นกลุ่มนี้นะ”(ID3)

“สิ่งสำคัญมากสำหรับคนกลุ่มนี้คือความเป็นส่วนตัวกับปกปิดข้อมูล คือบางทีการมารพ.มันเรียกว่าเป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผย ความเจ็บป่วยไม่ใช่เรื่องที่ควรเป็นข่าวอะ มันอาจกระทบกับภาพลักษณ์ของเค้าในสังคมของเค้า ยิ่งเดี๋ยวนี้สื่อสารกันเร็ว มีโซเชียลมีเดียหลายทิศทาง ข้อมูลหลุดจากเราไปนี่จบเลย บางที่เป็นนักแสดงที่มีชื่อเสียง เป็นที่ชื่นชอบหรือกำลังดัง เราก็ต้องสะกิดน้องเราให้เก็บอาการบ้าง มันดูไม่มืออาชีพ เมื่อก่อนก็มีนะขอถ่ายรูปเค้าแล้วไปโพสต์ลง facebook ซึ่งมันไม่ดีใจ มันก็เป็นการเปิดเผยข้อมูลคนไข้ช่องทางหนึ่ง ก็ต้องเรียกมาเตือน มาบอกกัน จนเดี๋ยวนี้ก็มีข้อห้ามเลยแหละ ว่าห้ามโพสต์รูปภาพหรือรูปขณะปฏิบัติงานลงโซเชียลมีเดียเด็ดขาด”(ID7)

“บางท่านเป็นคนสำคัญเป็นแขกบ้านแขกเมือง คือโรงพยาบาลก็มี Flow มาเลยว่าจะถึงโรงพยาบาลเวลาประมาณนี้ มาด้วยรถยนต์อะไร สีอะไร ทะเบียนอะไร ใครเป็นผู้ต้อนรับ กำหนดผู้ดูแลในแต่ละจุดว่าเป็นใครบ้าง ก็มึงต้องทำอะไรบ้าง ให้พักที่จุดไหน เสริฟอาหาร แบบไหน คือเคลสำคัญมากๆขนาดนี้ ก็จะมีทั้งผู้บริหาร ผู้ตรวจการ ลูกค้าสัมพันธ์ มาช่วยกันดูแล พยาบาลที่เข้าไปดูแลเค้าก็จะคัดคนที่บุคลิกดี มีประสบการณ์การทำงาน หรือคนที่คนไข้คุ้นเคย เคยดูแลกันมาก่อน เราก็ต้องดูเป็นมืออาชีพหน่อย เกล่แบบนี้ไม่ควรมီးอะไรพลาด ทุกอย่างต้องเรียบร้อย ยิ่งถ้าเค้าเอ่ยปากชม คือเป็นหน้าเป็นตาของโรงพยาบาลด้วย”(ID9)

### 3. เพิ่มทักษะการทำงาน เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ

เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายให้บริการผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยต่างชาติ ดังนั้นโรงพยาบาลจึงต้องเรียนรู้และพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารและการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อจะได้ให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ ดังประเด็นต่อไปนี้ 3.1) ภาษาอังกฤษต้องได้ พัฒนาให้เชี่ยวชาญ สื่อสารอย่างมั่นใจ 3.2) ภาษาอื่นใช้ล่าม หากตามแล้วมาช้า พยาบาลต้องแก้ปัญหาไปก่อน และ 3.3) คำนี้ถึงความแตกต่าง ทางด้านวัฒนธรรม

### 3.1 ภาษาอังกฤษต้องได้ พัฒนาให้เชี่ยวชาญ สื่อสารอย่างมั่นใจ

ในโรงพยาบาลเอกชน นอกจากจะมีผู้รับบริการชาวไทยที่หลากหลายระดับแล้ว ผู้รับบริการชาวต่างชาติ เป็นอีกหนึ่งกลุ่มที่เข้ามาใช้บริการจำนวนมาก สิ่งหนึ่งที่สำคัญในการให้บริการ คือประสิทธิภาพของการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ โดยเฉพาะภาษาอังกฤษซึ่งเป็นภาษาสากลพื้นฐานในการสื่อสารกับผู้ป่วย พยาบาลเล่าว่า แรกๆที่มาทำงาน ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลชาวต่างชาติมาก่อน อีกทั้งไม่กล้าที่จะพูดคุยเพราะกลัวไม่เข้าใจความหมาย ในสิ่งที่ผู้รับบริการพูด บางรายกล่าวว่ารู้สึกประหม่า และกดดันที่จะต้องสื่อสารกับชาวต่างชาติ เพราะกังวลเรื่องทักษะในการใช้ภาษาอังกฤษของตนเอง กังวลไปถึงการรายงานข้อมูลต่อแพทย์ ซึ่งอาจทำให้เกิดการผิดประเด็นในการรักษา โดยเฉพาะเวลารับโทรศัพท์จากผู้รับบริการชาวต่างชาติ จะสื่อสารกันยากมากขึ้นเพราะไม่สามารถสังเกตอาการแสดงความเจ็บป่วย ภาษากายที่แสดงออกมาช่วยในการสื่อสารได้ พยาบาลจึงแก้ปัญหาด้วยการขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน ซึ่งการขอความช่วยเหลือนี้คงไม่สามารถทำได้ทุกครั้ง พยาบาลจึงต้องพัฒนาทักษะทางด้านภาษาของตนเอง โดยการเรียนเพิ่มเติม อบรมหลักสูตรที่โรงพยาบาลจัดให้ ฝึกทักษะจากการอ่านหนังสือพิมพ์หรือฟังเพลงภาษาอังกฤษ และ ฝึกพูดคุยกับผู้รับบริการบ่อยๆ จากการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลกล่าวถึงในเวลาปฏิบัติงาน จะช่วยให้เพิ่มทักษะในการสื่อสารได้จากการที่ได้พูดคุยทุกวัน ทำให้ได้ฝึกพูด ฝึกฟัง ไปด้วย ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีความสามารถทางด้านภาษาอังกฤษอยู่แล้ว กล่าวว่าการที่ได้สื่อสารกับผู้รับบริการบ่อยๆทำให้เพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารและความมั่นใจในการดูแลผู้รับบริการชาวต่างชาติมากขึ้น

“ช่วงแรกๆนี้ภาษาอังกฤษข่อยมาก ไม่รู้จะคุยกับเค้ายังไง เราไม่เคยดูแลต่างชาติมาก่อน กลัว ไม่กล้าพูด ไม่กล้าคุย กลัวฟังเค้าไม่ออก พอฟังไม่ออกก็แปลไม่ถูก เดี่ยวไปรายงาน หมอไม่ตรงอาการอีก บางทีเค้าเห็นเราเป็น Nurse อ๊ะ ก็จะหันหน้ามาพูดกับเราก่อนเลย เราก็เรียกพี่ เรียกเพื่อนช่วยตลอด แต่พออยู่ไปเราก็เริ่มจับทางได้ ว่าควรจะพูดแบบไหน ก็ฟังจากเพื่อนร่วมงานพูด เราก็เริ่มชิน เริ่มคุยเคยกับประโยคที่ใช้บ่อยๆ ประโยคที่ต้องพูดทุกวัน คือเราเจอคนใช้ต่างชาติทุกวัน เรา

หลีกเลี่ยงไม่ได้อยู่แล้ว คนอื่นเค้าจะช่วยเราตลอดก็ไม่ได้ เราก็ได้ฝึกตัวเราเองจากงานประจำที่ทำทุกวันเนี่ยแหละ จนตอนนี้ก็กล้าจะสื่อสารขึ้นมาก ภาษาอังกฤษเราไม่ได้ดีขนาดรูปประโยคเป๊ะๆนะ แต่แค่คนไข้เค้าเข้าใจที่เราพูด เราฟังที่เค้า พูดรู้เรื่องก็ดีมากสำหรับเราแล้ว”(ID1)

“คือปัญหามันไม่ใช่แค่เราคุยกับเค้าไม่รู้เรื่อง ถ้าเราซักประวัติแล้วเราสื่อสารกับเค้ามาได้ มันเหมือนว่าเราจะช่วยเค้าไม่ได้ คือเคยนะตอนทำงานใหม่ๆเราก็ยังไม่คล่องภาษา แค่งูๆปลาๆ คนไข้เป็นนอร์เวย์อีก คือภาษาเราก็ไม่ค่อยแม่น เจอลำเนียงภาษาตัทซ็อก ก็อยากจะร้องไห้เลย เราฟังยากจริงๆ ก็กลัวว่าเราจะซักประวัติแล้วได้ข้อมูลไม่พอ ปัญหาคือเราก็จะไม่รู้จะเอาอะไรไปรายงานแพทย์ กลัวฟังมาผิดๆถูกๆ บอกหมอไปเค้าไม่ตรงกับที่เค้าเป็น หมอก็จะ Treat ไป คนละประเด็น”(ID4)

“คือตอนเข้ามาทำงานที่เค้าก็บอกแล้วว่า รพ.เราคือระดับอินเตอร์นะ มีทั้งคนไทยคนต่างชาติ พอมาทำงานจริงๆเราก็คืออดประหม่าไม่ได้ ยิ่งเห็นเพื่อนร่วมงานเค้าพูดกันได้ เรายิ่งกดดันอะ คือเราภาษาอังกฤษไม่แข็งแรง แค่ว่าได้ติดมาบ้างจากสมัยเรียน เวลารับคนไข้ ขึ้นมาจริงๆมันก็อดประหม่าไม่ได้ เอกสารอะไรก็เป็นภาษาอังกฤษหมด เราแค่พออ่านได้ แต่พูดนี่เราไม่เคย โชคดีที่พี่ๆในแผนกเค้าจะช่วยสอน ช่วยบอก...ช่วงแรกเค้าจะมายืนประกบ ก่อน เพื่อเราอีกักตรงไหนเค้าก็ช่วยเสริม ไม่ปล่อยให้เราเคี้ยวต่อหน้าคนไข้ พออยู่ไปมันต้องใช้ ทุกวันเราก็เริ่มพูดดีขึ้น ฟังก็จับใจความได้มากขึ้น เราชู้สึกมันใจมากขึ้น”(ID5)

“มาอยู่ใหม่ๆ เราชว่าเราน่าจะไหว คือเรว่าตอนเราเรียนภาษาอังกฤษเราก็ได้คะแนนดีนะ แต่พอต้องมาทำงานจริง รู้เลยเราขาดอีกเยอะ อย่างฟังพี่ที่เค้าพูดแก่งๆนะ ทั้งลำเนียง ทั้งศัพท์เค้าได้หมด ฟังแล้วเพลิน พอเรามาพูดนะ อีๆอักๆอยู่

นั่นแหละ ทุกประโยคจะต้องขึ้นด้วยคำว่า เอ็ม ยาวๆแล้วถึงพูดต่อได้ คือต้องระบบ ประมวลผลอ่อนแอ ต้องแปลอังกฤษที่ฟังเป็นไทย เวลาตอบก็นึกไทยเป็นอังกฤษอีกที มันช้า แต่เราก็พยายามจะพูด นึกอันไหนนึกคำไม่ออกก็สะกิดถามคนข้างๆ อันไหนไม่ชัวร์ก็ต้องคนหาช่วยกันฟัง ตอนแรกๆ มันนี่ก็ออกเป็นคำๆ ได้ศัพท์ไม่เยอะ พอพูด มันทุกๆวันมันก็รู้สึกว่ามีขึ้น ก็คล่องไปเอง”(ID6)

“คือปัญหาเวลาเราจะสื่อสารกับคนไข้ ยิ่งพูดกันคนละภาษามันก็ยิ่งกังวลว่า เราจะเข้าใจกันได้ไหม คือหลักเราต้องได้ภาษาอังกฤษ แรกๆเราก็ไม่คุ้น ไม่กล้าพูด ไม่กล้าคุย คือที่ไม่กล้าเพราะพื้นภาษาอังกฤษเราไม่ค่อยดี เราก็เกร็งๆเวลาจะพูด แต่ รพ.เราก็มีต่างชาติมาตลอด มันก็ต้องฝึก บางที่ทำงานเพลินๆ เงยหน้ามาเจอฝรั่งนี้ แอบมีตกใจนะ คือไม่ทันตั้งตัว เราก็ต้องพยายามก่อน บางคนพูดเร็ว เราจับใจความ ไม่ทัน ก็ต้อง *again please* เค้าก็จะช้าลงหน่อย...แรกๆเราพูดได้บ้างไม่ได้บ้าง แต่ ด้วยเราต้องใช้ทุกวันเลยเหมือนฝึกไปในตัวได้ฝึกพูดฝึกฟังไปทุกวัน เราก็ได้ไปเอง อย่างโรงพยาบาลเค้าก็สนับสนุน อยากให้เราพูดได้ มีจัดคอร์สให้ไปเรียน หาครู ต่างชาติมาสอน แล้วก็ให้เราไปสอบทั้งไปสอบToeic สอบสนทนาทุกปี แล ้ว เ อ า ค่ะแนมมาเทียบตามเกณฑ์ของตำแหน่ง เพื่อจ่ายจ่ายค่าตอบแทนภาษาให้ด้วย พอได้ เงินก็เหมือนกระตุ้นตัวเราให้อยากพัฒนาตัวเองไปด้วย ทั้งได้ภาษาทั้งได้เงินทุก เดือน”(ID9)

“เราก็อยากพัฒนาตัวเอง เราเลยไปลงเรียนภาษาเพิ่ม ฝึกสนทนา ฝึกเขียน ครูที่เรียนเค้าก็สอนให้เราฝึกบ่อยๆ อย่างการฟังเพลงฝรั่ง อ่านหนังสือพิมพ์ ภาษาอังกฤษหาอ่านเอาใน โรงพยาบาลเนี่ยแหละ ไม่ต้องซื้อ เราก็รู้สึกทักษะเราดีขึ้น วัตถุประสงค์ที่เราฟังคนไข้รู้เรื่องขึ้น พอเราพูดอะไรไปคนไข้เข้าใจเรามากขึ้น เราก็รู้สึกดีนะ เหมือนจากที่เราต้องเรียกคนอื่นมาช่วย ตอนนี้เป็นคนที่ได้ไปช่วยคนอื่นบ้าง เราก็รู้ มันใจมากขึ้น เวลาเจอคนไข้เราก็กล้าตัดสินใจดูแลมากขึ้น”(ID10)



“ตอนเริ่มทำงานแรกๆเลย เรามีพื้นฐานภาษาอังกฤษมาบ้าง ตั้งแต่ตอนสมัครงานแล้วที่นี้ตอนสมัครงานจะมีข้อสอบภาษาอังกฤษด้วย ตอนสัมภาษณ์ก็ถามว่าเราพูดได้แค่ไหน คือเราเคยเรียนเพิ่มเติมจากสมัยเรียนพยาบาลที่ AUA ทำให้เราเคยฟัง เคยพูดกับครูชาวต่างชาติมาบ้าง พอมาทำงานเจอคนใช้ต่างชาติจริงๆทำให้เราไม่กลัวที่จะพูด แต่ก็ไม่ได้เก่งเลยนะ ตอนเริ่มงานใหม่ๆบางทีคนใช้พูดมายาวมาก เราก็เสียไปแป๊บหนึ่ง เราถามกลับด้วยอีกทีคุณต้องการพูดแบบนี้ใช่ไหม คือทวนอีกทีว่าเราเข้าใจแบบนี้ใช่หรือเปล่า เดียวทำให้ผิด ส่วนมากเค้าก็จะเข้าใจเรานะ เค้ารู้ว่าไม่ใช่ภาษาของเรา แต่บางคนเค้าก็คาดหวังอะ ว่าเราต้องพูดได้ดี มาประโยคแรกก็ถามเลย เราพูดภาษาอังกฤษได้มั๊ย ทำให้เรารู้สึกเกร็ง ยิ่งถ้าตอบไปว่า Yes I can แล้วนะ แต่พูดอีกๆอีกๆก็เค้าไปยิงอวย แต่มาอยู่ที่นี่ เราเจอทุกวัน ต้องพูดภาษาอังกฤษทุกวัน เราก็ค่อยๆพัฒนาตัวเราไปด้วย คือเราเป็นพยาบาลอะ เราต้องทำงานกับทีมที่บางที่เป็น PN หรือ nurse aid เค้าก็หวังฟังเรา พอมีคนใช้โทรมาก็เออะเรียกพี่ๆ speak english แต่บางคนเค้าก็เก่งนะพูดดีกว่าเราอีก แต่ให้เราขอความช่วยเหลือจากเค้ามันก็ไม่ใช่อีกอย่างรพ.ก็มีค่าตอบแทนค่าภาษาให้ แต่ละปีเราต้องสอบToeicเพื่อเอาคะแนนมาเทียบระดับ ก็จะมีเกณฑ์ให้พยาบาลต้อง 500 ขึ้นไป แล้วก็ต้องสอบพูดกับชาวต่างชาติด้วย”(ID11)

“ตอนแรกๆจะกังวลมาก เจอฝรั่งมานี้มองหาตัวช่วยก่อนเลย คือเค้าจะคาดหวังว่าเราต้องสื่อสารกับเค้าได้ แต่เราฟังเค้าไม่ทันอะ พอถึงฟังไม่ชัด ก็ไม่กล้าตอบ ยิ่งคนอังกฤษแท้ๆ หรือแขกพูดภาษาอังกฤษ เราฟังเค้าไม่ออก คือแต่ละชาติสำเนียงมันไม่เหมือนกัน อเมริกาเนี่ย ฟังง่ายสุดแล้ว อันที่พอฟังได้ ก็นึกประโยคตอบเค้าไม่ถูก ได้แต่ Yes No Okay ไปเรื่อย อีกประโยคพูดบ่อยๆ Just a moment, please หรือ Just a minute, please แบบนี้คือประโยคหากินเลย สอนกันมาทุก

รุ่น ไม่รู้อะไรพูดประโยคนี้นี้ไว้ก่อน...ที่ยากสุดคือคุยโทรศัพท์ เพราะเราไม่เห็นหน้า คือถ้าอยู่ต่อหน้าเรายังอาศัยแบบใช้ภาษาท่าทาง ภาษากายช่วย” (ID12)

### 3.2.ภาษาอื่นใช้ล่าม หากตามแล้วมาช้า พยาบาลต้องแก้ปัญหาไปก่อน

ผู้รับบริการต่างชาติจำนวนมากที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ไม่สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษได้ การที่ผู้รับบริการต่างชาติบางรายพูดภาษาอังกฤษไม่ได้หรือพูดได้เพียงเล็กน้อย ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการให้การบริการทางพยาบาล ซึ่งต้องแก้ปัญหาโดยจะต้องใช้ล่ามช่วยแปลภาษา แต่ก็พบปัญหาว่าบางครั้งล่ามมาช้า ทำให้ผู้รับบริการรอนาน พยาบาลจึงต้องแก้สถานการณ์เฉพาะหน้าไปก่อน ทักทายและสอบถามเบื้องต้นด้วยศัพท์ง่ายๆที่ได้ฝึกเรียนรู้ ท่องจำ คำศัพท์พื้นฐานง่ายๆของแต่ละภาษา เพื่อช่วยประเมินอาการเบื้องต้น ใช้คู่มือภาษาที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ให้ ที่ใช้บ่อย คือ คู่มือภาษาญี่ปุ่น เป็นคำศัพท์ประกอบรูปภาพง่ายๆไว้ใช้ในการซักประวัติ แล้วทวนสอบความถูกต้องจากล่ามอีกหนึ่ง บางรายล่ามก็เป็นชาวต่างชาติ ทำให้ต้องแปลข้อมูลกลับไปกลับมาหลายรอบ ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีการพัฒนาตนเองจนสามารถสื่อสารได้หลากหลายภาษาด้วย เช่น ญี่ปุ่น ฝรั่งเศส บางรายฝึกการทักทายภาษาต่างๆ เช่น ภาษาพม่า ญี่ปุ่น เกาหลี สำหรับทักทาย พูดคุยกับผู้รับบริการก่อนล่ามมาถึง และหากเป็นกรณีเร่งด่วน อาจใช้วิธีให้ผู้ป่วยและล่ามคุยผ่านโทรศัพท์ โดยเปิดลำโพง ทุกคนจะได้ยินพร้อมกัน เพื่อพยาบาลจะได้ให้บริการตามผู้รับบริการต้องการได้อย่างถูกต้อง

“เรื่องการสื่อสารมันสำคัญมากในงานพยาบาล เมื่อก่อนภาษาอังกฤษว่าเรื่องใหญ่นะ ตอนนี้มีมากกว่านั้นอีกทั้งญี่ปุ่น เกาหลี พม่า กัมพูชา อาหรับ มาหมด แต่ยั้งดีที่โรงพยาบาลเรา เค้าก็มีล่ามเกือบหมด อย่างพม่าบางทีก็เป็นagency เค้าพามาช่วยแปลให้ได้พูดไทยกับเราได้ แต่อย่างเกาหลี ล่ามเค้าพูดอังกฤษกับเราแล้วค่อยไปแปลเกาหลีอีกที แต่เรานะ คืออังกฤษไม่แข็งแรงไข่ม้อยก็ต้องตามเพื่อนมาช่วยไทยเป็นอังกฤษ อังกฤษเป็นเกาหลี หลายทอดหน่อย แต่ก็ต้องทำไม่งั้นก็สื่อสารกันไม่ได้ แต่อย่างกลุ่มญี่ปุ่นเนี่ยคนไข้เยอะมาก ล่ามไม่พอ ต้องแปลกันทางโทรศัพท์กันเลยคือ ต่อสายหาล่ามเปิด Speaker Phone แล้วก็ตรวจไปแปลไป”(ID1)

“บางทีตามล่ามาแล้วมาช้า คนไข้เค้าก็รอนาน คุยกันก็ไม่ได้ เพราะพูดกันไม่รู้เรื่องไง คือมองตาอย่างเดียว อย่างญี่ปุ่นเนี่ย วอลลุ่มเยอะ เสาร์อาทิตย์เนี่ยล่าไม่พอต้องรอนาน บางทีมันทำให้เค้าได้รับการดูแลที่ล่าช้าไป หลังๆทางศูนย์ญี่ปุ่นเค้าก็มีเป็นสมุดภาพ เป็นรูปการ์ตูนแสดงอาการ ตัวอักษรญี่ปุ่นที่สำคัญมีภาษาไทยกำกับไว้ด้วย ให้ชี้เอาเลยอาการไหน คือมันช่วยเบี่ยงต้นระหว่างรอล่ามา เราก็จะได้เตรียมการดูแลถูกก็ช่วยได้เยอะเลย”(ID2)

“เราจะรู้ว่าคนเชื้อชาติไหนที่เป็นกลุ่มลูกค้าหลักของเราอย่างญี่ปุ่น ก็เยอะมาก ที่มาแรงช่วงนี้ก็พม่า เราก็จะมีฝึกพูดคำทักทายง่ายๆของแต่ละเชื้อชาติ ไว้ทักทายคนไข้ เหมือนสร้างสัมพันธ์ภาพตอนเจอกัน อย่างคนญี่ปุ่น เราก็จะทักทายว่า สวัสดีตอนเช้า พูดว่า โอะฮาโยะ โกโซอิมัส ส่วนตอนบ่าย พูดว่าคอนนิวะ ภาษาม่าก็จะพูดว่า มิงกะละบา แปลว่า สวัสดี เนก้องบาดะล้า แปลว่า สบายดีไหม แล้วก็หัดพูดคำศัพท์ง่ายๆของแต่ละภาษา ที่จะต้องใช้บ่อยๆ แต่ต้องอ่านตามชาร์ทที่แผนกเป็นคำๆไป มันก็ช่วยเราส่วนนึงนะ ช่วยประเมินอาการเบื้องต้น”(ID4)

“เรื่องภาษาอังกฤษเราพอได้อยู่แล้ว แต่เราอยากได้ภาษาอื่นเพิ่ม เราสนใจภาษาญี่ปุ่นอยู่ ก็เลยไปลงคอร์สเรียนเพิ่มเอง จนเราพูดสื่อสารได้ ก็ไปสอบกับล่ามญี่ปุ่นของโรงพยาบาลจนถึงเกณฑ์ที่สามารถได้คำตอบแทน ประจวบกับโรงพยาบาลเน้นดูแลคนไข้กลุ่มนี้ ก็เลยได้มีโอกาสมาทำงานเป็นพยาบาลในศูนย์ญี่ปุ่น มีโอกาสได้ฝึกเพิ่มไปด้วย”(ID7)

“ถ้าเป็นภาษาอังกฤษ เราก็จะมีประโยคที่ใช้บ่อยๆ คำที่พูดบ่อยๆก็จะพอเอาตัวรอดได้แต่ถ้ามีภาษาที่สามสี่มานี้ ต้องหาตัวช่วยกันเป็นแถว แต่ส่วนมากคนไข้ก็

จะเข้าใจเรา ถ้าเค้าพูดอังกฤษไม่ได้ ใช้ภาษาประจำชาติเช่น พม่า เกาหลี ญี่ปุ่น ตะวันออกกลาง จีนกลาง แบบเนี่ยเรามีล่ามช่วยแปลให้ได้ แต่เค้าก็จะรู้ก่อนเดินมาหาเรา เค้าจะไปหาที่ล่ามก่อน แต่เราจะรอล่ามอย่างเดียวไม่ได้ไง อย่างล่ามญี่ปุ่นเนี่ย ซ้ำมาก รอนานมาก นื่องในแผนกเราพอพูดได้ก็ให้ช่วยแปลช่วยพูด พอดีนื่องเค้ามีความสนใจด้านนี้ ไปเรียนเพิ่มมา จนเป็นล่ามได้ ก็ให้เค้าช่วยทำเป็นคู่มือเล็กๆไว้ให้ช่วยสื่อสารกับผู้ป่วย มีให้พูดตาม บางทีคนไข้ก็ขำสำเนียงเรา จะญี่ปุ่นก็ไม่ใช้ จะไทยก็เพี้ยนๆ แต่เค้าก็เห็นถึงความตั้งใจของเรา ก็ผ่อนคลายคนไข้ได้อีกแบบนะ”(ID10)

### 3.3 คำนิยามถึงความแตกต่าง ทางด้านวัฒนธรรม

การปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีผู้รับบริการชาวต่างชาติมารับบริการจำนวนมาก นั้น ความรู้ความเข้าใจในเรื่องวัฒนธรรมพื้นฐานของแต่ละเชื้อชาติ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้อาพยาบาลให้การดูแลผู้รับบริการชาวต่างชาติได้อย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรมเฉพาะของผู้รับบริการแต่ละเชื้อชาติ เข้าใจถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล รวมทั้งพฤติกรรม อากาการแสดง ท่าทางที่แสดงออก เช่น ชาวอาหรับจะมีกลิ่นเฉพาะตัวแรง เป็นกลิ่นจากอาหารที่มีเครื่องเทศ หรือ พอกับลูกชาย ซื่อยาวมาก และเหมือนกัน ต่างกันแค่คำสุดท้าย ผู้หญิงอาหรับจะปกปิดหน้าตา ร่างกาย มีผ้าคลุมศีรษะ บางชาติมีหน้ากากปิดด้วย ผู้ชายญี่ปุ่น ส่วนมากจะเป็นคนเคร่งเครียด จริงจัง บางครั้งการแสดงออกของพยาบาลที่ยิ้มแย้มแจ่มใส ทำให้ผู้รับบริการมองว่าพยาบาลไม่ใส่ใจ เห็นความเจ็บป่วยของผู้รับบริการเป็นเรื่องสนุกสนาน หรือชาติตะวันตกส่วนมากที่มาจากประเทศที่เจริญแล้ว ต้องการบริการทุกอย่างที่มีแบบแผน ต้องแจ้งข้อมูลอย่างชัดเจน ต้องวางแผนก่อน และให้บริการตรงตามเวลาที่แจ้งไว้ พยาบาลผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า โรงพยาบาลให้ความสำคัญในการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในการดูแลผู้รับบริการชาวต่างชาติมากขึ้น เช่น อบรมความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับวัฒนธรรมชาวต่างชาติทั่วไปโดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายของโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความพึงพอใจในการให้การดูแลผู้รับบริการต่างชาติ นอกจากนี้ บางครั้งต้องยอมปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้การพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตดั้งเดิมของผู้รับบริการ เช่น ชาวอาหรับจะตื่นสาย เนื่องจากเวลาประเทศไทยจะเร็วกว่าประเทศแถบตะวันออกประมาณ 4 ชั่วโมง หากนัดผู้ป่วยอาหรับให้มาตรวจช่วง

เช้า ผู้ป่วยจะปฏิเสธ หรือไม่ยอมมาตามเวลานัด เพราะมีปัญหาในการปรับเวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน เวลานัด 9.00 น. ตามเวลาในประเทศไทย จะเป็นเวลาประมาณ 5.00 น. ที่ประเทศของผู้รับบริการ จึงต้องปรับการให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับแบบแผนการใช้ชีวิตของผู้รับบริการด้วย นอกจากนี้ยังมีในเรื่องของศาสนาที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญด้วย เช่นการให้ยาในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามในช่วงถือศีลอด จากที่ให้ยาวันละ 3 มื้อ เช้า กลางวัน เย็น ต้องปรับเป็น 2 มื้อและทานในเวลาเช้าก่อนพระอาทิตย์ขึ้นและเย็นหลังพระอาทิตย์ตก ซึ่งพยาบาลต้องประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ในการเปลี่ยนการรับประทานยาให้เหมาะสม ส่วนชาวญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีการใช้ประกันสุขภาพเกือบทั้งหมด เมื่อมาใช้บริการ ต้องเน้นเรื่องเอกสารประกัน เพราะมีรูปแบบประกันที่หลากหลายถ้าเอกสารผิดพลาดต้องตามแก้ไขวนวายมาก ดังนั้นการเรียนรู้วัฒนธรรมของชาติต่างๆ จะทำให้พยาบาลทำงานได้ง่ายขึ้นและลดความผิดพลาดได้มากขึ้น

“คนใช้ต่างชาติที่เริ่มเยอะขึ้น ยิ่ง AEC จะมาแล้วด้วย สังเกตอย่างกลุ่มชาวพม่าเนี่ยจะมีมากขึ้น เวลาเค้ามาตรวจเค้าจะเป็นกลุ่มๆ อาจจะมีคนใช้แค่คนเดียวที่เหลืออีกสี่ห้าคนเป็นญาติมาด้วยกัน แล้วไปไหนก็จะไปด้วยกัน ยกกันไปทั้งกลุ่ม เวลาตรวจก็จะส่งภาษาคุยกันเสียงดังเพราะมีแต่พวกกันอะ เราก็ต้องเข้าใจว่าเค้าจะเป็นแบบนี้ วัฒนธรรมเค้าเป็นแบบนี้ ก็อาจจะให้มันเป็นโซนไกลหน่อย จะได้ไม่รบกวนคนอื่น เค้าจะพูดภาษาอังกฤษได้น้อยมาก ต้องใช้ล่ามพม่าเท่านั้น แต่เค้าจะน่ารักนะให้ทำอะไรก็ทำ ไม่เยอะ เค้าเชื่อในการแพทย์ประเทศเรา”(ID2)

“ชาวอาหรับส่วนมากจะนับถืออิสลาม ซึ่งเค้าต้องละหมาดวันละประมาณ 5 รอบ บางทีระหว่างตรวจเค้าก็จะลุกมาถามหาห้องละหมาด เราก็ต้องพาเค้าไปหรือจะนัดตรวจอะไร ก็ต้องถามเวลากับเค้าก็นิ่งว่ามันตรงกับเวลาที่เค้าต้องละหมาดหรือเปล่า บางคนเคร่งมากๆเราจะไปปรับเปลี่ยนอะไรเค้าไม่ได้เลย คือต้องคุยกัน บางทีก็ต้องใช้เวลาเค้ามากขึ้นหน่อย เพื่อจะได้ตกลงกันว่าทำอะไร ไม่ใช่ไปสั่งๆ ให้เค้าทำตามคำบอก ยิ่งคนละชาติคนละศาสนาอีกด้วย บางทีเค้าก็มีข้อจำกัดของ

เค้า อย่างนัดมาตรวจเนี่ย ถ้านัดไปไม่ถามอะไรเค้าเลย พอถึงเวลาเค้ามาไม่ได้เพราะติดที่เราไม่ค่อยไม่สนใจเค้าพอ ก็เสียเวลาทั้งเค้าทั้งเรา เพราะบางอย่างเราก็ต้องยืดหยุ่น ปรับตามแผนการรักษาให้เหมาะกับคนไข้”(ID3)

“บางทีการแสดงออก ท่าทางบางอย่างเราก็ไม่คุ้นเคย อย่างอาหรับเวลาเค้าพูด ภาษาเค้าก็จะรัวๆ ยาวๆ เหมือนกำลังสวดมนต์ แล้วก็เสียงดัง เราเจอแรกๆ ก็ตกใจ คือเค้าไม่พอใจเราหรือเปล่า แต่จริงๆ แล้วคือธรรมชาติเค้าเป็นแบบนั้นเอง หรืออย่างเวลานัดมาเคสหนึ่งนัดทำ CT scan เรายังนัดมาแต่เช้าเนอะ นัดมา 9 โมง เพราะต้อง NPO เจาะเลือดก่อนทำ ไทน์จะรอผลตรวจอีก ปรากฏว่าถึงเวลาที่ไม่มา คือเราก็ต้องจองเวลากับแผนก X-ray จองเวลากับหมอที่จะทำให้ ถ้าเลทหมอก็ต้องนัดใหม่ จองใหม่ ให้ล่ามช่วยติดต่อก็ติดต่อไม่ได้ มาอีกทีเกือบเที่ยง คือเค้ามาบอกว่าที่ประเทศเค้า 9 โมงของเรา คือตีห้าของบ้านเค้า เค้าตื่นไม่ได้จริงมันเข้าเกินไป เค้ามาถึงเที่ยงเนี่ยก็พยายามมากแล้ว คือเราก็ได้เรียนรู้ไปด้วยว่า รูปแบบในการใช้ชีวิตเค้าเป็นแบบนี้ เราเองก็ต้องปรับงานของเราให้มันเข้ากับวัฒนธรรมเค้าไป”(ID4)

#### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“อย่างคนใช้อาหรับเนี่ย เราต้องเข้าใจวัฒนธรรมเค้าให้มาก เพราะมันค่อนข้างไกลตัว และแตกต่างกันกับเราเยอะ ถ้าพวกฝรั่งเนี่ย เรายังดูในหนัง เห็นในทีวี ยังพอคุ้นเคยบ้าง แต่พวกตะวันออก อาหรับเนี่ยไม่คุ้นเลย เราก็ต้องมีเรียนรู้ลักษณะเค้าไป คือแต่ละชาติก็แตกต่างกันไป ภาษาไม่เหมือนกัน วัฒนธรรมการใช้ชีวิตก็ไม่เหมือนกัน เราต้องเข้าใจเค้าก่อนแล้ว จะได้ทำให้เค้าได้ถูก เรื่องศาสนาที่สำคัญ อย่างช่วงถือศีลอดบางทีเราก็ไม่รู้ช่วงไหน เพราะไม่ใช่ศาสนาเรา ปกติกินยาให้ tid พอนัดมาบอกเราว่ากินอยู่แค่ bid เราก็สงสัย ทำไมปรับยาเอง สรุปคือเค้าอยู่ในช่วงถือศีลอดต้องกินเวลาเช้าก่อนพระอาทิตย์ขึ้นและเย็นหลังพระอาทิตย์ตก เราก็ต้องประสานกับหมอ คือต้องปรับขนาดยาให้พอแล้วก็ให้เหมาะกับการกินช่วงนี้เค้าด้วย”(ID5)

“ช่วงถือศีลอด เป็นช่วงที่มาราธอนของการปรับยา คือยาทั่วไปมันจะไม่ค่อยซีเรียส แต่ยาความดันอย่างเงี้ย คนไข้เองเค้าก็รู้ว่าเค้าไม่สามารถจะลดยาเองได้ อย่างยาความดัน หมอเค้าต้องปรับเหลือแค่สองมီ เพราะเค้ากินข้าวได้แต่สองเวลา ก็จะต้องลองปรับดูก่อน ตั้งแต่ก่อนถือศีลอด ลองวัดความดันมารายงาน คือตอนแรกได้ยาสามมื่อความดันคุมได้ดี พอลดยาแน่นอนก็ส่งผลกับความดันคนไข้แน่ๆ คือรายนี้ความดันสูงมากมาตลอด กว่าจะปรับยาจนได้ที่ขนาดนี้ จะต้องลดยา เราก็ต้องมาวางแผนด้วยกัน ทั้งคนไข้ พยาบาล หมอ ช่วยกัน”(ID6)

“ถ้าเป็นน้องใหม่ตอนปฐมนิเทศ จะต้องสอนเรื่องวัฒนธรรมชาวต่างชาติทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มที่มาใช้บริการที่เราเยอะ เช่น ญี่ปุ่น พม่า แล้วก็ชาติอื่นๆ ด้วย ก็จะสอนเป็น พื้นฐานที่เราควรต้องระวังอะไร ควรต้องวางตัวกับคนไข้ยังไงถึงเหมาะสม ให้เรารู้ว่าเวลา ทำงานแล้วเจอสถานการณ์จริง จะได้ไม่เกิดข้อผิดพลาดอะไรง่ายๆ แต่อย่างเราเป็นอยู่มานาน เค้าก็จะมือบรมอีกเหมือนกัน ก็จะเป็นในเรื่องวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ ให้เราเข้าใจว่า แตกต่างจากเรายังไง ก็จะลงลึกกว่าของน้องใหม่ๆ”(ID7)

“อย่างที่บอกอะ นอกจากภาษาที่เราต้องเรียนรู้แล้ว เรื่องวัฒนธรรมเราก็ต้องเข้าใจ มาจากต่างที่กันวัฒนธรรมก็หลากหลายนะ อย่างเราคนไทย จะยังไงก็ยิ้มไว้ก่อน แต่เคยเจอต่างชาติมาตรวจเป็นญี่ปุ่น เราก็ถามอาการไปคุยไปเราก็ยิ้มไปด้วย ตามมารยาท พอคุยกับเราเสร็จให้นั่งรอตรวจ ลักพักล่ำมมาบอกคนไข้คอมเพลนประมาณว่าเราไม่ทุกข์ไม่ร้อนกับอาการของเค้าเลย เนี่ยเวลาคุย เค้าพูดว่ามีอาการแบบนี้ก็ยิ้มใส่เค้า เห็นเป็นเรื่องสนุก เราก็ เฮ้ย! ตกใจ มันไม่ใช่แบบนั้น คือมันเป็นวัฒนธรรมของเรา ต้องอธิบายกันยกใหญ่ ว่าเราไม่มีเจตนาแบบนั้นนะ กว่าที่จะเข้าใจกัน ล่ำมเค้าก็อธิบายว่าคนญี่ปุ่นเค้าเหมือนเป็นชาติที่เคร่งเครียด แล้วก็จริงจังมาก คือ

เราก็ต้องเรียนรู้ไป พอหลังจากนั้นมาเราก็ระวังเรื่องนี้กัน ก็ทำงานสบายมากขึ้น”(ID8)

“ถ้ามาจากโซนยุโรป ตะวันออก ก็จะคนละสไตล์กับอาหรับ เค้าก็จะเนี้ยบทุกอย่าง ต้องเป๊ะ คือเหมือนเค้ามาจากชาติที่เจริญแล้ว ทุกอย่างจะค่อนข้างเป็นแบบแผน เช่นจะนัดมา ตรวจสอบกล้องทางเดินอาหาร คุณต้องมีข้อมูลมากพอจะไปพูดกับเค้า เช่นหมอนัดเค้ามาทำเพราะอะไร วันไหน เวลาเท่าไร วิธีการเตรียมตัว ขั้นตอนการตรวจ คือกับคนไข้อื่นเราก็พูดประมาณนี้แหละ แต่เค้าจะซักละเอียดหน่อย มีคำถามกลับมาตลอด แล้วจะตรงเวลามาก นั่งรอตรวจแล้วถึงเวลาเลยไปซักหน่อยหน้าเริ่มเปลี่ยนแล้ว คือต้องชิงเดินไปบอกคิวก่อนเลย ถ้ารอลูกมาถามจะจบบยาก”(ID9)

“หลักสำคัญที่จะทำงานกับคนต่างชาติให้ดี มองว่าพื้นฐานที่เราให้การดูแลที่ไม่ต่างกัน ทั้งคนไทยทั้งต่างชาติ แต่ที่สำคัญคือเราต้องมีความเข้าใจกับวัฒนธรรมของเค้า คือ พยายามเรียนรู้ แล้วก็ต้องยอมรับความแตกต่าง คือคนละประเทศ คนละภาษา คนละศาสนา เราเองก็ต้องปรับการทำงานของเราให้สอดคล้องกับเค้าด้วย รพ.เองก็มีตัวช่วยให้เราเยอะ พวกกลุ่มคนไข้ที่มีเยอะๆอย่าง ญี่ปุ่น พม่า ก็มีศูนย์เป็นเคาน์เตอร์ไว้บริการเลย มีล่ามคอย แปลตลอด เพราะอย่างญี่ปุ่น เค้าไม่พูดภาษาอังกฤษเลย มีพูดได้ก็ไม่มาก ก็ต้องตามล่ามช่วยแปลตลอด แล้วเค้าก็จะเข้มงวดเรื่องเอกสารประกันมาก คือชาติเค้าเจริญในเรื่องประกันสุขภาพไง คนญี่ปุ่นเค้ามีประกันทุกคนเลยนะ แต่มีหลายแบบมาก ต้องแม่น ถ้าผิดขึ้นมาแก้กันยาว วุ่นวายมาก”(ID11)



“อย่างกลุ่มตะวันออก ชาวอาหรับสำหรับว่ายากสุด คือวัฒนธรรมค่อนข้างต่างเราเยอะ อย่างแรงเลยคือเรื่องกลิ่น คือมันเป็นกลิ่นตัวเฉพาะของเค้า ซึ่งสำหรับวัฒนธรรมเค้า ไม่ได้ผิดแปลกอะไรไร แล้วเราก็ไม่สามารถแก้ไขอะไรในเรื่องนี้ได้ด้วย แต่บางที่ถ้ามากันกลุ่มใหญ่ก็จัดให้นั่งแยกจากผู้ป่วยอื่นหน่อย คือเราอะเริ่มชิน แต่คนใช้อื่นเค้าก็มาบ่นกับเราก็มี ส่วนชื่อผู้ชาย ถ้าเป็นพ่อลูกกันนี้ต้องใช้ Identifie ให้ดีเลย คือชื่อเค้าก็ยาว บางที่ Visit Slip พิมพ์ชื่อได้ไม่หมด ถ้าเราเรียกแต่ชื่อแรก สมมุติเรียก Mr.Mohamed นี้จะหัดมาทั้งโต๊ะนะ คือต้องใช้ วันเดือนปีเกิด รูปในเวชระเบียน ช่วยแยกคนไข้ด้วย ส่วนผู้หญิงก็ต้องเข้าใจว่าเค้าต้อง คลุมผ้าปกปิดหน้าตา ร่างกาย มีผ้าคลุมศีรษะ บางชาติมีหน้ากากปิดด้วย เค้าจะไม่ให้ผู้ชายคนอื่นเห็น นอกจากสามี เพราะฉะนั้นเราก็ต้องช่วยระวัง จะเข้าตรวจหมอก็ต้องให้สามีอยู่ด้วยตลอด ไม่งั้นจะไม่ยอมให้ทำอะไรเลย เราก็ระวังมากขึ้น”(ID12)

#### 4. อุปสรรคมีมากมาย บางเรื่องแก้ไขได้ บางเรื่องต้องทำใจ

การทำงานทุกอย่างย่อมมีปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก อย่างไรก็ตามในการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกก็ต้องแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่น แต่อุปสรรคบางเรื่อง พยาบาลไม่สามารถแก้ไขเอง อาจต้องทำใจ และใช้สติเพื่อรับฟังคำติหรือข้อร้องเรียน ส่วนการแก้ปัญหา เป็นอำนาจหน้าที่ของของผู้บริหาร ที่จะดำเนินการ ดังประเด็นต่อไปนี้

4.1) ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ ที่มีความคาดหวังสูง 4.2) ประสานงานงานหลายฝ่าย ทั้งแพทย์-พยาบาล-ผู้ป่วย และหน่วยงานอื่น

##### 4.1 ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ ที่มีความคาดหวังสูง

ในการให้บริการผู้ป่วยและญาติที่สนใจความต้องการของตนเองเป็นหลัก เป็นการยากที่จะถูกใจบริการที่ได้รับ หากไม่จำเป็น พยาบาลจะไม่เข้าไปก้าวก่ายพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยและญาติประเภทนี้ เนื่องจากเสี่ยงต่อการร้องเรียน แม้ว่าข้อร้องเรียนนั้นจะไม่ใช่ความผิดของพยาบาล แต่โรงพยาบาลเอกชนจะให้ความสำคัญกับผู้รับบริการมากกว่าผู้ให้บริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยและญาติที่มีอำนาจต่อรองให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ของโรงพยาบาล ดังเช่น กรณีของผู้ป่วยและ

ญาติที่ไม่เคยรอหรือเข้าคิวการพบแพทย์ หากมาใช้บริการเมื่อไหร่ ต้องขอเข้าตรวจกับแพทย์โดยไม่สนใจเรื่องคิว ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า ครั้งหนึ่งมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน พยาบาลขอพื้นที่ที่ผู้ป่วยและญาติยืนรอพบแพทย์อยู่เพื่อให้สะดวกต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องส่งต่อไปแผนกผู้ป่วยหนัก เมื่อดูแลผู้ป่วยหนักเสร็จแล้ว ผู้ป่วยรายนี้จะได้เข้ารับการตรวจจากแพทย์ แต่ญาติผู้ป่วยไม่พอใจ แสดงอาการพิดีพิตีใส่พยาบาล และเมื่อออกจากโรงพยาบาล ส่งจดหมายร้องเรียนว่า พยาบาลไม่ให้เกียรติ ไม่ให้บริการที่ดี อาจต้องยกเลิกสัญญาคู่ประกันของบริษัท หรือในกรณีที่แจ้งค่าใช้จ่ายให้ญาติผู้ป่วยรับทราบ เพื่อตัดสิ้นใจการรักษา ซึ่งในขณะนั้นเป็นเหตุการณ์ฉุกเฉิน ญาติต้องการให้ช่วยเหลือผู้ป่วยก่อน แต่เมื่อแจ้งค่ารักษาที่ต้องจ่าย ญาติกลับโวยวายว่าไม่ได้รับข้อมูลมาก่อน แม้จะมีหลักฐานการลงนามรับทราบ แต่ญาติอ้างว่าเป็นภาษาอังกฤษอ่านไม่ออก จึงถูกร้องเรียนว่าไม่มีใครแจ้งเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นต้น ซึ่งข้อร้องเรียนแต่ละครั้งทำให้พยาบาลรู้สึกเหมือนว่าตนเองทำงานผิดพลาด แต่บางครั้งก็รู้ว่าการมีใบร้องเรียน จะทำให้ผู้บริหารได้ลงมารับทราบความจริงที่เกิดขึ้น จึงถือเป็นโอกาสที่ผู้ปฏิบัติงานจะได้อธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามมุมมองของผู้ปฏิบัติบ้าง นอกจากข้อร้องเรียนจะเกิดจากความไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ การแต่งกาย รองเท้า เสื้อผ้าหน้าผมของพยาบาล ก็เป็นประเด็นให้ผู้ป่วยหรือญาติเขียนข้อร้องเรียนได้เช่นกัน

“เรื่องคนไข้ร้องเรียน ที่มีอยู่แล้ว ที่ OPD ยิ่งเป็นเอกชนด้วยแล้ว เค้าก็ยิ่งคาดหวังสูง บางทีโดนพูดใส่หน้า บริการช้า แย่ยิ่งกว่ารัฐบาลต่างจังหวัด จุกเลนนะคะ โดนโวยวายใส่ว่า เกรียดแล้ว ยิ่งเขียน complain อีก เรื่องถึงผู้ใหญ่อีก โอโห้ คุยกัน ยาวเลยที่นี่ มีใบ Complain สักใบนี้เรื่องยวณะ เรื่องถึงผู้จัดการ ผู้จัดการฝ่าย ศูนย์คุณภาพ แต่คิดอีกแง่หนึ่งก็คือเราได้มีโอกาสตอบเค้าไป ว่าปัญหามันเกิดจากไหน เพราะอะไร แต่หน้างานยังไงก็ต้องขอโทษไว้ก่อน แต่บางทีน้องใหม่ก็รับไม่ได้นะ ร้องห่มร้องไห้ ตกใจกันไป ถ้าเราอยู่ใกล้ก็ต้องรีบกันน้องออกมา หลีกเสี่ยงการเผชิญหน้าไว้ก่อน”(ID1)

“เสื้อผ้า หน้าผม ก็ต้องพร้อมตลอดเวลาณะคือเป็นภาพลักษณ์ที่ดีทั้งกับตัวเราและ รพ.ด้วย ยิ่งอยู่ OPD ด้วยอะ อย่างชุดพยาบาลก็จะเป็นแบบเดียวกันหมด สุกใสเดียวกันหมด มีกฎระเบียบการแต่งกายที่ค่อนข้างเคร่งครัด อย่างต้องแต่งหน้าอ่อนๆ ผมรวบเก็บเรียบร้อย สวมถุงน่อง รองเท้าต้องขาวจริง ตอนมาทำงานใหม่ๆก็แปลกใจทำไมต้องให้เราแต่งหน้าด้วยนะ คือมันก็ไม่ได้แบบจัดเต็มอะไรขนาดนั้น แต่จะให้แบบตื่นมาทาแป้ง แล้วออกมาหน้าสดทำงานเลยมันก็สงสารคนไข้เหมือนกันเนอะ เตียวจะแยกไม่ออกพยาบาลหรือคนไข้ที่ป่วย มันก็ต้องนิดๆหน่อยๆเนอะ มองมาแล้วสดชื่น แล้วเชื่อไหมว่าคนไข้เค้าก็สังเกตเราเหมือนกัน ที่แผนกอะเคยโดน เขียนร้องเรียนจากคนไข้ว่า รองเท้าพนักงานสีขาวแต่ไม่สะอาด คิดดูว่าคนไข้สังเกตขนาดไหน”(ID3)

“มีเคสหนึ่ง ทุกครั้งที่มาจะนั่งรถมาพร้อมลูกชายและคนดูแลประมาณ 4-5คน จะมาแต่ เช้าแล้วเจาะเลือดไว้ก่อน แล้วไปกายภาพก่อน เสร็จแล้วออกไปทานอาหารกลางวันแล้วรอตรวจทุกครั้งที่มาคือใช้วิธีเข็นรถไปรอหน้าห้อง พอห้องเปิดจะเข้าไปตรวจเลย โดยไม่ถามคิวตรวจ คือทำแบบนี้จนเรารู้ว่าถ้ามีชื่อท่านนี้นัดตรวจนะ ต้องบอกคิวเค้าไปหนึ่งคนเวลารายอื่น มาถามคิวตรวจ แต่วันนั้นบังเอิญเคสที่อยู่ในห้องอาการหนัก ต้องนอน ICU. เราก็วิ่งเข้าวิ่งออกในห้องตรวจ ต้องตามรถนอนมาเปลี่ยนริบให้ยา เปิดเส้น คือรถนั่งคนเนี้ยก็ขวางอยู่หน้าห้อง คือดูจากเหตุการณ์ก็รู้ว่าเรากำลังริบและยุ่ง พี่คนนึงเลยไปแจ้งว่าตอนนี้เกิดอะไรขึ้น ขอย้ายให้เค้ามานั่งรอตรงบริเวณใกล้ๆ เพราะเราต้องใช้พื้นที่ในการดูแล กลัวจะ Expose คนไข้ในห้องด้วย เพราะเราจำเป็นต้องเปิดเข้าเปิดออกตลอด แคนั้นแหละลูกชายเค้าองค์ลงเลย โกรธหนัก ชี้น้ำ พูดว่า พวกคุณทำอย่างนี้กับแม่ผมได้ยังไง ตะคอกถามว่าต้องให้รออีกนานไหม คือเข้าใจไหม คือยังไม่ได้ทำอะไรเลย แค่อพยพที่นิดเดียวเอง จะโกรธอะไรหนักหนา เราก็อธิบายอีกทีว่าเกิดอะไรขึ้น เสร็จเคสนี้เค้าก็จะได้ตรวจเลย เอาก็มีแสดงอาการพิศพิศใส่ ไม่พอใจเราอยู่ดี พอกลับไปให้เลขาส่ง mail มาคอมเพลน ว่าเราไม่ให้เกียรติเค้าที่เป็นคนไข้เก่าแก่ ชูว่าเค้าจะยกเลิกสัญญาที่บริษัทเค้า Contact

กับเราอยู่ เพราะเราให้บริการไม่ดี ช้า เสียเวลา ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งนี่ก็ย้อนดูแล้ว  
 เค้าไม่เคยต้องรอสักครั้ง แล้วเราก็อธิบายเหตุผลไปแล้ว ขอโทษไปแล้ว ทั้งๆที่ยังงงว่า  
 ทำว่าผิดอะไร”(ID4)

“ตั้งแต่ทำงานมาก็มีทั้งไปชื่นชม ไปร้องเรียน อยู่มาเป็นสิบปีที่นี่ ก็ยังไม่ชิน  
 กับไปร้องเรียนอยู่ดี ถึงเค้าจะบอกว่าเพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนา ก็เถอะ คือเราจะ  
 รู้สึกว่า ถ้าในเวลานั้นมีไปร้องเรียนมาสักใบคือในแวรความรับผิดชอบเราต้องมีหลุด มี  
 พลาดอะไรไป ซึ่งหัวหน้าจะต้องมาถามเหตุการณ์ ไล่เรียง คือก็เพื่อหาว่าตรงไหนมัน  
 พลาดไป แต่อีกแง่หนึ่งคือเราก็มีโอกาสได้อธิบายเหตุการณ์จากมุมของเราบ้างก็ดี  
 แล้ว”(ID8)

“เวลาเห็นไปร้องเรียนนะ มันรู้สึกfailนิดๆนะ คือในเหมือนมันเราทำอะไร  
 ผิดไปแน่ๆ คือมันต้องมีอะไรบกพร่องไปในแวรเรารู้สึกอย่าง ไม่จั่นคงไม่มีcomplain  
 ทรอก คือโรงพยาบาลเค้าก็ใส่ใจแหละว่าคนไข้เค้าจะรู้สึกยังไง พอใจที่มาใช้บริการที่  
 โรงพยาบาลแคไหน พอมีร้องเรียนขึ้นมาสักใบก็ต้องสาเหตุ หาเหตุผล อย่างบางที่เรา  
 ไม่ผิด แต่คนไข้เค้าไม่พอใจ เราก็ต้องมาเขียนตอบไปร้องเรียนอยู่ดี ต้องมาชี้แจงว่ามัน  
 เกิด อะไรขึ้นบ้าง เราทำอะไรไปบ้าง คนไข้ไม่พอใจยังไง คือมันเหมือนให้โอกาสเรา  
 ชี้แจงนะ แต่ก็ยังรู้สึกว่าเหมือนเรามีความผิดอยู่ดี เพราะมันมีไปร้องเรียนแล้ว”(ID11)

“คือตอนตรวจเราก็รู้แหละว่าเค้าอาการไม่ค่อยดี คิดว่ายังไงต้อง Admit  
 แน่ๆ พอหมอสั่งให้นอนรพ เค้ามีคำถามถ้าในเรื่องอาการแนวทางการรักษา เราจะให้  
 เค้าก็จะคุยกับหมอเอง แต่ในเรื่องค่าใช้จ่าย ประกัน ราคาอะไรเนี่ยเค้าจะมาก็กับเรา  
 คือเราก็ต้องตอบแบบชัดเจนแล้วก็ต้องมีเอกสารด้วยยืนยันด้วย อย่างวันก่อนเคสมา  
 ด้วยแน่นๆหน้าอก หมอตรวจแล้ว แนะนำให้ต้องทำ Coronary angiogram คือ

เค้าเคยมีประวัติทำ PCI มาจากประเทศอื่น เจอแบบเนี้ย เราก็แจ้งแผนกประเมินราคาเลย พอประเมินเสร็จเค้าบอกแพงไป เค้าขอให้เช็คสิทธิประกัน ซึ่งในขณะเดียวกันอะ หมอก็มี order มาแล้ว ที่เปิดเส้นเจาะเลือด ให้ยา ญาติเค้าก็ตัดสินใจให้รับการรักษาก่อน จนขึ้น Ward ทำฉีดยาไปแล้ว มาร้องเรียนที่หลังว่า ค่าใช้จ่ายแพง ไม่มีใครแจ้งว่าราคาสูงขนาดนี้ เราก็ชี้แจงว่ามีเอกสารที่เค้าเซ็นต์รับทราบราคาแล้วนะ เค้าก็บอกว่าเค้าอ่านภาษาอังกฤษไม่ออก ตอนนั้นเค้าอาการไม่ดี เค้าเซ็นต์โดยไม่อ่านละเอียด ต้องเขียนทบทวนเหตุการณ์ ตอบใบร้องเรียนวุ่นวายมาก เพราะเค้ายืนยันไม่จ่าย”(ID12)

#### 4.2 ประสานงานหลายฝ่าย ทั้งแพทย์-พยาบาล-ผู้ป่วย และหน่วยงานอื่น

แผนกผู้ป่วยนอก เป็นหน่วยงานที่ตั้งรับและส่งต่อผู้รับบริการ และมีบทบาทในการติดต่อประสานความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งผู้รับบริการและญาติด้วย พยาบาลผู้ป่วยนอกจะเป็นผู้ประสานงานกับหลายฝ่าย เมื่อเกิดปัญหาหรือความผิดพลาด ดังนั้นด่านแรกที่จะโดนต่อว่า คือ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งพยาบาลเปรียบเทียบการทำงานของตนเองว่า “มีศัตรูรอบตัว” ทั้งจากการทำงานที่รีบเร่งและแรงกดดันจากผู้รับบริการทำให้เกิดความขัดแย้ง กระทบกระทั่งกันระหว่างหน่วยงาน บางครั้งระบายนารมณ์ใส่กัน ใช้น้ำเสียงไม่น่าฟัง ทำให้บรรยากาศการทำงานแย่ลง เช่น แผนกการเงินรอเรียกเก็บเงินจาก ผู้รับบริการ แต่แพทย์ยังไม่ได้สั่งยา เมื่อผู้รับบริการรอนานก็เริ่มแสดงความไม่พอใจ โวยวายใส่เจ้าหน้าที่การเงิน พยาบาลก็ต้องประสานงานกับแพทย์เพื่อสอบถามการสั่งยา ซึ่งแพทย์ยืนยันว่าสั่งแล้ว ประสานงานกลับไปที่การเงินใหม่ให้ตรวจสอบอีกครั้ง ปรากฏว่าไม่มีหลักฐาน ในที่สุดจึงพบว่าแพทย์สั่งยาผิดคน พยาบาลต้องรีบประสานงานกับแผนกเภสัชกรให้ยกเลิทยา ติดต่อแผนกสารสนเทศให้ยกเลิกคำสั่งการรักษา แจ้งแพทย์ให้สั่งยาในระบบใหม่อีกครั้ง ในบางกรณีที่ผู้รับบริการใช้บริการหลายโรงพยาบาล มาติดต่อให้ช่วยประสานงานเพื่อขอผลตรวจจากที่อื่น ๆ มาให้แพทย์พิจารณา แม้ว่าจะมีความยุ่งยากทั้งในแง่การตรวจสอบสิทธิ์ การส่งเอกสารยืนยันบุคคล ระยะเวลาการส่งต่อข้อมูล แต่ก็ต้องให้บริการ ซึ่งผู้รับบริการมักเข้าใจว่าสามารถทำได้โดยง่าย นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบปัญหาในเรื่องของการ

ประสานงานกับแผนกผู้ป่วยใน เมื่อแพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยรักษาต่อในโรงพยาบาล พยาบาลผู้ป่วยนอกจะแจ้งรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยทราบ หากเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อแผนก ICU หรือ CCU ขั้นตอนการแจ้งย้ายผู้ป่วย แผนกรับใหม่เป็นผู้ดำเนินการให้ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยอื่น พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ติดต่อห้องพักกับแผนกรับใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกแบบห้องที่ต้องการ เมื่อได้หมายเลขห้องแล้ว พยาบาลโทรติดต่อแผนกผู้ป่วยในเพื่อประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องพัก ซึ่งผู้ป่วยต้องการความรวดเร็วในการเข้าพัก หากแผนกผู้ป่วยในยังไม่พร้อมเนื่องจากห้องยังไม่เรียบร้อย ต้องให้ผู้ป่วยรอที่แผนกผู้ป่วยนอกก่อน และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกติดต่อไปยังแผนกผู้ป่วยในเป็นระยะๆ เนื่องจากพยาบาลหอผู้ป่วยในจะไม่ติดต่อกลับมา บางครั้งผู้ป่วยไม่ยอมเจาะเลือด หรือนำน้ำเกลือจากแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งพยาบาลแผนกผู้ป่วยในจะแสดงท่าทางไม่พอใจ ใช้คำพูดประชดประชันเหมือนพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกผลักรถให้พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ทั้งๆที่แพทย์อนุญาตให้ทำหัตถการที่แผนกผู้ป่วยในได้ การรอพยาบาลแผนกผู้ป่วยในรับเวร เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการล่าช้า และเมื่อต้องส่งเวร พยาบาลแผนกผู้ป่วยในไม่แสดงกิริยาตอบรับ ฟังเจี๊ยบอย่างเดียว จนทำให้รู้สึกอึดอัดใจ บางครั้งให้ห้องใหม่หัดส่งเวร ก็ซักถามจนเกินความจำเป็น จนคนส่งเวรรู้สึกแย่ เวลาขึ้นไปส่งผู้รับบริการที่หอผู้ป่วย พยาบาลแผนกผู้ป่วยในก็ขาดการกระตือรือร้นในการรับผู้รับบริการ จนพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกต้องเป็นผู้ดูแลพาผู้ป่วยเข้าห้องพักเอง เป็นต้น รวมถึงการส่งติผู้รับบริการมาพบแพทย์เฉพาะทางหรือทำการตรวจหัตถการพิเศษ เช่น การตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน การตรวจเครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบพกพา ตรวจ EKG ในแผนกศูนย์หัวใจ การตรวจ Pulmonary Function Test ในแผนกศูนย์ทางเดินหายใจ การตรวจสมรรถภาพทางการได้ยิน ที่แผนกหู คอ จมูก เป็นต้น ซึ่งทำให้พยาบาลแผนกผู้ป่วยไม่เพียงแต่ต้องดูแลผู้ป่วยทั่วไปที่มาปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง แต่ยังต้องดูแลผู้รับบริการที่มาตรวจพิเศษเพิ่มขึ้นด้วย ปัญหาที่พบคือขาดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงาน บางครั้งส่งผู้รับบริการมาตรวจโดยไม่แจ้งก่อน ทำให้ผู้รับบริการต้องมารอนาน หรืออาจยังไม่มีแพทย์ที่สามารถตรวจให้ได้ในทันที หากประสานงาน หรือพูดคุยกันก่อนผู้รับบริการอาจมีทางเลือกที่ดีกว่าการมานั่งรอตรวจเป็นเวลานาน เช่นการไปตรวจเอกซเรย์ หรือตรวจอื่นๆก่อน แล้วจึงกลับมาใช้บริการอีกครั้ง เมื่อแพทย์พร้อมปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก

“เดี๋ยวนี้ รพ.มีเยอะแยะไปหมด คนไข้เค้าก็เลือกได้ว่าจะไปทำไปตรวจที่ไหน อย่างบางรายมาพบแพทย์ที่เรา แต่เจาะเลือดที่อื่นแล้วซื้อยาอีกทีหนึ่ง เราก็ต้องประสานงานให้นะ ต้องส่งใบตรวจเลือดให้อีกทีหนึ่ง ส่งใบสั่งยาให้อีกทีหนึ่ง คนไข้เค้ามีสิทธิเลือกอะจะว่าเค้าไม่ได้ แต่ก็ต้องแจ้งเค้าบางทีผลเลือดมันดูไม่น่าเชื่อถือ มันนานเกินไปก็ต้องขอเจาะซ้ำ ไม่งั้นอาจารย์ก็รักษาปรับยาให้ไม่ได้ อย่างมาหาที่เราเป็น Second opinion มีผลตรวจทุกอย่างแต่อยู่อีกรพ. เราก็ต้องประสานขอข้อมูลมาให้ ไม่งั้นเค้าต้องเสียตังค์เพิ่ม หรือมาตรวจที่เราแล้ว ต้องการไปรักษารพ.อื่นต่อ ตามสิทธิของเค้า เช่นเบิกราชการได้ เบิกประกันสังคม เราก็ต้องเตรียมข้อมูลให้เค้าด้วย ยิ่งถ้าอาการหนักแต่ปฏิเสธรักษาที่เรา ยังต้องประสานงานให้ดีเลย เพราะเค้าก็มีความเสี่ยง เรายังมีความเสี่ยง แต่ความปลอดภัยของคนไข้ก็สำคัญที่สุด...งาน OPD เดี่ยวนี้ไม่ใช่แค่ตรวจหาหมอรับยาอย่างเดียวแล้วไง มันมีเครื่องมือ มีตรวจพิเศษ เยอะแยะไปหมด คือเราต้องแบ่งภาคมาทำงานในส่วนหัตถการพวกเนี่ยด้วย คือพยาบาลก็ต้องทำควบคู่ไป แต่บางทีก็จะเจอว่าส่งมาตรวจแบบไม่ได้ประสานงานกัน อย่างส่งมารอตรวจเลยไม่โทรบอกก่อน คือคนไข้ไม่ต้องรอที่เค้าแต่ต้องมารอที่เราแทน คือตรวจบางอย่างมันต้องรอ เพราะต้องเตรียมเครื่อง เตรียมอุปกรณ์อะไรแบบเนี่ย บางอย่างต้องรอหมอดูด้วย ถ้าได้ประสานงานกันก่อน เราก็ได้มีเวลาเตรียมความพร้อมของเรา ระหว่างนั้นคนไข้อาจจะไปทำอย่างอื่นก่อนได้ ไม่ใช่มารอนานแบบนี้”(ID2)

“เวลาเราจะ Admit บางทีก็หนักใจนะ ต้องส่งเวรกับบอร์ด บางบอร์ดน่ารักกระตือรือร้น บางบอร์ดคือรู้สึกแย เหมือนเค้าไม่ยอมรับคนไข้ คือเรามีแผนก Admit ค่อยช่วยเรื่องขอห้อง เค้าก็จะรู้ว่า เวรไหนว่าง ห้องไหนกลับบ้านแล้ว ห้องไหนรอ clean เค้าก็จะช่วยเรามาระดับหนึ่งว่า เออห้องนี้รอ clean 20 นาทีนะ ระหว่างรอเราก็จะส่งเวรก่อน ก็เคยเจอว่า ห้องยังไม่เสร็จเลย ส่งเวรทำไม คือเรารู้แหละว่า เค้าปฏิเสธ แต่จะช้าเร็วก็ต้องรับเวรอยู่ดี จะเกี่ยวทำไม เราก็เลยบอกว่าถ้าพร้อมแล้วโทรแจ้งด้วย เราก็รอได้ ถ้าเค้ายังไม่สะดวก พอ 20 นาทีเราก็ลองโทรถาม

วอร์ด ก็เจอตอบกลับมาว่า น้องรีบน้องขึ้นมาเลยคะ คือฟังแบบนี้เราก็ รู้สึกไม่ดีเลย คือประชดเราเพื่อ ถ้าเราไม่โทรถามก็ไม่โทรตามเราเลยหรือ”(ID3)

“ทุกคนก็เร่งรีบทำงานในส่วนของตัวเอง หรือบางทีคนไข้ก็ยื่นกดดันอยู่ รอ แพ้มัประวัติจากอีกเคาน์เตอร์ ไม่มาส่งสักที พอตามหลายรอบเข้า ก็เริ่มมีอาการเสีย ไล่กัน ใช้น้ำเสียงไม่ดีพูดกัน ต่อว่าต่อขานกัน บางทีเราอยู่ในเหตุการณ์เราก็ต้องปราม น้องเรา หรือเปลี่ยนเป็นเราประสานงานให้เอง คือเถียงกันไปก็ไม่ได้แพ้มเร็วขึ้น สู้เดิน เอาแพ้มมาส่งดีกว่ามัย งานมันก็จะ ได้จบบๆไป...อย่างส่งมาตรวจ Audiography ต้องใช้เทคนิคเขียนทำ แล้วเค้าไม่ได้มาทุกวัน แล้ว ขั้นตอนตรวจมันก็เยอะ ทั้งก่อน ตรวจ ทั้งตอนตรวจ ทั้งแปลผล ต้องพบหม่ออีก ปัญหาที่เจอ คือส่งมาตรวจแบบไม่ เช็คก่อนว่าจะทำได้หรือเปล่า บางทีเจ้าหน้าที่ไม่มา บางทีมีเคสก่อนหน้ารออยู่แล้ว อย่างถ้ามารอยังพอคุยกันได้เพราะจะช้ายังงี้ก็ได้ตรวจ แต่ที่ส่งมาแล้วไม่ได้ตรวจ เนี่ยแหละเรื่องใหญ่ ทั้งต้องนัดใหม่ ทั้งต้องขอโทษคนไข้ คือถามว่าต้องมาแก้ปัญหา แบบนี้มัย ถ้าคุณส่งคนไข้ทำตาม Flow”(ID4)

#### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“บางทีเรามีน้องใหม่มา เราก็สอนพนักงาน Admit ก็รวมเรื่องการส่งเวรไปด้วย ลองให้หัดส่งเวร บางทีโชคไม่ดีไปเจอบางคนที่เป็นเด็กใหม่ ก็ซักถาม จนเกินไป คือถามไปเรื่อยเปื่อย ปกติไม่สงสัยขนาดนี้ จนคนส่งเวรรู้สึกแยะ แล้วเป็นเด็กใหม่ก็ไม่กล้า หรืออย่างบางที ไปส่งคนไข้ที่วอร์ดอะ คือบรรยากาศการทำงานไม่ดีเลย ปกติถ้าส่งขึ้น วอร์ดเค้าจะต้องมาทักทายคนไข้ พาคนไข้เข้าห้อง ไปเปลี่ยนชุดให้นอนพัก ที่เจอคือขึ้นไปแล้วอยู่แต่ในเคาน์เตอร์ เราเองต้องตามไปส่งคนไข้ถึงห้อง พาลงจากรถนั่ง ขึ้นเตียงก็แล้วยังไม่มีใครมา แบบเนี่ยเราก็ต้องเดินไปตาม คือไม่สนใจเราไม่ว่าแต่ ควรสนใจคนไข้หน่อยมัย”(ID5)



“บางคนมาด้วยใจสั้น เคื่อก็มองว่าต้องส่งตรวจกับ Cardio เลย ก็ส่งมาเลย ไม่ถามเราก่อน คือ OPD มีเกณฑ์รับคนไข้อยู่แล้วๆ ใจสั้นระดับนี้ ซีพจร 160 แบบเนี้ย คือคุณต้องนั่งรถนั่งส่งไป ER แล้ว ไม่ใช่พาให้เดินมาให้หัวใจทำงานหนักขึ้นไปอีก บางทีเรามองว่าอย่างเคสนี้ คือถ้าโทรมาถามสักนิด จากเคาน์เตอร์เคื่อกี้ ER มากกว่าเดินมาส่งเราก็คือ ป่านนี้คนไข้ได้ยาไปแล้วไง อย่างเคสนี้เราต้องโทรไปประสาน ER ให้ ช่วยเคื่อกตามหมอบไปตรวจให้อีก คือ สงสารคนไข้ไงแทนที่จะเร็วกลับซ้ำ”(ID6)

“คนไข้บางคนเคื่อกมา Admit บ่อยๆ เคื่อกก็พอจะรู้ Flow การทำงานของเรา Order ให้เจาะเลือด start IV เคื่อกก็ขอขึ้นไปทำบนห้องซึ่งกรณีอย่างนี้เราต้องแจ้งหมอก่อนถ้าหมอ OK เราก็ค่อยแจ้งคนไข้ แต่เวลาบอกส่งเวรเวรตนะ เคื่อกก็จะเริ่มไม่พอใจ บางคนก็พูดประชดประชัน “ทำงานง่ายดีเนอะ เออะอะอะไรก็ให้ออร์ดีจัดการ” เราก็อเริ่มไม่พอใจเหมือนกัน คือมันไม่ใช่ความต้องการของเรา คือคนไข้เคื่อกไม่ยกนั่งรถนั่งแล้วมีเสาน้ำเกลือเข็นไปมาในโรงพยาบาล คือเคื่อกไม่ยกป่วยให้ใครเห็นใจแล้วหมอเคื่อกก็ OK แล้วด้วย พอส่งเวรเสร็จ กลับมาบอก Incharge ก่อนเลย เคื่อกก็ให้เขียน Incident เลยนะคือมันเป็นปัญหาที่ตัวบุคคล เป็นด้านทัศนคติ แล้วใช้คำพูดไม่เหมาะสม เคื่อกควรรู้ว่าควรปรับปรุง”(ID7)

“บางทีก่อนส่งมาอะ ถ้าโทรส่งเวรกันก่อน จะได้จะได้วางแผนดีกว่าเราควรจะต้องเตรียมอะไรบ้างไง อย่างคุณก็จะ Consult เรื่องถ่ายเหลว ปวดท้องมา ก่อนส่งมาถามกันหน่อย เราพร้อมไหม ไม่ใช่อยู่ๆเข็นพามา คนไข้ปวดท้องตัวเอง แต่หมอคนที่ก็จะ Consult ติดสอ่่งกลอ่่งอยู่ยง่ังก็ออกมาตรวจให้ไม่ได้แน่ คือบางทีเราต้องมาแก้ปัญหาต่อหน้าคนไข้ไง มันคือว่าคุณไม่ได้ประสานงานกันเลย ถ้าโทรมาถามก่อน เราจะได้บอกว่าคุณมีหมอนั่งอยู่บ้าง คุณจะได้ไปถามแพทย์ต้นทางจะส่งใคร นี่พอมาถึงก็ต้องโทรกลับไปถามอีกอยู่ดี...ด้วยงานที่มันเครียดด้วย เพราะคนไข้เคื่อกก็

คาดหวังกับเราสูง แล้วแผนก OPD เป็นอะไรที่ต้อง Contract กับหลายๆแผนกเยอะไปหมด เวลาทำงานประสานกันหลายๆฝ่ายมันก็มีหลุดบ้าง มีปัญหากันบ้าง บ้างก็ไม่ยอมกัน ไม่ยืดหยุ่นกัน กระทบกระทั่งกัน เราเลยรู้สึกว่ เหมือนมีศัตรูรอบตัว บางทีกับแพทย์เราก็มี แค้โทรตามลงมาตรวจ เพราะคนไข้ก็รอนานจ้องจะกินหัวเราอยู่แล้ว ก็โดนหมอด่าเอาง่ายๆ ก็มีเฟลหลุดเถียงไปบ้าง”(ID7)

“คนไข้ที่นี้ส่วนมากจะใช้ประกันสุขภาพทุกคน มีทั้งไทยทั้งต่างประเทศ ซึ่งแต่ละ บริษัทก็จะใช้เอกสารแตกต่างกันไป ถ้าตั้งแต่คนแรกที่รับเตรียมไว้ผิด มันก็จะผิตยาวไปจนหมอตตรวจเขียนเสร็จ ไปการเงิน ซึ่งบางทีคนไข้เค้าคาดหวังว่ากำลังจะได้กลับบ้านแล้ว ต้องมารอแก้เอกสาร ก็โดนคอมแพลนไปก็มี อย่างฝรั่ง ญี่ปุ่นนี้ประกันสุขภาพเค้าจะดีมาก บางทีไม่ต้องเสียสักบาทประกันเค้า cover ให้หมด แต่ถ้ต้องทำการตรวจอะไรเพิ่มเติม ทำหัตถการที่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ก็จะเริ่มมีให้ตรวจสอบสิทธิ์ก่อน แล้วอย่างบางประเทศเวลาไม่ตรงกัน กลางวันของเราเป็นกลางคืนของเค้า จะรอดตอบกลับมันก็ต้องใช้เวลา แต่เรามีแผนกประกัน ต่างประเทศคอยติดต่อให้ แต่ก็จะไม่พ้นเราที่จะต้องเตรียมเอกสาร ประสานงานกับหมอผู้สั่ง ซึ่งเอกสารมันเยอะ เค้าก็ไม่ค่อยจะอยากทำ เราก็ต้องตาม บางทีก็พิมพ์ไว้ให้ช่วยเซ็นต์หน่อยเถอะ คือไม่พ้นเราเป็นตัวกลางอยู่ดี...บางทีมีโทรมาถามจะส่ง Clear Med ก่อน OR มีหมอไหนว่างมาก วันนี้เวรหมออะไรพอเราบอกไปไม่ถึง 5 นาที ส่งมาแล้วพอเราดูจอ ผลเลือดก็ยังไม่ได้ Chest X-ray ก็ยัง ไม่ได้ EKG ก็ไม่มี คือจะไม่เคืองก็ต้องเคืองอะ จะให้หมอพี่ตรวจอะไรคนไข้ห้องเอ้ย ส่งไปทำอย่างอื่นก่อนไหม แล้วเราต้องกลายเป็นคนส่งคนไข้ไปทำอย่างอื่นก่อน Manage case อย่างกับเป็นเจ้าของไข้เลยอะ”(ID9)

“บางทีมีปัญหาเกิดขึ้นกับคนไข้ เป็นปัญหาที่เราไม่ได้ทำ พอเกิดอะไรขึ้นมา เค้าจะขอสายเราก่อนเพราะเราเป็นพยาบาล อย่างกับการเงินเนี่ย ก็น่าเห็นใจเค้า

ตรงที่ถ้าเราทำอะไรผิดพลาดไว้ พอไปถึงการเงินมันปลายทางแล้ว ก็ต้องทิ้งรับหน้าคนใช้ ทั้งติดต่อแก้ไข อย่างมีเคล็ดลับไปนั่งรอชำระเงินนาน ก็โวยวายว่าการเงินไม่เรียกเก็บเงิน ลักที่ คือการเงินเค้าต้องรอเราคือค่าใช้จ่ายในระบบ ซึ่งเคล็ดลับหรือหมอสั่งยา ซึ่งเค้าโทร มาตามแล้วรอบนี้ เราก็แจ้งหมอไปอีกรอบ หมอก็อารมณ์ขึ้นนิดนึง ประมาณว่าตาม ทำไม่อีก สั่งไปแล้ว เรายืนยันว่าเช็คดูแล้วมันไม่มี หมอกด Update order รีไปล่า ก็ ต้องหาว่ามันหายไปไหน สรุปคือหมอสั่งผิดคน ซื่ออยู่ติดกัน เราก็ต้องรีบโทรแจ้ง เภสัชเพื่อยกเลิกรายการยา ไม่งั้นเดี๋ยวคนใช้อีกคนรับยาไปผิด ต้องเดินไปแจ้งคนใช้ ไปขอโทษเค้าที่ทำให้รอ ประสานงานกับการเงิน แจ้งITเรื่องยกเลิก order ในระบบ รีบให้หมอสั่งยาให้ใหม่ อย่างอันนี้ เราไม่ได้เกี่ยวเลย แต่ก็ต้องเป็นคนคอย แก้ไข”(ID10)

“อย่างบางทีสั่งมาตรวจพิเศษแบบนัดเดินสายพานยังงี้ มันต้องจองตาราง ล่วงหน้า หรือโทรมาเช็คเวลาก่อนส่ง จะเจอบ่อยมาจากศูนย์สุขภาพ จะเนี่ยนส่งมาที่ หลายคน แล้วมีคนไม่ได้นัดมาด้วย คือมันทำไม่ได้ไงแต่ละคนเค้าก็รู้เวลานัดของเค้า รันตามคิวนัดพอแทรกมาสักคน เวลาคนต่อไปก็เข้าไปหมด แต่ถ้าเค้าโทรมาถามกัน ก่อน ก็จะได้รู้ว่าวันนี้ว่างเวลาไหนว่าง จะได้ Book เวลาเข้าไปเพิ่ม ถ้ามันนานก็ส่งไป ทำอันอื่นก่อนมีตรวจตั้งหลายรายการในโปรแกรมอะ”(ID11)

“แผนกเจาะเลือด บางทีคนไข้ไปรอเจาะเลือดที่เค้านานแล้วเค้าก็โทรตาม order เราหลายครั้ง ในมุมของเค้าคนไข้ก็ไปรอ ในมุมของเราคือคนไข้มาไม่ตรงนัด ไม่มีข้อมูลในระบบ เราก็ต้องตามเพิ่ม เพื่อดูให้แน่ใจว่าต้องตรวจอะไร ระหว่างที่รอ เพิ่ม สักพักก็โทรมาเร่งอีก เสียงเริ่มไม่พอใจ ทางเราก็รู้สึกที่เราทำถูกต้องแล้ว ก็ ตอบไปด้วยคำพูดห้วนๆ คือ พอต่างฝ่ายต่างเริ่มมีอาการ เราก็ต้องเป็นคนเข้าไปดูแล อาจจะช่วยเร่งเพิ่ม หรือดูประวัติเก่าๆในระบบ แล้วก็หลีกเลี่ยงการปะทะกัน เราก็ จะโทรไปคุยกับห้องเจาะเลือดให้แทน เช่นพี่จะ Save Tube ไว้ก่อนมั๊ย ฝากแจ้ง

คนไข้ที่เรากำลังทำถึงขั้นตอนนี้ ซึ่งมันเป็นการทำงานแบบปกติเลย แต่พอต่างฝ่ายต่างมีอาการ ไม่อยากยอมกันไง...อย่างที่เราได้รับตรวจ Pulmonary Function Test แต่มันไม่ได้ตรวจทั้งวันไง เราก็จะ Assign เจ้าหน้าที่ไว้ซึ่งต้องทำอย่างอื่นไปด้วย บางทีส่งมาแล้วไม่สามารถทำได้ทันทีเพราะ ต้องรอเจ้าหน้าที่ คือไม่รู้มาก่อนว่าจะส่งมาตรวจ เราจะได้วางแผนเตรียมคน เตรียมอุปกรณ์ ไว้รอเลย พอคนไข้มาก็เข้าห้องตรวจเลย นี่มาถึงอุปกรณ์ก็ยังไม่เตรียมคนทำก็ไม่มี เราเหมือนทำงานไม่ประสานกันนะ คือคนไข้ทั่วไปก็เยอะแล้ว ต้องมาดูกลุ่มที่มาตรวจพิเศษเพิ่มอีกไม่ว่า แล้วยังมีปัญหาต้องตามแก้อีกไง”(ID12)



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการศึกษา เพื่อค้นหาความจริงที่เกิดจากปรากฏการณ์ในการทำงานจากผู้มีประสบการณ์ตรง การวิจัยครั้งนี้เลือกสนามศึกษา คือ โรงพยาบาลเอกชน ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา (Full time) มีประสบการณ์การดูแลต่อเนื่องในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนไม่น้อยกว่า 3 ปี และมีความเต็มใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก มีการบันทึกเทปร่วมกับการจดบันทึกบทสนทนาเป็นหลักฐานในการเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งดำเนินการไปพร้อมกับเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 คน

#### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน สามารถแบ่งได้ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ลักษณะการทำงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 2) บริการที่ให้ ต้องสร้างความประทับใจให้ผู้รับบริการ 3) เพิ่มทักษะการทำงาน เพื่อบริการที่มีคุณภาพ 4) ปัญหาหลากหลาย บางเรื่องแก้ไขได้ บางเรื่องต้องทำใจ

#### 1. ลักษณะการทำงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

แม้ว่าคนภายนอกจะมองว่า ลักษณะงานการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นงานที่สบายกว่า การดูแลผู้ป่วยในแผนกอื่นๆ แต่เมื่อได้มาปฏิบัติงานจริงแล้ว จึงเข้าใจว่างานแผนกผู้ป่วยนอกไม่ใช่ งานง่ายๆ เพราะต้องประสานงานกับบุคคลหลากหลาย ต้องมีความรู้หลากหลายเรื่องทั้งระบบการให้บริการ ค่าใช้จ่าย บริการต่างๆที่มีในโรงพยาบาล และยังเป็นด่านแรกที่ผู้ป่วยมารับบริการ พยาบาลผู้ป่วยนอกจึงมีความเสี่ยงที่จะมีโอกาสสัมผัสโรคก่อนหน่วยงานอื่นๆ พบจากการศึกษาครั้งนี้

คือ 1.1) การให้บริการของพยาบาลผู้ป่วยนอก และ 1.2) เป็นต้นแรกที่ผู้ป่วยมาใช้บริการ พยาบาลจึงเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค

### 1.1 การให้บริการของพยาบาลผู้ป่วยนอก

เมื่อกล่าวถึงลักษณะงานของแผนกผู้ป่วยนอก คนทั่วไปอาจมองว่างานในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นงานที่สบาย เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือมาตรวจตามนัดเท่านั้น งานจึงไม่น่าจะหนักเมื่อเทียบกับลักษณะงานของหอผู้ป่วยหรือแผนกอื่นๆ แม้แต่พยาบาลที่เลือกมาทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกก็คิดเช่นนี้เหมือนกัน แต่เมื่อได้มาปฏิบัติจริงจึงรู้ว่า งานในแผนกผู้ป่วยนอกมีรายละเอียดมากกว่าที่คิด และเต็มไปด้วยความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ ที่ต้องการได้รับการที่สะดวกและรวดเร็ว ต้องมีความรู้รอบด้าน และให้คำตอบให้ผู้ป่วยและญาติเสมอ แม้ว่าจะไม่ใช่งานในขอบเขตของแผนกที่จะต้องให้ข้อมูล ดังนั้นพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกจึงกล่าวว่า งานในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นงานที่ทำทลายความสามารถ เนื่องจากต้องไวต่อการให้บริการทุกเรื่อง ต้องทำความเข้าใจและประเมินผู้ป่วยทุกรายในเวลาที่มีจำกัด พยาบาลต้องทำการวินิจฉัยให้ถูกต้อง เพื่อจะได้รับการรักษาได้ทัน่วงที นอกจากนี้พยาบาลยังกล่าวว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะมาด้วยโรคเหมือนกัน มีอาการเหมือนกัน การรักษาก็อาจต่างกัน ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนก็แตกต่างกัน จึงไม่มีสูตรสำเร็จตายตัวในการให้บริการ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องหมั่นฝึกฝนและหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความรู้รอบและรอบรู้ ไม่เพียงแต่ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการของโรค การรักษา การพยาบาล การให้คำแนะนำ แต่รวมถึงข้อมูลบริการต่างๆที่มีในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบัน การทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายขยายเวลาในการให้บริการจนถึง 22.00 น. และเปิดให้บริการทำหัตถการแบบไม่ต้องพักค้างคืนในโรงพยาบาล เช่น one day surgery ซึ่งเป็นการเพิ่มความรับผิดชอบให้กับพยาบาลมากขึ้นทั้งด้านการให้บริการและการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่นอกเหนือจากงานประจำ การเพิ่มขอบเขตการทำงานนี้ สะท้อนว่า ปัจจุบันแผนกผู้ป่วยนอกทำงานไม่ต่างจากการพยาบาลผู้ป่วยในทั้งด้านเวลาการปฏิบัติงานและการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ

## 1.2 เป็นต้นแรกที่ผู้ป่วยมาใช้บริการ พยาบาลจึงเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค

แผนกผู้ป่วยนอก เป็นหน่วยงานแรกที่ต้องรับผู้รับบริการทุกประเภท ทุกโรค เมื่อผู้รับบริการมาติดต่อ จะต้องประเมินอาการเบื้องต้น ก่อนส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยโรคต่อไป พยาบาลผู้ป่วยนอกจึงเป็นผู้ดูแลกลุ่มแรกที่ใช้บริการ ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยได้มากกว่ากลุ่มอื่นที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่อาจมีโรคติดต่อ โรคระบาดติดเชื้อ หรือมีอาการแต่ยังไม่แน่ชัด โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้รับบริการทุกราย บางครั้งผู้ป่วยมาตรวจด้วยโรคระบาด เช่น H1N1 ซึ่งควรได้รับการตรวจที่ Negative room ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่ผู้ป่วยมาที่แผนกผู้ป่วยนอกก่อน พยาบาลที่ทำงานแผนกผู้ป่วยนอกจึงเป็นผู้สัมผัสโรคคนแรก ลักษณะการทำงานดังกล่าวทำให้ผู้ให้ข้อมูลเปรียบเทียบการทำงานของพยาบาลผู้ป่วยนอกว่าเป็น “ทัพหน้า” ที่ต้องเผชิญกับผู้รับบริการทุกประเภทอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความเสี่ยงต่อการติดโรคจากผู้ป่วยมีความเป็นไปได้มากกว่าแผนกอื่นๆซึ่งรับผู้ป่วยไปหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแล้ว ดังนั้นความเสี่ยงจึงตกอยู่ที่พยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกมากที่สุด

## 2. บริการที่ให้ ต้องสร้างความประทับใจให้ผู้รับบริการ

โรงพยาบาลเอกชนเน้นการให้บริการที่เป็นเลิศ เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกประทับใจและกลับมาใช้บริการหรือเป็นลูกค้าประจำของโรงพยาบาล ดังนั้นบริการที่ให้ทุกอย่างต้องเป็นบริการที่เหนือความคาดหมาย และต้องสร้างความประทับใจให้กับผู้รับบริการตั้งแต่เข้ามาใช้บริการครั้งแรก ซึ่งแผนกผู้ป่วยนอกเป็นด่านแรก que ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการ จากการศึกษา พบประเด็นที่ทำให้ผู้รับบริการประทับใจได้ ดังนี้ 2.1) ต้องการติดต่ออะไร บอกพยาบาลได้ พร้อมให้บริการ 2.2) ใส่ใจความต้องการ ช่วยแก้สถานการณ์ให้คลี่คลาย 2.3) ใส่ใจเรื่องเล็กๆ แต่สร้างความประทับใจที่ยิ่งใหญ่ และ 2.4) ผู้รับบริการพิเศษ ดูแลอย่างดี ไม่ให้มีข้อผิดพลาด

### 2.1 ต้องการติดต่ออะไร บอกพยาบาลได้ พร้อมให้บริการ

แผนกผู้ป่วยนอก เป็นแผนกที่มีขอบเขตการดูแลผู้ป่วยระดับ 4-5 ส่วนผู้ป่วยระดับ 1-3 แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย สำหรับประเภทผู้ป่วยที่ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก คือกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือหรือต้องได้รับการดูแลภายใน 10 นาที หรือผู้ป่วยที่มี

อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือมาตรวจตามนัด บางครั้งอาจมีผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินเข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและต้องมีการช่วยฟื้นคืนชีพในแผนกผู้ป่วยนอกได้เช่นกัน แต่ในภาวะปกติส่วนมากผู้ป่วยจะมาใช้บริการตรวจตามนัด หรือเข้ามาใช้บริการครั้ง โรงพยาบาลจึงมีระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายที่มีข้อมูลผู้ป่วยเชื่อมโยงถึงกัน ทุกแผนกสามารถตรวจสอบข้อมูลได้ว่า ผู้ป่วยมีนัดกับแพทย์ใด เวลาเท่าไร ต้องตรวจอะไรก่อนพบแพทย์หรือไม่ ประเมินค่าใช้จ่ายประมาณเท่าไร หากผู้ป่วยโทรมาแจ้งล่วงหน้า พยาบาลสามารถลงทะเบียนให้ผู้ป่วยไปใช้บริการในหน่วยงานที่มีนัดได้ทันทีโดยไม่ต้องผ่านการลงทะเบียนอีกครั้งเมื่อมาถึงโรงพยาบาล แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยพิเศษ หรือ Super VIP ผู้ป่วยจะติดต่อผู้ตรวจการพยาบาล เพื่อแจ้งมาที่พยาบาลให้เตรียมบริการต่างๆไว้ เมื่อเห็นหน้าผู้ป่วย พยาบาลต้องรู้ทันทีว่าต้องให้บริการอะไรบ้าง นอกจากนี้ในการให้บริการผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการตรวจหรือการทำหัตถการใดๆ เช่น ทำแผล ฉีดยา เจาะเลือด หรือ เอกซเรย์ พยาบาลต้องแจ้งหรือประเมินค่าใช้จ่ายคร่าวๆให้ผู้ป่วยรับทราบก่อนเสมอ เนื่องจากค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ผู้ป่วยจะได้มีข้อมูลในการตัดสินใจที่จะเลือกรับบริการ

## 2.2.ใส่ใจความต้องการ ช่วยแก้สถานการณ์ให้คลี่คลาย

ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน คือ ความสะดวก บริการที่รวดเร็ว ไม่ต้องการการรอคอย ซึ่งการรอคอยนี้อาจหมายถึง การพลาดโอกาสในการเจรจาธุรกิจ การประชุมสำคัญได้ ดังนั้นพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการที่อยู่ประจำในหน่วยงาน ต้องจัดการปัญหาเรื่อง การรอคอย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการแก้ไขสถานการณ์จึงมีความแตกต่างกัน บางรายพยาบาลอาจให้ผู้ป่วยไปจัดการธุกิจให้เรียบร้อยก่อนแล้วกลับมาใช้บริการการตรวจรักษา บางรายอาจต้องการเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการติดต่อธุรกิจ ซึ่งพยาบาลจะให้รหัสการเข้า Wi-Fi แก่ผู้ป่วย บางรายอาจให้ไปรับประทานอาหาร ตีมกาแฟ รอที่ร้านอาหารได้ เมื่อแพทย์ลงตรวจ พยาบาลจะโทรศัพท์แจ้งให้ทราบอีกครั้งหนึ่ง บางรายที่นั่งคอยหน้าห้องตรวจ พยาบาลต้องให้ข้อมูลเรื่องระยะรอคอย เช่น ขณะนี้รอคอยอะไร ใช้เวลาเท่าไร หรือผู้ป่วยเป็นคิวที่เท่าไร เพื่อให้ผู้ป่วยมีข้อมูลในการตัดสินใจว่าจะรอที่หน้าห้องตรวจ ดูรายการทีวี หรือไปทำธุระอื่นก่อน นอกจากนี้โรงพยาบาลมีการจัดพื้นที่เป็นลักษณะห้างสรรพสินค้าขนาดเล็ก ที่มีทั้งร้านอาหาร ร้านหนังสือ ร้านขายขนม เบเกอรี่ ร้านกาแฟ และ ร้านสะดวกซื้อ ไว้ให้ผู้ป่วยได้เดินผ่อนคลาย มีการเล่นเปียโนเบาๆ สร้างบรรยากาศสบายๆ เพื่อให้ผู้รับบริการ ในบางครั้งเป็นสถานการณ์ที่เหนือการควบคุมของ



พยาบาล แพทย์ติดภารกิจดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติของชีวิตในแผนกผู้ป่วยใน ทำให้ไม่สามารถลงมาตรวจผู้ป่วยตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกได้ตามเวลา ผู้ป่วยบางรายแม้ว่าจะอธิบายแล้วแต่ไม่เข้าใจ คิดว่าเรื่องของตนด่วนเช่นกัน บางรายไม่ต้องการรอ เมื่อมาถึงโรงพยาบาลก็อยากได้รับบริการตรวจรักษาเลย ซึ่งพยาบาลไม่สามารถให้ผู้ป่วยดังกล่าวแซงคิวผู้ป่วยอื่นๆที่รอตรวจได้ ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พอใจ อาจตะโกนต่อว่า ใช้อาวุธข่มขู่ หรือแสดงพฤติกรรมไม่สุภาพ แต่พยาบาลต้องใช้สติสงบนิ่ง หลีกเลี่ยงการปะทะอารมณ์ เพื่อไม่ต้องการให้เรื่องบานปลาย แม้ในใจจะรู้สึกว่าการรอคอยที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความผิดของตน ผู้ให้ข้อมูลบางราย กล่าวว่า ตนเหมือนกระโถนท้องพระโรง ไม่ว่าจะผู้รับบริการจะไม่พอใจเรื่องใดๆ ผู้รับบริการก็จะมาบ่น หรือโวยวายกับพยาบาล สิ่งที่พยาบาลทำได้คือ การขอโทษผู้รับบริการแล้วจึงอธิบายเหตุผลให้ฟัง บางคนก็เข้าใจ บางคนก็ไม่สนใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยโวยวาย อาจแก้ไขโดยเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยตรวจกับแพทย์อื่น หากผู้ป่วยต้องการ ปัญหาจะคลี่คลายลง สำหรับผู้ป่วยที่รอนานๆ หรือผู้ป่วยที่มีอาการปวด ได้รับยา หรือได้รับหัตถการต่างๆ พยาบาลจะมีการประเมินซ้ำในระหว่างรอตรวจ เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป

### 2.3.ใส่ใจเรื่องเล็กๆ แต่สร้างความประทับใจที่ยิ่งใหญ่

การทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน การสร้างความประทับใจต่อผู้รับบริการถือเป็นสิ่งสำคัญ โดยองค์กรจะส่งเสริมทั้งการฝึกอบรมประจำปีภายในองค์กร และปฐมนิเทศในพนักงานใหม่เรื่องพฤติกรรมบริการและการให้บริการอย่างเหนือความคาดหมาย เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับ เช่นการยิ้ม ไหว้ ทักทายผู้รับบริการทุกราย การใส่ใจ หรือจดจำผู้รับบริการได้ก็เป็นอีกเทคนิคง่ายๆที่พยาบาลผู้ป่วยนอก เลือกใช้มาช่วยในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการจดจำรายละเอียด ความชอบหรือไม่ชอบของ อุปนิสัยและให้บริการอย่างถูกต้อง โดยไม่ต้องร้องขอ จดจำลักษณะพิเศษต่างๆของคนไข้ จดจำแล้วส่งเวรต่อในหน่วยงานเพื่อจะได้ดูแลอย่างใกล้ชิดในทุกครั้งเมื่อมาติดต่อ เพราะความใส่ใจสิ่งเล็กๆน้อยๆนี้ ทำให้เพิ่มความประทับใจให้กับ ดังนั้นสิ่งเล็กๆน้อยๆเหล่านี้ รวมถึงการใส่ใจด้านจิตใจของผู้ป่วย เมื่อพยาบาลสามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยและญาติรู้สึกกังวลกับแผนการรักษา จากพยาบาลจึงเข้าไปเฝ้าถามหาวิธีช่วยให้ผู้ป่วย และให้คำแนะนำ ซึ่งนอกจากผู้ป่วยจะรู้สึกประทับใจ ส่วนพยาบาลเองรู้สึกเป็นสุขใจที่ไม่ได้ช่วยเหลือเฉพาะอาการทางกาย แต่ช่วยเยียวยาทางด้านจิตใจให้ผู้รับบริการอีกด้วย

## 2.4. ผู้รับบริการพิเศษ ดูแลอย่างดี ไม่ให้มีข้อผิดพลาด

ในโรงพยาบาลเอกชน จะมีกลุ่มผู้รับบริการหลากหลายระดับ สำหรับกลุ่มผู้รับบริการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เช่น เชื้อพระวงศ์ ผู้นำประเทศ ผู้นำศาสนา ตลอดจนผู้ที่มีชื่อเสียงในวงสังคม การเมือง นักร้อง นักแสดง ทางโรงพยาบาลจึงจัดให้มีช่องทางพิเศษในการมาติดต่อโรงพยาบาลทั้งเรื่องของการนัดหมาย และการมาตรวจที่โรงพยาบาล เพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการที่จัดไว้เป็นพิเศษ พยาบาลจะเป็นผู้ประสานงาน ให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆมาให้บริการในห้องพิเศษนี้ ทั้งการเจาะเลือด ตรวจรักษา ชำระเงิน และรอรับยา แม้ว่าบางรายจะมาติดต่อเหมือนผู้รับบริการทั่วไป แต่พยาบาลต้องรู้ว่าผู้รับบริการนั้นเป็นกลุ่มลูกค้า VIP ทั้งจากในฐานข้อมูลผู้รับบริการของโรงพยาบาลได้ เพราะจะมีสัญลักษณ์ตัว V ในแฟ้มประวัติ รวมถึงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกต้องมีความรู้รอบตัว เช่นจดจำชื่อผู้รับบริการได้ ติดตามข่าวในวงสังคมบ้าง หรือสังเกตจากการแต่งกาย การวางตัว บางครั้งไม่แน่ใจ ก็ใช้วิธีค้นข้อมูลในอินเทอร์เน็ต เพื่อจะได้ประสานผู้เกี่ยวข้องมาช่วยดูแล เช่น ผู้บริหาร ผู้ตรวจการ ลูกค้าสัมพันธ์ รวมทั้งการป้องกันการเปิดเผยข้อมูลในสื่ออินเทอร์เน็ตทำให้โรงพยาบาลต้องมีมาตรการห้ามลงรูปผู้รับบริการในสื่ออินเทอร์เน็ต และห้ามเปิดเผยข้อมูลต่างๆของผู้รับบริการ เพราะอาจทำให้เสียภาพลักษณ์ของเขาได้ ดังนั้นในการดูแลผู้รับบริการเหล่านี้ จึงต้องเลือกพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมาก่อน หรือเคยได้ให้การดูแลผู้รับบริการกลุ่ม VIP มาก่อน เพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น หากผู้รับบริการไม่พึงพอใจ อาจทำให้โรงพยาบาลเสียชื่อเสียงได้ เนื่องจากผู้รับบริการบางรายมีสื่ออยู่ในมือ สามารถส่งต่อข้อมูลถึงสื่อได้ทั้งด้านดีและไม่ดีสู่สังคมได้

## 3. เพิ่มทักษะการทำงาน เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ

เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายให้บริการผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยต่างชาติ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเรียนรู้และพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารและการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อจะได้ให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ ดังประเด็นต่อไปนี้ 3.1) ภาษาอังกฤษต้องได้ พัฒนาให้เชี่ยวชาญ สื่อสารอย่างมั่นใจ 3.2) ภาษาอื่นใช้ล่าม หากตามแล้วมาช้า พยาบาลต้องแก้ปัญหาไปก่อน และ 3.3) คำนี้ถึงความแตกต่าง ทางด้านวัฒนธรรม

### 3.1 ภาษาอังกฤษต้องได้ พัฒนาให้เชี่ยวชาญ สื่อสารอย่างมั่นใจ

ในโรงพยาบาลเอกชน จะมีผู้รับบริการชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการจำนวนมาก สิ่งหนึ่งที่สำคัญในการให้บริการคือการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ โดยเฉพาะภาษาอังกฤษซึ่งเป็นภาษาสากลพื้นฐานในการสื่อสารกับผู้ป่วย อุปสรรคที่เกิดขึ้นคือพยาบาลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลชาวต่างชาติมาก่อน ไม่กล้าที่จะพูดคุยเพราะกลัวไม่เข้าใจความหมายในสิ่งที่รู้สึกประหม่า และกดดันที่จะต้องสื่อสารกับชาวต่างชาติ เพราะกังวลเรื่องทักษะในการใช้ภาษาอังกฤษของตนเอง กังวลไปถึงการรายงานข้อมูลต่อแพทย์ ซึ่งอาจทำให้เกิดการผิดประเด็นในการรักษา โดยเฉพาะเวลารับโทรศัพท์จากผู้รับบริการชาวต่างชาติ จะสื่อสารกันยากมากขึ้นเพราะต้องใช้ทักษะการฟังและพูดจริงๆ ไม่สามารถสังเกตอาการแสดงความเจ็บป่วย ภาษากายที่แสดงออกมาช่วยในการสื่อสารได้ จึงแก้ปัญหาด้วยการขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน และพัฒนาทักษะทางด้านภาษาของตนเอง โดยการ เรียนเพิ่มเติม อบรมหลักสูตรที่โรงพยาบาลจัดให้ ฝึกทักษะจากการอ่านหนังสือพิมพ์หรือฟังเพลงภาษาอังกฤษ และ ฝึกพูดคุยกับผู้รับบริการบ่อยๆ ในเวลาที่ปฏิบัติงาน เพื่อช่วยเพิ่มทักษะในการสื่อสารได้จากการที่ได้พูดคุยทุกวัน ทำให้ได้ฝึกพูด ฝึกฟัง ไปด้วยการที่ได้สื่อสารกับผู้รับบริการบ่อยๆทำให้เพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารและความมั่นใจในการดูแลผู้รับบริการชาวต่างชาติมากขึ้น

### 3.2.ภาษาอื่นใช้ลำบาก หากตามแล้วมาช้า พยาบาลต้องแก้ปัญหาไปก่อน

ผู้รับบริการต่างชาติจำนวนมากที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ไม่สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษได้ บางรายพูดภาษาอังกฤษไม่ได้หรือพูดได้เพียงเล็กน้อย ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสาร ซึ่งต้องแก้ปัญหาโดยจะต้องใช้ล่ามช่วยแปลภาษา ปัญหาที่พบคือบางครั้งล่ามมาช้า ทำให้ผู้รับบริการรอนาน พยาบาลจึงต้องแก้ปัญหาด้วยการฝึกการทักทายภาษาต่างๆ และสอบถามเบื้องต้นด้วยศัพท์ง่ายๆ ท่องจำคำศัพท์พื้นฐานง่ายๆของแต่ละภาษา เพื่อช่วยประเมินอาการเบื้องต้น ใช้คู่มือภาษาที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ให้ ที่ใช้บ่อย คือ คู่มือภาษาญี่ปุ่น เป็นคำศัพท์ประกอบรูปภาพง่ายๆไว้ใช้ในการซักประวัติ แล้วทวนสอบความถูกต้องจากล่ามอีกหนึ่ง บางรายล่ามก็เป็นชาวต่างชาติ ทำให้ต้องแปลข้อมูลกลับไปกลับมาหลายรอบ บางรายมีการพัฒนาตนเองจนสามารถสื่อสารได้หลากหลายภาษาด้วย เช่น ญี่ปุ่น ฝรั่งเศส และหากเป็นกรณีเร่งด่วน อาจใช้วิธีให้ผู้ป่วยและล่ามคุย

ผ่านโทรศัพท์ โดยเปิดลำโพง ทุกคนจะได้ยินพร้อมกัน เพื่อพยาบาลจะได้ให้บริการตามที่ผู้รับบริการ ต้องการได้อย่างถูกต้อง

### 3.3 คำนิยามถึงความแตกต่าง ทางด้านวัฒนธรรม

การปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน มีผู้รับบริการชาวต่างชาติมารับ บริการจำนวนมากนั้น จึงจำเป็นที่จะทำให้พยาบาลจะต้องความรู้ความเข้าใจในเรื่องวัฒนธรรม พื้นฐานของแต่ละเชื้อชาติ เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการชาวต่างชาติได้อย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรม เฉพาะของผู้รับบริการแต่ละเชื้อชาติ เข้าใจถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล รวมทั้งพฤติกรรม อาการแสดง ท่าทางที่แสดงออก นอกจากนี้บางครั้งต้องยอมปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้การพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตดั้งเดิมของผู้รับบริการ เช่นการให้ยาในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลาม ในช่วงถือศีลอด จากที่ให้ยาวันละ 3 มื้อ เข้า กลางวัน เย็น ต้องปรับเป็น 2 มื้อและทานในเวลาเช้า ก่อนพระอาทิตย์ขึ้นและเย็นหลังพระอาทิตย์ตก ส่วนชาวญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีการใช้ประกันสุขภาพ เกือบทั้งหมด เมื่อมาใช้บริการ ต้องเน้นเรื่องเอกสารประกัน เพราะมีรูปแบบประกันที่หลากหลายถ้า เอกสารผิดพลาดต้องตามแก้ไขวุ่นวายมาก ดังนั้นการเรียนรู้วัฒนธรรมของชาติต่างๆ จะทำให้ พยาบาลทำงานได้ง่ายขึ้นและลดความผิดพลาดได้มากขึ้น

## 4. ปัญหาหลากหลาย บางเรื่องแก้ไขได้ บางเรื่องต้องทำใจ

การทำงานทุกอย่างย่อมมีปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก อย่างไรก็ตามในการ ให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกก็ต้องแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่น แต่ อุปสรรคบางเรื่อง พยาบาลไม่สามารถแก้ไขเอง อาจต้องทำใจ และใช้สติเพื่อรับฟังคำติหรือข้อ ร้องเรียน ส่วนการแก้ปัญหา เป็นอำนาจหน้าที่ของของผู้บริหาร ที่จะดำเนินการ ดังประเด็นต่อไปนี้

4.1) ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ ที่มีความคาดหวังสูง 4.2) ประสานงานหลายฝ่าย ทั้งแพทย์- พยาบาล-ผู้ป่วย และหน่วยงานอื่น

### 4.1 ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ ที่มีความคาดหวังสูง

ในการให้บริการผู้ป่วยและญาติที่สนใจความต้องการของตนเองเป็นหลัก เป็นการยากที่ จะถูกใจบริการที่ได้รับ หากไม่จำเป็น พยาบาลจะไม่เข้าไปก้าวก่ายพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วย

และญาติกลุ่มนี้ เนื่องจากเสี่ยงต่อการร้องเรียน แม้ว่าข้อร้องเรียนนั้นจะไม่ใช่ความผิดของพยาบาล แต่โรงพยาบาลเอกชนจะให้ความสำคัญกับผู้รับบริการมากกว่าผู้ให้บริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยและญาติ ที่มีอำนาจต่อรองให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ของโรงพยาบาล ซึ่งข้อร้องเรียนแต่ละครั้งทำให้พยาบาล รู้สึกเหมือนว่าตนเองทำงานผิดพลาด แต่บางครั้งก็รู้ว่าการมีใบร้องเรียน จะทำให้ผู้บริหารได้ลงมา รับทราบความจริงที่เกิดขึ้น จึงถือเป็นโอกาสที่ผู้ปฏิบัติงานจะได้อธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามมุมมอง ของผู้ปฏิบัติบ้าง นอกจากนี้ข้อร้องเรียนจะเกิดจากความไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ การแต่งกาย รongเท้า เสื้อผ้าหน้าผมของพยาบาล ก็เป็นประเด็นให้ผู้ป่วยหรือญาติเขียนข้อร้องเรียนได้เช่นกัน

#### 4.2 ประสานงานหลายฝ่าย ทั้งแพทย์-พยาบาล-ผู้ป่วย และหน่วยงานอื่น

แผนกผู้ป่วยนอก เป็นหน่วยงานที่ตั้งรับและส่งต่อผู้รับบริการ พยาบาลผู้ป่วยนอกจึง มีบทบาทในการติดต่อประสานความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งผู้รับบริการและญาติด้วย เมื่อเกิดปัญหาหรือความผิดพลาดจากการประสานงานกับบุคคลและ หน่วยงานอื่น ทั้งจากตนเองหรือผู้ร่วมงาน หรือจากการทำงานที่รีบเร่งและแรงกดดันจากผู้รับบริการ ทำให้เกิดความขัดแย้ง กระทบกระทั่งกันระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งปัญหาการประสานงานกับแพทย์ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจะเป็นผู้แก้ไขและคลี่คลายปัญหาเหล่านั้นบางครั้งเกิดความกระทบกระทั่ง หรือขัดแย้งกัน จนเปรียบเทียบการทำงานของตนเองว่า “มีศัตรูรอบตัว” ที่ต้องรับมือขอ บประสานงานทุกฝ่าย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับคุณภาพการบริการที่ดี นอกจากนี้ การส่งต่อผู้ป่วยรักษา ต่อในโรงพยาบาล พยาบาลโทรติดต่อแผนกผู้ป่วยในเพื่อประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องพัก ซึ่ง ผู้ป่วยต้องการความรวดเร็วในการเข้าพัก หากแผนกผู้ป่วยในยังไม่พร้อมเนื่องจากห้องยังไม่เรียบร้อย ต้องให้ผู้ป่วยรอที่แผนกผู้ป่วยนอกก่อน และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกติดต่อไปยังแผนกผู้ป่วยในเป็น ระยะเวลา เนื่องจากพยาบาลหอผู้ป่วยในจะไม่ติดต่อกลับมา บางครั้งผู้ป่วยไม่ยอมเจาะเลือด หรือให้ น้ำเกลือจากแผนกผู้ป่วยนอก จะพบปัญหาว่าพยาบาลแผนกผู้ป่วยในมักจะแสดงท่าทางไม่พอใจ ใช้ คำพูดประชดประชันเหมือนพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกผลักรถให้พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ทั้งๆที่ แพทย์อนุญาตให้ทำหัตถการที่แผนกผู้ป่วยในได้ การรอพยาบาลแผนกผู้ป่วยในรับเวร เป็นอีกหนึ่ง ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการล่าช้า และเมื่อต้องส่งเวร พยาบาลแผนกผู้ป่วยในไม่แสดงกิริยาตอบ รับ ฟังเงียบอย่างเดียว จนทำให้รู้สึกอึดใจ บางครั้งให้น้องใหม่หัดส่งเวร ก็ซักถามจนเกินความ จำเป็น จนคนส่งเวรรู้สึกแยะ เวลาขึ้นไปส่งผู้รับบริการที่หอผู้ป่วย ก็ขาดการกระตือรือร้นในการรับ

ผู้รับบริการ เป็นต้น รวมทั้งการประสานงาน และส่งต่อจากหน่วยงานอื่น เช่น ตรวจและปรึกษาแพทย์เฉพาะ ส่งต่อเพื่อตรวจพิเศษเพิ่มขึ้นหรือหัตถการ เช่น การตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน การตรวจเครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบพกพา ตรวจ EKG ในแผนกศูนย์หัวใจ การตรวจ Pulmonary Function Test ในแผนกศูนย์ทางเดินหายใจ การตรวจสมรรถภาพทางการได้ยิน ที่แผนกหู คอ จมูก เป็นต้น ปัญหาที่พบคือขาดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงาน บางครั้งส่งผู้รับบริการมารอตรวจโดยไม่แจ้งก่อน หรือส่งผู้รับบริการมีอาการฉุกเฉินมาตรวจเฉพาะทางเป็นแบบผู้ป่วยนอกทำให้ผู้รับบริการต้องมารอนาน หรืออาจยังไม่มีแพทย์ที่สามารถตรวจให้ได้ในทันที หากประสานงาน หรือพูดคุยกันก่อนผู้รับบริการอาจมีทางเลือกที่ดีกว่าการมานั่งรอตรวจเป็นเวลานาน เช่นการไปตรวจเอกซเรย์ หรือตรวจอื่นๆก่อน แล้วจึงกลับมาใช้บริการอีกครั้ง

### อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ของประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน สามารถแบ่งได้ตามประเด็นหลัก ดังต่อไปนี้ 1) ลักษณะงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 2)บริการที่ให้ ต้องสร้างความประทับใจให้ผู้รับบริการ 3) เพิ่มทักษะความเชี่ยวชาญ เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย 4)อุปสรรคมีมากมาย บางเรื่องแก้ไขได้ บางเรื่องต้องทำใจ

#### 1. ลักษณะการทำงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

แผนกผู้ป่วยนอกยังต้องเป็นบริการด่านหน้า ที่สามารถสร้างความประทับใจให้กับผู้รับบริการ (พัชรินทร์ ชิวสารณ์,2551) ตั้งแต่การต้อนรับ การประชาสัมพันธ์ การคัดกรองผู้ป่วย การรักษาพยาบาล การทำหัตถการต่างๆจนถึงการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านหรือส่งต่อไปยังแผนกบริการอื่นๆ ด้วยบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว (วินัย ลิสมิทธิ์ และคณะ, 2542) นอกจากนี้ยังต้องทำงานแข่งกับเวลาที่มีจำกัดเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยให้ทันต่อภาวะคุกคามชีวิต และต้องมีการพัฒนาความรู้ให้ทันต่อโรคและการรักษาพยาบาล ตลอดจนเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆที่เกิดขึ้น ทำให้การทำงานไม่หยุดนิ่งต้องมีการพัฒนาตัวเองตลอดเวลา (บุญใจ ศรีสฤติย์นรากร, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับ สำนักการพยาบาล (2551) ได้จำแนกมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งแบ่งเป็น 9 มาตรฐาน ประกอบด้วย มาตรฐานที่ 1 การ

พยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะขณะการตรวจรักษา มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพมาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และ มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งจากการศึกษา พบว่าลักษณะการทำงานพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอกนั้น มีตั้งแต่แรกรับจนถึงผู้รับบริการพ้นออกจากแผนก เริ่มตั้งแต่ผู้รับบริการมาติดต่อ จะต้องได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการคัดกรอง ได้รับการดูแลช่วยเหลืออาการเบื้องต้นได้ทันทีตามที่ตามลำดับความ รุนแรงและเร่งด่วน ของการเจ็บป่วย อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับ มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา จากนั้นต้องดูแล ใฝ่ระวังและช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ในขณะตรวจรักษา สอดคล้องกับ มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะขณะการตรวจรักษา ที่พยาบาล จะต้องดูแล ให้ผู้รับบริการปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ส่วนมาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง คือ การให้ข้อมูลได้รับทราบถึงความจำเป็นและเหตุผลของขั้นตอนการบริการรักษาต่อไป อย่างถูกต้อง และมาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ คือ การดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติตน เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

## 2. บริการที่ให้ ต้องสร้างความประทับใจให้ผู้รับบริการ

โรงพยาบาลเอกชนเน้นการให้บริการที่เป็นเลิศ เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกประทับใจและกลับมาใช้บริการหรือเป็นลูกค้าประจำของโรงพยาบาล ดังนั้นบริการที่ให้ทุกอย่างต้องเป็นบริการที่เหนือความคาดหมาย และต้องสร้างความประทับใจให้กับผู้รับบริการตั้งแต่เข้ามาใช้บริการครั้งแรก แผนกผู้ป่วยนอกเป็นด่านแรกที่ยุ่ป่วยเข้ามาใช้บริการ ดังนั้นจึงมีหลายประเด็นที่ทำให้ผู้รับบริการประทับใจได้ ดังนี้ 2.1) *ต้องการติดต่ออะไร บอกพยาบาลได้ พร้อมให้บริการ* 2.2) *ใส่ใจความต้องการ ช่วยแก้สถานการณ์ให้คลี่คลาย* 2.3) *ใส่ใจเรื่องเล็กๆ แต่สร้างความประทับใจที่ยิ่งใหญ่* และ 2.4) *ผู้รับบริการพิเศษ ดูแลอย่างดี ไม่ให้มีข้อผิดพลาด* จากประเด็นที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอก จำเป็นต้องมีพฤติกรรมบริการที่สร้างความประทับใจให้กับผู้รับบริการ ซึ่ง Leebov (1998) การให้การต้อนรับที่อบอุ่น การสร้างความประทับใจครั้งแรกแก่ลูกค้า ด้วยการมองสบตา ยิ้ม แนะนำชื่อตนเอง และจดจำชื่อลูกค้าได้ การใช้ภาษาพูดที่เข้าใจง่าย การมีข้อมูลพร้อมที่จะบอกลูกค้าตลอดเวลา การเคารพและให้เกียรติลูกค้าการดูแลเอาใจใส่ด้วยการฟัง และติดต่อสอบถาม

อยู่เสมอ พฤติกรรมบริการเหล่านี้ผู้ให้บริการทุกคนต้องตระหนักอยู่เสมอเมื่อมีการพบปะกับลูกค้าที่ต้องกระทำเป็นประจำทุกวัน สิ่งสำคัญที่สุดคือการสร้างความประทับใจให้เกิดขึ้นแก่ลูกค้าทุกคน การแสดงพฤติกรรมที่ดีของพนักงานทุกคนจึงเป็นการเสริมสร้างภาพพจน์ที่ดีต่อองค์กร รวมถึงการใส่ใจด้านจิตใจของผู้ป่วย เมื่อพยาบาลสามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยและญาติรู้สึกกังวลกับแผนการรักษาจากพยาบาลจึงเข้าไปเฝ้าถามหาวิธีช่วยให้ผู้ป่วย และให้คำแนะนำ ซึ่งนอกจากผู้ป่วยจะรู้สึกประทับใจ ส่วนพยาบาลเองรู้สึกเป็นสุขใจ ที่ไม่ได้ช่วยเหลือเฉพาะอาการทางกาย แต่ช่วยเยียวยาทางด้านจิตใจให้ผู้รับบริการอีกด้วย สอดคล้องกับ สมจิต ปทุมานนท์ (2541) ที่กล่าวว่า เป้าหมายหลักของการพยาบาล คือการให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวม และหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมีเสริมจากแนวทางการพยาบาลที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้การพยาบาลองค์รวมสมบูรณ์ขึ้น นอกจากนี้ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนนั้น ต้องให้บริการอย่างรวดเร็วทันเวลา เพื่อตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ พยาบาลผู้ป่วยนอกจึงต้องมีความกระตือรือร้น ใส่ใจผู้รับบริการคำนึงถึงความคาดหวังของผู้รับบริการ ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของมรภท เหลืองอำนาจศิริ (2553) ที่ได้ศึกษาลักษณะจิตบริการในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) เจตคติที่ดีต่อการให้บริการ คือ ความคิดเชิงบวกต่อการให้บริการ การให้บริการด้วยความเต็มใจ และการเข้าใจธรรมชาติของผู้รับบริการ 2) ด้านคุณลักษณะของการพยาบาล คือ การมีบุคลิกภาพที่สร้างความประทับใจ และความสามารถในการบริหารจัดการ 3) ด้านความรับผิดชอบ คือ ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ ความรับผิดชอบต่อองค์กร และความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากผลการวิจัยนี้ พยาบาลต้องมีจิตบริการและพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ โดยเฉพาะในด้านความสามารถในการบริหารจัดการ เนื่องจากต้องให้จัดการทุกเรื่องสำหรับผู้รับบริการต้องการได้อย่างทันท่วงที ซึ่งผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ เวลา สถานที่ และข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่างๆของโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกต้องมีการศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปของโรงพยาบาล เช่น บริการของแผนกต่างๆ

โดยเฉพาะกลุ่มผู้รับบริการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เช่น เชื้อพระวงศ์ ผู้นำประเทศ ผู้นำศาสนา ตลอดจนผู้มีชื่อเสียงในวงสังคม การเมือง นักร้อง นักแสดง จากการศึกษาพบว่า ทางโรงพยาบาลจึงจัดให้มีช่องทางพิเศษในการมาติดต่อโรงพยาบาลทั้งเรื่องของการนัดหมาย และการมาตรวจที่



โรงพยาบาล เพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวของ พยาบาลจะเป็นผู้ประสานงาน ให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ มาให้บริการในหออภิบาลที่จัดเตรียมไว้ ทั้งการเจาะเลือด ตรวจรักษา ชำระเงิน และรอรับยา ในการดูแลผู้รับบริการเหล่านี้ จึงต้องเลือกพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมาก่อน หรือเคยได้ให้การดูแลผู้รับบริการกลุ่ม VIP มาก่อน เพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากผู้รับบริการบางรายมีสื่ออยู่ในมือ สามารถส่งต่อข้อมูลถึงสื่อได้ทั้งด้านดีและไม่ดีสู่สังคมได้ อาจทำให้โรงพยาบาลเสียชื่อเสียงได้ ผู้รับบริการในกลุ่มนี้จะมีความคาดหวังในคุณภาพบริการที่สูง การให้บริการกลุ่มนี้ จึงต้องมีระบบการให้บริการพิเศษแยกจากกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการที่ผู้รับบริการประทับใจ ซึ่งการให้บริการนี้ สอดคล้องกับที่ Parasurman และคณะ (1998) ได้ทำการศึกษาและพัฒนา รูปแบบของกรอบแนวคิดของคุณภาพบริการที่ใช้วัดการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการโดยรวม เป็น 5 หมวด มีรายละเอียดดังนี้ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ คือ บริการที่ให้กับผู้รับบริการต้องแสดงให้เห็นให้ผู้รับบริการเห็นได้ชัดเจน สามารถจับต้องสัมผัสได้ เช่น มีที่จอดรถเพียงพอ สถานที่ให้บริการที่อำนวยความสะดวก เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ลักษณะบุคลิกของผู้ให้บริการ และอุปกรณ์การติดต่อสื่อสาร 2) ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ คือ บุคลากรผู้ให้บริการมีความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าเป็นที่พึ่งได้ และการให้บริการมีความถูกต้องแม่นยำ สม่ำเสมอ 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที คือ บุคลากรผู้ให้บริการมีความพร้อมและเต็มใจที่จะให้บริการ และเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการได้ทันทีทันใด เป็นไปตามความต้องการของผู้รับบริการ 4) ความน่าเชื่อถือได้ คือ บุคลากรผู้ให้บริการ ความรู้ มีมนุษยสัมพันธ์ดี ในการให้บริการ และสามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อถือ มาใช้บริการมากขึ้น และ 5) การเข้าใจ และรู้จักผู้รับบริการ คือ บุคลากรผู้ให้บริการจะต้องเข้าใจถึงจิตใจของผู้รับบริการ แสดงพฤติกรรมให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการด้วยการทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน การสร้างความประทับใจต่อผู้รับบริการถือเป็นสิ่งสำคัญ โดยองค์กรจะส่งเสริมทั้งการฝึกอบรมประจำปีภายในองค์กร และปฐมนิเทศในพนักงานใหม่ เรื่องพฤติกรรมบริการและการให้บริการอย่างเหนือความคาดหมาย เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับ เช่น การยิ้ม ไหว้ ทักทายผู้รับบริการทุกราย การใส่ใจ หรือจดจำผู้รับบริการได้ก็เป็นอีกเทคนิคง่ายๆที่พยาบาลผู้ป่วยนอก เลือกลงมาช่วยในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการจดจำรายละเอียด ความชอบหรือไม่ชอบของ อุปนิสัยและให้บริการอย่างถูกต้อง โดยไม่ต้องร้องขอจดจำลักษณะพิเศษต่างๆของคนไข้ ทำให้เพิ่มความประทับใจให้กับ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดเรื่องพฤติกรรมบริการของ

### 3. เพิ่มทักษะความเชี่ยวชาญ เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย

เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายให้บริการผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยต่างชาติ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเรียนรู้และพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารและการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อจะได้ให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ ดังประเด็นต่อไปนี้ 3.1) ภาษาอังกฤษต้องได้ พัฒนาให้เชี่ยวชาญ สื่อสารอย่างมั่นใจ 3.2) ภาษาอื่นใช้ล้าม หากตามแล้วมาช้า พยาบาลต้องแก้ปัญหาไปก่อน และ 3.3) คำนี้ถึงความแตกต่าง ทางด้านวัฒนธรรม ซึ่งการให้การดูแลผู้รับบริการชาวต่างชาติ สิ่งที่สำคัญคือการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการที่มีคุณภาพ การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานเกิดจากการไม่มีประสบการณ์ในการดูแลชาวต่างชาติ ทักษะการใช้ภาษา สอดคล้องกับ Maier-Lorentz (2008) ที่พบว่า พยาบาลจะรู้สึกอึดอัดใจในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมากกว่าการดูแลผู้ป่วยวัฒนธรรมของตนเองเพราะว่ามีภาษาเป็นอุปสรรค ส่วนผู้รับบริการผู้รับบริการต่างชาติ ไม่สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษได้ หรือพูดได้เพียงเล็กน้อย ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสาร สอดคล้องกับที่ Cioffi (2003) กล่าวว่า ปัญหาของการติดต่อสื่อสารเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้พยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้ ซึ่งต้องแก้ปัญหาโดยจะต้องใช้ล่ามช่วยแปลภาษา และ แก้ปัญหาด้วยการสอบถามเบื้องต้นด้วยศัพท์ง่ายๆ ท่องจำคำศัพท์พื้นฐานง่ายๆของแต่ละภาษา และ ใช้คู่มือภาษาที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ให้ แสดงถึงการที่โรงพยาบาลเอกชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้รับบริการต่างชาติ ซึ่งทฤษฎีการสื่อสารต่างวัฒนธรรมของ Gudykunst (2003) กล่าวว่า ในช่วงเริ่มต้นของกระบวนการปรับตัวในการสื่อสารต่างวัฒนธรรมนั้น บุคคลมักจะเกิดความไม่แน่ใจว่าตนเองควรปฏิบัติตนอย่างไร และควรสื่อสารอย่างไร ระดับของความไม่แน่ใจจึงมีมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การสื่อสารกับผู้อยู่ในวัฒนธรรมเดียวกัน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลได้มีการปรับตัว และจัดการกับอุปสรรคในด้านการสื่อสารกับผู้รับบริการชาวต่างชาติ ทั้งการรับความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน และการพัฒนาตนเองทั้งจากการฝึกฝนจากงาน การอบรม และหาความรู้เพิ่มเติม

นอกจากนี้ Purnell (2002) ได้กล่าวว่า สมรรถนะด้านวัฒนธรรมเป็นกระบวนการเรียนรู้ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมี 4 ขั้นตอน โดยเริ่มพัฒนาจากระยะของการไม่รู้คิดเรื่องสมรรถนะ กล่าวคือไม่รู้ในวัฒนธรรมของผู้อื่น ไปสู่ระยะรู้คิดที่ตนเองขาดสมรรถนะ คือรู้ว่าขาดความรู้ในวัฒนธรรมของผู้อื่น ระยะของการรู้ถึงสมรรถนะคือเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในวัฒนธรรมของผู้อื่น สามารถให้การ

บริการที่เหมาะสมได้ จนถึงระยะที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยไม่รู้ตัว คือสามารถให้บริการที่เหมาะสมตามวัฒนธรรมของผู้ป่วยได้โดยอัตโนมัติ จากการศึกษา พบว่าผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชนที่ได้ทำการศึกษา นั้นมีทั้งผู้รับบริการชาวไทยและชาวต่างชาติผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าโดยพื้นฐานการปฏิบัติงานทั่วไปนั้นให้การดูแลผู้รับบริการชาวไทยและชาวต่างชาติไม่แตกต่างกัน เพียงแต่การดูแลผู้รับบริการชาวต่างชาติจะต้องเพิ่มความเข้าใจในเรื่องวัฒนธรรมและลักษณะเฉพาะของผู้รับบริการเชื้อชาตินั้นๆ จึงจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมที่แตกต่าง รวมถึงบางครั้งต้องยอมปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้การพยาบาลเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการสอดคล้องกับ Compinin และ Bacote (1999) ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยโดยต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมของผู้รับบริการและสามารถทำความเข้าใจปัญหาของผู้มารับบริการ รวมทั้งความแตกต่างของวัฒนธรรมแล้วนำมาประยุกต์ให้เข้าถึงความต้องการของผู้มารับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของวีรนุช วิบูลย์พันธ์ (2550) ที่พบว่า ในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้รับบริการชาวต่างชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องประกอบด้วยสมรรถนะ 7 ด้านดังนี้ 1) ด้านการรับรู้ความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม 2) ด้านการติดต่อสื่อสาร 3) ด้านความคิดริเริ่มนวัตกรรมในการให้บริการ 4) ด้านการบริหารความเสี่ยง 5) ด้านภาวะผู้นำและการบริหารการจัดการ 6) ด้านกระบวนการพยาบาล และ 7) ด้านจริยธรรม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริพร จิรวัดน์กุล (2548) ที่กล่าวว่า การมาจัดบริการให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของแต่ละคนตระหนักถึงความเชื่อส่วนตัวของผู้มารับบริการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้มารับบริการ ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ ควรตระหนักถึงความสำคัญ ในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในด้านทักษะของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อที่จะสามารถนำมาพัฒนา การให้การพยาบาลต่อผู้รับบริการชาวต่างชาติ ที่มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Leininger (2006) ที่กล่าวว่า องค์กรต้องส่งเสริมให้บุคลากรได้ศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยกำหนดเป็นนโยบายและแนวปฏิบัติงาน เพื่อต้องการสร้างความเชื่อมั่นและเพิ่มพูนทักษะการดูแลข้ามวัฒนธรรมให้กับบุคลากร รวมถึงสนับสนุนและเตรียมความพร้อมในด้านทักษะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมให้กับบุคลากรด้วย

#### 4. ปัญหาหลากหลาย บางเรื่องแก้ไขได้ บางเรื่องต้องทำใจ

การทำงานทุกอย่างย่อมมีปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก อย่างไรก็ตามในการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกก็ต้องแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่น แต่อุปสรรคบางเรื่อง พยาบาลไม่สามารถแก้ไขเอง อาจต้องทำใจ และใช้สติเพื่อรับฟังคำติหรือข้อร้องเรียน ส่วนการแก้ปัญหา เป็นอำนาจหน้าที่ของของผู้บริหาร ที่จะดำเนินการ ดังประเด็นต่อไปนี้ 4.1) ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติที่มีความคาดหวังสูง 4.2) ประสานงานหลายฝ่าย ทั้งแพทย์-พยาบาล-ผู้ป่วย และหน่วยงานอื่น พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกต้องปฏิบัติงานในลักษณะที่ตั้งรับและส่งต่อผู้รับบริการ และมีบทบาทในการติดต่อประสานความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งผู้รับบริการและญาติด้วย พยาบาลผู้ป่วยนอกจะเป็นผู้ประสานงานกับหลายฝ่าย เมื่อเกิดปัญหาหรือความผิดพลาดจากการประสานงานกับบุคคลและหน่วยงานอื่น ทั้งจากตนเองหรือผู้ร่วมงาน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจะต้องผู้แก้ไขปัญหาเหล่านั้น จากการศึกษาครั้งนี้สะท้อนว่า การขาดการประสานงานที่ดี จะส่งผลกระทบต่อการทำงาน จนก่อให้เกิดข้อผิดพลาด ความขัดแย้งระหว่างกัน ซึ่งในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับฝ่ายต่างๆ พยาบาลมักจะเป็นสื่อกลางในการประสานงานและช่วยแก้ปัญหาให้ผ่อนคลายลง โดยเฉพาะปัญหาที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทการเป็นผู้ประสานงานของพยาบาลที่สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) ได้อธิบายบทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการไว้ว่า ในด้านการประสานงาน (Communication and cooperation) พยาบาลจะมีบทบาท ประกอบด้วยในการร่วมทีมแพทย์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยตามขอบเขตพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ เพื่อให้กระบวนการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ และบทบาทการประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งเมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้น พยาบาลจะเป็นผู้จัดการกับความขัดแย้งเหล่านั้น

เมื่อเกิดความขัดแย้งกับผู้รับบริการ จนเกิดข้อร้องเรียนขึ้นแต่ครั้งมักเกิดจาก การที่ผู้ป่วยและญาติเกิดจากการคาดหวังกับคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลเอกชนค่อนข้างสูง เมื่อไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจึงเกิดความไม่พึงพอใจ จนนำไปสู่การเกิดข้อร้องเรียนต่างๆ สอดคล้องกับที่ Oliver (1980) ได้กล่าวว่า ผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพบริการโดยการเปรียบเทียบบริการที่ได้รับจากประสบการณ์เดิมกับบริการที่คาดหวัง ถ้าเท่ากับหรือสูงกว่าความคาดหวังก็จะมีความรู้สึกในทางบวกทำ

ให้เกิดความพึงพอใจ และประเมินว่าการบริการนั้นมีคุณภาพ แต่ถ้าบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง ก็จะมีความรู้สึกในทางลบ ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจและจะประเมินว่าการบริการนั้นไม่มีคุณภาพ แม้บางครั้งข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นอาจไม่ใช่ความผิดของพยาบาลเลยก็ตาม พยาบาลผู้ป่วยนอกเลือกที่จะไม่ได้ตอบให้เกิดความขัดแย้งที่รุนแรงมากขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาระหว่างกัน นั้นสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการความขัดแย้งของ Filley (1980) แบบแพ้-ชนะ (Win-lose strategy) ที่จะมีฝ่ายผู้รับบริการจะพยายามทำทุกอย่างและใช้ทุกวิถีเพื่อให้ตนได้รับประโยชน์มากที่สุด(Win) ขณะที่พยาบาลยอมที่จะนั่งฟัง ไม่ได้ตอบ ถูกร้องเรียน(Lose) เป็นตัวอย่างใดก็ตามจากการที่ผู้รับบริการร้องเรียน ทำให้เป็นโอกาสให้ผู้บริหารได้สอบถามผู้ปฏิบัติงาน เพื่อรับทราบข้อเท็จจริง ซึ่งอาจนำมาเพื่อการปรับปรุงบริการ หรือเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง นอกจากความคาดหวังในบริการที่ได้รับแล้ว ผู้รับบริการยังคาดหวังที่จะเห็นผู้ให้บริการแต่งกายสะอาด สุภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Risser (1975) ที่กล่าว ลักษณะบุคลิกภาพ (Intra-interpersonal) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลในด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคล และการแสดงออกที่ชัดเจน เป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ทำให้บริการเกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการในการมารับบริการของพยาบาล

### ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงการปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. เนื่องจากแผนกผู้ป่วยนอก ต้องมีการติดต่อประสานงานกับแผนกต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดความผิดพลาดในกระบวนการสื่อสาร ดังนั้นควรมีแผนการปฏิบัติที่เป็นรูปแบบชัดเจนเช่น สร้างแบบบันทึกหรือใบประสานงานในแต่ละหน่วยงานเพื่อให้สื่อสารเข้าใจตรงกัน
2. เนื่องจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกเป็นด่านแรกที่ผู้รับบริการมาติดต่อ พยาบาลจึงมีความเสี่ยงในการสัมผัสโรคก่อนหน่วยงานอื่นๆ ดังนั้นผู้บริหารควรจัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมในแผนกผู้ป่วยนอก เช่น แนวทางการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง การจัดให้มีห้องแยกสำหรับตรวจผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีอาการติดเชื้อ และควรมีมาตรการใช้ระบบการป้องกันแบบสากล (Universal precaution) ในแผนกผู้ป่วยนอก
3. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรรู้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะการใช้ภาษาต่างประเทศ เช่นภาษาอังกฤษ เนื่องจากในโรงพยาบาลเอกชนมีผู้ใช้บริการชาวต่างชาติค่อนข้าง

ช่างมาก และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในต่อไป การที่พยาบาลได้รับการพัฒนาด้านภาษา จะส่งผลให้การบริการเพิ่มประสิทธิภาพขึ้น จะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับคุณภาพบริการที่ดีมากขึ้น

4. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรตระหนักถึงความสำคัญ ของการพัฒนาบุคลากรในเรื่องของพฤติกรรมบริการ เนื่องจากเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างความประทับใจให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจในการเลือกใช้บริการและเลือกกลับมาใช้บริการอีก

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มใหญ่ได้ ดังนั้นควรศึกษาเพิ่มเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ ซึ่งอาจแตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละองค์กรจะมีการจัดให้บริการมีความแตกต่างกันไป

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 3 ปี ซึ่งเป็นระดับผู้ปฏิบัติการ ดังนั้นควรศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้บริหารระดับต้น เช่นผู้จัดการแผนก ซึ่งมีบทบาทการบริหารจัดการและการปฏิบัติงานแตกต่างกัน

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ. Asean Economic Community: AEC ประชาคมเศรษฐกิจ  
อาเซียน. นนทบุรี: กระทรวงพาณิชย์, 2553

กองการพยาบาล สำนักอนามัย. (2537). การควบคุมคุณภาพการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์  
จุฬาลงกรณ์-มหาวิทยาลัย.

กฤษดา แสงวดี. (2547). **ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:  
สามเจริญพานิชย์.

กฤษดา แสงวดี. 2551. สถานการณ์กำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. **วารสารวิจัยระบบ-  
สาธารณสุข**, 2(1): 40-46.

เกศริน จันทน์นิมิตรศรี. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมฝึกพฤติกรรมบริการต่อความพึงพอใจใน  
บริการพยาบาลของผู้ใช้บริการหน่วยพักรอดูอาการผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.

เกษสุดา จันทน์อ่อน. (2552). **ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่างชาติ**.  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). **สันติ-สุขภาวะ สันติวิถีกับการจัดการความขัดแย้งใน  
ระบบสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: หนังสือดีวัน.

ฉัตรระวี สุคนธ์รัตน์. (2542). **บทบาทในการสื่อสารระดับประเทศของนักรณรงค์**. วิทยานิพนธ์  
ปริญญามหาบัณฑิต, ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.

จตุพร พฤษศิริชัย. (2546). **การศึกษาความเครียดในงาน ผลของความเครียด และการเผชิญ  
ความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.  
 จารุวรรณ เอกอรรถชัยผล. (2530). **ศึกษาการวิเคราะห์ปฏิกริยาสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ใช้บริการใน  
 หอผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
 มหาวิทยาลัย.

จิตตินันท์ เดชะ. (2552). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับจิตวิทยาการบริการ ใน **เอกสารการสอนชุดวิชา  
 จิตวิทยาการบริการ หน่วยที่ 1-7**. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์พิมพ์มหาวิทยาลัย  
 สุโขทัยธรรมมาธิราช.

จิราภรณ์ คณธา. (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การยอมรับการดูแลสุขภาพ  
 แบบพื้นบ้าน กับการปฏิบัติกรพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย  
 พยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคเหนือตอนล่าง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต,  
 สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิราภรณ์ รวีพิสุทธิ์. (2552). **ปัจจัยทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วย  
 นอกโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการ  
 บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิรัฐม ศรีรัตนบัลล์. (2543). **เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรอง-  
 คุณภาพโรงพยาบาล.

เจรจาการค้าระหว่างประเทศ, กรม. **ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC Factbook)**. นนทบุรี:  
 กระทรวงพาณิชย์, 2554. (อัดสำเนา)

จุไรลักษณ์ เหลียงประกอบกิจ. (2553). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การทุ่มเทในงาน  
 และการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ  
 โรงพยาบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชา  
 บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชาย โปธิสิตา. 2554. **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:  
 บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

เตยหอม บุญพันธ์. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังของการได้รับสิทธิประโยชน์ต่อการ  
 ปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์



ปริญญาหมาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิพวรรณ ศรีสีม. (2552). การศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้รับบริการชาวต่างชาติ โรงพยาบาลเอกชนในเครือสมิติเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นวลลักษณ์ บุชบง. (2541). ตัวประกอบคุณภาพการบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ตามความคาดหวังของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ประชุมช่าง.

นิชนันท์ ฟุ้งลัดดา. (2548). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่คงอยู่งานโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตดา ออกนิษฐ์. (2552). สมรรถนะพยาบาลผู้ไกล่เกลี่ย โรงพยาบาลรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตา ชูโต. (2551). การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: พรินต์โพร.

นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ประชุมช่าง.

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2550). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาล ในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.

บุญศรี ปรานศักดิ์ และศิริพร จิรวัดน์กุล. (2538). การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.

บุษบา ประสารอติคม. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความเชื่อมั่นในตนเองกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปารณกุล บุญประเสริฐ. (2550). การคัดแยก (Triage). ใน การประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 7 บทบาทพยาบาลฉุกเฉิน ปัจจุบันและอนาคต, วันที่ 7-11 กุมภาพันธ์ 2554. กรุงเทพมหานคร : N P Press Limited Partnership.

พรชนก จารุประกร. (2547). ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยติตาสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา ต่อความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรนพ พุกกะพันธ์. (2542). การบริหารความขัดแย้ง. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2544). ก้าวใหม่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ว่างใหม่ บลูพรีน.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2541). กลยุทธ์การสร้างงานบริการพยาบาลเชิงธุรกิจ. ชลบุรี:

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

พัชรินทร์ ชิวสารธน์. (2551). สมรรถนะตัวประกอบพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2552). หลักการและทฤษฎีเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

พาริตา อิบราฮิม. (2542). สาระการบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์-สามเจริญพาณิชย์.

ภัคพร อ้นคำ. (2552). ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มรกต เหลืองอำนวยศิริ. (2553). **ลักษณะจิตบริการในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เมตตา วิวัฒน์านุกุล. (2548). **การสื่อสารต่างวัฒนธรรม**. กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟ พรินท์ จำกัด.

ยุทธศักดิ์ คณาสวัสดิ. (2546). **เศรษฐศาสตร์นอกรังการ**: ไทย ศูนย์กลางการรักษาพยาบาลในเอเชีย อากเนย์. 16(4): 34-35

รุจิรา เจียมอมรรัตน์, สุนิรัตน์ ภู่อี่ยม และ วัชรี อภาธีรพงศ์. (2552). บทบาทหน้าที่และขอบเขต

ความรับผิดชอบของพยาบาลในระบบบริการสาธารณสุข ใน เรณู สอนเครือ. **แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล**. นนทบุรี: บริษัท ยูทอรินท์ การพิมพ์ จำกัด.

รุ่งทิศา ปัญญานาม. (2550). **การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนในช่วงพุทธศักราช 2550-2554**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รุ่งอรุณ เกศวงษ์. (2547). **การวิเคราะห์ตัวประกอบของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ละมุล คงเพชร. (2549). **สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้: การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ลักขณา ศิริธิกรกุล. (2550). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับสุขภาวะของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลทั่วไป**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วจี เกษสม. (2552). **ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศการสื่อสารขององค์กร คุณค่าในงานพยาบาลกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วันเพ็ญ พิชาติพรชัย. (2541). **การพยาบาลกับความต่างทางวัฒนธรรม .วารสารพยาบาล ศาสตร์**. 16(1) : 2- 6.

วินัย ลีสมีทธิ์, พรรณณา ดรโณทัย, ชาญวิทย์ ทรัพย์ และจเด็จ ธรรมรัชอารี. (2542). การศึกษา

ระบบการบริหารงานของโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของ  
โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ. **สารนโยบายและแผนการสาธารณสุข**. 2(พ.ค.) : 26– 40.

วีณา เทียงธรรม. (2547). การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์  
วิทยา. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 18(2) : 97– 107.

วีรนุช วิบูลย์พันธุ์. (2550). **สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ  
โรงพยาบาลเอกชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศากุน ปวีณวัฒน์. (2546). การสื่อสารในหน่วยฉุกเฉิน. ใน สุดาพรรณ ธัญจิรา และวนิดา ออ  
ประเสริฐศักดิ์(บรรณาธิการ). **การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3.  
กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.

ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2539). การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม. **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 45(1): 8–1 6.

ศิริพร จิรวัดน์กุล. 2555. **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและ**

**กรณีศึกษา**. กรุงเทพฯ: บริษัท ส. เอเซียเพรส.

ศิริพร วิญญรัตน์. (2543). **ความเครียดในงานของพยาบาลประจำการ และรูปแบบการบริหาร ของ  
หัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล,  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2553. **HA update 2010**. นนทบุรี: ดี วัน.

สภาการพยาบาล. (2552). **แผนพัฒนาการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งชาติ(ฉบับที่2) พ.ศ.2550-  
2559**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.

สภาการพยาบาล. (2553). **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2)**

**พ.ศ. 2540**. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.

สมชาย พลอยล้อมแสง. (2541) . ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของคนไทยในเขตสาธารณสุข 10.  
**วารสารสวนปรุง**. 13(1): 22–30.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สำนักงานการพยาบาล. (2551). **มาตรฐานการพยาบาล**. พิมพ์  
ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักการพยาบาล. (2549). **หน้าที่รับผิดชอบและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์-

องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ.

สิวลี ศรีวิไล. (2539). **จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

สุปาณี เสนาดีสัย และ วรธรรณา ประไพพานิช. (2551). **การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการ**

**ปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี.

สุชานันท์ บำรุงวงศ์. (2550). **ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดใน  
โรงพยาบาลเอกชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุญารินทร์ สิทธิวงศ์. (2550). **ความเครียดในบทบาทหน้าที่ครู และการให้คุณค่าในงานของกลุ่มครู  
โรงเรียนนางแดด สังกัดสำนักงานประถมศึกษาหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการแนะแนวและให้คำปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุพัตรา มะปรางหวาน. (2546). **อนาคตภาพองค์การพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนในช่วง  
พุทธศักราช 2550-2554**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการ  
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรวัดดี เทพสันต์. (2548). **ลักษณะการสื่อสารต่างวัฒนธรรมขององค์กรต่างชาติ ที่ไม่แสวงผลกำไร  
ที่เกี่ยวกับผู้ลี้ภัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาวิทยา คณะนิเทศศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาล-

ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). **การปฏิบัติการพยาบาล ใน เอกสารการสอนชุดวิชา มโนคติและ**

**กระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-6**. พิมพ์ครั้งที่ 12. นนทบุรี: สำนักพิมพ์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

อรพินท์ ไชยพยอม. (2542). **ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการของแผนกผู้ป่วยนอก**

**โรงพยาบาลศิริราช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุษณีย์ สมบูรณ์ทรัพย์. (2537). **การบริหารการสื่อสารในภาวะวิกฤตกรณีศึกษาของตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชานิติศาสตร์ธุรกิจ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

อัปษร ตรีเทวี. (2545). **ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสื่อสารสำหรับพยาบาลประจำการ ต่อคุณภาพการพยาบาลด้านการสื่อสาร แผนกผู้ป่วยนอก สตรีกรรม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โอษฐ์ วาริรักษ์. (2539). **สู่ความเป็นเลิศในบริการสุขภาพ.** (ม.ป.ท.)

#### ภาษาอังกฤษ

Aday, LA and Andersen, A. (1995). **Development of inducers of access to medical.** Ann Arbor: Health Administration Press.

Ayaz S., B. A. (2010) **Transcultural nursing concept : A study of nursing students in Turkey,University ,School of Health ,Konya,Turkey :449-453.**

Andrew, M. (2003). **Transcultural concepts in nursing care.** 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Brown, M. (1992). **Nursing management issues and ideals: Health care**

**management review.** Maryland: An Aspen.

Cioffi, R. N. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting nurses' experience. **International Journal of Nursing Study.** 40(6): 299-306.

Compinin, B. J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. **Journal of Nursing Education.** 38( 5 ) :203 – 207.

Crawford, S. L. (1993). Job stress and occupational health nursing . **American Association of Occupation Health nursing journal.** 41(11) :522 – 528.

Cross, T., B, Dennis, K. and Isaacs, M. (1989). **Toward a cultural competent System of Care.** Washington D.C.: Georgetown University.

Derdarian, A. H. (1990). Effect of Using Systematic Assessment instrument on Patient and Nurse Satisfaction with Nursing Care. **Oncology Nursing Forum.** 17(1): 45-101.

Ericksen, L. R. (1988). Measuring patient satisfaction with nursing care: A magnitude estimation approach. **Measurement of nursing out comes.:** 534-537.

Grohar-murray, M. E., DiCroce, H. R. (1992). **Leadership and management in nursing.** 10<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice-Hall.

Guba, E. G.,and Lincoln,Y. S. (1989). **Fourth generation evaluation.** CA: Sage.

Gudykunst, W. B. (2003). **Cross-cultural intercultural communication.** Thousand Caks:Sage.

- Fuchs, E. (1999), Customer service. In Juran, M.J. and Godfrey, B. A. (eds), **In Juran's quality handbook**. pp 25-28. New York: McGraw Hill.
- Hanzade, D. and Verena T. (2009) Patient's Transcultural Needs and Carers' Ethical Responses. **Nursing Ethics**. 16(6): 683–696.
- Harris, E. K. (2000). **Customer service: A practical approach**. New Jersey: Victor Graphics.
- Holloway, I. and Wheeler, S. (1996). **Qualitative research for nurse**. London: Blackwell Science.
- Hooker, W. D. and Edwards, D.M. (1991). Contribution of cultural: Implication for the nursing process. **Psychiatric Health Nursing: Giving Emotional Care**. California: Appleton & Lang .
- John, G., and Sake, A.M. (2005). **Organizations behavior understanding and managing life at work**. 6<sup>th</sup> ed. Toronto: Prentice-Hall.
- Kahn, R.L. and Byosiere, P. Stress in Organization. **Nursing Ethics**. 16(6): 571–650.
- Katz, J., and Green, E. 1992. **Managing quality: A guide to monitoring and evaluating nursing service**. St Louis: Mosby –Year Book.
- Maier-Lorentz, M. (2008). What patients really want from their nurses. **American Journal of Nursing**. (August): 38-41.
- Messner, R. L. (1993). Transcultural nursing: Its Importance in nursing practice. **Journal of Cultural Diversity**. 15(1): 37-42.
- McShane, S. L., and Von Glinow, M. A. (2008). **Organization behavior**. 4<sup>th</sup> ed. Boston: McGraw-Hill.



- Lazarus, R. S. (1976). **Pattern of adjusment**. 3<sup>rd</sup> ed. Tokyo: McGraw Hill.
- Lazarus, R. S. and Launier, R. (1978). **Stress Related Transactions between Person and Enviroment**. International Psychology. New York: Plenum Pressl.
- Leebov, W., Scott., G., and Olson. L. (1988). **Achieving impressive customer service**. Chicago: American Hospital.
- Leininger, C. (1980). **Transcultural Health care issue and conditions**. Philadelphia: FA Davis.
- Leininger, M. (1989). **Transcultural nursing: Concepts theories and practices**. New York: NLN.
- Leininger, M. & McFarland, R. M. (2002). **Transcultural nursing: Concepts theories research and practices**. USA: McGraw-Hill.
- Leininger, M.M. (2006). **Cultural care diversity & universality a worldwide nursing theory**. London: Jone and Barlett
- Luthans, F. (2008). **Organization behavior**. 11<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill
- Oliver, R.L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction division. **Journal of Marketing Research**. 17: 460-469.
- Parasuraman, A., Zeithmal, V. A. and Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing Research**. 41-50.
- Patton, M. Q. (1990). **Qualitative evaluation and research methods**. 2<sup>nd</sup> ed. Newbury Park, CA: Sage.
- Peplau, H. L. (1991). **Interpersonal relation in nursing**. New York: Springer.

- Purnell, L. (2002). The Purnell Model of cultural competency. **Journal of Transcultural Nursing**. 13(3): 194-210.
- Rachins, S. M. (2002). Customer service for step down patients. **Journal of Nursing Administration**. 32(November): 558-560.
- Ramos, M. C. (2006). Eliminate destructive behaviors through example and evidence. **Nursing Management**. 37(9): 34-41.
- Risser, N. L. (1975). Eliminate destructive behaviors through example and evidence. **Nursing Research** 24(1): 45-52.
- Robbins, S. P. (1998). **Organization behavior**. 8<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Royal College of Nursing. (2006). **Competencies: an integrated career and competency framework for outpatient nurse**. [online]. Available from [https://www.rcn.org.uk/downloads/lz/imported/pdf/91780E74-691D-4DC3-8228-7387FD00FD00FC\\_10.pdf](https://www.rcn.org.uk/downloads/lz/imported/pdf/91780E74-691D-4DC3-8228-7387FD00FD00FC_10.pdf) (15, May, 2012).
- Sandelowski, M. (1989) Sample size in qualitative. **Research in nursing&Health**. 18: 179-183.
- Samovar, L.A., Porter, R.E. (2004). **Communication between cultures**. 5<sup>th</sup> ed. Belmont: Wadsworth.
- Selye, H. (1956). **Stress of life**. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw Hill.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2007). **Qualitative research for nurse: Advancing the humanistic imperative**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sullivan, E. T., and Decker, P.J. (1985). **Effective management in nursing**. Menlo Park: Addison Wesley.
- Sulsky, L and Smith, C. (2005). **Work Stress**. Belmont CA: Thomson Wadsworth.
- Servellen, G. V. (2009). **Communication skill for the health care professional**. 2<sup>nd</sup> ed. Massachusetts: Malloy.
- The King Fahad National Centre. (2006). **Outpatient Department Scope of Service**.

[online]. Available form <http://www.kfshrc.edu.sa/nursing/files/CCC-Outpatient.pdf>(30, May, 2012).

Van Mamen, M. (1990). **Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy**. London: The Althouse Press.

Wheeler, H. and Riding, R. (1976). **Occupational Stress in general nurses and midwives**. British journal of Nursing. 3, 527-534.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

คำชี้แจงและคํุมครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

และข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 020/2556

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 169.1/55 : ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยข้ามวัฒนธรรมในแผนก  
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอรุณีมา จริยานุวัฒน์  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม..... ประจักษ์ อภิบาล..... ลงนาม..... ณัฐ ธีรพงศ์โกศล.....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิศนประดิษฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์)  
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 21 มกราคม 2556

วันหมดอายุ : 20 มกราคม 2557

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและ ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย



เลขที่โครงการวิจัย 169.1 / 55  
วันที่รับรอง 21 ก.ค. 2556  
วันหมดอายุ 20 ก.ค. 2557

## เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

## คำชี้แจงและคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวอรุชิมา จรรย์านูวัฒน์ นิสิตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนี้กำลังทำวิจัยเรื่อง ประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน ท่านเป็นบุคคลที่สามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ดิฉันขอให้ท่านสัมภาษณ์เกี่ยวกับ เรื่อง ประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยข้ามวัฒนธรรมในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการบันทึกเทปในระหว่างการสัมภาษณ์ ดิฉันต้องขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึกการสนทนา เพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของเนื้อหา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำมาวิเคราะห์และเสนอผลงานการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้งานของท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้องแต่อย่างใด เทปการสัมภาษณ์ จะเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยท่านไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และหากท่านยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว ท่านมีสิทธิที่จะขอยกเลิกได้ตามความต้องการของท่าน โดยไม่มีข้อจำกัดใดๆ ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติม สามารถติดต่อโดยตรงมายัง ดิฉัน นางสาวอรุชิมา จรรย์านูวัฒน์ หมายเลขโทรศัพท์ 089-2015263

## ใบยินยอมของกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล  
เอกชน

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายที่ชัดเจนเป็นที่น่าพอใจจาก  
ผู้วิจัยชื่อ นางสาวอรุณีมา จรรย์านูวัฒน์ ที่อยู่ 133 ซอยสุขุมวิท 49 เขต คลองตันเหนือ แขวงวัฒนา  
กรุงเทพมหานคร 10110 โทรศัพท์ 089-2015263 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ซึ่งประกอบ  
ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ในเรื่องประสบการณ์ของพยาบาล  
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัย  
เรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความ **สมัครใจ** และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการ  
วิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวจากงานวิจัยนั้น จะไม่มี  
ผลกระทบในทางใดๆแก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้และข้อมูลใดๆที่  
เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะ **เก็บรักษาเป็นความลับ** และผู้วิจัยจะลบทำลายเทปจากการสัมภาษณ์ในการ  
เก็บข้อมูลรอบแรกทันทีหลังจากสิ้นสุดงานวิจัย จะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัยในภาพรวม  
และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่ม  
ประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบ  
ยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย



.....

สถานที่/วันที่

.....

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่/วันที่

.....

( อรุณิมา จรรย์านวัฒน์ )

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

สถานที่/วันที่

.....

( \_\_\_\_\_ )

พยาน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/Participant Information sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัยเรื่องประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวอรุณีมา จรรย์านุวัฒน์ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ติดต่อผู้วิจัยที่ 133 ซอยสุขุมวิท 49 เขต คลองตันเหนือ แขวงวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110 หมายเลขโทรศัพท์ 089-2015263
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในงานวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้
  - 4.1 โครงการนี้เป็นการศึกษาเรื่องประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน
  - 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน
  - 4.3 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนไม่น้อยกว่า 3 ปี
5. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การรูปแบบการสัมภาษณ์ ผู้เข้าร่วมการวิจัย เป็นผู้เล่าประสบการณ์การปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน ตลอดจนแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
6. ความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ การใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 45-60 นาทีโดยผู้วิจัยอาจต้องใช้เวลาสัมภาษณ์ 1-2 ครั้ง สำหรับสถานที่และเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้เข้าร่วมการวิจัย

7. ประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการแสดงความรู้สึกความคิดเห็น และถ่ายทอดประสบการณ์การปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชน
8. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ระบุอย่างชัดเจนเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการวิจัยว่าได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นจริงโดยอิสระ มีสิทธิที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาตามที่คุณเข้าร่วมการวิจัยต้องการ โดยไม่มีผลกระทบทางลบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยในด้านใดๆทั้งสิ้น
9. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยติดต่อที่ผู้วิจัย คือ  
 ผู้วิจัย นางสาวอรุชมา จรรย์านวัฒน์ หมายเลขโทรศัพท์ 089-2015263 ได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบทันที
10. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้มีการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่มีการบันทึกข้อมูลที่บ่งชี้ถึงตัวบุคคล ผู้วิจัยใช้เป็นรหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลต่างๆจะถูกเก็บเป็นรักษาอย่างเป็นความลับ การอภิปรายผล และการนำเสนอผลการวิจัยในครั้งนี้ จะนำเสนอในภาพรวม
11. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆและผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมการวิจัย
12. จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 12 คน
13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้นที่ 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 โทรสาร 02-218-8147 E-mail : [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

ภาคผนวก ข  
แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์  
แบบบันทึกภาคสนาม  
แบบบันทึกการถอดความ และการให้รหัสเบื้องต้น  
และประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ :** ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลกำหนดจากวัตถุประสงค์ และแนวคิดในการวิจัย คำถามที่ใช้เป็นลักษณะกว้างๆ ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ หรือข้อมูลในการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กำหนดไว้ดังนี้

### 1. การเริ่มต้นสนทนา

1.1 แนะนำตัวผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ ประโยชน์ที่จะได้รับ และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์

1.2 พูดคุยซักถามถึงการทำงานโดยทั่วไป สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล

1.3 ขออนุญาตบันทึกเทปคำสัมภาษณ์ และจดข้อมูลในระหว่างสัมภาษณ์การรักษาความลับ โดยผู้วิจัยถอดเทปคำสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และจะทำลายเทปการสัมภาษณ์เมื่อสิ้นสุดการศึกษา

### 2. ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

2.1 อายุ การศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส

2.2 ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งการทำงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในการปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชน

### 3. ชั้นสู่ประเด็นที่ต้องศึกษา

ผู้วิจัยเริ่มเข้าสู่ประเด็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน

### 3.1 คำถามหลัก

ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน

#### ตัวอย่างคำถาม

- จากการทำงานของท่านในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชน หากมีท่านดูแลผู้ป่วยเหล่านี้อย่างไร

- ท่านรู้สึกอย่างไรกับการเป็นพยาบาลผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลเอกชน

#### ตัวอย่างคำถามเกริ่นนำ

- ท่านทำงานที่แผนกผู้ป่วยนอกมากี่ปี ทำไมถึงเลือกทำงานแผนกผู้ป่วยนอก

- กรุณาเล่าให้ฟังเกี่ยวกับการทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกของท่านว่าพยาบาลต้องทำอะไรบ้าง

3.2 คำถามเจาะลึก เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน

#### ตัวอย่างคำถาม

- ถ้ากล่าวถึงการเป็นพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอก ท่านนึกถึงอะไรบ้าง

- ท่านช่วยยกตัวอย่างให้ฟังได้ไหม

- ท่านช่วยเล่าเกี่ยวกับเรื่องนี้อีกสักนิดได้ไหม

#### 4. ขั้นตอนการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถาม หรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม โดยมีแนวคำถาม ดังนี้

##### ตัวอย่างคำถาม

- มีเรื่องใดที่ท่านอย่างจะเล่าเพิ่มเติมให้ฟังเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มเติมหรือไม่

- มีเรื่องใดที่ท่านต้องการสอบถามผู้วิจัยเพิ่มเติมหรือไม่

จากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนาในครั้งนี้ และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป







### แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../..... เริ่มเวลา.....น.ถึงเวลา.....น.

สถานที่สัมภาษณ์.....

บรรทัด	ข้อความ	ถอดความ
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
-		





ภาคผนวก ค  
รายละเอียดผู้ให้ข้อมูล  
และการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก



ตารางแสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 ราย  
สัมภาษณ์รายละเอียด 1-2 ครั้ง รวม 15 ครั้ง ดังนี้

ID	ครั้งที่	อายุ ปี	ประสบการณ์ การทำงาน	ศาสนา	สถานภาพ	ระดับการศึกษา
1	1	28	4	พุทธ	โสด	ปริญญาตรี
2	1,2	32	9	พุทธ	สมรส	ปริญญาตรี
3	1	32	10	พุทธ	โสด	ปริญญาตรี
4	1	32	10	พุทธ	โสด	ปริญญาตรี
5	1,2	33	10	พุทธ	สมรส	ปริญญาตรี
6	1	29	6	พุทธ	โสด	ปริญญาตรี
7	1	27	5	พุทธ	โสด	ปริญญาโท
8	1	35	5	พุทธ	โสด	ปริญญาตรี
9	1	27	4	พุทธ	โสด	ปริญญาตรี
10	1,2	32	10	พุทธ	โสด	ปริญญาตรี
11	1	33	10	พุทธ	โสด	ปริญญาตรี
12	1	33	11	พุทธ	สมรส	ปริญญาตรี

ตารางแสดงประเด็นสำคัญที่ได้จากสัมภาษณ์

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
1.	ประเมินอาการให้ได้ แม้ใช้เวลาสั้นๆ	17.	แจ้งข้อมูลระหว่างรอพบแพทย์ และโทรตามเมื่อถึงคิวตรวจ
2.	เป็นทัพนหน้าเสี่ยงภัย contract: เชื่อก่อนใคร	18.	จดจำคนไข้ ใส่ใจเรื่องเล็กน้อย สร้างความประทับใจในการมาโรงพยาบาล
3.	ไม่มีสักราย ที่ไม่ผ่าน OPD	19.	VIP ดูแลอย่างดี ไม่ให้มีข้อผิดพลาด จัดให้มีช่องทางพิเศษในการใช้บริการ
4.	ประเมินเรื่องใหญ่ ก่อนส่งไปตามอาการ	20.	ภูมิใจ ได้มีส่วนดูแล คนสำคัญของประเทศ
5.	ก่อนตรวจอะไร ให้แจ้งราคา	21.	ล่ามมาช่วยต้องหาตัวช่วย ใช้สมุดภาพภาพแปลภาษา ประเมินอาการเบื้องต้น
6.	รอนานไม่ได้ ใส่ใจดูแล	21.	เข้าใจวัฒนธรรมของคนไข้ ทำให้เข้าใจในพฤติกรรมที่แสดงออก
7.	VIPมาต้องใส่ใจ รักษาความลับคนไข้ อย่าให้ผิดพลาด	22.	ประสานงานต่างโรงพยาบาล เพื่อบริการตามสิทธิคนไข้
8.	ไม่เคยดูแลชาวต่างชาติ กลัวผิดพลาดเรื่องแปลความหมาย	23.	ส่งตรวจระหว่างแผนกไม่แจ้งก่อน ทำให้ไม่พร้อมบริการได้ทันที
9.	เริ่มฝึกจากงานที่ทำทุกวัน มันใจกล้า เจรจา	24.	ชอบงาน OPDที่ทำหาย เป็นงานประจำที่ไม่ซ้ำการดูแล
10.	คนไข้พูดภาษาอังกฤษไม่ได้ ต้องใช้ล่ามช่วยแปล แต่ถ้ามาช้า ต้องแก้ปัญหาด้วยการใช้ Speaker phone	25.	คนไข้โรคเดียวกัน แต่การดูแลต่างกัน
11.	คนไข้ไม่พอใจ โดนโยนขวายใส่หน้า แล้วเขียน complain	26.	เป็นกระโถนท้องพระโรง ต้องรองรับทุกปัญหา ทั้งจากหมอ จากคนไข้ และแผนกอื่นๆ
12.	ได้ตอบใบcomplain ถือว่าเป็นโอกาสที่ได้อธิบายเหตุการณ์	27.	สังเกตลักษณะคนไข้ และมีความรู้รอบตัวช่วยคัดกรองVIP
13.	ใครว่างงาน OPD สบาย รายละเอียดงานมากมาย ตั้งแต่แรกรับจนกลับบ้าน	28.	ภาษาอังกฤษต้องได้ ฝึกใช้ทุกวัน
14.	ประเมินแรกรับต้องไว คนไข้ได้ตรวจเร็ว		
15.	ไม่ใช่แค่ด้านการรักษา ต้องดูแลด้านการป้องกัน และติดตามอาการ		
16.	ติดต่ออะไร ต้องตอบได้ ใช้ข้อมูลใน		

ระบบโรงพยาบาล		
---------------	--	--

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
29.	ต่างชาติมีมากมาย บางคนต้องใช้ล่ามแปล	44.	ประสานต่างแผนกขัดแย้งกัน พยาบาลต้อง
30.	ยืดหยุ่นการรักษา ปรับบางการดูแลให้ตรง		คลี่คลาย
	สอดคล้องกับวัฒนธรรม	45.	ส่งตรวจพิเศษพิเศษไม่แจ้งก่อน คนไข้ต้องรอนาน บางที่ไม่ได้ทำ
31.	เสื้อผ้า หน้าผมต้องดูแลให้ดี บางทีคนไข้ก็ร้องเรียน	46.	แผนกOPD มีหลายแผนก แยกตามเฉพาะ
32.	ส่งเวร ward บางที่หนักใจ บางคนแสดงอาการไม่กระตือรือร้น		พยาบาลต้องมีทักษะในงาน
33.	โทรประสานงาน แล้วบางวอร์ดพูดประชด	47.	One day surgery เพิ่มภาระงานที่ OPD
	ใส่ รู้สึกไม่ดี	48.	OPDเป็นห้องรับแขกด่านแรกเมื่อมาติดต่อ
34.	ย้ายมา OPD เพราะคิดว่างานสบาย	49.	เป็น First contract คนแรกที่สัมผัสโรค
35.	OPD เปิดถึงสี่ทุ่ม แต่ไม่มีใครมาต่อเวรป่วย	50.	ระหว่างรอตรวจต้องประเมินซ้ำ ฝ้าระวัง
	เหมือนตอนอยู่วอร์ด		อาการที่เปลี่ยนแปลง
36.	แผนกปิดแล้วถ้างานไม่จบ ก็ต้องอยู่ OT	51.	แพทย์ลงตรวจตามเวลาไม่ได้ ต้องอธิบาย
	เคลียร์งานเสร็จ ถึงลงเวรได้		แม้คนไข้จะไม่รับฟัง
37.	แค่แจ้งชื่อเมื่อไหร่ ต้องตอบได้ทุกคำถาม	52.	ญาติหลากหลาย ต้องตอบคำถามทุกราย
38.	อบรมพฤติกรรมบริการทุกปี ให้บริการตาม		แม้เป็นเรื่องเดิม
	ข้อกำหนดของโรงพยาบาล	53.	ใส่ใจคนไข้ ให้บริการโดยไม่ต้องร้องขอ
39.	สำเนียงภาษาอังกฤษบางรายฟังยาก	54.	ภาษาอังกฤษแรกๆไม่มั่นใจต้องให้พี่ๆช่วย
	กลัว		
	รายงานอาการแพทย์ผิด	55.	ต้องพูด ต้องฟังทุกวัน เริ่มพูดได้ดีขึ้น
40.	ฝึกคำทักทาย และคำศัพท์ต่างๆ	56.	เข้าใจวัฒนธรรมที่แตกต่าง ปรับการดูแล

41.	บางวัฒนธรรมต้องยอมรับและเข้าใจ และ ปรับการดูแลให้สอดคล้อง	ให้สอดคล้อง
42.	รีบดูแลคนไข้วิกฤต แต่ญาติคนไข้รายอื่น ไม่ พอใจ เขียนใบร้องเรียนตามหลัง	57. พัฒนาตัวเองตลอดเวลา ให้ทันกับข้อมูลที่ ทันสมัย
43.	บางครั้งต้องยอมขอโทษ ทั้งที่ไม่ได้ผิด อะไร เพื่อแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า	58. รอบรู้เรื่องหน่วยงานอื่น นอกเหนือจากงาน ตนเอง 59. ต้องดูแลคนไข้ทุกราย แม้ต้องเสี่ยงต่อการ สัมผัสโรคติดต่อ

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
60.	ภาษาอังกฤษช่วงแรกยังไม่คล่อง จะพูดแต่ ละครึ่งตึงนิกนาน	76.	คนไข้ประจำต้องนอนโรงพยาบาล ร้อง ขอ ไปทำหัตถการทุกอย่างที่เวิร์ด ส่งเวร เวิร์ด
61.	ต้องใช้ภาษาอังกฤษทุกวัน พัฒนาได้เอง	แล้วไม่พอใจ คิดว่าโยนภาระให้	
62.	เรียนรู้ต่างศาสนา วางแผนการรักษาได้ อย่างเหมาะสม	77.	ไม่สอบถามก่อนส่ง Consult ส่งผู้ป่วย มา ไม่มีแพทย์ดูแล
63.	ร้องเรียนทุกครั้ง สร้างความไม่สบายใจ	78.	เมื่อก่อนอยู่เวิร์ดไม่เข้าใจ แต่ได้มา ทำงาน
64.	ส่งคนไข้มาไม่ปรึกษา อาการหนักเกินกว่า จะตรวจที่ OPD	79.	จริง จึงรู้ว่า ลักษณะงาน OPD รายละเอียด เยอะมาก และงานเหนื่อย
65.	เลือก OPDเพราะทำท่าย หลายคนมองว่า สบาย แต่ที่จริงแล้วหนัก	ลักษณะต้องเข้าถึงคนไข้ก่อน หลังจาก ซัก ประวัติแล้ว จึงทราบอาการชัดเจน แต่ก็	

66.	ลักษณะงานต้องรวดเร็ว แข่งกับเวลา	เสียงสัมผัสโรคไปแล้ว
67.	พร้อมรับคนไข้ตลอดเวลา ขยายเวลาปิดทำการ	80. ประเมินต้องแม่นยำ และส่งต่อได้อย่างถูกต้อง เพื่อความปลอดภัยของคนไข้
68.	นั่งรถตรวจอย่างปลอดภัย พยาบาลดูแลให้	81. คนไข้ไม่พอใจ รอพบแพทย์นาน พยาบาลต้องรับหน้าแทน
69.	ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลง แพทย์รีบไปดูอาการคนไข้ใน พยาบาลต้องแก้ไข อธิบายคนไข้ที่นั่งรอ	82. คนไข้อารมณ์เสีย ไม่พอใจ พยาบาลต้องควบคุมอารมณ์ตนเอง ไม่ตอบโต้ และมีสติ
70.	คนไข้มีชื่อเสียงมาใช้บริการ ห้ามเผยแพร่ข้อมูลทางโซเชียลมีเดีย	83. ต้องจดจำรายละเอียดคนไข้ จำคนไข้ได้ เพื่อสร้างความประทับใจ ในการเลือกมาใช้บริการในโรงพยาบาล
71.	รักษาความลับคนไข้ โดยเฉพาะผู้มีชื่อเสียง	84. Case VIP บางที่ก็ต้องให้พยาบาล คนที่มี
72.	พัฒนาภาษาอื่นเพิ่มเติม จนเชี่ยวชาญ	ประสบการณ์เป็นคนดูแลเคส เพื่อป้องกัน
73.	เริ่มอบรมตั้งแต่ปฐมนิเทศ เรื่องการดูแลคนไข้ต่างวัฒนธรรม	ข้อผิดพลาด ป้องกันข้อร้องเรียน
74.	ความคาดหวังของคนไข้ ทำให้กดดัน	85. พูดภาษาอังกฤษแรกๆ ไม่รู้จะทำยังไง
75.	ต้องประสานงานหลายแผนก จนบางครั้งเกิดข้อขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน	ก็หัดฟังเพื่อนร่วมงานพูด ถ้ามั่วบ้าง หาหนังสือมาบ้าง ก็ค่อยๆดีขึ้น

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
86.	ล่ามมาไม่ทัน อย่างญี่ปุ่นจะค่อนข้างยุ่ง  เราก็จะใช้flow chartช่วยประเมินอาการ	96.	ดูแลคนสำคัญระดับประเทศ ทุกอย่างต้อง  เรียบร้อย พยาบาลคอยประสานงาน



	เบื้องต้น แล้วรอล่ามมาอีกที	97.	ปัญหาเรื่องภาษา แรกๆไม่กล้าเจรจา กังวล เพราะทักษะไม่ดี
87.	เวลาได้ไปร้องเรียน รู้สึกเหมือนตนเองได้ ทำงานผิดพลาด แต่ก็คิดในด้านนี้ว่า เป็น โอกาสดี ที่จะได้ชี้แจงเหตุการณ์จากในมุม ผู้ปฏิบัติ	98.	ฝึกฝนทักษะด้านภาษา เรียนรู้เพิ่มเติม เพิ่มคำตอบแทน
88.	เวลาเกิดปัญหาในการทำงาน พยาบาลจะ ต้องเป็นผู้รับเรื่องและต้องประสานงานกับ แผนกต่างๆ เพื่อแก้ไขสถานการณ์ แม้ว่า บางครั้งจะไม่ได้เกี่ยวข้องด้วยเลย	99.	ฟังพาล่ามช่วยแปล ถ้าเป็นภาษาที่สาม ไม่เข้าใจวัฒนธรรม ทำให้คนไข้เข้าใจผิด
89.	ส่งคนไข้มาไม่แจ้งก่อน เตรียมการไม่ทัน ทำให้คนไข้ต้องมารอนาน	100.	ต่างชาติ ต่างวัฒนธรรม ต้องทำความเข้าใจ
90.	ขึ้นแต่เวรเช้า แต่ทำงานยาวมากกว่า 8 ชม.	101.	ตรวจสอบสิทธิ์ประกันทุกราย จัดเตรียม เอกสารไว้ คนไข้ไม่คอมเพลน
91.	OPD night clinic ทำงานเหมือนเป็นเวร บ่าย บางครั้งต้องเกิน สี่ทุ่ม	102.	ส่งมาClear med อย่างไร แต่ไม่เตรียม คนไข้ให้พร้อมก่อนมา
92.	อาการนำสงสัยเป็นโรค Ebola แต่ Flow การรักษาไม่ชัดเจน พยาบาล OPD ต้อง รับหน้า เพราะต้องดูแลตั้งแต่แรกครับ	103.	ทำงาน OPD ต้องกระฉับกระเฉงว่องไว ต้องดูแลหลากหลาย นอกเหนือจากงาน พยาบาล
93.	ต้องกระตือรือร้น พร้อมให้บริการตลอด เวลา ที่คนไข้มาติดต่อ	104.	ทำงานอยู่ตรงกลางระหว่างหมอกับ คนไข้ บางทีโดนต่อว่าทั้งสองฝ่าย ได้แต่อดทน
94.	ญาติรอนานไม่พอใจ โดนทุบโต๊ะ ชี้น้ำคำ พยาบาลต้องนิ่ง และข่มใจ ไม่ได้ตอบ	105.	VIP ห้ามผิดพลาดสักทีจุด เพราะป้องกัน เรื่องราวเสื่อมเสียขององค์กร
95.	ดูแลความเจ็บป่วย ควบคู่กับด้านจิตใจ คนไข้ประทับใจ พยาบาลก็สุขใจ	106.	ลงเรียนด้านภาษา อยากพัฒนาตนเอง ด้าน ภาษาอังกฤษ ฝึกพูด เขียน และอ่าน จนสามารถสื่อสารได้ดี

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
109.	คนไข้พูดภาษาอังกฤษไม่ได้ต้องรอล่าม	124.	ดูแลคนไข้ต่างชาติให้ดี ต้องมีความเข้าใจในวัฒนธรรมที่แตกต่าง
	พยายามใช้คู่มือประเมินไปก่อน	125.	เห็นใบร้องเรียนแล้วรู้สึกแยะ เหมือนทำงานบกพร่อง ต้องตามชี้แจงแก้ไข
110.	คนละวัฒนธรรมกัน ต้องยอมรับและเข้าใจ	126.	ประสานงานหลายส่วน ทั้งหมด ทั้งคนไข้แก้ไขให้ลุล่วง
112.	รีบส่งคนไข้มา ไม่ถามปลายทาง คนไข้ต้องนั่งรอนานเพราะไม่ประสานงานกัน	127.	อยู่ OPD มานาน เข้าใจในงานว่ายาก เจอคนไข้แต่ละครั้งเวลาไม่นาน ต้องทั้งคุณภาพ
113.	ส่วนมากชอบคิดว่างาน OPD สบาย มีแต่เวรเช้า แต่เราไม่มีใครมาต่อเวรแบบอยู่วอร์ด	128.	บริการ และสร้างความประทับใจ ต้องเข้าใจลักษณะงาน เห็นคุณค่าในบทบาท
114.	ต้องบุกคลิกดี และมีใจบริการ	129.	ของตัวเอง และมีองค์ความรู้
115.	ทำงานแบบตั้งรับ แล้วส่งต่อ การคัดกรองคนไข้ต้องเชี่ยวชาญ และส่งต่อตามอาการไม่ผิดพลาด	130.	Waiting time เรื่องใหญ่ ต้องบริหารจัดการให้ดี
116.	คนไข้ไม่พอใจบริการ หงุดหงิดใส่เรา บางครั้งใจคำพูดข่มขู่ ฟังแล้วท้อใจ	131.	นั่งรอนานๆต้องใส่ใจ ให้ข้อมูลระหว่างรอ
117.	พยาบาลลำบากใจ มีคนไข้ขอแข่งคิว ต้องอธิบายตามความจริง	132.	คนไข้ร้องเรียน ต้องเขียนอธิบายให้ผู้บริหาร
118.	จดจำความต้องการ ลักษณะนิสัยของคนไข้มาใช้บริการครั้งต่อไปจะได้รับการใส่ใจเรื่องเล็กน้อยของคนไข้ แต่สร้างความประทับใจในบริการ	133.	เข้าใจในมุมของเรา
119.	มีทักษะด้านภาษา กล้าเจรจา มั่นใจ	134.	ดูแลเซเลบ ใช้ประสบการณ์ และป้องกันเรื่องผิดพลาดที่โรงพยาบาลอาจเสียชื่อเสียง
120.		135.	บางปัญหาแก้ไขไม่ได้ ใช้รายงานหัวหน้าทำงานใหม่ไม่กล้าพูด ต้องหาคนช่วย โดยเฉพาะเวลาคุยโทรศัพท์
			ฝึกพูดบ่อยๆ สอบพัฒนาภาษา จนเจรจาได้

121.	เวลาสื่อสารภาษาอังกฤษ ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน  ช่วยสื่อสารภาษาอังกฤษ	136.	อย่างมั่นใจ เรียนรู้ความแตกต่างจากงานที่ทำประจำ ทำ ให้เข้าใจ และดูแลตนใช้ต่างชาติได้ไม่ พลาด
123.	ฝึกพูดคำง่ายๆ ใช้ทักทายคนไข้ที่ไม่ใช่ ภาษาอังกฤษ หรือใช้คู่มือประจำหน่วย งาน	137.	คลี่คลายสถานการณ์ เรื่องขัดแย้งระหว่าง หน่วยงาน แม้ไม่ได้ทำ  138. ไม่ประสานงานกันให้ดี คนไข้มีแต่ยิ่งเสีย เวลารอนาน



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอรุชมา จரியานูวัฒน์ เกิดวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2526 ที่จังหวัดกาญจนบุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อปี พ.ศ. 2547 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2553 เริ่มปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ที่แผนกสถาบันหัวใจโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลา 10 ปี

