

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์



นางสุภาพร พวงสุวรรณ

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.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PARTICIPATORY ACTION RESEARCH FOR ENHANCING SERVICE MIND  
OF NURSING PERSONNEL

Mrs. Supaporn Pongsuwan



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Education Program in Educational Research Methodology  
Department of Educational Research and Psychology  
Faculty of Education  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2014  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างจิตสำนึก บริการของบุคลากรทางการแพทย์
โดย	นางสุภาพร พวงสุวรรณ
สาขาวิชา	วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. อวยพร เรืองตระกูล

---

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์

.....คณบดีคณะครุศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. บัญชา ชลาภิรมย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อวยพร เรืองตระกูล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(พันตำรวจเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพย์ฉิมพร เกษโกมล)

สุภาพร พวงสุวรรณ : การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกบริการของบุคลากร  
ทางการพยาบาล (PARTICIPATORY ACTION RESEARCH FOR ENHANCING SERVICE MIND OF  
NURSING PERSONNEL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. อวยพร เรืองตระกูล, 133 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล (2)  
วิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหาจิตสำนึกบริการพยาบาล ที่ได้จากการประยุกต์ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และ  
(3) วิเคราะห์ผลของวิธีการแก้ปัญหาที่มีต่อจิตสำนึกบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้จากการวิจัยเชิง  
ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะแรกใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาระดับ  
จิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการ เก็บข้อมูลด้วยการสังเกต การ  
สัมภาษณ์ แบบสอบถามและข้อมูลเอกสาร ระยะที่ 2 ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อหา  
วิธีการแก้ปัญหา และวิเคราะห์ผลของจิตสำนึกบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้จากกระบวนการวิจัย  
เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ  
ด้วยสถิติพื้นฐานและสถิติทดสอบที

#### ผลการวิจัยพบว่า

- 1) จิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล แบ่งออกเป็น ด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม  
และด้านความสามารถในการให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการตอบสนองการให้บริการและในด้านการ  
เสริมสร้างการให้บริการอยู่ในระดับค่อนข้างสูง
- 2) วิธีการแก้ปัญหาจิตสำนึกบริการที่ได้จากการประยุกต์ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ  
บุคลากรทางการพยาบาลตามขั้นตอน PDCA คือ กิจกรรม 2 โครงการ (1) โครงการ Service mind by OPD เพื่อ  
ปรับปรุงพฤติกรรมแสดงออกในขณะปฏิบัติงาน และเสริมสร้างความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน  
แก้ปัญหาจิตสำนึกด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม ความสามารถในการบริการ การตอบสนองการให้บริการ  
และการเสริมสร้างการบริการ และ (2) โครงการ “ขั้นตอนนั้น สำคัญไหน” เพื่อปรับปรุงการจัดลำดับขั้นตอนและ  
ระบบในการให้บริการ แก้ปัญหาจิตสำนึกบริการด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม ด้านการตอบสนองการ  
ให้บริการ และการเสริมสร้างการบริการ
- 3) ผลของวิธีการแก้ปัญหาที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทั้งในด้านจิตสำนึกบริการ  
และด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาควิชา วิจัยและจิตวิทยาการศึกษา

ลายมือชื่อนิติ .....  
.....

สาขาวิชา วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....  
.....

ปีการศึกษา 2557

# # 5583833027 : MAJOR EDUCATIONAL RESEARCH METHODOLOGY

KEYWORDS: SERVICE MIND / PARTICIPATORY ACTION RESEARCH / NURSING PERSONNEL

SUPAPORN POUNGSUWAN: PARTICIPATORY ACTION RESEARCH FOR ENHANCING SERVICE MIND OF NURSING PERSONNEL. ADVISOR: ASSOC. PROF. AUYPORN RUENGTRAKUL, Ph.D., 133 pp.

The purposes of this research were to analyze (1) the service mind level of nursing personnel, (2) the problems solving methods on service mind in applying the participatory action research (PAR), and (3) the results of them toward service mind and the satisfaction of customers after using PAR. There were two phases of this research. The first phase, survey research methodology was used to study the service mind level of nursing personnel and customers' satisfaction. Observation, interview, and documentary analysis were used for data collection. The second phase, the PAR was used to find the problem solving methods and analyze the service mind level and customers' satisfaction after using PAR. The quantitative data were analyzed by using the descriptive statistics and t-test. The qualitative data were analyzed by using content analysis and analytic induction.

The research results were as follows:

1) The internal cooperative and teamwork behaviors level, and the service competence of nursing personnel were moderate while the service response level and the service encouragement were quite high.

2) There are two PDCA projects for the problems solving on service mind after using PAR. The first project was "The Service Mind by OPD" to solve problems about the service mind, the internal cooperative and teamwork behaviors, service competence, service responsiveness, and service encouragement. The second one was "The Step Why?" to improve the service steps and system. The problems about the internal cooperative and teamwork behaviors, the service response, and the service encouragement were also solved.

3) After using PAR, the service mind of nursing personnel and the customers' satisfaction were significantly increased.

Department: Educational Research and  
Psychology

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Field of Study: Educational Research Methodology

Academic Year: 2014

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความสำเร็จและความเมตตากรุณาและดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี จากรองศาสตราจารย์ ดร.อวยพร เรื่องตระกูล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ท่านได้ดูแลเอาใจใส่ กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทั้งเป็นกำลังใจให้ยามเหน็ดเหนื่อย ในฐานะ “ครู คือผู้ให้” อย่างแท้จริง วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ พันตำรวจเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบและให้ข้อแนะนำกับผู้วิจัยเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิจัยและจิตวิทยาการศึกษาทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้แก่ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกทุกท่าน รวมถึงผู้ร่วมงานในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลโพธารามทุกท่านที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาต่อครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง และโรงพยาบาลดำเนินสะดวกทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบคุณในความมีน้ำใจและการช่วยเหลือเกื้อกูลในการศึกษามาโดยตลอดของน้องๆทุกคนในสาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา โดยเฉพาะคุณชนิกามาศ จันทร์เจริญสุข น้องผู้ซึ่งคอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา และช่วยแก้ปัญหาในทุกๆเรื่องให้ผ่านไปด้วยดีตลอดการศึกษาของผู้วิจัย คุณอังคณา จรรยา คุณณัฐวัฒน์ มะลิวรรณ และคุณสุทธิแดน พลวัตจิรัสวัสดิ์ รวมถึงเพื่อนคนอื่นๆที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้หมด

และท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเตี้ย แม่ ป้า ที่คอยให้กำลังใจมาโดยตลอด ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ตต.นิคม พวงสุวรรณ พี่เต็ง และน้องไบตอง บุคคลในครอบครัวจурอดทุกคน โดยเฉพาะบาทหลวงสมเกียรติ จูรอด ที่เป็นแรงผลักดันและกำลังใจให้จบการศึกษา รวมถึงเพื่อนรัก นางสาวสุจิตรา จอมอุ้น และนางสาวรักชนก จันทร์เพ็ญ ที่เป็นแรงใจสำคัญในการก้าวข้ามสู่ความสำเร็จในครั้งนี้

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	3
วัตถุประสงค์ .....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	6
ตอนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีจิตสำนึกบริการ .....	6
ตอนที่ 2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างจิตสำนึกในการให้บริการ.....	21
ตอนที่ 3 แนวคิดการมีส่วนร่วม.....	27
ตอนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ.....	30
ตอนที่ 5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....	33
ตอนที่ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	51
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	52
กรณีศึกษา.....	53

ประชากรและตัวอย่าง .....	53
ตัวแปรที่ศึกษา.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	61
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย .....	62
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	69
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	71
ตอนที่ 1 บริบทของโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) และข้อมูลพื้นฐานตัวอย่าง .....	71
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ .....	79
ตอนที่ 3 วิธีการแก้ปัญหาจิตสำนึกบริการพยาบาล ที่ได้จากการประยุกต์ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม.....	90
ตอนที่ 4 ผลจากวิธีการแก้ปัญหาในด้านจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ และ ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม .....	93
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	102
สรุปผลการวิจัย.....	103
อภิปรายผลการวิจัย.....	104
ข้อเสนอแนะในการวิจัย .....	107
รายการอ้างอิง .....	109
ภาคผนวก.....	116
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย .....	117
ภาคผนวก ข เอกสารขอความร่วมมือสำหรับการวิจัย.....	118
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	124
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	133



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1	องค์ประกอบและคุณลักษณะจิตสำนึกบริการ .....	17
ตารางที่ 2.2	วงจร PAR ตามแนวคิดของ Seymour-Rolls & Hughes.....	40
ตารางที่ 4.1	จำนวนข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตบริการ.....	74
ตารางที่ 4.2	ภูมิหลังของตัวอย่าง .....	77
ตารางที่ 4.3	ภูมิหลังผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ .....	79
ตารางที่ 4.4	ค่าสถิติพื้นฐานและระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล แยกรายด้าน.....	81
ตารางที่ 4.5	ข้อค้นพบสภาพปัญหาจิตสำนึกด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม .....	82
ตารางที่ 4.6	ข้อค้นพบสภาพปัญหาจิตสำนึกด้านความสามารถในการบริการ.....	84
ตารางที่ 4.7	ข้อค้นพบสภาพปัญหาจิตสำนึกด้านการตอบสนองการให้บริการ.....	85
ตารางที่ 4.8	ข้อค้นพบสภาพปัญหาจิตสำนึกด้านการเสริมสร้างการบริการ .....	86
ตารางที่ 4.9	ค่าสถิติพื้นฐานและระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการแยกรายด้าน .....	87
ตารางที่ 4.10	การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับบุคลากรทางการพยาบาล.....	91
ตารางที่ 4.11	ค่าสถิติพื้นฐานและระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล หลังการวิจัย .....	93
ตารางที่ 4.12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับจิตสำนึกบริการก่อนและหลังการวิจัย.....	94
ตารางที่ 4.13	ผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพหลังการวิจัย .....	95
ตารางที่ 4.14	ภูมิหลังผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการหลังการวิจัย .....	97
ตารางที่ 4.15	ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการวิจัย .....	98
ตารางที่ 4.16	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจผู้รับบริการรายด้านก่อน และหลังการวิจัย .....	99
ตารางที่ 4.17	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจผู้รับบริการก่อนและหลังการวิจัย .....	100

ตารางที่ 4.18 ผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพหลังการวิจัย..... 101



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 วงจรของวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ McTaggart .....	42
ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	51
ภาพที่ 4.1 แสดงขั้นตอนการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก.....	75



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

งานบริการรักษาพยาบาลคือหัวใจของทุกโรงพยาบาล ผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั่วไปต่างมุ่งหวังว่าเมื่อไปโรงพยาบาลจะได้รับการบริการที่ดี มีคุณภาพสูงทุกครั้ง ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้การรักษาพยาบาลซับซ้อน ละเอียดยิ่งขึ้น มีบุคคลที่เกี่ยวข้องมากทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ปริมาณผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่มากขึ้นในแต่ละวัน ประกอบกับเป็นงานที่รีบด่วน รอช้าไม่ได้ จึงมีโอกาสเกิดความผิดพลาด ความไม่สมบูรณ์ ความรู้สึกไม่พอใจ ความเข้าใจผิดและสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆได้ง่าย (สมชาติ โตรักษา, 2548) การให้บริการในโรงพยาบาลเป็นลักษณะการบริการแบบเผชิญหน้า (face to face) จิตตินันท์ นันทไพบูลย์ (2551) กล่าวว่า ความประทับใจแรกมีความสำคัญมาก เกิดขึ้นได้ภายในเวลาเพียงนาทีแรกซึ่งเป็นนาทีที่มีความสำคัญที่สุด จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ถ้าผู้รับบริการได้รับการต้อนรับที่อบอุ่นด้วยความเต็มใจและยินดี ผู้รับบริการจะเกิดการรู้สึกผ่อนคลาย และเกิดทัศนคติในทางบวก และเกิดความร่วมมือกันทั้งสองฝ่าย แต่ในทางกลับกัน ถ้าผู้รับบริการไม่ได้รับการต้อนรับที่เป็นมิตร ไม่ได้รับความเป็นกันเอง ไม่มีความเป็นวิชาชีพ ผู้รับบริการจะเกิดความระมัดระวัง ไม่ไว้วางใจ การบริการระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการจะไม่ราบรื่น และเกิดอุปสรรคต่างๆตามมา (เกศริน จันทรนิมิตศรี, 2546) (Leebov et al., 1998 อ้างถึงใน เกศริน จันทรนิมิตศรี, 2546) ผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นตำแหน่งใดมีความสำคัญมาก เพราะล้วนแต่เป็นตัวแทนขององค์กรที่เป็นจุดเริ่มต้นของสัมพันธภาพ การบริการที่ดีจะช่วยสร้างภาพลักษณ์ ความประทับใจ และความศรัทธาที่ดีต่อกัน (สมิต สัชฌุกร, 2545)

ปัจจุบันปัญหาในการให้บริการของโรงพยาบาลหลายแห่งได้รับการร้องเรียนจากประชาชนเกี่ยวกับการบริการที่ล่าช้า ต้อนรับไม่ดี ไม่ให้ความชัดเจนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล (สุภาวดี จิระชีวะนนท์, 2545) สอดคล้องกับผลการสำรวจความพึงพอใจและข้อเสนอแนะของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการที่พบว่า สิ่งที่ผู้รับบริการไม่พึงพอใจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การพูดจาไม่สุภาพ ไม่ไพเราะ ไม่เป็นกันเองของเจ้าหน้าที่ ไม่มีเจ้าหน้าที่อธิบายหรือตอบข้อสงสัยในขั้นตอนการให้บริการและการอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ (สถิติแห่งชาติและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ & สำนักงาน, 2555)

ดารา พงษ์สมบูรณ์ (2553) ได้เสนอว่าสิ่งที่ทุกองค์กรต้องการให้เกิดกับบุคลากรของตน คือ จิตสำนึกบริการ เนื่องจากการแสดงพฤติกรรมใดๆของบุคลากร จะมาจาก “จิตสำนึก” เป็นสิ่งสำคัญ

ซึ่งถ้าบุคคลมีความคิด ความตระหนัก การเข้าใจบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตน จะตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับ เทพ สงวนภักดีพันธ์ุ (2556) ซึ่งกล่าวว่า การที่ผู้ให้บริการมีจิตสำนึกบริการย่อมทำให้เกิดการบริการที่ดีแก่ลูกค้า ซึ่งจะเป็นประโยชน์ ทั้งต่อหน่วยงานและผู้ให้บริการเอง ในบางหน่วยงานเริ่มนำเอาหลักการหรือเทคนิคของการปรับพฤติกรรมมาใช้ในการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ และได้ผลดีว่าการจัดฝึกอบรมสัมมนาเพียงอย่างเดียว

การสร้างจิตสำนึกบริการนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ยากแต่ต้องใช้เวลาโดยมีสิ่งเร้า มาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างพอเหมาะจนเกิดการเรียนรู้ และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในลักษณะค่อนข้างถาวร อาจจำเป็นต้องใช้การเสริมแรงอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (สมิต สัจฉกร, 2548) รวมทั้งตัวผู้ให้บริการเองควรมีจิตสำนึกที่ดีต่อการให้บริการ ซึ่งเป็นความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่มีผลต่ออารมณ์ซึ่งเป็นความรู้สึกภายในหรือมุมมองที่มีต่องานบริการ ส่งผลให้แสดงความรู้สึกนั้นออกมาทางพฤติกรรมบริการ (รมย์ฤดี เวสน์ 2554) ซึ่งการแสดงพฤติกรรมต่อผู้รับบริการนั้นจะเกิดขึ้นจากการมี “จิตสำนึกของการให้บริการ (service mind)” (อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์ุ, 2549) จิตสำนึกบริการจึงเป็นเป้าหมายหลักของทุกองค์กร รวมถึงในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการด้วย เพื่อให้ผู้มารับบริการเกิดความพึงพอใจ ประทับใจ ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จและความมั่นคงขององค์กรในระยะยาว

การสร้างจิตสำนึกการบริการที่ผ่านมามีในอดีต เน้นการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเฉพาะรายบุคคล ไม่ได้เป็นแบบร่วมมือหรือมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ซึ่งในปัจจุบันพบว่าได้มีการนำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาช่วยแก้ไขปัญหาค่าพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ณัฐดนัย บุตรพลับ (2555) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของครูและนักเรียนในการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในชั้นเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พรรณราย ธนสัตย์สถิตย์ (2553) ได้ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครองและชุมชนในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและส่งเสริมทักษะชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มุ่งเน้นกระบวนการกลุ่ม และการมีส่วนร่วมของทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมมือกันในทุกขั้นตอนของกระบวนการแก้ปัญหา มุ่งเน้นการปฏิบัติ เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วมและการร่วมแรงร่วมใจจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มาร่วมดำเนินการพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งมีหลักการว่าการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม ทุกฝ่ายจะต้องมีอิสรภาพ ความเสมอภาค ความเท่าเทียมกัน มีความสามารถ มีเวลาที่จะเข้าร่วมกิจกรรมและในกิจกรรมต้องไม่กระทบกระเทือนต่อตำแหน่งหน้าที่และสถานภาพทางสังคม

การวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ

ความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพงานบริการ หรือการศึกษาลักษณะจิตบริการในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างจิตสำนึกในการให้บริการ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหาและการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาล โดยผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

### คำถามการวิจัย

1. สภาพปัจจุบัน จิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาลเป็นอย่างไร
2. วิธีการแก้ปัญหาจิตสำนึกบริการที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีลักษณะอย่างไร
3. ผลของการแก้ปัญหาด้านจิตสำนึกบริการด้วยวิธีการที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะเสริมสร้างจิตสำนึกบริการในบุคลากรทางการพยาบาล และทำให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล
2. เพื่อวิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหาจิตสำนึกบริการพยาบาล ที่ได้จากการประยุกต์ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
3. เพื่อวิเคราะห์ผลของวิธีการแก้ปัญหาที่มีต่อจิตสำนึกบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

### ขอบเขตของการวิจัย

#### กรณีศึกษา

ปัจจุบันพบความไม่พึงพอใจในการให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐบาล และจากการศึกษาเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและความไม่พึงพอใจต่องานบริการในโรงพยาบาล พบว่าลักษณะของปัญหามีความคล้ายคลึงและใกล้เคียงกันในทุกโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยเลือกกรณีศึกษาเป็นโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐบาลซึ่งตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก

### **ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้**

ตัวแปรอิสระ (independent variable) คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์

ตัวแปรตาม (dependent variable) คือ วิธีการแก้ไขปัญหา จิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

### **ระยะเวลาในการทดลอง**

การวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 4 เดือน ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2557 ถึงเดือน ตุลาคม 2557

### **คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย**

**จิตสำนึกบริการ** หมายถึง สภาวะทางจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่แสดงถึงการรับรู้ การตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องของการบริการทางการแพทย์ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึก ความเข้าใจ และความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ ที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

**การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม** หมายถึง กระบวนการแก้ปัญหาในโรงพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ตั้งแต่การศึกษาปัญหา การระบุปัญหา การวางแผนการปฏิบัติ การตรวจสอบ การสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกัน โดยใช้หลักความเป็นประชาธิปไตยในการดำเนินการ ผลที่ได้จากการดำเนินการ ก่อให้เกิดความรู้ วิธีการและแนวทางการปรับปรุงแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาสิ่งหนึ่งสิ่งใดในพื้นที่วิจัย

**บุคลากรทางการแพทย์** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ)

**วิธีการแก้ปัญหา** หมายถึง ผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

**ความพึงพอใจผู้รับบริการ** หมายถึง ประสบการณ์เชิงบวกที่ผู้รับบริการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยรับรู้ได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจถึงความต้องการและปัญหาของผู้รับบริการ รู้สึกได้ต่อการเข้าถึงบริการอย่างมีเกียรติ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และเชื่อมั่นถึงความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยแก้ปัญหาได้

## ประโยชน์ที่ได้รับ

### ประโยชน์เชิงวิชาการ

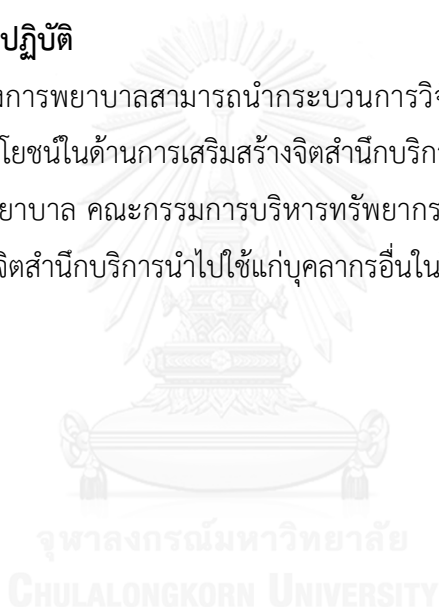
1. ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ ที่ได้จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางวางแผนแก้ไขปัญหาด้านการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

2. ได้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางให้นำไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ หรือการแก้ปัญหาคุติกรรมในด้านอื่นๆ และเป็นต้นแบบให้หน่วยงานอื่น สามารถนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆได้

### ประโยชน์ในทางปฏิบัติ

1. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ

2. ผู้บริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล และผู้เกี่ยวข้องมีข้อมูลและแนวทางในการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการนำไปใช้แก่บุคลากรอื่นในโรงพยาบาล





## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากศึกษาความหมาย แนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอเสนอเนื้อหา แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีจิตสำนึกบริการ ตอนที่ 2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ ตอนที่ 3 แนวคิดการมีส่วนร่วม ตอนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ตอนที่ 5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และตอนที่ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ตอนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีจิตสำนึกบริการ

จิตสำนึกบริการได้รับความสนใจ ไม่เฉพาะแต่ในธุรกิจการบริการ เช่น พนักงานต้อนรับบนสายการบิน พนักงานขายสินค้า หรือพนักงานโรงแรม ร้านอาหาร แต่ยังรวมถึงงานทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนการให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการในโรงพยาบาลด้วย ผู้ให้บริการที่มีจิตสำนึกในการบริการที่ดี ย่อมส่งผลให้เกิดคุณภาพในงาน เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ ไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น ผู้วิจัยแบ่งเนื้อหาในตอนที่ 1 ประกอบด้วยความหมายของจิตสำนึกในการให้บริการ แนวคิดจิตสำนึกบริการ องค์ประกอบจิตสำนึกบริการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตสำนึกบริการ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

##### 1.1 ความหมายของจิตสำนึกบริการ

จิตสำนึก (consciousness) (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) หมายถึง ภาวะตื่นหรือรู้ตัว สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือรูป เสียง กลิ่น รส และสิ่งที่สัมผัสได้ด้วยกาย

Mark & Engels (1974, อ้างถึงใน นันทิกาญจน์ อยู่สุข, 2553) ได้ให้ความหมายว่า จิตสำนึก (consciousness) คือพฤติกรรมที่แสดงถึงการเกิดการรับรู้ของบุคคล หรือการที่บุคคลแสดงความรู้สึกรับผิดชอบต่อปัญหาต่างๆ เมื่อได้รับสิ่งเร้า ได้แก่ สถานการณ์ บุคคล กลุ่มสังคม และสิ่งต่างๆ ที่พร้อมจะตอบสนองในทางบวกหรือลบ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์สอดคล้องกับ (นันทิกาญจน์ อยู่สุข, 2553) ซึ่งให้คำจำกัดความของจิตสำนึกว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ (mind) ของบุคคลอันเกิดจากความรู้สึก เจตคติ การตระหนักรู้ระหว่างกระบวนการภายในจิตใจของตนเอง กับการตอบสนองการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอกในทางบวกหรือทางลบ ซึ่งจิตสำนึกเมื่อเกิดแล้วจะไม่หยุดหรือหายไป คนที่มีจิตสำนึกที่ดีจะประพฤติปฏิบัติอย่างเหมาะสมและใช้จิตสำนึกของตนเพื่อประโยชน์ต่อสิ่งต่างๆ

ส่วนการบริการ (service) ในความหมายทั่วไปคือ การให้ความช่วยเหลือหรือดำเนินการเพื่อประโยชน์แก่ผู้อื่น Weber (1966, อ้างถึงใน นันทิกาญจน์ อยู่สุข, 2553) ให้ความเห็นว่า การบริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากที่สุด คือการให้บริการโดยไม่ได้นึกถึงตัวบุคคล กล่าวคือเป็นการให้บริการโดยไม่ใช้อารมณ์และไม่ชอบใครเป็นพิเศษ แต่ผู้รับบริการทุกคนจะได้รับความเท่าเทียมกันตามหลักเกณฑ์ที่อยู่ในสภาพเหมือนกัน ศิริพร วิษณุหิมาชัย (2553) กล่าวว่า การบริการหมายถึง การให้ความช่วยเหลือหรือการดำเนินการเพื่อประโยชน์แก่ผู้อื่นให้มีความสุขกาย สุขใจ หรือสะดวกสบายแก่ผู้รับบริการ เป็นสิ่งที่จับต้องไม่ได้แต่เมื่อผู้รับบริการได้รับไปแล้วอาจเกิดความประทับใจหรือไม่ประทับใจต่อสิ่งเหล่านั้น ความหมายของการบริการ หมายถึง การทำประโยชน์ให้ผู้อื่นมีความพึงพอใจโดยตั้งอุดมการณ์ว่า งานของเราคืองานบริการ และต้องพยายามพัฒนาปรับปรุงผลงานให้มีคุณภาพ เพื่อก้าวไปสู่ “ความพึงพอใจ” ของผู้อื่น การบริการที่มีคุณภาพนั้นมาจากตัวบุคคล ซึ่งต้องอาศัยเทคนิค กลยุทธ์ และทักษะให้ชนะใจผู้รับบริการ ซึ่งถือว่าเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกคนในองค์กร

เมื่อนำทั้งสองคำมารวมกัน เป็น “จิตสำนึกบริการ” ซึ่งนักวิชาการมีการใช้คำที่หลากหลายในนิยามของ “จิตสำนึกบริการ” เช่น จิตสำนึกในการให้บริการ (service orientation) (Hogan et al., 1984; (ชนตรา ร่อนพิบูลย์, 2550; มรกต เหลืองอำนวยการ, 2553; สลักจิตร ดวงจันทร์, 2551; อโนมา หอวิเชียร, 2551) การให้บริการที่ดีแก่ลูกค้า (customer orientation) (Kelley, 1992; Saxe & Weitz, 1982) และจิตใจให้บริการ (service mind) (กฤษณ์ อริยะพุทธิพงศ์ & อานนท์ ศักดิ์วีระวิชัย, 2548; จิตตินันท์ นันทไพบูลย์, 2551; รมย์ฤดี เวสน์ 2554; อภรณ์ ภูวิทย์พันธุ์, 2549) ซึ่งแต่ละคำมีความหมายใกล้เคียงกัน ในงานวิจัย ผู้วิจัยใช้คำว่า จิตสำนึกบริการ (service mind) ซึ่งมักใช้เป็นภาษาที่ใช้ในทางธุรกิจ บทความหรือการบรรยายเกี่ยวกับการให้บริการ (กฤษณ์ อริยะพุทธิพงศ์ & อานนท์ ศักดิ์วีระวิชัย, 2548) ซึ่งมีความหมายชัดเจน ตรงประเด็นว่า “การมีจิตใจของการเป็นผู้ให้บริการ”

ความหมายจิตสำนึกบริการในมุมมองนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศมีดังนี้

Kelley (1992) นิยามความหมายว่าเป็นการมุ่งเน้นผู้รับบริการ (customer orientation) ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้บริการจะต้องเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อเสนอบริการที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

Hogan, Hogan, and Busch (1984) ให้ความหมายว่า จิตสำนึกในการให้บริการ (service orientation) หมายถึงแนวโน้มที่บุคคลจะเป็นผู้ที่ชอบช่วยเหลือ เอาใจใส่ คิดคำนึงถึง และยินดีให้ความร่วมมือกับผู้อื่น

รมย์ฤดี เวสน์ (2554) ให้ความหมายว่าจิตสำนึกบริการ หมายถึง การตระหนักรู้ เข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ มีจิตใจและอารมณ์ที่มั่นคง มีความพร้อมและเต็มใจที่จะบริการด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส ช่วยเหลือผู้มารับบริการด้วยความกระตือรือร้น ถูกต้อง และรวดเร็ว

มรกต เหลืองอำนวยการ (2553) ให้ความหมายของจิตสำนึกบริการว่า เป็นการปฏิบัติกรด้านบริการอย่างให้เกียรติและเอาใจใส่ผู้รับบริการด้วยใจ กระตือรือร้นต่อการให้บริการ รวมทั้งยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงกิริยา น้ำเสียง ท่าทาง และพฤติกรรมที่เหมาะสม ให้การต้อนรับด้วยไมตรีจิตที่ดีต่อผู้อื่น เพื่อให้เกิดความพึงพอใจและประทับใจ

จิตตินันท์ นันทไพบูลย์ (2551) กล่าวว่าจิตสำนึกบริการ หมายถึงการอำนวยความสะดวก การช่วยเหลือ การให้ความชัดเจน การสนับสนุนหรือการเร่งรัดตามสายงาน และความกระตือรือร้นต่อการให้บริการผู้อื่น

สลักจิต ดวงจันทร์ (2551) นิยามความหมายของจิตสำนึกบริการคล้ายคลึงกับ อโนมา หอวิเชียร (2551) และชนันตรา ร่อนพิบูลย์ (2550) ว่าหมายถึง ความเข้าใจ ใส่ใจในความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ เพื่อเสนอบริการที่สร้างความพึงพอใจเหนือความคาดหวัง และความประทับใจให้กับผู้รับบริการ โดยการแสดงกิริยา และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

อาภรณ์ ภูวิทย์พันธุ์ (2549) กล่าวว่าจิตสำนึกบริการ หมายถึง จิตใจของการเป็นผู้ให้ การที่มีจิตสำนึกบริการจะส่งผล หรือเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกต่อบุคคลหรือกลุ่มต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเรา สอดคล้องกับ (กฤษณ์ อริยะพุทธิพงศ์ & อานนท์ ศักดิ์วีระวิชัย, 2548) ซึ่งกล่าวว่า จิตสำนึกบริการ คือการคำนึงถึงผู้รับบริการ การปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างให้เกียรติ ให้คุณค่าต่อความคิดเห็น การบริการและดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการด้วยใจ มีความเข้าใจ พัฒนาสิ่งใหม่ๆ และปฏิบัติให้เกิดความคาดหวังของผู้รับบริการอยู่เสมอ

จากนิยามความหมายของจิตสำนึกในการให้บริการที่นักวิจัยต่างๆ ให้อำนาจ ผู้วิจัยสรุปว่า จิตสำนึกบริการ หมายถึง สภาวะทางจิตใจที่แสดงถึงการรับรู้ การตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องของการบริการ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึก ความเข้าใจ และความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ

## 1.2 แนวคิดและทฤษฎีจิตสำนึกบริการ

การศึกษาถึงจิตสำนึกบริการ มีผู้กล่าวถึงไว้อย่างหลากหลาย โดยนักวิจัยได้กล่าวถึงจิตสำนึกบริการที่ประกอบด้วยคุณลักษณะต่างๆ ภายใต้องค์ประกอบที่เหมือนหรือแตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 5 แนวคิด ได้แก่ 1) จิตสำนึกบริการที่ไม่ได้จำแนกออกเป็นองค์ประกอบ 2) จิตสำนึกบริการที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 3) จิตสำนึกบริการที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 4) จิตสำนึกบริการที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ และ 5) จิตสำนึกบริการที่ประกอบด้วยองค์ประกอบมากกว่า 5 องค์ประกอบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1.2.1 จิตสำนึกบริการที่ไม่ได้จำแนกออกเป็นองค์ประกอบ

จากการศึกษาจิตสำนึกบริการ ดารา พงษ์สมบุรณ์ (2553); ศิริพร วิษณุทิมาย (2553); อารณ ภูวิทยาพันธ์ (2549) และ สมิต สัจฉกร (2548) กล่าวถึงลักษณะของจิตสำนึกบริการ โดยไม่ได้จัดออกเป็นองค์ประกอบ โดยกล่าวถึงลักษณะที่พึงประสงค์ของจิตสำนึกในการให้บริการ ดังนี้

ดารา พงษ์สมบุรณ์ (2553) กล่าวว่าจิตสำนึกบริการนั้นใช้เทคนิค “S-M-I-L-E” ซึ่งมีหลักการดังนี้

1) มีความอดทนอดกลั้น (stress tolerance) เมื่อเผชิญกับสภาวะความเครียดหรือปัญหาต่าง ๆ ที่อาจจะมาจากหัวหน้าหรือเพื่อนร่วมงาน หรือจากปัจจัยภายในและภายนอกต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่เราจะต้องพยายามควบคุมอารมณ์ แสดงออกซึ่งกิริยาท่าทางต่าง ๆ ที่เหมาะสม พร้อมยิ้มรับสู้กับสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้น

2) มีแรงจูงใจในการทำงาน (motivation) แรงจูงใจจะทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนในการทำงาน ให้บริการได้เป็นอย่างดีเพื่อให้งานของตนเองได้รับการยอมรับและบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ เพราะสิ่งตอบรับจะมีทั้งรอยยิ้ม คำขอบคุณ การชื่นชม รวมทั้งการประเมินผลการปฏิบัติงาน

3) มีความซื่อสัตย์ (integrity) ต้องมีความซื่อสัตย์ต่องานและวิชาชีพของตนเองต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับ เงื่อนไขต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งต้องซื่อสัตย์ต่อหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน ลูกน้องและบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานทุกคน

4) ยินดีรับฟังปัญหาและข้อร้องเรียนต่างๆ (listening) ต้องรับฟังปัญหาและข้อร้องเรียนต่างๆ ด้วยความเต็มใจ พร้อมทั้งจะร่วมแสดงความคิดเห็น ช่วยแก้ไขปัญหาหรือให้ข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างมีเหตุผล ทำให้สถานการณ์หรือภาวะวิกฤติการณ์ต่างๆ ในการทำงานสามารถยุติลงได้ด้วยดี

5) มีความกระตือรือร้น (energetic) จะช่วยทำให้คิดหาวิธีการหรือเทคนิคต่างๆ ในการให้บริการที่ดีได้ ไม่ว่าจะเป็นการแสวงหาหรือการขวนขวายที่จะศึกษาค้นคว้าหาความรู้ พร้อมทั้งจะเรียนรู้ระบบงาน ขั้นตอนในการทำงานต่างๆ รวมทั้งการเคลื่อนไหวของสถานการณ์ต่างๆ ในปัจจุบัน เพื่อช่วยส่งเสริมการให้บริการที่ดีและมีประสิทธิภาพอยู่เสมอ

ศิริพร วิษณุทิมาย (2553) กล่าวว่าผู้ให้บริการต้องมีจิตใจรักในงานด้านบริการ (service Mind) ความหมายของคำว่า service mind มีดังนี้ S = Smile หมายถึงรอยยิ้ม E = Enthusiasm หมายถึงกระตือรือร้น เอาใจใส่ผู้รับบริการ R = Responsiveness หมายถึงรับผิดชอบในหน้าที่ที่มีต่อผู้รับบริการ V = Value หมายถึงบริการอย่างมีคุณค่า I = Impression หมายถึงบริการอย่างประทับใจ C = Courtesy หมายถึงบริการด้วยความสุภาพอ่อนโยน E = Endurance หมายถึงอดทนเก็บอารมณ์ต่อสภาวะความกดดัน M = Make Believe หมายถึงปฏิบัติตนให้มีความน่าเชื่อถือ

I = Insist หมายถึงการยืนยันให้บริการ N = Necessitate หมายถึงการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ  
D = Devote หมายถึงการส่งมอบการบริการ

บุคลากรที่จะปฏิบัติงานด้านการบริการที่ดี ต้องประกอบด้วยคุณลักษณะดังนี้

1) ความรู้ในงานบริการ (knowledge) ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ในงานที่ตนรับผิดชอบ สามารถตอบข้อซักถามจากผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องและแม่นยำข้อมูลในเรื่องของสินค้าที่นำเสนอ ประวัติองค์กร รวมทั้งระเบียบปฏิบัติ นโยบายต่างๆในองค์กร เพื่อมิให้เกิดความผิดพลาดเสียหาย โดยต้องแสวงหาความรู้ให้เป็นปัจจุบันและสืบค้นเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

2) ความช่างสังเกต (observe) ช่วยให้ผู้ให้บริการรับรู้ว่าการบริการอย่างไรจึงจะเป็นที่พึงพอใจ ต่อผู้รับบริการ ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ส่งผลให้เกิดความพอใจและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้มากยิ่งขึ้น

3) ความกระตือรือร้น (enthusiasm) การกระตือรือร้นจะแสดงถึงความมีจิตใจในการต้อนรับ แสดงความห่วงใยและใส่ใจช่วยเหลือ จะทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อผู้ที่มารับบริการ

4) กิริยาวาจาสุภาพ (manner) การพูดเป็นสิ่งที่สื่อถึงความคิด ความรู้สึกที่ส่งผลให้เกิดบุคลิกภาพที่ดี เพื่อให้ผู้รับบริการมีความสบายใจที่จะติดต่อขอรับบริการ

5) ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (creative) ผู้ให้บริการควรมีความคิดสร้างสรรค์ที่แปลกใหม่ แตกต่างจากประสบการณ์หรือบริการที่ทำอยู่เดิม การปรับเปลี่ยนวิธีการให้บริการอาจช่วยปรับรูปแบบงานบริการให้ดีขึ้น

6) สามารถควบคุมอารมณ์ได้ (emotional control) งานบริการเป็นงานที่ปฏิบัติให้ผู้อื่น ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนหลากหลายรูปแบบ หลายลักษณะ ดังนั้นผู้รับบริการจะแตกต่างกัน ซึ่งอาจจะถูกตำหนิ พุดจาก้าวร้าว หรือแสดงกิริยามารยาทไม่ดีจากผู้รับบริการ ดังนั้นผู้ให้บริการต้องสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อเกิดภาวะกดดันทางอารมณ์

7) มีสติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (calmness) กรณีเกิดปัญหาเร่งด่วนหรือเหตุฉุกเฉินในการให้บริการ ผู้ให้บริการจะต้องวิเคราะห์สาเหตุและคิดหาวิธีในการแก้ไขปัญหาลักษณะมีสติ เลือกรูปแบบการแก้ไขที่ดีที่สุดจากหลายทางเลือกในการให้บริการ

8) ทศนคติต่องานบริการ (attitude) การบริการเป็นการช่วยเหลือ ผู้ให้บริการต้องมีความรู้สึกรักงานบริการ และเต็มใจที่จะให้บริการ ถ้าบุคคลใดมีทัศนคติที่ดีต่องานบริการก็จะให้ความสำคัญต่องานบริการและปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ที่เป็นผลให้งานบริการมีคุณค่าและนำไปสู่ความเป็นเลิศ

9) ความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ (responsibility) เพื่อผู้ให้บริการมีความรับผิดชอบต่อการบริการอย่างดีที่สุด

อาภรณ์ ภูวิทยาพันธ์ (2549) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมที่แสดงว่าบุคคลมีจิตสำนึกบริการไว้ว่าจะมีการให้บริการด้วยรอยยิ้มและคำพูดที่เหมาะสมเพื่อสร้างความไว้วางใจให้กับผู้รับบริการ แสดงออกถึงความพร้อมและเต็มใจในการให้บริการ สามารถควบคุมกิริยาท่าทางและน้ำเสียงในขณะที่ให้บริการได้เป็นอย่างดี สามารถเก็บอารมณ์ได้ดีขณะรับฟังข้อร้องเรียนในเรื่องต่างๆ มีน้ำใจที่จะเสนอหรือให้ข้อมูลในเรื่องอื่น ๆ ที่เห็นว่าเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการ และเปิดใจรับฟังคำติชมที่มีต่อการให้บริการของตน

สมิต สัจฉกร (2548) กล่าวว่า คุณลักษณะของผู้ให้บริการ มีดังนี้

1) จิตใจรักงานบริการ สิ่งสำคัญประการแรกที่จะทำงานบริการได้ดี คือต้องมีใจรักในงานบริการ เพราะบุคคลจะทำงานหนึ่งสิ่งใดด้วยความสมัครใจและทุ่มเทแรงกายแรงใจให้แก่สิ่งนั้นได้ ย่อมเกิดจากความมีใจรักเป็นทุนเดิม

2) ความรู้ในงานที่จะบริการ งานบริการต้องการความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์เป็นสิ่งสำคัญ ผู้ที่จะทำงานบริการในเรื่องใดจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในงานที่ตนจะบริการอย่างแท้จริง มิฉะนั้นจะเกิดความเสียหายแก่งานที่ตนรับผิดชอบขึ้นได้

3) ความรู้ในสินค้าและบริการ การมีความรู้ในสิ่งที่ตนจะให้บริการนั้น จะทำให้สามารถอธิบาย ชี้แจงและการช่วยเหลือแก่ผู้ที่มารับบริการได้

4) ความรับผิดชอบต่อตนเอง การวางตนเป็นสิ่งสำคัญในงานบริการเพราะเป็นพันธะผูกพันต่อผลที่ได้กระทำลงไป ซึ่งต้องระมัดระวังทั้งด้านกายและวาจา การแสดงกิริยามารยาท และคำพูดรวมทั้งการสื่อสารที่เป็นภาษากายด้วยเช่นกัน

5) ความรับผิดชอบต่องานในหน้าที่ ความรับผิดชอบเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้งานบรรลุผล ผู้ซึ่งไม่มีความรับผิดชอบ ย่อมจะไม่ผูกพันต่อผลที่ตนได้กระทำลงไป ซึ่งจะส่งผลให้ทำหน้าที่บริการอย่างเสียไม่ได้

6) ความรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการ จึงมีคำกล่าวที่ว่า “ลูกค้าเป็นฝ่ายถูกเสมอ” ทั้งนี้เพื่อให้มีความรับผิดชอบต่อลูกค้าหรือผู้ใช้บริการอย่างดีที่สุด เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะให้บริการอย่างมีคุณภาพและสร้างความพึงพอใจที่สนองต่อความต้องการของลูกค้าได้อย่างครบถ้วน

7) มีทัศนคติที่ดีต่องานบริการ ผู้ทำงานบริการเป็นผู้ให้จึงต้องมีความรู้สึกรักต่องานบริการในทางที่ชอบและเต็มใจที่จะให้บริการ ถ้าผู้ใดมีทัศนคติต่องานบริการดี ก็จะทำให้ความสำคัญต่องานบริการและปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ เป็นผลให้งานบริการมีคุณค่าและนำไปสู่ความเป็นเลิศ

8) มีจิตใจมั่นคงไม่โลเล ผู้ทำงานบริการหากมีสิ่งใดมากระทบต้องตั้งสติอย่างมั่นคง หากมีเหตุการณ์ใดมากระทบและเกิดอารมณ์อ่อนไหวแสดงปฏิกิริยาในทางรุนแรง ย่อมส่งผลเสียต่อการให้บริการ

9) มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ผู้ให้บริการควรมีความคิดเปลี่ยนแปลงใหม่ให้ดีกว่าเดิม ผู้ที่มีความคิดสร้างสรรค์จะสามารถจินตนาการจากประสบการณ์มาสร้างสรรค์งานบริการให้ดีขึ้น

10) มีความช่างสังเกต การรับรู้ว่าจะต้องให้บริการอย่างไรจึงจะเป็นที่พอใจของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการรับรู้ที่ได้มาจากการสังเกตจะติดอยู่ในความทรงจำที่ก่อให้เกิดความประทับใจ

11) มีวิจรณ์ญาณไตร่ตรองรอบคอบ การที่ผู้มาใช้บริการร้องขอให้บริการในกรณีที่เกินกว่าจะปฏิบัติได้ ผู้ทำงานบริการจึงควรไตร่ตรองว่าควรจะทำประการใดหากมีอำนาจตัดสินใจ

12) มีความสามารถวิเคราะห์ปัญหา ผู้ทำงานบริการต้องมีการติดต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมกับผู้มาใช้บริการที่มีภูมิหลังแตกต่างกัน ซึ่งบางครั้งอาจเกิดปัญหาขึ้นได้ในหลายรูปแบบซึ่งผู้ให้บริการต้องสามารถวิเคราะห์ปัญหาและหาหนทางที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหา

### 1.2.2 จิตสำนึกบริการที่จำแนกออกเป็นองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ

จากการศึกษาลักษณะจิตสำนึกบริการของ Henning–Thurau & Thurau (2003); Bettencourt et al. (2001); Dienhart et al. (1992); Hogan et al. (1984); มรกต เหลืองอำนวยศิริ (2553) และ กฤษณ์ อริยะพุทธิพงศ์ และอานนท์ ศักดิ์วีระวิญญ์ (2548) ได้แบ่งจิตสำนึกบริการออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

Hennig-Thurau and Thurau (2003) กล่าวว่าจิตสำนึกบริการ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม 2) การมีทักษะที่ต้องการในการแสดงพฤติกรรม แบ่งเป็น 2.1) ทักษะทางด้านการทำงาน (motor skills) คือ ความรู้และความสามารถที่ผู้ให้บริการต้องมี เพื่อให้การบริการมีคุณภาพสูงสุด รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการด้วย 2.2) ทักษะทางสังคม (social skills) ทักษะด้านนี้มีความสำคัญเพราะเกี่ยวข้องกับมุมมองการรับรู้ด้านบริการ (perspective taking) ของพนักงาน ซึ่งมุมมองการรับรู้ด้านบริการ คือ การที่ผู้ให้บริการรับทราบมุมมองและความคิดของผู้รับบริการ เมื่อผู้ให้บริการได้เข้าไปจัดการกับปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ และ 3) การรู้สึกถึงอำนาจของพนักงานในการแสดงพฤติกรรม หมายถึง อิสระภาพในการตัดสินใจเมื่อต้องจัดการกับคำร้องของลูกค้า และตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมบริการออกมาเอง

Bettencourt et al. (2001, อ้างถึงใน ชนัตรา ร่อนพิบูลย์, 2550) กล่าวถึงองค์ประกอบของจิตสำนึกบริการในการแสดงพฤติกรรมสมาชิกขององค์กรด้านการบริการที่ดี แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความซื่อสัตย์ (loyalty) 2) การส่งมอบการบริการ (service delivery) 3) การมีส่วนร่วม (participation) ต่อมา Payne and Webber (2006) ได้ทำการศึกษาต่อจาก Bettencourt et al. (2001) โดยแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบที่แตกต่างเล็กน้อย ได้แก่ 1) ความซื่อสัตย์ (loyalty) 2) การส่งมอบการบริการ (service delivery) และ 3) ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ (altruism)

Dienhart, Gregoire, Downey, and Knight (1992) ได้ศึกษาถึงองค์ประกอบจิตสำนึกบริการในกลุ่มผู้ให้บริการในภัตตาคาร ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) การมุ่งเน้นที่ผู้รับบริการ (customer focus) หมายถึง ความสามารถของพนักงานที่มีต่อการให้บริการ เช่นรู้สึกสนุก เต็มใจให้บริการ การอยากทำให้ลูกค้าพึงพอใจต่อการบริการ

2) การสนับสนุนขององค์การ (organizational support) หมายถึง การสนับสนุนด้านต่างๆ ขององค์การต่อการให้บริการจากพนักงานไปสู่ผู้รับบริการ ได้แก่ ระบบการให้บริการที่ง่ายต่อการปฏิบัติงาน การฝึกอบรมการให้บริการ การใช้เทคโนโลยีต่างๆในการบริการ

3) การบริการภายใต้ภาวะกดดัน (service under pressure) หมายถึง ความสามารถของผู้ให้บริการในการมอบบริการที่ดีแก่ผู้รับบริการในช่วงเวลาที่มีผู้รับบริการมากและต้องให้บริการอย่างรวดเร็ว ซึ่งองค์ประกอบนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ และการจัดการในการส่งมอบบริการที่มีประสิทธิภาพ

Hogan et al. (1984) กล่าวว่าจิตสำนึกบริการเป็นกลุ่มของลักษณะทางบุคลิกภาพเฉพาะของบุคคล แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การปรับปรุงและแก้ไขการให้บริการ (adjustment) 2) ลักษณะที่มีความสามารถในการบริการ (likeability) และ 3) ลักษณะความสุ่มรอบคอบในการบริการ (prudence) งานวิจัยของเขาแสดงถึงวิธีการวัดจิตสำนึกบริการในกลุ่มผู้ช่วยพยาบาล โดยได้ดัดแปลงแบบวัดบุคลิกภาพโดยนำไปหาความตรงกับเกณฑ์ภายนอก เช่นการประเมินจากหัวหน้างาน นับได้ว่างานวิจัยของเขาเป็นงานที่บุกเบิกการศึกษาเรื่องเกี่ยวกับจิตสำนึกบริการ

มรกต เหลืองอำนวยการ (2553) กล่าวว่าจิตสำนึกบริการในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) เจตคติที่ดีต่อการให้บริการ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดภายในจิตใจที่ส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมบริการที่ดีต่อการให้บริการ ได้แก่ การคิดเชิงบวกต่อการให้บริการ การให้บริการด้วยความเอื้ออาทร การเข้าใจธรรมชาติของผู้รับบริการ การเข้าใจความคาดหวังของผู้รับบริการทางพยาบาล

2) คุณลักษณะของพยาบาล หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกและเห็นได้จากภายนอกในขณะที่ให้บริการของบุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ การมีบุคลิกภาพที่สร้างความประทับใจ ความสามารถในการบริหารจัดการ

3) ความรับผิดชอบต่องานบริการ หมายถึง การแสดงออกซึ่งความรับผิดชอบในขณะที่ให้บริการ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ ความรับผิดชอบต่อองค์การ ความรับผิดชอบต่อสังคม และสิ่งแวดล้อม



กฤษณ์ อริยะพุทธิพงษ์ และอานนท์ ศักดิ์วีระวิทย์ (2548) กล่าวว่าจิตสำนึกบริการ เกี่ยวข้องกับ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ลักษณะชอบสังสรรค์สัมพันธ์ คือ ลักษณะการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และการมีทักษะในการเข้าสังคม 2) ลักษณะมั่นคงทางอารมณ์ คือ ลักษณะการมีความมั่นคงทางอารมณ์ และมีความอดทนอดกลั้น 3) ลักษณะยอมคล้อยตามผู้อื่น คือ ลักษณะของการเป็นมิตร มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และชอบช่วยเหลือผู้อื่น

### 1.2.3 จิตสำนึกบริการที่จำแนกออกเป็นองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ

จากการศึกษาจิตสำนึกบริการของ Pimpong & Wilson (2012); รมย์ฤดี เวสน์ (2554) ได้แบ่งจิตสำนึกบริการ ออกเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

Frimpong and Wilson (2012) ได้ศึกษาองค์ประกอบจิตสำนึกบริการในการให้บริการแก่ผู้รับบริการในมุมมองทั้งผู้รับบริการภายในและผู้รับบริการภายนอก พบว่าประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม (internal cooperative behaviors) หมายถึง เจตคติและพฤติกรรมในขณะบริการของกลุ่มผู้ให้บริการ เช่นการช่วยเหลือร่วมมือกันระหว่างเพื่อนร่วมงานในขณะทำงาน และการอาสาช่วยเหลือกันด้วยความเต็มใจ เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญ เนื่องจากส่งผลให้เกิดคุณภาพในการบริการที่สูงขึ้น 2) ความสามารถในการให้บริการ (service competence) หมายถึง ความสามารถในการส่งมอบบริการที่ถูกต้องและเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ 3) การตอบสนองการให้บริการ (service responsiveness) หมายถึง การให้บริการด้วยความตั้งใจ เต็มใจ เอาใจใส่และจัดบริการอย่างรวดเร็วแก่ผู้รับบริการ และ 4) การเสริมสร้างการบริการ (enhanced service) หมายถึง การให้บริการเป็นพิเศษ มากกว่าหน้าที่ตามปกติ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

รมย์ฤดี เวสน์ (2554) กล่าวว่าจิตสำนึกบริการ หมายถึง การตระหนักรู้เข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ มีความพร้อมที่จะให้บริการ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 4 ประการคือ 1) ความรู้ในงานสายการบินและบริการ 2) เจตคติในการให้บริการ ประกอบด้วย ความคิดเห็นต่องานด้านบริการและความสามารถในการควบคุมอารมณ์ขณะให้บริการ 3) พฤติกรรมในการให้บริการ ประกอบด้วย ความเชื่อถือได้ การตอบสนองลูกค้า การให้ความมั่นใจแก่ลูกค้า การรู้จักและเข้าใจลูกค้า และลักษณะทางกายภาพ 4) คุณลักษณะของผู้มีจิตบริการ ประกอบด้วย การเป็นผู้ให้ การเป็นผู้มีวาจาไพเราะ การมีน้ำใจช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่น การวางตนได้เหมาะสมเป็นที่ไว้วางใจแก่ผู้อื่น

### 1.2.4 จิตสำนึกบริการที่จำแนกออกเป็นองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ

Hurtz and Donovan (2000) ศึกษาองค์ประกอบของจิตสำนึกบริการ แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเอาใจผู้รับบริการ (pampering the customer) เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกเป็นคนพิเศษและรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อผู้ให้บริการ 2) การอ่านใจผู้รับบริการ (reading the customer ) เพื่อให้ผู้ให้บริการรู้ได้ถึงความต้องการผ่านทางภาษาที่ผู้รับบริการ

แสดงออก ตลอดจนฟังสิ่งที่ผู้รับบริการพูดอย่างใกล้ชิด 3) ความสามารถในการส่งมอบบริการ (ability to deliver) เพื่อให้งานบริการเป็นไปด้วยความถูกต้องและเกิดความสะทกสะท้านแก่ผู้รับบริการ 4) การจดจำและใส่ใจรายละเอียดเล็กน้อยของผู้รับบริการ (keeping the customer informed) เป็นการแสดงถึงความเอาใจใส่แม้รายละเอียดเพียงเล็กน้อย ผู้รับบริการจะเกิดความประทับใจ และ 5) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (personal relationship) เพื่อการบริการเป็นไปด้วยความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและเกิดความราบรื่นในการบริการ

### 1.2.5 จิตสำนึกบริการที่จำแนกออกเป็นองค์ประกอบ มากกว่า 5 องค์ประกอบ

จากการศึกษาองค์ประกอบจิตสำนึกบริการที่นักวิจัยจำแนกองค์ประกอบไว้มากกว่า 5 องค์ประกอบ มีดังนี้

Lytle et al. (1998, อ้างถึงใน ชนัตรา ร่อนพิบูลย์, 2550) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบจิตสำนึกบริการในมุมมองโครงสร้างภายใน นโยบาย วัฒนธรรม และแผนงานด้านการให้บริการขององค์การ แบ่งเป็น 10 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การดูแลให้ได้บริการที่มีคุณภาพและตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ (customer treatment) 2) การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่พนักงานในการให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างทันสมัย (employee empowerment) 3) การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ (service technology) 4) การป้องกันความผิดพลาดในการให้บริการ (service failure prevent) 5) แนวทางและการปรับปรุงแก้ไขบริการที่ผิดพลาด (service failure recovery) 6) การรับรู้และเข้าใจในมาตรฐานการบริการขององค์การ (service standards communication) 7) วิสัยทัศน์ในการสร้างบริการที่มีคุณภาพเพื่อส่งมอบบริการแก่ผู้รับบริการ รวมถึงการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ด้านการบริการขององค์การ (service vision) 8) ความเป็นผู้นำด้านบริการ (service leadership) 9) การให้รางวัลและผลตอบแทนต่องานบริการ (service rewards) 10) การฝึกอบรมทักษะการให้บริการที่ดีและการแก้ไขปัญหาในการบริการ (service training)

ชนัตรา ร่อนพิบูลย์ (2550) กล่าวถึงจิตสำนึกบริการ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ความใส่ใจในรายละเอียดและความต้องการของผู้รับบริการ 2) การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการให้บริการด้วยความมั่นคงทางอารมณ์และความอดทนอดกลั้น 3) การใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่อการบริการที่ดี ได้แก่การคิดวิธีการใหม่ๆ ในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการทำงานที่มีประสิทธิภาพ 4) การป้องกันและแก้ไขความผิดพลาดในการให้บริการ มีการค้นหาสาเหตุของปัญหาเพื่อนำมาปรับปรุงการทำงาน 5) การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและมีทักษะในการเข้าสังคม 6) ความสนใจและการพัฒนาตนเองอยู่เสมอในด้านทักษะการให้บริการ 7) ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และขอความช่วยเหลือผู้อื่น 8) ความเป็นมิตรและมีน้ำใจต่อผู้อื่น มีความใส่ใจต่อความรู้สึกผู้อื่น ยินดีให้ความช่วยเหลือผู้อื่นรวมถึงเพื่อนร่วมงานเมื่อทำงานไม่ทัน

จากการศึกษาและเอกสารที่เกี่ยวข้อง จิตสำนึกบริการมีมุมมองที่หลากหลาย จะเห็นได้ว่าการศึกษาดังคุณลักษณะจิตสำนึกบริการ มีนักวิชาการทำการศึกษาในคุณลักษณะที่แตกต่างกันตามบริบท สำหรับลักษณะและองค์ประกอบที่ผู้วิจัยจะศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกลักษณะที่มีความเหมาะสมกับบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าองค์ประกอบของจิตสำนึกบริการ ตามแนวคิดของ Frimpong and Wilson (2012) ที่มีองค์ประกอบจิตสำนึกบริการในมุมมองที่กว้างและแตกต่างออกไปจากงานวิจัยอื่น งานวิจัยเกี่ยวกับจิตสำนึกบริการแบบเดิมศึกษาในมุมมองผู้รับบริการภายในหรือผู้รับบริการภายนอกเพียงด้านเดียว การศึกษาของ Frimpong and Wilson (2012) ทำการศึกษาในมุมมองประกอบครอบคลุมในหลายมิติ ทั้งมุมมองของผู้รับบริการภายในและผู้รับบริการภายนอก ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบ และคุณลักษณะจิตสำนึกบริการของนักวิจัยท่านอื่น ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้านดังนี้ 1) ความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม (internal cooperative behaviors) หมายถึง เจตคติและพฤติกรรมในขณะบริการของกลุ่มผู้ให้บริการ เช่นการช่วยเหลือร่วมมือกันระหว่างเพื่อนร่วมงานในขณะทำงาน และการอาสาช่วยเหลือกันด้วยความเต็มใจ เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญที่สุด เนื่องจากส่งผลต่อคุณภาพในการบริการ 2) ความสามารถในการให้บริการ (service competence) หมายถึง ความสามารถในการส่งมอบบริการที่ถูกต้องและเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ 3) การตอบสนองการให้บริการ (service responsiveness) หมายถึง การให้บริการด้วยความตั้งใจ เต็มใจ เอาใจใส่และจัดบริการอย่างรวดเร็วแก่ผู้รับบริการ และ 4) การเสริมสร้างการบริการ (enhanced service) หมายถึง การให้บริการเป็นพิเศษ มากกว่าหน้าที่ตามปกติ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้องค์ประกอบของจิตสำนึกบริการตามแนวคิดของ Frimpong and Wilson (2012)

ตารางองค์ประกอบและคุณลักษณะจิตสำนึกบริการ จากที่ศึกษางานวิจัยและเอกสารต่างๆ รายละเอียด ดังตารางที่ 2.1



องค์ประกอบ	Hogan et al. 1984	Dienhart,Gregoire,Downey&Knight (1992)	Lytile et al. (1998)	Hurtz & Danovan (1999)	Bettencourt et al. (2001)	Henning – Thureau & Thureau (2003)	Frimpong and Wilson (2012)	กฤษณ์ และ อานนท์ (2548)	สมิต สัจฉกร (2548)	อาภรณ์ อุวิทยาพันธ์ (2549)	ชนัตรา ร่อนพิบูลย์ (2550)	ศิริพร วิชญ์นิมาชัย (2553)	ดาราร พงษ์สมบูรณ์ (2553)	มรกต เหลืองอำนาจศิริ (2553)	รมย์ฤดี เวสสัน (2554)
<b>การตอบสนองการให้บริการ</b>															
การแต่งกายสุภาพ เรียบร้อย														✓	
การพูดจาไพเราะ								✓	✓			✓		✓	✓
ความรวดเร็ว			✓				✓							✓	
ความซื่อสัตย์สุจริต					✓								✓	✓	
การแสดงความห่วงใย/ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่							✓			✓			✓	✓	
ความเต็มใจ/กระตือรือร้น ให้บริการ		✓					✓			✓		✓	✓	✓	
การให้เกียรติผู้รับบริการ															
รู้จักกาลเทศะ															
การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ				✓										✓	
เจตคติที่ดีต่องานบริการ/ คิดเชิงบวก												✓		✓	✓
การบริการภายใต้ภาวะกดดัน/ มันคงทางอารมณ์/อดทน/อดกลั้น		✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ความเอื้ออาทร/ช่วยเหลือผู้อื่น								✓	✓		✓			✓	✓
การอ่านใจผู้รับบริการ				✓											
<b>การเสริมสร้างการบริการ</b>															
ความตั้งใจ/เอาใจใส่							✓							✓	
การสังเกต/จดจำ และใส่ใจ รายละเอียด				✓				✓		✓	✓				
การให้บริการเกินความคาดหวัง							✓								
ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์								✓				✓			
การเสนอตัวเข้าช่วยเหลือ														✓	✓

หมายเหตุ : มีบางกรณีที่จำนวนองค์ประกอบไม่ตรงกับจำนวนคุณลักษณะ ทั้งนี้เพราะผู้วิจัย  
สังเคราะห์ตามรายละเอียดที่นักวิชาการระบุไว้

#### 1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตสำนึกบริการ

ศิวพร สัตถกรพรพรหม (2551) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจิตสำนึกในการให้บริการกับพฤติกรรมการให้บริการของพนักงานที่บริการลูกค้าโดยตรง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พนักงานบริการลูกค้าของสถานออกกำลังกายจำนวน 200 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์จากการบริการลูกค้า 100 คน และกลุ่มที่ไม่ได้รับผลประโยชน์จากการบริการลูกค้า 100 คน และลูกค้าที่ได้รับบริการจากพนักงานเหล่านี้จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่าจิตสำนึกในการให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการให้บริการของพนักงานในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับที่ใกล้เคียงกัน ( $r = .982, p < .01, r = .988, p < .01$ ) และพนักงานบริการลูกค้าทั้งที่ได้รับผลประโยชน์และไม่ได้รับผลประโยชน์ จากการบริการลูกค้าไม่มีความแตกต่างกันทั้งเรื่องจิตสำนึกในการให้บริการและพฤติกรรมการให้บริการ ผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมว่าเนื่องจากการคัดสรรบุคลากรขององค์กรมีประสิทธิภาพทำให้ได้พนักงานบริการลูกค้าที่มีจิตสำนึกในการให้บริการ มีใจรักงานด้านบริการ และองค์กรให้พนักงานระดับตำแหน่งงานที่ตนเองถนัดและอยากทำ พนักงานจึงไม่ได้มุ่งเน้นที่เรื่องผลประโยชน์จากการบริการลูกค้าเพียงอย่างเดียวและเนื่องด้วยความคุ้นเคยระหว่างลูกค้ากับพนักงานบริการลูกค้าทั้ง 2 กลุ่ม พัฒนาความสัมพันธ์จากการเป็นผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นคนที่รู้จักกันเป็นการส่วนตัวทำให้การบริการเป็นบริการที่มาจากจิตใจอย่างแท้จริง ไม่ใช่บริการแบบกระทำไปตามหน้าที่ความรับผิดชอบหรือการหวังผลประโยชน์ตอบแทน

วีรยา หย่าวิไล (2546) การรับรู้คุณภาพของผู้รับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิจิตร ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 375 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังเป็นอย่างมากในด้าน การสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ ด้านความเห็นอกเห็นใจ ด้านการตอบสนองการให้บริการ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ และด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ และด้านการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลพบว่าไม่มีความแตกต่างกับความคาดหวัง สิ่งที่ต้องพัฒนาปรับปรุง ได้แก่ ให้พยาบาลมีความเห็นอกเห็นใจ และสัมพันธ์ภาพกับผู้รับบริการให้มากขึ้น

พรทิพย์ เนตรแสงศรี (2545) ได้ศึกษาถึง คุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 140 ราย พบว่าความคาดหวังและการรับรู้มีความแตกต่างกัน โดยที่ผู้รับบริการมีความคาดหวังในระดับสูงมาก ในด้านรูปธรรมของการบริการพยาบาล ได้แก่เรื่องความเอาใจใส่ และการที่พยาบาลพูดคุยด้วยความสุภาพและเป็นกันเอง ส่วนเรื่องคุณภาพตามการรับรู้ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ ส่วนที่ต่ำสุดได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ และปัญหาที่พบและควรพัฒนาปรับปรุง ได้แก่ แพทย์วินิจฉัยโรคช้า ไม่ให้ข้อมูลหรือคำแนะนำ พยาบาลทำงานล่าช้า พุดจาไม่เพราะ ใส่อารมณ์กับผู้รับบริการ ทำให้

ผู้รับบริการขาดความมั่นใจในการดูแล นอกจากนี้ปัญหาให้บริการขั้นพื้นฐาน เช่น จำนวนเตียง ผ้าห่ม เสื้อผ้า อาหาร น้ำดื่มไม่เพียงพอ เรื่องอาคารสถานที่ ห้องน้ำไม่สะอาดเท่าที่ควร ญาติมาเยี่ยมไม่เป็นเวลา ทำให้รบกวนการพักผ่อนของผู้รับบริการเป็นต้น และเรื่องที่เสนอแนะให้มีการพัฒนาเพิ่มขึ้น ได้แก่ การพัฒนาบริการพยาบาล การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยชีวิต การจัด อัตรากำลังให้เหมาะสม

โยธิน แสงวงดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี, and มาลี สันภูวรรณ (2543) ศึกษาเรื่องปัญหาเรื่อง การบริการในสถานบริการสาธารณสุข โดยศึกษาจากผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน คลินิก และสถานอนามัยทั่วประเทศจำนวน 1473 ราย เป็นผู้ป่วยนอก 1234 รายและผู้ป่วยใน 239 ราย สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยวิธีการ สัมภาษณ์ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อผู้รับบริการมีหลากหลาย ได้แก่ 1) บริการที่ล่าช้า 2) แพทย์มีเวลาน้อย และไม่แจ้งอาการและความหนักเบาของโรคที่เป็น 3) เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจมีอาการไม่สุภาพ 4) ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการ 5) รอยานาน เจ้าหน้าที่ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม 6) ค่ารักษาพยาบาลแพง 7) สภาพแวดล้อมแออัด ห้องน้ำไม่สะอาด

Yoon, Choi, and Park (2007) ได้ศึกษาผลของจิตสำนึกในการบริการที่ส่งผลต่อการ ดำเนินธุรกิจโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นไปที่ความพึงพอใจของพนักงาน คุณค่าของการบริการ และ จิตสำนึกของผู้ให้บริการ ตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในเขตปริมณฑลของประเทศเกาหลี จำนวน 292 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) จิตสำนึกในการให้บริการส่งผลทางบวกต่อคุณค่าในการบริการ ความพึงพอใจของพนักงาน และส่งผลทางอ้อมต่อการดำเนินธุรกิจมากกว่าส่งผลโดยตรง 2) ความพึงพอใจของพนักงานส่งผลเชิงบวกต่อคุณค่าในงานบริการและจิตสำนึกของผู้รับบริการ 3) คุณค่าในงาน บริการและจิตสำนึกผู้รับบริการส่งผลเชิงบวกต่อการดำเนินธุรกิจ ผลจากงานวิจัยนี้พบว่าผู้รับบริการ ทางการแพทย์นั้นชอบการบริการหรือคำแนะนำจากผู้ให้บริการด้วยวาจาจากมากกว่าวิธีอื่น และการ ให้บริการที่มีคุณภาพระดับสูง ส่งผลทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ การนำมาซึ่งการบริการอย่างสม่ำเสมอ นั้น ต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ พบว่าทัศนคติ อารมณ์ ระดับความรู้ และ กระบวนการบริการของพนักงานโรงพยาบาลนั้นส่งผลต่อการบริการลูกค้า และทางโรงพยาบาลควร ส่งเสริมการมีจิตสำนึกในการให้บริการให้กับพนักงาน เพื่อเกิดความตระหนักถึงคุณค่าการให้บริการและ ความพึงพอใจในการให้บริการผู้ป่วย

Donavan and Hocutt (2001) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของจิตสำนึกในการให้บริการของ พนักงานที่ประเมินโดยลูกค้ากับการผูกใจมั่นต่อองค์การของลูกค้า โดยการเก็บข้อมูลจากลูกค้าที่ใช้ บริการภัตตาคารในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 220 คน ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ของลูกค้า เกี่ยวกับระดับจิตสำนึกในการให้บริการของพนักงานมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความพึงพอใจและการผูกใจมั่นต่อองค์การของลูกค้า ส่วน 4 องค์ประกอบของจิตสำนึกในการ

ให้บริการได้แก่การเอาใจลูกค้า การเข้าใจลูกค้า การส่งมอบบริการให้ลูกค้า และความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างพนักงานกับลูกค้า สามารถทำนายความพึงพอใจของลูกค้าได้ และความสามารถในการทำนายจะเพิ่มมากขึ้นหากแยกวิเคราะห์องค์ประกอบแต่ละตัว ในทางกลับกันความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างพนักงานกับลูกค้ามีความสัมพันธ์ต่อการผูกใจมั่นต่อองค์การของลูกค้าเพียงเล็กน้อย แต่ก็เป็นตัวแปรเพียงตัวเดียวที่สามารถทำนายการผูกใจมั่นต่อองค์การของลูกค้าได้

สรุปจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าจิตสำนึกในการให้บริการ ส่งผลต่อพฤติกรรมในการให้บริการ และเกิดคุณค่าในงานบริการ พบว่าผู้รับบริการทางการแพทย์มักชอบการบริการหรือคำแนะนำด้วยวาจามากกว่าวิธีการอื่น และการให้บริการที่มีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้รับบริการมีความคาดหวังสูงในด้านรูปธรรมของการบริการพยาบาล ได้แก่ ความเอาใจใส่ การพูดคุยด้วยความสุภาพเป็นกันเอง ดังนั้นการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการที่ดี มีใจรักงานด้านบริการของบุคลากรจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ

## ตอนที่ 2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างจิตสำนึกในการให้บริการ

จิตสำนึกเป็นนามธรรมไม่มีตัวตน แต่เป็นสิ่งที่ติดตัวมาพร้อมกับความเป็นมนุษย์ ซึ่งสามารถพัฒนาและอบรมขัดเกลาได้โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการทางสติปัญญา การเสริมสร้างให้คนแต่ละคนมีจิตสำนึกที่ดีในงานบริการเป็นสิ่งที่ไม่อาจเร่งรัดให้เกิดขึ้นได้ในทันทีทันใด ผู้ซึ่งได้รับการอบรมในการให้บริการแก่ผู้อื่นมาดีก็มักจะเคยชินกับการเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้อื่นด้วยความสนิทใจและไม่รู้สึกอาย และไม่เห็นเป็นเรื่องยุ่งยาก สำหรับผู้ไม่เคยปฏิบัติมาก่อนจนเป็นนิสัย ต้องอาศัยความตั้งใจและเล็งเห็นประโยชน์จึงจะทำได้โดยไม่ขัดเขิน (สมิต สัจฉกร, 2545) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีในการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ ดังนี้ ทฤษฎีการปลูกจิตสำนึก ทฤษฎีในการเสริมสร้างพลังอำนาจ และทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 2.1 ทฤษฎีการเสริมสร้างจิตสำนึกของ เปาโล แพร์

เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาซึ่งเปรียบเทียบว่ามนุษย์แตกต่างจากสัตว์ เพราะมนุษย์มีความนึกคิดมี “จิตสำนึก” (consciousness) และการกระทำของมนุษย์มีความสัมพันธ์กับจิตใจอยู่เสมอ มนุษย์รู้ตัวว่ามีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมได้ มนุษย์จึงเป็นผู้กระทำ ไม่ใช่ผู้ถูกกระทำ ดังนั้นหากมนุษย์มีจิตสำนึกที่ดี มนุษย์จะต้องเข้าไปมีส่วนในการเปลี่ยนแปลงสังคม คำว่า “จิตสำนึก” สำหรับ เปาโล แพร์ หมายถึง กิจกรรมทางสังคม



Freire (1973) ได้แบ่งระดับจิตสำนึกของมนุษย์ ออกเป็น 4 ระดับคือ (ไพบูลย์ โพธิ์หวัง ประสิทธิ์, 2548; ไพบูลย์ สุทธิ, 2554; อัญธิกา ชังกฤษ, 2554)

1. จิตสำนึกที่ยังไม่เปลี่ยนแปลง (intransitive consciousness) เป็นจิตสำนึกในระดับต่ำที่สุด ประชาชนมีความเชื่อในเรื่องโชคกลาง สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และโชคชะตา

2. จิตสำนึกกึ่งเปลี่ยนแปลง (semi-intransitive consciousness) เป็นจิตสำนึกในระดับที่สูงขึ้นมาแบบครึ่งๆ กลางๆ ยังไม่เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ เพราะประชาชนยังยอมลดค่าตนเอง ไม่ยึดมั่นในตนเอง ยอมรับค่านิยมที่ผิดๆที่มีการถ่ายทอดกันมา ใช้อารมณ์และความรุนแรงในการตัดสินใจ

3. จิตสำนึกเปลี่ยนแปลงที่ไร้เดียงสา (native-transitive consciousness) เป็นการที่ประชาชนเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง เริ่มมีความตระหนักและเห็นปัญหาในสังคมที่เขาเป็นอยู่ แต่การตื่นตัวนั้น ยังไม่สามารถทำลายวัฒนธรรมเงียบให้สลายไปได้ แต่ประชาชนจะเริ่มประท้วง วิพากษ์วิจารณ์กลุ่มปกครอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นกลายเป็นเครื่องมือของกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ และทำให้เกิดความวุ่นวาย เนื่องจากยังไม่สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ข่าวสารและปรากฏการณ์ต่างๆ แม้ว่าในระยะนี้ยังมีจุดอ่อน แต่ก็ยังมีข้อดี คือ ประชาชนเริ่มมีความตระหนักว่าตนมีส่วนร่วมในการกำหนดชะตาชีวิตของตนเอง

4. จิตสำนึกขั้นวิพากษ์วิจารณ์ (critical consciousness) เป็นจิตสำนึกในระดับที่สูงที่สุด เกิดจากบุคคลได้ผ่านจิตสำนึกในระดับต่ำขึ้นมา โดยประชาชนได้ใช้การใคร่ครวญ (reflection) และการกระทำ ประชาชนจะใช้วิธีการเสวนา (dialogue) ถึงปัญหาต่างๆในสังคมอย่างลึกซึ้ง มีการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ วิพากษ์วิจารณ์ปัญหาต่างๆในสังคมอย่างลึกซึ้ง มีความเชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับฟังผู้อื่นและไม่หลีกเลี่ยงภาระหน้าที่ของตนเอง

ไพบูลย์ สุทธิ (2554) กล่าวว่า หัวใจสำคัญของการสอนตามแนวคิดของ Freire คือการให้บุคคลมีโอกาสคิด การวิพากษ์วิจารณ์ปัญหาจนเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด บุคคลจะเริ่มมีความตระหนักและเห็นปัญหาในสังคมที่เขาอาศัยอยู่ ซึ่งการวิพากษ์วิจารณ์เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดจิตสำนึกในระดับขั้นวิพากษ์วิจารณ์ (critical consciousness) ซึ่งการคิดในขั้นนี้มีลักษณะของการมองสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ ข้อเท็จจริงที่ค้นพบไม่ใช่สิ่งที่ตายตัว แต่เป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง แต่การนำมาปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติต้องมีความกล้าเสี่ยงที่จะคิดและทำ กล้าเปลี่ยนแปลงแม้กระทั่งความคิดของตนเอง หรือ “การเปลี่ยนเจตคติ” นั้นเอง

การคิดแบบวิพากษ์วิจารณ์ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายของการสร้างจิตสำนึกนั้น ต้องผ่านการนำเสนอปัญหาหรือข้อขัดแย้งในปัจจุบัน ผ่านการเสวนา (dialogue) และวิพากษ์วิจารณ์สิ่งต่างๆเหล่านั้น ซึ่งการพูดคุยหรือการเสวนานั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดตามแนวคิดของ Freire คือคำพูด คำพูดเท่านั้นที่ทำให้การเสวนานั้นดำเนินการไปได้ โดยผู้เข้าร่วมการเสวนาจะต้องมองผู้อื่นในฐานะที่เท่าเทียมกัน ไม่ใช่การถกเถียงกันอย่างชนิดที่มองว่าอีกฝ่ายเป็นศัตรู แต่การเสวนาจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการแสดง

ความคิดเห็น การรู้จักคิด รู้จักถาม เพื่อเป็นเครื่องสะท้อนว่าบุคคลมองสถานการณ์ที่เป็นอยู่อย่างไร มีความมั่นใจในตนเอง กล้าแสดงออกเพื่อได้ข้อมูลที่หลากหลายและเกิดการคิดแบบวิพากษ์นั่นเอง

ผู้วิจัยได้นำแนวคิด เปาโล แพร์ มาประยุกต์ใช้ในการวิพากษ์ประเด็นปัญหา เริ่มจากการสำรวจสภาพที่เป็นปัญหา จะทำให้บุคคลเกิดความตระหนักและสร้างการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน ประสานความร่วมมือเป็นกลุ่ม เป็นการปฏิวัติวัฒนธรรมเงียบ (culture of silence) ให้หมดไป และกลุ่มหรือชุมชนจะเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างยั่งยืน สามารถหาทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดกระบวนการปลูกจิตสำนึก ซึ่งเป็นกระบวนการก่อให้เกิดความรู้ใหม่ ตลอดช่วงเวลาของการตั้งคำถาม ค้นหาปัญหา ลงมือปฏิบัติการแก้ไขปัญหาและสะท้อนผลจากการปฏิบัติ

## 2.2 ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนและกว้างขวาง จึงพบว่ามีหลายความหมายในการจำกัดความ เนื่องจากความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจจะแตกต่างกันไปตามกลุ่มบุคคลและบริบทที่ต่างกัน ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจที่นำมาใช้ในปัจจุบันมีพื้นฐานมาจากแนวคิดของการมีส่วนร่วมเพื่อการสร้างพลัง เป็นการเน้นให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการคิด การตัดสินใจและการแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง เกิดความนับถือและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การสร้างพลังนี้จะเน้นให้บุคคลมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคล ให้แต่ละบุคคล ระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ วิพากษ์วิจารณ์ในเชิงบวก มีวิสัยทัศน์มองเห็นภาพในอนาคตได้สามารถพัฒนาวิธีการที่จะแก้ปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ (Gibson, 1991) กระบวนการสร้างพลังอำนาจนี้ ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่มสังคมด้วย

### ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Griffiths, Midha, Cymru, and Organization (1995) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในเชิงกระบวนการว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยเหลือให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของตนเอง สอดคล้องกับ Stewart (2001) ได้ให้ความหมายไว้คล้ายคลึงกันว่าเป็นกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในการใช้อำนาจร่วมกันระหว่างบุคคล ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาศักยภาพตนเองในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อตนเอง เป็นการร่วมมือระหว่างบุคคล การมีอำนาจในการควบคุม การมีส่วนร่วมตัดสินใจต่างๆ ส่วนการเสริมสร้างพลังอำนาจในเชิงปฏิบัติการณ์นั้น หมายถึงกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลได้มีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งในการตอบสนองความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าคุณมีอำนาจ สามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้

Gibson (1995) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า หมายถึงกระบวนการภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของตนเองในการที่จะใช้ความรู้ ความสามารถ ใช้ทรัพยากร หรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้

และผู้รับ เพื่อให้มีการจัดการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งสามารถที่จะจัดการควบคุมสิ่งที่มากระทบกับตนเองได้

ชาณิการ์ เอ็บอาบ (2554) สรุปความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นการดำเนินกิจกรรมหรือกระบวนการในการเพิ่มศักยภาพส่วนบุคคลให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน โดยมุ่งเน้นในการเสริมสร้างความสามารถ ความมีประสิทธิภาพแก่บุคคลให้เพิ่มขึ้น เป็นการกระตุ้นให้เห็นคุณค่าในตนเองเพื่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆให้มากยิ่งขึ้น

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2540) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจหมายถึง การกระทำในรูปแบบต่างๆที่มุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพหรือความสามารถ ความมีประสิทธิภาพแก่บุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ความสามารถ ความแกร่ง ความเชี่ยวชาญ ความชำนาญในการทำกิจกรรมหรือการดำรงชีวิต ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้น

โดยสรุปการเสริมสร้างพลังอำนาจหมายถึง กิจกรรมหรือกระบวนการในการเพิ่มศักยภาพให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการสร้างพลังที่จะใช้ความรู้ ความสามารถในการคิด การตัดสินใจ และการแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง โดยเน้นให้บุคคลมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคล ให้แต่ละบุคคล ระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ วิพากษ์วิจารณ์ในเชิงบวกอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่มสังคมด้วย

#### **ลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ**

Bowen and Lawler (1995) กล่าวถึงลักษณะการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นการทำงานร่วมกันของบุคคลที่ปฏิบัติงานในองค์กร ชุมชน หรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง โดยมีลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคลที่ปฏิบัติงาน การได้ผลตอบแทนตามการปฏิบัติงาน การให้ความรู้ซึ่งช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจและปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ และการให้อำนาจในการตัดสินใจ ซึ่งมีอิทธิพลต่อแนวทางการปฏิบัติภายในองค์กร ชุมชน หรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง

Griffith (1995 อ้างถึงใน ชาณิการ์ เอ็บอาบ, 2554) กล่าวถึงลักษณะกระบวนการซึ่งเป็นปัจจัยในการสร้างพลังอำนาจให้บุคคลหรือกลุ่มเป้าหมาย เช่น การจัดการสนทนากลุ่ม การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ หรือแนวทางการปฏิบัติ เป็นต้น ซึ่งมีกระบวนการที่นำมาใช้ในการดำเนินการ 2 ลักษณะ คือ

- 1) การระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหา โดยใช้ปัญหาเป็นที่ตั้ง (Problem Solving)
- 2) การระดมสมองสู่การพัฒนาที่สูงขึ้น โดยใช้แนวคิดเอไอซี (Appreciation-Influence-Control)

### ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Griffith (1995 อ้างถึงใน ชาณิการ์ เอ็บอบ, 2554) กล่าวถึงขั้นตอนในการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง ขั้นนี้จะทำให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสถานการณ์จริง จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้ และด้านพฤติกรรม

ขั้นที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาและเกิดความคับข้องใจมากขึ้นก็จะส่งผลให้บุคคลพัฒนาคุณค่าและศักยภาพของตนเองมากขึ้น ช่วยให้เกิดมุมมองปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ ประเมินผล และคิดพิจารณาถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้บุคคลเกิดการพัฒนาความรู้สึก มีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการเริ่มต้นของการเสริมสร้างพลังอำนาจอันจะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

ขั้นที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เมื่อบุคคลมีความตระหนัก เชื่อมั่นในความรู้ของตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การส่งเสริมการเรียนรู้ปัญหา การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม การเจรจาต่อรอง และการสร้างความรู้สึกการมีส่วนร่วม

ขั้นที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนที่มีประสิทธิภาพ เป็นขั้นตอนที่บุคคลมีความสามารถในตนเอง มีความเชื่อมั่น รู้สึกมีพลังอำนาจในการจัดการสิ่งต่างๆที่เปลี่ยนไปตามสถานการณ์ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในครั้งต่อไปได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์

Schernerhom, Hunt & Osborn (2000 อ้างถึงใน ชาณิการ์ เอ็บอบ, 2554) เสนอแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 3 ข้อ ได้แก่ การมอบอำนาจให้แก่บุคคลต้องทำให้ชัดเจนและเข้าใจง่าย การวางแผนมอบอำนาจต้องประสานสอดคล้องกันทุกระดับตั้งแต่ระดับล่างขึ้นสู่ระดับบน และในทุกระดับต้องมีการสื่อสารที่ดีเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

โดยสรุปผู้วิจัยใช้กระบวนการสร้างพลังอำนาจในการวิจัย โดยสอดแทรกอยู่ในการประชุมกลุ่ม ระดมสมองเพื่อค้นหาปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา ชักชวนให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขและเสริมสร้างจิตสำนึกบริการร่วมกัน มีส่วนในกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีการมอบหมายอำนาจหน้าที่ให้แต่ละคนตามความรู้ความสามารถ การวางแผนมอบอำนาจสอดคล้องกันทุกระดับตั้งแต่ระดับล่างขึ้นสู่ระดับบน รวมทั้งการสร้าง ความเข้าใจและการสื่อสารที่ดีระหว่างกัน จะช่วยเอื้อประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## 2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

แรงจูงใจ หมายถึง กระบวนการที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไปยังเป้าหมายที่กำหนด โดยแรงจูงใจผลักดันให้แสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีทิศทาง เพื่อบรรลุเป้าหมายองค์การที่จะประสบความสำเร็จ ต้องอาศัยบุคลากรภายในที่มีความเต็มใจ ทุ่มเทความรู้ ความสามารถและมีความผูกพันต่อองค์กรที่จะอุทิศตนเองในการทำงาน

ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจมีอยู่หลายทฤษฎี แบ่งได้เป็นทฤษฎีใหญ่ๆ ดังนี้

1. ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ในอดีต ว่ามีผลต่อแรงจูงใจของบุคคล โดยประสบการณ์ในด้านดีจะกลายเป็นแรงจูงใจทางบวกที่ส่งผลร้ายให้แสดงพฤติกรรมในทิศทางนั้นมากยิ่งขึ้น เน้นความสำคัญของสิ่งเร้าภายนอก

2. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ทฤษฎีนี้เห็นว่าแรงจูงใจเกิดจากการเรียนรู้ทางสังคม โดยเฉพาะการสร้างเอกลักษณ์และการเลียนแบบจากบุคคลที่ตนเองชื่นชม หรือมีชื่อเสียงจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการแสดงพฤติกรรม

3. ทฤษฎีพุทธินิยม ทฤษฎีนี้เห็นว่าแรงจูงใจขึ้นอยู่กับการรับรู้สิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัว โดยอาศัยความสามารถทางปัญญาเป็นสำคัญ พื้นฐานทฤษฎีนี้เน้นเรื่องแรงจูงใจภายใน ให้ความสำคัญกับเป้าหมาย วัตถุประสงค์และการวางแผน

4. ทฤษฎีมานุษยนิยม ของมาสโลว์ ที่อธิบายลำดับความต้องการของมนุษย์ โดยที่ความต้องการจะเป็นตัวกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมเพื่อไปสู่ความต้องการนั้น

### ความสำคัญของแรงจูงใจ

แรงจูงใจมีอิทธิพลต่อผลผลิต ผลผลิตของงานจะมีคุณภาพดี มีปริมาณมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับแรงจูงใจในการทำงาน ไม่ใช่เรื่องง่ายในการจูงใจพนักงาน เพราะพนักงานตอบสนองต่องานและวิธีการทำงานแตกต่างกัน สามารถสรุปความสำคัญของแรงจูงใจได้ดังนี้

1. พลัง (energy) เป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญต่อการกระทำ หรือพฤติกรรมมนุษย์ ถ้าบุคคลมีแรงจูงใจในการทำงานสูง ย่อมขยันขันแข็งกระตือรือร้นในการทำงานจนสำเร็จ

2. ความพยายาม (persistence) ทำให้บุคคลมีความมานะ อดทน บากบั่น หาวิธีการนำความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของตนมาใช้เป็นประโยชน์ต่องานมากที่สุด ไม่ท้อถอยหรือละความพยายามง่ายๆ แม้งานจะมีอุปสรรค และมักคิดหาวิธีปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้นเรื่อยๆ

3. การเปลี่ยนแปลง (variability) รูปแบบการทำงานหรือวิธีทำงานในบางครั้ง ทำให้ค้นพบช่องทางการดำเนินงานที่ดีกว่าหรือประสบผลสำเร็จมากกว่า

## การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน

ประกอบขึ้นจากแรงกระตุ้น 2 ด้าน คือ แรงกระตุ้นจากภายใน และแรงกระตุ้นจากภายนอก  
ทำได้โดย

1. แรงกระตุ้นจากภายใน (internal inspiration) โดยการตั้งเป้าหมายในการทำงานอย่างชัดเจน เพื่อกำหนดอนาคตและความก้าวหน้าในอาชีพการงาน โดยใช้ความท้าทายในการตั้งเป้าหมายให้เราก้าวไปจนประสบความสำเร็จ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะพากเพียรและอดทน และให้คำมั่นสัญญากับตัวเราในสิ่งที่เราจะกระตุ้นให้ตัวเราสร้างวินัยในตัวเอง เพื่อความสำเร็จที่ตั้งไว้

2. แรงกระตุ้นจากภายนอก (external inspiration) จากการจัดสถานที่ทำงาน บรรยากาศสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ผู้บริหาร กฎระเบียบ ข้อบังคับ และการลงโทษ

สรุปได้ว่าผู้วิจัยประยุกต์ใช้แรงจูงใจในการวางเป้าหมายในการทำงานหรือการแก้ปัญหาให้ชัดเจน ไม่ใช่การทำงานแบบวันต่อวัน เพื่อสร้างแรงจูงใจที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

## ตอนที่ 3 แนวคิดการมีส่วนร่วม

การทำงานแบบมีส่วนร่วมนั้น ไม่ว่าจะในระดับครอบครัว โรงเรียน ชุมชน หรือองค์กรนั้น ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในสภาพการณ์ปัจจุบัน เพราะจะช่วยให้ผู้มีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ (ownership) และจะทำให้ผู้มีส่วนร่วมหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้น ยินยอมปฏิบัติตาม และรวมถึงตกลงยอมรับได้อย่างสมัครใจ เต็มใจและสบายใจ ได้มีการดำเนินการแก้ไขความไม่สบายใจ ไม่เรียบร้อยโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (วันชัย วัฒนศัพท์, 2553) การมีส่วนร่วมถือเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ หลักการสำคัญหรือหัวใจของการมีส่วนร่วม คือ จะต้องให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบ ในผลการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น มุ่งเน้นให้ “คน” ในองค์กรเข้าร่วมกระบวนการคิด ตั้งคำถาม วางแผนการทำงานวิจัย เพื่อค้นหาคำตอบอย่างมีระบบ เรียนรู้จากการทำงานวิจัยที่เป็นเชิงปฏิบัติการจริง เพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยมีกระบวนการทำงานอย่างเป็นเหตุผล

### ความหมายของการมีส่วนร่วม

นักวิชาการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในบริบทที่แตกต่างกันออกไป เช่นบริบทนักสังคมวิทยาหมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคล บริบทของนักรัฐศาสตร์หมายถึงการเข้าร่วมกับสถาบันทางการเมืองของประชาชน ผู้วิจัยรวบรวมความหมายการมีส่วนร่วมในบริบทของงานวิจัยไว้ดังนี้

Gustovo (1992, อ้างถึงใน ชีรศักดิ์ ศรีสุรกุล, 2555) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปมีหน้าที่ หรือมีส่วนรับผิดชอบในบางสิ่งบางอย่าง ระยะต่อมาความหมายของการมีส่วนร่วมมีความชัดเจนลึกกลงไปกว่าเพียงมีความรับผิดชอบ เมื่อการมีส่วนร่วมนี้เชื่อมลงไปสู่กระบวนการในการเข้าไปมีความรับผิดชอบต่อแต่ละบุคคล หรือกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงในภาพรวม

ชีรศักดิ์ ศรีสุรกุล (2555) สรุปว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่กลุ่มของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการ ทั้งทางรูปธรรม เช่น เวลา วัสดุ แรงงาน เงิน เป็นต้น และทางนามธรรม เช่น มโนธรรมสำนึกในความรับผิดชอบ เป็นต้น ตั้งแต่เริ่มต้นกิจกรรมหรือโครงการ ไปจนกระทั่งสิ้นสุดกิจกรรมหรือโครงการนั้น

ณัฐดนัย บุตรพลับ (2555) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมมือกันระหว่างบุคคล กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่มีความคิดเห็นตรงกันหรือเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยเปิดโอกาสด้านความคิด และการปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาร่วมกันโดยร่วมกับวิทยากรที่เหมาะสมต่อการแก้ปัญหาในเรื่องนั้นๆ ตั้งแต่เริ่มกระบวนการจนจบกระบวนการ และยังได้รับประโยชน์จากการดำเนินการร่วมกันทุกฝ่าย

พรพรรณราย ธนสัจย์สถิตย์ (2553) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง บทบาทของบุคคล ชุมชน องค์กร ในการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อพัฒนากิจกรรมใดๆ อย่างเป็นระบบ ทั้งกำหนด ปัญหา วางแผน กำกับติดตาม และประเมินผล ให้สำเร็จตามความมุ่งหมายและเกิดประโยชน์สูงสุด

วัชรยุทธ บุญมา (2551) สรุปว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจ หรือเคยเข้าร่วมด้วยเล็กน้อย ได้เข้าร่วมมากขึ้น เป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค ไม่ใช่มีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยอย่างแท้จริง และการเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่แรกจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ

วารสารสื่อพลัง (2548) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่องค์ประกอบ เช่น ครู ผู้เรียน ผู้บริหารการศึกษา ผู้นำชุมชน หรือสมาชิกชุมชน เข้ามาร่วมดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยในการดำเนินการนั้นมีลักษณะของกระบวนการ มีขั้นตอนที่มุ่งหมายให้เกิดการเรียนรู้ และมีพลวัต คือ มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง มีการแก้ปัญหา การร่วมกันกำหนดแผนงานใหม่ๆ เพื่อสร้างความยั่งยืนในความสัมพันธ์ของทุกฝ่ายที่เข้าร่วม มีความหลากหลายตามความเกี่ยวข้องของกิจกรรมที่จะทำ

จากความหมายของการมีส่วนร่วมดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยขอสรุปว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการอย่างใดอย่างหนึ่งของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ตั้งแต่เริ่มต้นกิจกรรมหรือโครงการ ไปจนกระทั่งสิ้นสุดกิจกรรมหรือโครงการ

## รูปแบบการมีส่วนร่วม

Cohen and Uphoff (1980) ได้นำเอากระบวนการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการหลายท่านมาประมวลเป็นแนวคิดหลัก และจำแนกรูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) อันดับแรกที่ต้องทำคือการกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นคือการเลือกนโยบายที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการที่ดำเนินการต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่ตัดสินใจในระยะเริ่มต้น ช่วงดำเนินการวางแผน ระยะดำเนินกิจกรรม และการตัดสินใจปฏิบัติตามที่วางแผนไว้
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินโครงการนั้น ได้มาจากคำถามว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้าง และจะกระทำโดยวิธีใด เป็นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติด้วยการสนับสนุนเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ แรงงาน ทรัพยากร ร่วมบริหารจัดการ ร่วมประสานขอความช่วยเหลือ เป็นต้น
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) เน้นให้ความสำคัญของผลประโยชน์ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ รวมถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย โดยศึกษาทั้งผลประโยชน์ทางบวก และผลประโยชน์ทางลบที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นทั้งประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล (evaluation) เป็นการมีส่วนร่วมในการประเมินผล สิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกต คือความเห็น (views) ความชอบ (preferences) และความคาดหวัง (expectation) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆได้

## หลักการการมีส่วนร่วม

ศิริกาญจน์ โกลุมภ์ (2542) กล่าวว่า จุดเด่นของการมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน 1) ด้านบริบท (context) การมีส่วนร่วมนำบุคคลในสังคมนั้น ที่เป็นที่รู้จักในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและมีโอกาสใช้ความสามารถตัดสินใจได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ 2) ด้านการปฏิบัติ (practical) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้บุคคลในสังคมมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา และมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองร่วมทำงาน ใช้ความคิด การตัดสินใจและกระทำอย่างเต็มที่ รวมทั้งคิดว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและต้องการร่วมกันแก้ปัญหา ซึ่งจะทำให้คนในกลุ่มไม่ปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือ และ 3) ด้านจิตใจ (moral) การมีส่วนร่วมทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีสิทธิในการตัดสินใจและส่งผลโดยตรงต่อตนเอง ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมขึ้นอยู่กับเงื่อนไข ที่จะต้องมีเวลาที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรม และร่วมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ต้องไม่เสียค่าใช้จ่ายในการมีส่วนร่วมมากเกินไปเกินกว่าผลตอบแทนที่เขาประเมินว่าจะได้รับ ต้องมีความสนใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมนั้น ต้องสามารถสื่อสารรู้เรื่องกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และต้องไม่รู้สึกกระทบกระเทือนต่อตำแหน่งหน้าที่ หรือสถานภาพทางสังคมหากจะมีส่วนร่วม ในการมี



ส่วนร่วมทำกิจกรรมใดๆเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายนั้นๆ ต้องเป็นไปตามเงื่อนไข คือ ต้องมีอิสรภาพ หมายถึง มีอิสระที่จะเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่ถูกบังคับ และต้องมีความเสมอภาค บุคคลที่เข้าร่วมต้องมีสิทธิเท่าเทียมกับผู้เข้าร่วมคนอื่นๆ และบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมายจะต้องมีความสามารถพอที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมนั้นๆ บางกิจกรรมแม้จะกำหนดว่ามีผู้เข้าร่วมมีเสรีภาพและเสมอภาค แต่กิจกรรมที่กำหนดไว้มีความซับซ้อนเกินความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมย่อมเกิดขึ้นไม่ได้

โดยสรุปผู้วิจัยนำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยบุคลากรทุกคนเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอน ทุกฝ่ายจะต้องมีอิสรภาพ เสมอภาค มีความสามารถ มีเวลาที่จะเข้าร่วมกิจกรรมและในกิจกรรมต้องไม่กระทบกระเทือนต่อตำแหน่งหน้าที่และสถานภาพทางสังคม

#### **ตอนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ**

ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญ หากผู้รับบริการไม่พึงพอใจในสินค้าหรือบริการ ก็จะหยุดการใช้บริการนั้น คุณภาพและบริการที่ดีเป็นหนทางที่จะนำไปสู่การทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ และยังคงใช้บริการที่โรงพยาบาลอยู่ การสำรวจความพึงพอใจจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับความพึงพอใจให้สูงขึ้น

#### **ความหมายความพึงพอใจ**

ความพึงพอใจ (satisfaction) หมายถึงระดับความรู้สึกของผู้ใช้บริการที่เป็นผลจากการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่ได้รับกับสิ่งที่คาดหวัง ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการเกิดจากความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ได้รับกับสิ่งที่คาดหวัง (สมิต สัจฉกร, 2545) ในการบริการส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ หากองค์กรสามารถสร้างความพึงพอใจในการบริการ โดยทำให้ผู้เกี่ยวข้องกับการบริการมีความรู้สึกทางบวก ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินเปรียบเทียบสิ่งที่ได้รับจริงในระดับที่สอดคล้องหรือมากกว่าสิ่งที่คาดหวังไว้ในบริการที่เกิดขึ้นย่อมก่อให้เกิดผลดีต่อการบริการ จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2544) ให้ความหมายว่าความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกในทางบวกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สอดคล้องกับ อนงค์ เอื้อวัฒนา (2542) ที่กล่าวว่าความพึงพอใจ หมายถึงความรู้สึกของบุคคลที่แสดงออกในด้านบวกหรือด้านลบซึ่งมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ ลักษณะความพึงพอใจในการบริการ เป็นพฤติกรรมการแสดงออกในทางบวกของบุคคลที่เกิดจากการประเมินความแตกต่างระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่ได้รับจริงในสถานการณ์อันใดอันหนึ่ง ความพึงพอใจในการบริการ จึงหมายถึงภาวะของการแสดงออกถึงความรู้สึกในทางบวกของบุคคลซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินคุณภาพของการบริการจากสิ่งที่ได้รับจากการบริการ เปรียบเทียบกับความคาดหวังในการบริการนั้น (เอนก สุวรรณบัณฑิต & ภาสกร อุดลพัฒน์กิจ, 2554) โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์บริการที่มีคุณภาพและตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ

สถานที่บริการที่เข้าถึงได้สะดวก กว้างขวาง กระบวนการและการจัดระบบการบริการ และตัวผู้ให้บริการ โดยแสดงพฤติกรรมบริการและเสนอบริการที่ลูกค้าต้องการด้วยความสนใจ เอาใจใส่อย่างเต็มที่ด้วยจิตสำนึกของการบริการ

สรุปได้ว่าความพึงพอใจผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกทางบวกต่อสิ่งที่ได้รับ ซึ่งเป็นผลจากการได้รับการปฏิบัติด้านการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและตรงตามที่คาดหวังไว้จากผู้ให้บริการ

### **ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจผู้รับบริการ**

การศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดแนวทางในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป้าหมายสำคัญในการให้บริการ คือการสร้าง ความพึงพอใจในการให้บริการ นักวิชาการกล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ ดังนี้

Aday and Anderson (1975) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในการรักษาพยาบาลและความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับการบริการเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยประเมินระบบบริการว่าได้เข้าถึงประชาชนและเกิดความพึงพอใจ 6 ประเภท ได้แก่

- 1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้จากการบริการ แบ่งเป็น การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ การได้รับการดูแลรักษาเมื่อมีความต้องการ ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ
- 2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ แบ่งออกเป็น การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง บุคลากรให้ความสนใจสุขภาพโดยรวมทั้งร่างกายและจิตใจ การดูแลติดตามการรักษา
- 3) ความพึงพอใจต่ออัยาศัยและการให้เกียรติของผู้ให้บริการ ได้แก่ การมีอัยาศัยที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ และปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยท่าทีที่เหมาะสม
- 4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้ยา
- 5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ ได้แก่ คุณภาพการดูแลทั้งหมดที่ได้รับในมุมมองของผู้ป่วยต่อการบริการของโรงพยาบาล
- 6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับบริการ

สอดคล้องกับ Millet (1954) ที่กล่าวว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ พิจารณาจาก

- 1) การให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน หมายถึง ความยุติธรรมในการให้บริการ ไม่มีการแบ่งแยกกีดกันในการให้บริการเดียวกัน
- 2) การให้บริการที่ตรงเวลา หมายถึง การตรงต่อเวลา ผลการปฏิบัติงานจะไม่มีประสิทธิภาพเลย ถ้าไม่มีการตรงเวลา เพราะจะสร้างความไม่พึงพอใจแก่ผู้รับบริการ
- 3) การให้บริการอย่างเพียงพอ หมายถึง ต้องมีลักษณะ มีจำนวนการให้บริการและสถานที่ให้บริการอย่างเหมาะสม

4) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การให้บริการที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ โดยยึดประโยชน์เป็นหลัก ไม่ยึดความพอใจของหน่วยงานหรือผู้ให้บริการว่าจะให้หรือหยุดบริการเมื่อใด

5) การให้บริการอย่างก้าวหน้า หมายถึง การให้บริการที่มีการปรับปรุงภาพและผลการปฏิบัติงาน

รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในโรงพยาบาล สถิติแห่งชาติและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ and สำนักงาน (2555) ซึ่งได้ทำการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ ของสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข โดยศึกษาจากผู้มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ พบว่า ผู้รับบริการตัวอย่างมีความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการในภาพรวมคะแนนจากการสำรวจคิดเป็น 4.05 คะแนน หรืออยู่ที่ร้อยละของคะแนน 81.04 สิ่งที่ได้รับบริการพึงพอใจ 3 อันดับแรก ได้แก่ จัดลำดับขั้นตอนให้บริการดี มีความคล่องตัว มีระบบบัตรคิว และมีให้บริการนอกเวลาราชการ สิ่งที่ได้รับบริการไม่พึงพอใจ ได้แก่ สถานที่จอดรถไม่เพียงพอ ไม่มีเจ้าหน้าที่อธิบายขั้นตอนการให้บริการ และเครื่องมือในการบริการไม่ทันสมัย สำหรับข้อเสนอแนะต่องานบริการในด้านที่เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ มีดังนี้ ควรอบรมเจ้าหน้าที่ให้พูดจาสุภาพ ไพเราะ ให้ความเป็นกันเอง ควรให้บริการอย่างเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติ ควรเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ให้บริการให้เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาโดย โยธิน แสงวดี และคณะ (2543) ศึกษาเรื่องปัญหาของผู้รับบริการเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข โดยศึกษาจากผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน คลินิก และสถานอนามัยทั่วประเทศจำนวน 1,473 ราย เป็นผู้ป่วยนอก 1,234 ราย และผู้ป่วยใน 239 ราย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพบริการในความคิดเห็นของผู้รับบริการมีหลากหลาย ได้แก่ 1) บริการที่ล่าช้า 2) แพทย์มีเวลาให้น้อยและไม่แจ้งอาการและความหนักเบาของโรคที่เป็น 3) เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจมีอาการไม่สุภาพ 4) ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการ 5) รอยานาน เจ้าหน้าที่ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม 6) ค่ารักษาพยาบาลแพง 7) สภาพแวดล้อมแออัด ห้องน้ำไม่สะอาด

โดยสรุปความพึงพอใจในการบริการในโรงพยาบาลมีความสำคัญทั้งต่อตัวผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในการให้บริการหากได้รับความพึงพอใจจะช่วยให้งานบริการประสบความสำเร็จ ลดข้อขัดแย้งหรือข้อร้องเรียน และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติงาน

#### **การวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ**

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกล่าวถึง เครื่องมือสำหรับวัดความพึงพอใจผู้รับบริการในโรงพยาบาล ของ นางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ and สมจิต หนูเจริญกุล (2554) ซึ่งเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล ซึ่งพัฒนาจากรอบแนวคิดของแมคแดเนียล ซึ่งความเชื่อว่าการให้การดูแลเป็นการแบ่งปันประสบการณ์ของมนุษย์และปรากฏให้รับรู้ได้ ในการดูแลนั้นบุคลากร

ทางการพยาบาลต้องมีทัศนคติเกี่ยวกับความเป็นมนุษย์ของบุคคล หากทัศนคติเหล่านี้ไม่เกิดขึ้น ก็จะไม่เกิดแรงจูงใจหรือการกระทำเพื่อการดูแล แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 ผลการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง สามารถจำแนกความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการดูแล ออกเป็นองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน คือ

1) ความพึงพอใจต่อความห่วงใยเอื้ออาทร หมายถึง ประสบการณ์เชิงบวกที่ผู้รับบริการได้รับจากการดูแลของบุคลากรทางการพยาบาล โดยรับรู้ได้ว่าบุคลากรเข้าใจถึงความต้องการและปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ พฤติกรรมที่แสดงออก คือให้ความสนใจและเอาใจใส่ ยินดีให้ความช่วยเหลือเสมือนเป็นญาติมิตร และพยายามให้คำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน จนผู้รับบริการรู้สึกไว้วางใจและยินดีเล่าปัญหาให้ทราบ

2) ความพึงพอใจต่อการเข้าถึงการบริการ หมายถึง ประสบการณ์เชิงบวกที่ผู้รับบริการรู้สึกถึงการเข้าถึงบริการอย่างมีเกียรติ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยรับรู้ได้ว่าบุคลากรทางการพยาบาลให้เกียรติและยอมรับนับถือความเป็นคน ให้การดูแลด้วยความเท่าเทียม พฤติกรรมที่แสดงออก เช่นการให้เวลาในการรับฟังปัญหา และติดตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีความสะดวกในการมารับบริการ

3) ความพึงพอใจต่อความสามารถเชิงวิชาชีพ หมายถึง ประสบการณ์เชิงบวกที่ผู้รับบริการเชื่อมั่นในความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาลในเชิงวิชาชีพ ในการช่วยแก้ไขปัญหาคือ โดยผู้ป่วยยินดีเล่าปัญหาสุขภาพของตนให้ฟัง รู้สึกเชื่อมั่นว่าคำแนะนำที่ได้รับสามารถนำไปปฏิบัติได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการพยาบาลของนางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิตร หนูเจริญกุล (2554) มาปรับใช้ เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถามฉบับนี้มีความเที่ยงและความตรง และเป็นคุณลักษณะหลักของการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการในโรงพยาบาล ซึ่งบริบทคล้ายคลึงกับตัวอย่างและกรณีศึกษาแบบสอบถามฉบับนี้จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้กับการวิจัยในครั้งนี้

## ตอนที่ 5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการวิจัยที่ประยุกต์แนวคิด 2 ประการ มาผสมผสานกัน คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory research) ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการวิจัยแบบมีส่วนร่วม นั้นต่างก็มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต่างกัน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะสำคัญเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยมุ่งนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อแก้ปัญหา หรือนำผลการวิจัยมาพัฒนา หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินงานขององค์กร หน่วยงานหรือชุมชน ซึ่งอาจกระทำโดยผู้วิจัยฝ่าย

เดี่ยวหรือบุคคลฝ่ายต่างๆ มาร่วมหรือไม่ได้ และสำหรับการวิจัยแบบมีส่วนร่วมนั้นเป็นงานวิจัยที่บุคคลหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัย ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ผลและการสรุปรายงานการวิจัย โดยอาจจะไม่ได้ทำเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานขององค์กรหรือหน่วยงานเป็นด้านหลัก (ชอบ เข้มกลัด และ โกวิทย์ พวงงาม, 2547)

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่ารูปแบบการวิจัยแต่ละแบบยังขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง จึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบและวิธีการวิจัยใหม่เพื่อให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น และลดข้อจำกัดต่างๆ ของรูปแบบการวิจัยเดิมๆ ซึ่งรูปแบบการวิจัยนั้นก็คือ “การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม” (Participatory Action Research) หรือ PAR นั่นเอง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบการวิจัยที่ใช้กระบวนการความร่วมมือของนักวิจัยกับกลุ่มเป้าหมายในการร่วมมือทำวิจัยร่วมกันตามหลักประชาธิปไตย เพื่อทำการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงสิ่งที่ต้องการโดยทำวิจัยร่วมกัน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ร่วมทำวิจัยกับนักวิจัย การมีส่วนร่วมนี้จะต้องมีตลอดกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนของการวิจัย ทำให้กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยเกิดการเรียนรู้การทำวิจัยด้วยตนเอง ทำให้ผลการวิจัยที่ได้มีความน่าเชื่อถือและยั่งยืน (ธีรวิมล เอกะกุล, 2551) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการที่สะท้อนให้เห็นการมุ่งสู่การพัฒนาโดยมีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เป็นอยู่ไปสู่สิ่งที่สามารถเป็นไปได้ ทั้งในระดับตัวบุคคลและในระดับสังคม โดยหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงอยู่ที่กระบวนการวิจัย ซึ่งใช้แนวทางความร่วมมือและการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมาย และกระบวนการจะต้องเป็นประชาธิปไตย ยุติธรรม มีอิสระ กลุ่มเป้าหมายจะมีส่วนร่วมในการสังเกต ตรวจสอบสถานการณ์ต่างๆ สะท้อนความคิดเห็นและบอกความต้องการของตนเอง อุปสรรคและปัญหาที่ปรากฏอยู่ ตรวจสอบทางเลือกที่เป็นไปได้ และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีจิตสำนึกไปสู่การเปลี่ยนแปลงใหม่ (นิตยา เงินประเสริฐศรี, 2544)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเชื่อในความสามารถของมนุษย์ที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองเมื่อถึงคราวที่ตนจะต้องตัดสินใจว่าจะต้องทำอะไร และเป็นการศึกษาที่ให้ความมั่นใจว่าเขาสามารถทำอะไรบางอย่างให้แก่ตนเองได้ และเป็นการศึกษาที่ให้การเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อคน เป้าหมายสูงสุดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือการช่วยให้ประชาชนหรือกลุ่มมีเป้าหมายและสนับสนุนเป้าหมายในการพัฒนาตนเอง (ธงชาติ วงษ์สุวรรณ, 2553) นักวิชาการที่มีชื่อเสียง McTaggart (1989) ได้เสนอสิ่งที่เรียกว่า “ความเชื่อ 16 ประการของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม” (16 tenets of participatory action research) ไว้เพื่อเป็นแนวคิดในการปฏิบัติให้เป็นข้อเสนอแนะไว้ว่ามีข้อควรคำนึงในการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังนี้คือ 1) เป็นวิธีการ (approach) ในการพัฒนาการปฏิบัติของสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของสังคมนั้นๆ 2) เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (authentic participation) 3) เป็นความร่วมมือกัน

(collaborative) 4) ทำให้เกิดชุมชนที่สามารถวิเคราะห์ตนเองได้ (self-critical communities) 5) เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ (systematic learning process) 6) ทำให้คนมีส่วนร่วมในการที่จะคิดค้นทฤษฎีเกี่ยวกับการกระทำของพวกเขาเอง 7) ต้องการให้คนได้ทดสอบการปฏิบัติ (practices) ทดสอบแนวคิด (ideas) และข้อสมมติฐาน (assumptions) ที่เกี่ยวข้องกับสถาบันหรือชุมชนของเขา 8) เกี่ยวข้องกับการบันทึกข้อมูล (keeping records) 9) ต้องการให้ผู้มีส่วนร่วมพยายามมองประสบการณ์ของตนเองอย่างเป็นรูปธรรม (objectify) 10) เป็นกระบวนการทางการเมืองอย่างหนึ่ง (political process) 11) ประกอบการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ (critical analysis) 12) เริ่มต้นจากจุดเล็กๆ (starts small) 13) เริ่มต้นจากวงจรเล็กๆ (small cycles) 14) เริ่มต้นจากการรวมกลุ่มเล็กๆ (small groups) หลากๆกลุ่มที่มีปัญหาหรือความต้องการร่วมกัน 15) เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้ร่วมกันสร้างฐานข้อมูลขึ้นมา (build record) และ 16) เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมสามารถที่จะแสดงความถูกต้องของการกระทำ (demonstrate evidence) ของพวกเขาอย่างเป็นเหตุเป็นผล

#### **ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม**

Kemmis and McTaggart (2000) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการวิจัยที่ดำเนินการโดยผู้มีส่วนร่วมในสถานการณ์หรือในบริบทของสังคมเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์หรือโครงสร้างของสังคมที่เป็นอยู่ โดยใช้กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการสะท้อนผลการดำเนินการและความรู้สึกที่เกิดขึ้นอันนำไปสู่การปรับปรุงการปฏิบัติการต่างๆให้ดีขึ้น ส่วน Turnbull et al. (1998) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือกระบวนการที่นักวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมมือกันดำเนินการวิจัย โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น กระบวนการวิจัยที่ดีจะสามารถสร้างองค์ความรู้หรือทฤษฎีใหม่ได้ และการวิจัยลักษณะนี้ยังมีปฏิริยาสะท้อนกลับจากผลการปฏิบัติเป็นวงจรต่อเนื่อง ทำให้การดำเนินการต้องกระทำเป็นวงรอบจนกว่าจะได้ผลเป็นที่น่าพอใจ สอดคล้องกับนักวิชาการในประเทศไทย (ณัฐดนัย บุตรพลับ, 2555; อีรุฒิ เอกะกุล, 2551; พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2540; ยงยุทธ แสนประสิทธิ์, 2554; สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร, 2546; สุภางค์ จันทวานิช, 2552; เสาวนีย์ แสนคำ, 2552) ได้ให้ความหมายไว้คล้ายคลึงกันว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพื่อแก้ไขปรับปรุงปัญหาที่เกิดขึ้น หรือเพื่อพัฒนาส่งเสริมสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้ดีขึ้น ด้วยการให้ผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมายเข้ามาร่วมศึกษาปัญหาโดยร่วมมือร่วมใจดำเนินการวิจัยร่วมกันในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่การระบุปัญหา การดำเนินการ การร่วมหาวิธีการแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมกิจกรรม การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนการติดตามและการประเมินผล โดยใช้หลักความเป็นประชาธิปไตยในการดำเนินการและนำผลการปฏิบัติการมาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาสิ่งหนึ่งสิ่งใดในพื้นที่วิจัย ผลจากการดำเนินการวิจัยทำให้เกิดความรู้ วิธีการและแนว

ทางการแก้ไขปัญหามีความคล้ายคลึงกัน หรือแตกต่างกันตามสภาพ บริบทในแต่ละพื้นที่เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

กล่าวโดยสรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) หมายถึง การวิจัยที่ดำเนินไปด้วยการมีส่วนร่วมของนักวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่การศึกษาปัญหา การระบุปัญหา การวางแผนการปฏิบัติ การตรวจสอบ การสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกัน โดยใช้หลักความเป็นประชาธิปไตยในการดำเนินการ ผลที่ได้จากการดำเนินการวิจัยก่อให้เกิดความรู้ วิธีการและแนวทางการปรับปรุงแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาสิ่งหนึ่งสิ่งใดในพื้นที่วิจัย

### หลักการของการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

Smith (1997 อ้างถึงใน วรรณดี สุทธิรัตนาร, 2557) ได้สรุปหลักการของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่สำคัญ 6 ประการ คือ 1) การมุ่งไปสู่เสรีภาพ (liberation) สู่อำนาจร่วมกันโดยมีพื้นฐานของความเสมอภาค ความเป็นอิสระ (freedom) ความยุติธรรม (justice) และคำนึงถึงความสมดุล 2) การมีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน (compassionate culture) สมาชิกของกลุ่มจะเรียนรู้ดูแลซึ่งกันและกัน และสร้างความผูกพันกันในกลุ่มเนื่องจากการที่ได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขฝ่าฟันอุปสรรคร่วมกัน เกิดความรู้สึกของการเป็นกลุ่มเดียวกัน 3) การมีส่วนร่วม (participation) เป็นกระบวนการขับเคลื่อนให้เกิดการปฏิบัติ (action) และตรวจสอบผลการปฏิบัติ (reflection) เป็นกระบวนการที่ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง เป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีการตัดสินใจหรือกำหนดเวลาที่แน่นอนล่วงหน้า ไม่มีการกำหนดคำถามหรือความสัมพันธ์ที่แน่นอน แต่ละกลุ่มจะมีลักษณะเฉพาะตัวในกระบวนการหรือกิจกรรมที่ปฏิบัติ กลุ่มคนจะมีสถานะเหมือนสมาชิกของชุมชนแห่งการเรียนรู้ จะมีการศึกษา สืบค้น วิเคราะห์ข้อมูลและให้การศึกษาแก่กันและกัน มีการลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา หรือเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ไปสู่สิ่งที่ดีกว่า มีการสะท้อนผล และกลับไปปรับปรุงการปฏิบัติหลายๆครั้ง 4) การสร้างคุณค่า (value) เป็นคุณค่าที่เกิดจากความรู้ ความเชื่อ โดยใช้เกณฑ์จากสภาพเป็นจริงในปัจจุบัน โดยมีการศึกษาความรู้จากความจริงทั้งในช่วงเวลาปัจจุบันและในอดีต 5) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจและการปฏิบัติ มีการตั้งคำถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีคำถามหลักสำคัญที่นำไปสู่การตระหนักให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงนี้จะสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างมากกว่าเพียงเพื่อเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม 6) การใฝ่รู้ใหม่ด้วยจิตสำนึก สมาชิกกลุ่มจะร่วมกันตัดสินใจ ร่วมกันปฏิบัติ และร่วมกันค้นหาสิ่งใหม่ที่มาจากการเข้าใจ โดยใช้วิธีการที่หลากหลายซึ่งสมาชิกกลุ่มร่วมกันสร้างสรรค์ขึ้น ปัญหาที่ถูกรับเข้าสู่กระบวนการกลุ่มจะเป็นเหตุไปสู่การค้นหาเทคนิคต่างๆเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา

สอดคล้องกับ ธีรวุฒิ เอกะกุล (2551) ซึ่งกล่าวถึงหลักการของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ 1) หลักความเสมอภาค ทั้งผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมายแต่ละฝ่ายมีความเท่าเทียมกัน ผู้วิจัย

ไม่ใช่ผู้นำหรือผู้ชี้แนะ ขณะเดียวกันกลุ่มเป้าหมายก็ไม่ใช่ผู้ตามหรือปฏิบัติตามนักวิจัยทุกประเด็นเสมอไป ทั้งสองฝ่ายต่างมีความเท่าเทียมกันเสมอภาคกัน 2) หลักการเรียนรู้ ผู้วิจัยเปิดใจรับข้อเสนอแนะและยอมรับความรู้ความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายก็ต้องพร้อมที่จะรับการปรับเปลี่ยนตนเอง มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยต้องพร้อมที่จะเป็นทั้งฝ่ายให้และฝ่ายรับ 3) หลักการให้อิสระทางความคิด กลุ่มเป้าหมายมีอิสระเสรีในการแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ รวมถึงสามารถใช้วิจารณญาณในการวิเคราะห์วิจารณ์ได้ 4) หลักการเคารพภูมิความรู้ หรือประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยซึ่งบางครั้งอาจมีความแตกต่างจากผู้วิจัย 5) หลักความเป็นประชาธิปไตยในการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิจัย การประชุมปรึกษาหารือพูดคุยระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มเป้าหมายทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาที่ทำการวิจัยนั้น ต้องใช้การแสดงความคิดเห็นและเคารพมติของเสียงส่วนใหญ่

Smith (1997 อ้างถึงใน วรรณดี สุทธิสารกร, 2557) ยังกล่าวเพิ่มเติมอีกว่าคนที่อยู่ในกระบวนการของ PAR ในฐานะบุคคลต้องการการทำงานร่วมกับสมาชิก กลุ่มซึ่งมีเป้าหมายเฉพาะในการทำงานร่วมกัน การตั้งคำถามระหว่างกันอย่างต่อเนื่องในกระบวนการ PAR จะส่งผลให้เกิดบรรยากาศแห่งความเชื่อใจกัน แต่แต่ละคนจะสัมผัสกับบรรยากาศของการเปิดใจกว้าง และร่วมมือกันทำงานในกลุ่ม จะมีการตั้งคำถามสำคัญ และจะเกิดความรู้สึกของการเป็นเจ้าของปัญหา และร่วมกันสำรวจเพื่อทำความเข้าใจกับปัญหา รวมทั้งขับเคลื่อนไปสู่ปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหา คำถามที่ปรากฏขึ้นจะอยู่ในหลากหลายรูปแบบ และสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงตามเวลาที่เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่มไม่ใช่เรื่องที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว แต่เป็นเรื่องที่ใช้เวลา เพราะการเปลี่ยนแปลงไม่ได้มีความหมายเพียงการเปลี่ยนแปลงระดับกลุ่มเท่านั้น หากแต่การเปลี่ยนแปลงเริ่มต้นจากฐานที่เล็กที่สุดคือฐานของตัวบุคคลแล้วจึงค่อยๆ เป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่ม ดังนั้นกระบวนการ PAR จึงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การตระหนักในตนเองและตระหนักในระดับกลุ่มต้องการการมีส่วนร่วมอย่างมาก ซึ่งแต่ละคนต่างต้องสะสมประสบการณ์ในการเรียนรู้ ค้นหาและสร้างบทเรียนที่สำคัญ บางครั้งในกระบวนการเรียนรู้สมาชิกกลุ่มอาจรู้สึกเป็นทุกข์ วิตกกังวลหรือมีภาวะตึงเครียดซึ่งเกิดขึ้นได้ตามจังหวะของการเรียนรู้ หรือแม้แต่ในระหว่างที่มีการทำกิจกรรมร่วมกัน แต่ในที่สุดสมาชิกของกลุ่มจะสามารถจิตสำนึกที่ดี ซึ่งเป็นสำนึกที่เคลื่อนตัวไปสู่ความมีเหตุผล อันเป็นสำนึกที่มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลง

จากการกล่าวของนักวิชาการข้างต้น พอสรุปเป็นหลักการสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ว่าเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาโดยมีลักษณะที่มุ่งความเท่าเทียมกัน ความเป็นประชาธิปไตยให้ทุกคนสามารถคิดได้อย่างเสรีภาพตามศักยภาพของแต่ละคน เปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นและแสดงความสามารถของตน ส่งเสริมการกล้าแสดงออกเพื่อร่วมพัฒนา กลุ่มหรือชุมชนของตนให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี



## แนวคิดของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

### แนวคิดของ Seymour-Rolls & Hughes (2000)

Seymour-Rolls & Hughes (2000 อ้างถึงใน ชยานนท์ มนเพียรจันทร์, 2554) กล่าวว่า การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมคือวิธีการสืบสวนสอบสวนร่วมกัน (collective) โดยมีการสะท้อนผลและมองตัวเองเป็นหลัก (self-reflective) เป็นการสืบสวนสอบสวนโดยผู้ที่มีส่วนร่วมในสถานการณ์ทางสังคมนั้นๆ เพื่อที่จะปรับปรุงการปฏิบัติทางสังคมของตนเองให้ดีขึ้นทั้งในแง่ของความเป็นเหตุเป็นผล (rationality) และในแง่ของความยุติธรรม (justice) การวิจัยที่ใช้ PAR เป็นหลักจะประกอบด้วยการศึกษาวิจัยใน 4 ช่วง คือ การสะท้อนผล (reflection) การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) และการสังเกต (observation) โดยในแต่ละช่วงนั้นจะพึ่งพาซึ่งกันและกันในลักษณะของวงจร (cycle) และการที่จะเชื่อได้ว่าวิธีการใดเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการก็ต่อเมื่อได้มีการร่วมมือกัน ทั้งยังต้องให้ความสำคัญและตระหนักด้วยว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการของกลุ่มยังคงต้องมีการตรวจสอบและวิเคราะห์การกระทำของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่มนั้นด้วย คือถึงแม้ว่าจะเน้นการมีส่วนร่วมแต่ก็ต้องวิเคราะห์สมาชิกเป็นรายบุคคลด้วย โดยในแต่ละช่วงของการวิจัย มีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

1) การสะท้อนผล (reflection) ตามแนวคิดของ Seymour-Rolls & Hughes จะเริ่มจากขั้นตอนในส่วนของการสะท้อนผลก่อน ด้วยการปรึกษาหารือกันก่อนที่จะกระทำการใดๆ โดยการนิยามปัญหาหรือสิ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหานั้นร่วมกัน

2) การวางแผน (planning) เป็นกิจกรรมที่สร้างสรรค์ซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างการปรึกษาหารือกันในกลุ่มของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยที่การวางแผนนั้นจะต้องมีการตรวจสอบการปฏิบัติของผู้มีส่วนร่วมแต่ละคน และจะต้องประกอบด้วยการประชุมการเปลี่ยนแปลง

3) การปฏิบัติ (action) จะเกิดขึ้นหลังจากที่ได้มีการวางแผนและเป็นการลงมือที่จะปฏิบัติงานโดยหวังว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นอยู่ของสังคมในทางที่ดีขึ้น ซึ่งการกระทำนี้เป็นการกระทำที่ทำด้วยความรอบคอบ และเป็นการกระทำที่มีกลยุทธ์ (strategic) ในตัวของมันเอง ดังนั้น การกระทำในขั้นตอนนี้จะแตกต่างจากการวิจัยชนิดอื่น เพราะการกระทำ (action) หรือการเปลี่ยนแปลง (change) ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความจริง (reality) ซึ่งไม่ใช่การทดลอง (experiment) เพื่อที่จะบอกว่าใช้ได้หรือไม่ (just to see if it work)

4) การสังเกต (observation) ในขั้นตอนของ PAR ส่วนนี้นับเป็นส่วนของการวิจัยที่แท้จริง เพราะความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงของการวางแผน (planning) นั้นเราสังเกตผลของมันได้และพยายามสังเกตว่ามีผลกระทบอะไรบ้างภายใต้บริบท (context) ของสถานการณ์ (situation) นั้นๆ ซึ่งในช่วงนี้มีการใช้เครื่องมือวิจัย เช่น แบบสอบถาม เพื่อที่จะให้แน่ใจได้ว่าได้มีการใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่มีความเหมาะสม และเพื่อให้แน่ใจว่าผลที่ออกมาจะมีความหมายอย่างแท้จริง โดยในบางครั้งนั้นการสังเกต (observation) และการกระทำ (action) อาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กันก็ได้

จากแนวคิดของ Seymour-Rolls & Hughes ที่กล่าวมาข้างต้น สามารถนำมาประยุกต์ใช้เริ่มจากกลุ่มที่จะทำ PAR ต้องร่วมกันนิยามหัวข้อที่เป็นสิ่งกังวลใจ หรือคิดว่าเป็นปัญหาโดยการสนทนา (discussion) และการสะท้อนผล (reflection) ร่วมกัน ซึ่งสิ่งที่สร้างความกังวลใจร่วมกันนั้น จะถูกรวมเข้าเป็นเป้าประสงค์ร่วมกัน จากนั้นกลุ่มตกลงร่วมมือและทำงานร่วมกันด้วยวิธีการของ PAR เพราะว่ามีจุดประสงค์ที่ได้บูรณาการเข้าไว้ด้วยกันแล้ว ดังนั้นกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มจะมีพลังอำนาจ (empowerment) ในการที่จะวางแผนและลงมือกระทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างสร้างสรรค์ มีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมจากการปฏิบัติที่เกิดขึ้นและสังเกตได้โดยใช้เครื่องมือในการวิจัยที่เหมาะสม และกลุ่มจะตรวจสอบผลที่ออกมาในการวิพากษ์อย่างสร้างสรรค์ หลังจากนั้นกลุ่มจะมีความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งความรู้ใหม่ๆที่เกิดขึ้นนี้อาจพัฒนาไปสู่การเกิดทฤษฎีใหม่ๆขึ้นมาอีกก็ได้ ความรู้กับทฤษฎีใหม่นี้จะเน้นไปที่ผลกระทบจากการสังเกตที่เกิดขึ้นจากผลของการเปลี่ยนแปลงหรือกระบวนการซึ่งเกิดขึ้นนั้นหรืออาจจะเน้นทั้งผลของการเปลี่ยนแปลงหรือกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งคู่ก็ได้ ซึ่งหลักการเหล่านี้จะมีลักษณะเป็นวงจร (cycle) 4 ช่วงตามลักษณะวิธีการของ PAR และจะถือเป็นการวิจัยได้ก็ต่อเมื่อมีการใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์อย่างแท้จริงในการที่จะรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลที่ได้ดำเนินการนั้น ตัวอย่างวงจร PAR ตามแนวคิดของ Seymour-Rolls & Hughes (2000) แสดงได้ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 วงจร PAR ตามแนวคิดของ Seymour-Rolls & Hughes

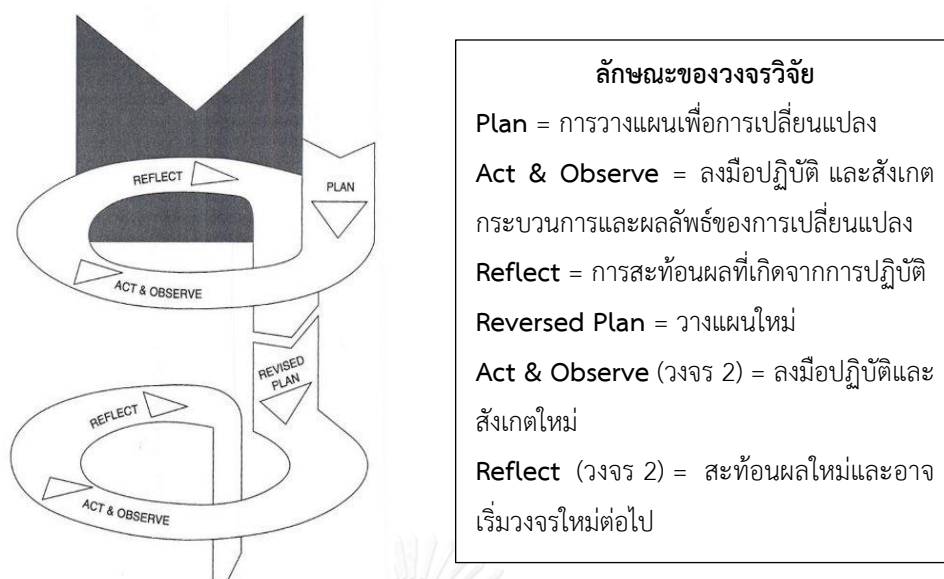
วงจร (cycle)	ขั้นตอน	กิจกรรมที่ทำ
วงจรแรก (cycle one)	1. การสะท้อนผล (reflection)	การวินิจฉัยกลุ่มและการวินิจฉัยสิ่งที่กลุ่มมีความกังวลใจผ่าน การสนทนาของกลุ่ม
	2. การวางแผน (plan)	กลุ่มวางแผนเพื่อที่จะร่วมมือในการตรวจสอบสิ่งที่มีความกังวลใจและสภาพปัญหาทางสังคม เพื่อที่จะนิยามและอธิบายทั้งสองสิ่งได้อย่างถูกต้อง สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ทุกคนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในปัญหานี้ๆ
	3. การปฏิบัติ (action) และ	นำแผนที่ได้ร่วมกันวางไว้ไปปฏิบัติและให้กลุ่มรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตเพื่อนำข้อมูลที่ได้มานั้นไปทำการทบทวนใหม่อีกครั้งหนึ่ง
	4. การสังเกต (observation)	
วงจรที่สอง (cycle two)	1. การสะท้อนผล (reflection)	กลุ่มจะทำการสะท้อนผลจากการค้นพบเพื่อจะนิยามปัญหาให้ตรงกับสิ่งที่มีความกังวลใจของกลุ่ม การสะท้อนผลในช่วงนี้จะรวมถึงการสะท้อนผลของตนเอง (self-reflection) โดยผู้มีส่วนร่วมในกลุ่มซึ่งอาจจะพบกับสิ่งที่มีความกังวลนอกเหนือจากเดิมก็เป็นได้
	2. การวางแผน (plan)	กลุ่มจะวางแผนที่จะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเพื่อที่จะปรับปรุงสถานการณ์ทางสังคม ซึ่งอาจจะประกอบด้วยวิธีการตรวจสอบอย่างวิพากษ์ (critical examination)
	3. การปฏิบัติ (action)	การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติซึ่งเป็นผลจากการวางแผนใหม่
	4. การสังเกต (observation)	กลุ่มสังเกตผลลัพธ์ (consequences) จากการเปลี่ยนแปลงในช่วงของการปฏิบัติและใช้วิธีการวิจัยที่ได้เขียนไว้ในแผนเพื่อที่จะตรวจสอบผลลัพธ์นั้น
วงจรที่สาม (cycle three)	1. การสะท้อนผล (reflection)	การสะท้อนผลอาจจะไม่ได้สิ้นสุดเพียงแค่ 2 วงจร แต่อาจจะวนไปสู่วงจรที่ 3 และวนไปเรื่อยๆ トラบเท่าที่ปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไขหรือมีปัญหาใหม่ๆเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ที่มา: Seymour-Rolls & Hughes (2000 อ้างถึงใน ชยานนท์ มนเพียรจันทร์, 2554)

ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Seymour-Rolls & Hughes ดังตารางมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย โดยเริ่มต้นที่การสะท้อนผล (reflection) ก่อน เพราะเห็นว่ากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่จะเลือกการทำวิจัยแบบ PAR นั้นจะต้องร่วมกันนิยามหัวข้อที่เป็นสิ่งที่กังวลใจ (concern) หรือคิดว่าเป็นปัญหา ร่วมกัน โดยผ่านการสนทนา (discussion) และการสะท้อนผลร่วมกันในกลุ่มเสียก่อน โดยการร่วมกัน พูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและยอมรับว่าสิ่งนั้นเป็นปัญหาหรือสิ่งที่กังวลใจร่วมกัน แล้วจึงลงมือ ดำเนินการตามขั้นตอนของ PAR ต่อไป

#### แนวคิดของ McTaggart (2010)

McTaggart (2010 อ้างถึงใน ชยานนท์ มนเพียรจันทร์, 2554) เป็นนักวิจัยปฏิบัติการแนว วิพากษ์ กล่าวว่าในปัจจุบันการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้ถูกนำไปใช้ในการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติทางสังคมในหลายๆสาขา เช่น ในด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุขพื้นฐาน การ พัฒนาองค์กร การปฏิรูปอุตสาหกรรม การพัฒนาชุมชน และการศึกษา เป็นต้น การวิจัยรูปแบบนี้เห็น ว่ากระบวนการสำคัญอยู่ที่อยู่ในวงจรของการปฏิบัติการ คือเกลียวของการสะท้อนผล (reflective spirals) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่แสดงการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ขั้นตอนดังกล่าวซ้อนอยู่กับการวางแผน และการ ปฏิบัติตามแผน ตามด้วยการสะท้อนผลของการปฏิบัติโดยตรง (Kemmis & McTaggart, 1988) การออกแบบกระบวนการวิจัยของ Kemmis ตั้งอยู่บนพื้นฐานเดิมของ Lewin คือการวางแผน การ นำแผนไปใช้ การสังเกต และสะท้อนผลของการปฏิบัติ โดยการสะท้อนผลเป็นเสมือนการประเมินผล ที่ได้มาจากการสะท้อนผลเชิงวิพากษ์ (reflective critical evaluation) เพื่อทบทวนแผน (วรรณดี สุทธิรากร, 2556) จุดเด่นตามแนวคิดของ Kemmis คือการสร้างรูปแบบการวิจัยที่ออกแบบมาเพื่อ คนใน ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญภายนอก วัตถุประสงค์คือการยืนยันใหม่ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงการ ปฏิบัติทางสังคม การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นมากกว่าวิธีวิทยาการวิจัย เป็นการนำคนมา ร่วมกันเพื่อทำการสะท้อน (reflect) และลงมือปฏิบัติ (act) ในเรื่องของการปฏิบัติทางสังคมของพวก เขา โดยการใช้แนวทางของการวิจัยเพื่อที่จะทำให้เราเข้าใจว่าการทำงานของกลุ่มมีความสอดคล้อง (coherent) มีความยุติธรรม (just) มีเหตุมีผล (rational) มีความรอบรู้ (informed) มีความพึงพอใจ (satisfying) และมีความยั่งยืน (sustainable) เพิ่มมากขึ้น การวิจัยประเภทนี้เกี่ยวข้องกับ แนวความคิดซึ่งมีลักษณะพิเศษ เกี่ยวกับเรื่องของการมีส่วนร่วม เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และ จะเกี่ยวข้องกับวิธีการในการวิจัย ซึ่งจะทำให้กิจกรรมสามารถดำเนินไปได้ตลอด และจากการที่การ วิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของการทำงานเป็นกลุ่มของคนที่มี ความสนใจที่จะทำงานร่วมกันในสิ่งที่กังวลใจร่วมกัน จึงเป็นวิธีการวิจัยที่สามารถทำให้คนเข้ามา ทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม เพื่อที่จะร่วมมือกันขับเคลื่อนการปฏิบัติงานของพวกเขาให้ไปสู่จุดหมายที่ได้ ตั้งไว้



**ภาพที่ 2.1** วงจรของวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ McTaggart  
ที่มา: McTaggart (2010 อ้างถึงใน ชยานนท์ มนเพียรจันทร์, 2554)

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Seymour-Rolls & Hughes (2000) และแนวคิดของ McTaggart (2010) มาประยุกต์ใช้ โดยจะนำแนวคิดของ Seymour-Rolls & Hughes (2000) ในขั้นตอนการสะท้อนผลมาเริ่มก่อน จากการจัดการประชุมเพื่อพูดคุยหรือสนทนาในกลุ่มของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อร่วมกันนิยามปัญหาหรือสิ่งที่กังวลใจร่วมกันก่อนที่จะมีการดำเนินการทำวิจัยด้วยกระบวนการของ PAR ขั้นตอนอื่น หลังจากการสะท้อนผลร่วมกันแล้ว ต่อด้วยวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ McTaggart (2010) โดยเน้นที่การทำให้ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม เพื่อที่จะร่วมมือกันขับเคลื่อนการปฏิบัติไปให้ถึงจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ โดยการใช้แนวทางของการวิจัย เพื่อที่จะทำให้เราเข้าใจว่าการทำงานของกลุ่มมีความสอดคล้อง (coherent) มีความยุติธรรม (just) มีเหตุมีผล (rational) มีความรอบรู้ (informed) มีความพึงพอใจ (satisfying) และมีความยั่งยืน (sustainable) เพิ่มมากขึ้น

#### กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กระบวนการที่สำคัญของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 4 กระบวนการหลัก คือการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนการปฏิบัติ เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป หมุนเป็นเกลียวต่อเนื่อง ทำให้การดำเนินการจะต้องกระทำเป็นวงรอบจนกว่าจะได้ผลเป็นที่น่าพอใจ การดำเนินการแบบสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับเปลี่ยนวิธีการหลายครั้งเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย รายละเอียดแต่ละขั้นตอน มีดังนี้

### 1) การวางแผน (plan)

การศึกษาชุมชน กลุ่มเป้าหมายเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญต่อการวิจัยในขั้นตอนต่อไปเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยทำการศึกษาชุมชนกลุ่มเป้าหมายในทุกๆด้านให้ครอบคลุม ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลบริบทในด้านต่างๆ รวมถึงการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับประเด็นปัญหานั้น (stakeholder analysis) และสร้างสัมพันธภาพ สร้างเครือข่ายกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การตั้งโจทย์วิจัยร่วมกับชุมชน เป็นการร่วมกำหนดโจทย์วิจัยที่เป็นปัญหาของชุมชนร่วมกันระหว่างนักวิจัยและชุมชน ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากการได้มาซึ่งโจทย์วิจัยที่มีความสำคัญต่อชุมชน จะมีความเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะต่อไป การร่วมกันในการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันคิดกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาปรับปรุงสถานะของชุมชนที่เป็นอยู่ของนักวิจัยและชุมชน โดยควรมีแนวทางที่สามารถตอบคำถามให้ครอบคลุมทั้งคำถาม อะไร ทำไม อย่างไร เมื่อไร ใครรับผิดชอบ และสถานที่ไหน การจัดทำแผน/โครงการเพื่อแก้ไขปัญห โดยมีการระบุผู้รับผิดชอบรวมทั้งการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน ในขั้นตอนนี้ อาจมีการนำเทคนิคต่างๆมาช่วย เช่น การทำแผนที่ทางสังคม (social mapping) การวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (participatory rural appraisal: PRA) การประเมินชุมชนอย่างเร่งด่วน (rapid assessment procedures: RAP) การประเมินความต้องการจำเป็น (need assessment) หรือเทคนิค A-I-C

### 2) การปฏิบัติ (act)

ในขั้นตอนนี้ควรมีการสื่อสารแผนงาน/โครงการแก่ชุมชน มีการทำความเข้าใจร่วมกันของทุกฝ่ายก่อนการดำเนินการตามแผน เมื่อทุกฝ่ายเข้าใจตรงกันแล้วจึงมีการดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ โดยทุกฝ่ายจะต้องมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งควรเป็นการมีส่วนร่วมตามบทบาทและศักยภาพที่เหมาะสมของแต่ละฝ่ายแตกต่างกันออกไปตามข้อตกลงกัน โดยทุกฝ่ายต้องทำอย่างจริงจัง ครบทุกขั้นตอนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ยังต้องมีการวิเคราะห์ทบทวนการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องตลอดการดำเนินงาน โดยอาจมีการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้

### 3) การสังเกตการณ์ (observe)

ในทุกกระบวนการของการวิจัยจะต้องมีการสังเกตการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นควบคู่ไปด้วย และเก็บข้อมูลเหล่านั้นไว้ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่หลากหลาย ใช้วิธีการและเครื่องมือที่หลากหลายทั้งวิธีการในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เช่นการใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การจดบันทึก การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลควรครอบคลุมในด้านต่างๆ คือ ด้านกระบวนการทำงาน ด้านผลการปฏิบัติตามแผนงาน ด้านบริบท/สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องและด้านข้อจำกัดของการปฏิบัติ

#### 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection)

เป็นกระบวนการที่สำคัญมากที่ต้องการให้ทุกฝ่ายได้ร่วมกันวิเคราะห์ อภิปรายผลและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยนำข้อมูลต่างๆที่ได้มาร่วมกันสะท้อนระหว่างนักวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย โดยกระบวนการสะท้อนผลต้องเป็นการพิจารณาใคร่ครวญ ประเมินผลและวิพากษ์ตนเองอย่างลึกซึ้ง อาจใช้วิธีวิภาษวิธี (dialectical critique) ในการทำความเข้าใจระบบความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์กับบริบทของเหตุการณ์นั้น และความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ เงื่อนไขต่างๆที่ทำให้เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น การสะท้อนการปฏิบัติต้องทำทั้งในระหว่างการปฏิบัติ และเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติโดยอาจใช้เทคนิคต่างๆเข้ามาช่วย เช่นการถอดบทเรียน การประเมินเสริมพลัง การสะท้อนการปฏิบัติควรครอบคลุมในเรื่องของสะท้อนถึงบรรยากาศ/สภาพการณ์/ข้อค้นพบที่เกิดขึ้น สะท้อนในลักษณะการประเมิน วิพากษ์สิ่งที่ได้ดำเนินการข้อค้นพบ สะท้อนในลักษณะการให้คำอธิบายถึงข้อค้นพบ สะท้อนในการค้นหาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติต่อไปเป็นการนำผลที่ค้นพบไปประยุกต์ใช้ ผลของการสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันจะทำให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

#### บทบาทของนักวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วรรณดี สุทธิสารกร (2556) กล่าวว่านักวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอาจมีหลายบทบาท เปลี่ยนไปตามสถานการณ์ เช่น การเป็นนักวางแผน (The Planner) เมื่อต้องนำผลจากการวิเคราะห์ปัญหาสู่การวางแผน การเป็นตัวกระตุ้น (Catalyzer) การกระตุ้นทำให้เกิดการคิดหรือแรงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีกว่า โดยไม่ใช้ความคิดของตนเองเป็นหลัก ถือเป็นหัวใจของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ตลอดเวลาในวงจรการวิจัย ทั้งการสำรวจปัญหา เพื่อนำสู่การวางแผน การนำแผนสู่การปฏิบัติ การตรวจสอบผลการปฏิบัติ การเป็นครูผู้สอน (Teacher) หรือผู้ให้การศึกษา (Educator) ตลอดกระบวนการเรียนรู้ การเป็นนักออกแบบ (Designer) เมื่อต้องออกแบบเกลียวหรือวงจรของการวิจัย ซึ่งสะท้อนถึงขั้นตอนต่างๆของปฏิบัติการวิจัย รวมทั้งการออกแบบเครื่องมือเพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง การเป็นผู้ฟังที่ดี (Listener) ในหลายๆสถานการณ์ของการสำรวจปัญหา การสะท้อนผลจากการปฏิบัติ ต้องการการฟังที่ดี ขณะที่หลายๆคนพูดสะท้อนปัญหา นักวิจัยต้องทำหน้าที่เป็นผู้ฟังที่ดีเพื่อเข้าถึงปัญหาหรือสภาพการณ์ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการแก้ไขปัญหาและสร้างการเปลี่ยนแปลง การเป็นนักสังเกต (Observer) เพื่อพิจารณาปัญหาและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งอยู่ในบริบทของภาษาคำพูด การกระทำ และสภาพการณ์ ทั้งยังช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในอีกทางหนึ่ง การเป็นนักสังเคราะห์ข้อมูล (Synthesizer) เนื่องจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลมีความสำคัญต่อการแสดงถึงการกระชับข้อมูลให้กลายเป็นความรู้ที่ชัดเจน และความรู้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง การเป็นผู้รายงานผลการวิจัย (Reporter) แต่ละขั้นตอนของการวิจัย

จำเป็นต้องมีการรายงานผลที่กระชับ ชัด เพื่อให้เห็นผลจากการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง นักวิจัยมีหน้าที่บันทึกเรื่องราวและเขียนรายงานตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการวิจัย

### **ประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม**

จุฑาทิพย์ พิทักษ์ (2555) กล่าวถึงประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

1) การเข้าใจปัญหาในสังคมได้ถูกต้องตามสภาพความเป็นจริง เพราะเป็นกิจกรรมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในสังคมซึ่งมีความรู้ความเข้าใจในบริบทอย่างชัดเจน ประกอบกับมีการทบทวนความหมายจากคนในทุกกลุ่มทุกระดับ

2) ทำให้คนในสังคมได้รับโอกาสในการเรียนรู้และสร้างความรู้เกี่ยวกับตนเองหรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของตน จากการวิจัยและตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ที่พวกเขาได้สร้างขึ้น

3) ช่วยให้ผู้คนทุกกลุ่มทุกระดับในสังคม ได้มีโอกาสหันหน้าเข้าหากันและร่วมมือกันทำงาน เพื่อให้สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

4) ช่วยให้ผู้คนเกิดการค้นพบหรือตระหนักในศักยภาพที่ตนมีอยู่ โดยเฉพาะกลุ่มที่ด้อยโอกาสหรือถูกเอารัดเอาเปรียบจากสภาพโครงสร้างทางสังคมที่จะมีโอกาสแสดงบทบาทของตนออกมา ซึ่งจะนำไปสู่ความมั่นใจในสภาพชีวิตและสถานภาพที่ดีขึ้น

5) ช่วยให้ผู้คนเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนเพราะความรู้และตระหนักในปัญหาสังคมเกิดจากการค้นพบโดยกลุ่มคนในสังคมเองทำให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดมีความเข้าใจปัญหาต่างๆอย่างถ่องแท้

### **เทคนิคและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม**

ในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีเทคนิคหรือเครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัยหลายเทคนิคที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องเช่นเดียวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยควรพิจารณาเลือกใช้ตามความเหมาะสมของสภาพปัญหาและบริบทของชุมชน วรณดี สุทธิธรรมากร (2556) กล่าวว่าเทคนิคและเครื่องมือที่นักวิจัยสามารถนำมาใช้ในกระบวนการวิจัย ได้แก่ การตั้งคำถาม (dialogue) การสนทนากลุ่ม (focus group) การสัมภาษณ์ (interview) การสังเกต (observation) และการใช้แบบสอบถาม (questionnaire) โดยนักวิจัยส่วนใหญ่นิยมใช้เครื่องมือของการวิจัยเชิงคุณภาพมากกว่าเครื่องมือของการวิจัยเชิงปริมาณ เพราะเครื่องมือของการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถช่วยให้ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มได้อย่างลุ่มลึกมากกว่า และไม่มีข้อห้ามในการใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยหลายคนนำมาใช้เป็นตัวเสริมในกระบวนการวิจัย หรือใช้ในการศึกษาเพื่อเปิดประเด็นการทำงาน ภายหลังการศึกษาปัญหาจากสภาพจริง ผู้วิจัยอาจใช้วิธีการสะท้อนผลการศึกษากลุ่มเพื่อสร้างความเข้าใจในปัญหาร่วมกัน เทคนิคที่นำมาใช้สามารถทำได้หลายวิธีการ เช่น การจัดเวทีชุมชน การประชุมกลุ่ม เป็นต้น เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนของการกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาอาจดำเนินการในรูปของการสร้างโครงการหรือกิจกรรม หรือจัดทำแผนปรับปรุงหรือพัฒนา บางกรณีหาก



เป็นการแก้ไขปัญหาระยะยาว อาจอยู่ในรูปแผนกลยุทธ์ ซึ่งนักวิจัยควรเรียนรู้เพื่อใช้ให้เหมาะกับสภาพจริงที่เป็นปัญหา

วรรณดี สุทธินรากร (2556) ได้นำเสนอเครื่องมือและเทคนิคต่างๆ ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) เครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ เทคนิคการตั้งคำถาม บันทึกภาคสนาม แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่ม แบบสังเกต เวทีชุมชน การประชุมกลุ่ม การระดมพลังสมอง

2) เครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบสังเกตเชิงปริมาณมีลักษณะเลือกตอบ หรือให้น้ำหนักคะแนน

3) เทคนิคในการทำแผน ได้แก่ เทคนิคการวางแผนโครงการโดยเน้นวัตถุประสงค์ (ZOO) เพื่อแก้ปัญหาระยะสั้น เทคนิคการวิเคราะห์ SWOT เพื่อทำแผนเชิงกลยุทธ์ซึ่งเหมาะกับการแก้ปัญหาระยะยาว และเทคนิคการทำแผนแบบมีส่วนร่วมด้วยวิธีการ A-I-C ซึ่งเหมาะสำหรับสร้างกระบวนการความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ของคนในกลุ่มและในองค์กร ผู้วิจัยนำเทคนิคการทำแผนแบบมีส่วนร่วมด้วยวิธีการ A-I-C มาดัดแปลงเพื่อใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้

#### **เทคนิคการทำแผนแบบมีส่วนร่วมเอไอซี (A-I-C)**

A-I-C ย่อมาจาก Appreciation- Influence-Control พัฒนาโดย William E. Smith และ Turid Sato แห่งสถาบัน ODII (Organizing for Development, An International Institute) ตั้งขึ้นในปี 1988 จากการศึกษา พบว่าเทคนิคเอไอซีเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับพื้นฐานสังคมไทย เพราะสอดคล้องกับค่านิยมของไทยและมีพื้นฐานมาจากวัฒนธรรมของคนในเอเชีย ชุมชนและหน่วยงานได้นำเทคนิคเอไอซีมาใช้ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูล และประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่าง เป็นประชาธิปไตยและให้บุคคลในหน่วยงานเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาโดยมีแนวคิดพื้นฐานว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในชุมชน มีพลังงานและพลังปัญญาในการที่จะเอาชนะปัญหา อุปสรรค และสร้างสรรค์ชีวิตให้ดีกว่าได้ แต่พลังงานที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวอาจถูกนำมาใช้ในเชิงลบจนกลายเป็นพลังงานที่ใช้ทำลาย เอาเปรียบและมุ่งเอาชนะ แต่ถ้าถูกนำมาใช้ในเชิงบวก ก็จะกลายเป็นพลังงานที่ใช้ในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาจำเป็นต้องมีการจัดการและระดมพลังงานให้กลายเป็นพลังสร้างสรรค์ เทคนิคเอไอซีให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม วิธีการและกระบวนการคิด การตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การวางแผน การวางโครงการ การดำเนินงาน การติดตามและการประเมินผล อันจะก่อให้เกิดความยั่งยืนของโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ Smith (2004, อ้างถึงใน ชาณิการ์ เอิบอาบ, 2554) ได้เสนอว่า เอไอซีประกอบด้วยสนามพลังซ้อนกัน 3 ระดับ ได้แก่ 1) สนามพลัง “ควบคุม” (Control Power Field) เป็นสนามพลังที่ตัวเราสามารถควบคุมจัดการสิ่งต่างๆได้ เนื่องจากเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับตัวเราเอง 2) สนามพลัง “กระทบ” (Influence Power Field) เป็นการส่งพลังไปกระทบผู้อื่น โดยที่ผู้อื่นจะไม่อยู่

ภายใต้การควบคุมของเรา และสามารถส่งพลังกระทบให้แก่ตัวเองได้เช่นเดียวกัน และ 3) สนามพลัง “เข้าใจ” (Appreciation Power Field) เป็นการที่ตัวเราสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับองค์รวม ซึ่งยิ่งใหญ่มากกว่าตัวเรามาก และเราไม่สามารถควบคุมหรือแม้แต่กระทบได้ สนามพลังทั้ง 3 ระดับที่ซ้อนกัน รวมกันเป็นสนามพลังเอไอซี (A-I-C Power Field ) ซึ่งมีศักยภาพสามารถนำมาใช้เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมในองค์กร สังคมและชุมชนได้เต็มที่ ประเวศ วะสี (2552) ได้กล่าวถึงเอไอซีว่า บุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความคิด ความเข้าใจกันคนละทิศทาง มุ่งหมายและปฏิบัติกันไปคนละอย่าง แต่ผลที่เกิดขึ้นกระทบและมีอิทธิพลต่อกัน (influence) หากไม่มีการควบคุม (control) จะเกิดความไม่พอใจและไม่เห็นคุณค่า (appreciation) หลักการสำคัญคือการสร้างกระบวนการความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ของคน กลุ่มคนในสังคมนั้นให้มีทิศทางไปในแนวทางเดียวกัน

โดยสรุปเทคนิคเอไอซีเป็นกระบวนการที่ใช้การระดมพลังและความคิดสร้างสรรค์ของสมาชิกกลุ่ม เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์อย่างเป็นขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกันอย่างประชาธิปไตย ทำให้เข้าใจสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการ สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงตามสภาพที่เป็นจริง

### ความหมายของเอไอซี

ประเวศ วะสี (2552) ได้ให้ความหมายของเอไอซีในลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนี้

A (Appreciation) หมายถึง การรับรู้ การเห็นคุณค่า การทำให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มทุกคนยอมรับความคิดเห็นและชื่นชมผู้อื่น โดยไม่รู้สึกรังหรือแสดงอาการต่อต้านหรือวิพากษ์วิจารณ์เชิงลบในความคิดเห็นของผู้อื่น เน้นการแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียม เปิดโอกาสทุกคนมีโอกาสให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง เหตุผล ความรู้สึก และการแสดงออกตามความเป็นจริง ทำให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกที่ดี เกิดพลังและประชาธิปไตยร่วมกัน

I (Influence) หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ที่ส่งผลกระทบ การใช้ประสบการณ์ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่ มาช่วยกันกำหนดวิธีการ ยุทธศาสตร์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน สมาชิกในกลุ่มจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการถกเถียงกันด้วยเหตุผลทั้งในประเด็นที่เห็นด้วยและขัดแย้ง เมื่อทุกคนได้แสดงความคิดเห็นแล้ว นำวิธีการที่นำเสนอทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ จนได้วิธีการที่กลุ่มเห็นด้วยร่วม

C (Control) หมายถึง การจัดการควบคุม โดยการนำวิธีการสำคัญมากำหนดแผนปฏิบัติหรือแผนการดำเนินงานโดยละเอียดว่าจะทำอะไร อย่างไร งบประมาณเท่าไร ใครคือผู้รับผิดชอบ ให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มเลือกว่าตนเองสามารถรับผิดชอบในเรื่องหนึ่งเรื่องใดด้วยความสมัครใจ ทำให้เกิดพันธะสัญญาและข้อผูกพันแก่ตนเองเพื่อควบคุมตนเองให้ปฏิบัติจนบรรลุตามเป้าหมายร่วมของกลุ่ม

## ขั้นตอนของเอไอซี

จากการศึกษา พบว่านักวิชาการได้พัฒนาแนวคิดเอไอซีไว้หลากหลายแนวทาง ตามบริบทที่นำไปใช้ (กฤตย์ตีวัฒน์ ฉัตรทอง, 2553; ชาณิการ์ เอ็บอาบ, 2554; ญัฐดนัย บุตรพลับ, 2555; ประชา สรรณ แสนภักดี, 2547) ซึ่งทั้งหมดล้วนมาจากแนวคิดหลักของ Smith (2000) ซึ่งกล่าวว่า A-I-C ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1) ขั้นซาบซึ่งคุณค่าหรือขั้นสร้างความประทับใจ (A = appreciation) คือการทำให้สมาชิกทุกคนแสดงความคิดเห็น รับฟัง การยอมรับและชื่นชมคนอื่น โดยไม่รู้สึกรังเกียจการต่อต้านหรือวิพากษ์วิจารณ์ ในกระบวนการนี้สมาชิกทุกคนมีโอกาสแสดงออกอย่างเท่าเทียมกัน ด้วยภาพข้อเขียน หรือคำพูด ที่คิดว่าสถานการณ์ปัจจุบันเป็นอย่างไร และทุกคนอยากเห็นความสำเร็จในอนาคตเป็นอย่างไร แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

A1: การวิเคราะห์สภาพการ/สถานการณ์ปัจจุบันเป็นอย่างไร

A2: การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการอย่างไร

โดยทั้งสองส่วนนี้จะทำให้ทุกคนได้มีโอกาสใช้ทั้งข้อเท็จจริง เหตุผลและความรู้สึก ตลอดจนการแสดงออกในลักษณะต่างๆ ตามความเป็นจริง เมื่อทุกคนได้แสดงออกโดยได้รับการยอมรับจากคนอื่น ๆ จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีความสุข มีความอบอุ่น และเกิดพลังขึ้นในระหว่างคนที่มาประชุมด้วยกัน ในช่วงของการแสดงออกของแต่ละคนอยากเห็นอนาคตเป็นอย่างไร เป็นการใช้จินตนาการที่ไม่ถูกจำกัดด้วยปัจจัย และสถานการณ์ต่างๆในปัจจุบัน ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ การมองภาพกว้าง และการคิดสิ่งแปลกใหม่ได้ดีกว่าการมองสภาพปัญหา หรืออุปสรรคขัดข้องในปัจจุบัน นั่นคือการใช้จินตนาการ ซึ่งจินตนาการดังกล่าวช่วยให้เกิดวิสัยทัศน์ได้ง่ายขึ้น และเมื่อวิสัยทัศน์ของแต่ละคนมารวมกันกลายเป็นวิสัยทัศน์ร่วมหรืออุดมการณ์ร่วม ซึ่งได้แก่สิ่งที่มุ่งปรารถนาาร่วมกัน

ขั้นที่ 2) ขั้นปฏิสัมพันธ์ หรือมีอิทธิพลระหว่างกัน (I = influence) คือขั้นตอนการหาวิธีและเสนอทางเลือกในการพัฒนา โดยการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่ ช่วยกันหามาตรการวิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

I1: การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมหรือโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กลุ่มตั้งเป้าหมายร่วมกัน

I2: การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ โดยเป็นกิจกรรมหรือโครงการที่กลุ่มต้องการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย

ขั้นที่ 3) ชั้นควบคุมหรือขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (C = control) คือยอมรับและทำงานร่วมกัน โดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆมาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ โดยขั้นตอนกิจกรรม ประกอบด้วย

C1: การแบ่งความรับผิดชอบ

C2: การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ

ในขั้นนี้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน จะเลือกเอาว่าสมัครใจเป็นผู้รับผิดชอบหลักเรื่องใด ใครจะให้ความช่วยเหลือส่วนไหน ใครจะเป็นผู้ร่วมคิดแผนปฏิบัติการข้อใด เป็นการกำหนดข้อผูกพัน (commitment) ให้ตนเอง เพื่อควบคุม (control) ให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุผลที่เป็นเป้าหมาย หรืออุดมการณ์ร่วมกันของกลุ่มในที่สุด

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเทคนิคเอไอซีมาปรับใช้เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ในการแก้ไขปัญหาและเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ

#### **งานวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม**

ณัฐนัย บุตรพลับ (2555) ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของครูและนักเรียนในการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในชั้นเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: การวิจัยกรณีศึกษา โดยดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ ระยะแรกใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ และระยะที่ 2 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษาของกลุ่มวัดสองครั้ง ผลการวิจัยพบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของครูและนักเรียน ใช้กระบวนการวิจัยแบบ PDCA 2 วงจร วงจรแรกระหว่างผู้วิจัยกับครู วงจรที่สองระหว่างครูกับนักเรียน มีการประยุกต์ใช้เทคนิคเอไอซีเพื่อเปิดโอกาสให้บุคคลที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ และค้นหาปัญหา เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้เกิดการพัฒนาได้มากขึ้น และจากการใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

พรรณราย ธนสัตย์สถิต (2553) ได้ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของครูผู้ปกครองและชุมชน ในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและส่งเสริมทักษะชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น วัดดูประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาและหาแนวทางในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียนโดยการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้ศึกษากระบวนการและผลของการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครองและชุมชนในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียน โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือติดเกม ทะเลาะวิวาท หนีเรียน ตีแม่เหล้า สูบบุหรี่ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และลักขโมย และจากการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้ 6 แนวทางในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและพัฒนาทักษะชีวิต ได้แก่ การสร้างความตระหนักในตนเอง การชี้ให้เห็นผลเสียของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การสร้างแบบอย่างที่ดี การอบรม

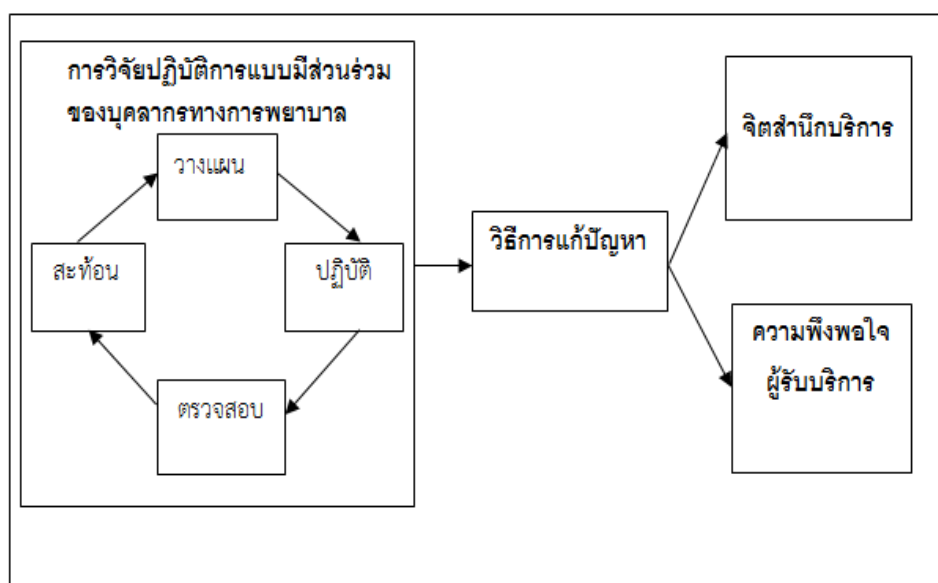
ชัดเกล้าจิตใจนักเรียน การดูแลจากคนรอบข้าง และการลดพฤติกรรมดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครองและชุมชนที่ใช้ เป็นแบบ PDCA มี 2 วงจรคือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับครู และระหว่างครูกับผู้ปกครอง ชุมชน โดยแต่ละฝ่ายแสดงบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง (3M) ได้แก่ บทบาทผู้ให้กำลังใจ บทบาทผู้ใส่ใจกำกับ และบทบาทผู้สนับสนุนส่งเสริม ผลจากการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในด้านพฤติกรรม นักเรียนมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลงกว่าก่อนการวิจัย และในด้านทักษะชีวิต นักเรียนกลุ่มทดลองมี ทักษะชีวิตสูงกว่าก่อนทำการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

เสาวนีย์ แสนคำ (2552) ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาทักษะการคิด อย่างมีวิจารณญาณของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 โดยดำเนินการวิจัยแบบ P-A-O-R ซ้ำ 2 รอบ โดย เป็นการปฏิบัติการร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้อง แยกเป็น 3 วงจร ระหว่างผู้วิจัยกับผู้บริหาร ครูและ ผู้ปกครอง, ผู้บริหารกับครูและผู้ปกครอง และ ครูกับครูและผู้ปกครอง ผลการวิจัยพบว่าบทบาทของ ผู้บริหาร ครู และผู้ปกครองในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมี วิจารณญาณของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 มี 3 บทบาท คือบทบาทการเป็นผู้ให้กำลังใจ บทบาท การเป็นผู้ใส่ใจกำกับ และบทบาทการเป็นผู้สนับสนุนส่งเสริม ซึ่งผู้บริหาร ครูและผู้ปกครองได้แสดง บทบาทการเป็นผู้สนับสนุนส่งเสริมมากที่สุด รองลงมาคือบทบาทการเป็นผู้ให้กำลังใจ และบทบาท การเป็นผู้ใส่ใจกำกับตามลำดับ และหลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นักเรียนประถมปีที่ 5 มี คะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงกว่าก่อนการทำวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

สุทิสภา ลิ้มสกุล (2550) ศึกษาการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนา ความสามารถที่ปรับเหมาะสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษในโรงเรียนที่มีการจัดการศึกษา แบบเรียนร่วม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างครูและผู้ปกครองในการ ร่วมกันหาแนวทางเพื่อส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ มี 2 วงจร คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับครูเพื่อสร้างความตระหนักให้กับครู และให้ครู ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับผู้ปกครองต่อไป ซึ่งผู้วิจัยจะคอยสังเกตและให้ข้อมูล ย้อนกลับกับครูเป็นระยะๆ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างครูกับผู้ปกครอง ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนและผู้ปกครองมีความพึงพอใจในการทำกิจกรรมที่ได้ดำเนินการส่งเสริม และหลังจากดำเนินการวิจัย นักเรียนมีพัฒนาการที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คือมีสมาธิ มีความ รับผิดชอบและอดทนต่อสิ่งที่ทำ มีความมั่นใจในตนเอง กล้าพูด กล้าแสดงออก และเห็นคุณค่าใน ตนเองมากขึ้น

## ตอนที่ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การจะแก้ไขพฤติกรรมบริการที่เป็นปัญหาในบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลนั้น แก้ไขได้โดยการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ โดยใช้แนวคิดการปลูกจิตสำนึก และการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล และการมีส่วนร่วมบุคลากรทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในการร่วมกันแก้ไขปัญหา (ณัฐดนัย บุตรพลับ, 2555; พรรณราย ธนสัตย์ สติธัย, 2553; เสาวนีย์ แสนคำ, 2552; สุพิศา ลิ้มสกุล, 2550) โดยใช้กระบวนการ PDCA 4 ขั้นตอน ได้แก่การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (do) การตรวจสอบ (check) ผลสะท้อนการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงแก้ไข (act) ซึ่งวงจรนี้ต้องทำลักษณะเดียวกันอย่างต่อเนื่อง อาจจะทำหลายๆรอบ (ทีศนา แคมมณี & นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2546) ร่วมกับบทบาทการมีส่วนร่วมและร่วมมือร่วมใจในการทำงาน ในการดำเนินกิจกรรมทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์ กำหนดเป้าหมายและตัดสินใจในกิจกรรมเพื่อได้วิธีการแก้ไขปัญหาและแนวทางการเสริมสร้างจิตบริการในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ดังแผนภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหา และเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล 2) วิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหาจิตสำนึกบริการพยาบาล ที่ได้จากการประยุกต์ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และ 3) วิเคราะห์ผลของวิธีการแก้ปัญหาที่มีต่อจิตสำนึกบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ระยะแรกใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อสำรวจสภาพปัญหาและระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล โดยใช้การสัมภาษณ์บุคลากรทางการพยาบาล การสังเกตพฤติกรรมบริการในขณะปฏิบัติงาน การสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ และข้อมูลจากเอกสารรายงานที่เกี่ยวข้อง ในระยะที่สอง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อได้วิธีการแก้ปัญหา และการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการในบุคลากรทางการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการ รายละเอียดดังนี้

#### **ระยะที่ 1 สำรวจสภาพปัญหาและระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล**

การวิจัยระยะนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาลในขณะให้บริการ และสภาพทั่วไปของบริบทที่ศึกษา ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ แบบสอบถามและข้อมูลเอกสาร เพื่อตอบคำถามวิจัย โดยผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการวิจัยระยะนี้ออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนการทดลอง 2) การประสานงานและการสำรวจสภาพจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล 3) การทดสอบก่อนการทดลอง

#### **ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาล**

การวิจัยในระยะที่ 2 ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการตามวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Action) โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการพิจารณาร่วมกันในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน เพื่อได้วิธีการแก้ปัญหา การเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ และวิเคราะห์ผลของการแก้ปัญหา โดยให้บุคลากรทางการพยาบาลได้มีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงขั้นสุดท้ายของกระบวนการวิจัย

## กรณีศึกษา

กรณีศึกษาเป็นโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในจังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกกรณีศึกษาดังนี้

1. เป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. บริบทของโรงพยาบาลเอื้อต่อการวิจัย โดยผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุนด้านการวิจัย และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายพร้อมให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย

## ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล รวมทั้งหมด 367 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 250 คน พยาบาลเทคนิค 7 คน และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 110 คน

ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงเป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน และพนักงานช่วยเหลือคนไข้จำนวน 9 คน รวมทั้งสิ้น 23 คน เหตุผลในการเลือกตัวอย่างกลุ่มนี้ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยเหลือคนไข้เป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่ให้บริการในโรงพยาบาล และเป็นกลุ่มบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการมากที่สุด และงานผู้ป่วยนอกเป็นหน่วยงานสำคัญซึ่งเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาล เป็นหน่วยงานที่มีผู้มารับบริการแออัด ผู้มารับบริการหมุนเวียนจำนวนมากในแต่ละวันเฉลี่ยวันละ 800 ราย ก่อให้เกิดความสับสนวุ่นวาย และเสี่ยงต่อการที่ผู้มารับบริการเกิดทัศนคติที่ไม่ดีและไม่พึงพอใจต่อการบริการได้ง่าย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลความพึงพอใจในกลุ่มผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก คำนวณจำนวนตัวอย่างจากการใช้โปรแกรม G\*Power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และให้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.25 ได้ตัวอย่างเท่ากับ 100 ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบดังนี้ คือจากตัวอย่าง 100 คน และจำนวนวันที่จะเก็บข้อมูลใช้ช่วงวันเวลาราชการใน 1 สัปดาห์ รวม 5 วัน ดังนั้นใน 1 วันจะเก็บตัวอย่าง โดยมีค่า interval  $100/5$  เท่ากับ 20 แสดงว่าเก็บข้อมูลแบบสอบถาม วันละ 20 ฉบับ วิธีเก็บโดยดูที่บัตรคิวแต่ละห้องตรวจแบ่งเป็น 5 ห้อง แจกแบบสอบถามโดยสุ่มหมายเลขตัวอย่างคนแรก และคนต่อไปบวกเพิ่มทีละ 15 เนื่องจากผู้มารับบริการแต่ละห้องตรวจ ประมาณ 60 คนต่อห้องตรวจ (ค่าอันตรภาคการได้ตัวอย่าง  $60/4$  เท่ากับ 15) จนได้แบบสอบถามครบห้องตรวจละ 4 ฉบับ รวม 20 ฉบับ/วัน



## ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ (independent variable) คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์

ตัวแปรตาม (dependent variable) คือ วิธีการแก้ไขปัญหา จิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 แบบ คือ แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม รายละเอียดดังนี้

### 1. แบบสังเกต มี 2 ฉบับ ดังนี้

#### 1.1 แบบสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์

แบบสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทั่วไปและพฤติกรรมแสดงออกหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามจุดบริการต่างๆในแผนกผู้ป่วยนอกในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์กำลังปฏิบัติงาน โดยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างแบบสังเกตจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาปรับเข้ากับบริบทของการศึกษารั้งนี้ จากนั้นนำแบบสังเกตที่ได้จัดทำขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตลอดจนสำนวนภาษาที่ใช้ และนำแบบสังเกตที่ได้มาปรับแก้ไขเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัย

#### 1.2 แบบสังเกตการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์

แบบสังเกตฉบับนี้ ใช้บันทึกข้อมูลจากการสังเกตขั้นตอนการทำวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในขณะที่เข้าประชุมกลุ่ม และภายนอกห้องประชุม ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างแบบสังเกตการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำแบบสังเกตที่ได้จัดทำขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตลอดจนสำนวนภาษาที่ใช้ และนำแบบสังเกตที่ได้รับมาปรับแก้ไขเพื่อให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

### 2. แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ ใช้สำหรับสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วยข้อคำถามชนิดปลายเปิด โดยเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและวิจัยเบื้องต้น เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ปัญหาที่พบในหน่วยงาน สาเหตุของปัญหา แนวโน้มและวิธีการแก้ไขปัญหาตามความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยศึกษาการสร้างแบบสัมภาษณ์จากเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำมาปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้

จัดทำขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตลอดจนสำนวนภาษาที่ใช้ และนำแบบสัมภาษณ์มาปรับแก้ไขข้อความสำหรับการสัมภาษณ์ให้ถูกต้องและเหมาะสม

### 3. แบบสอบถาม มี 2 ฉบับ ได้แก่

#### 3.1 แบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเก็บข้อมูลระดับการมีจิตสำนึกบริการในขณะปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ก่อนและหลังการวิจัย เพื่อตรวจสอบว่าระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นอย่างไรหลังการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สำหรับขั้นตอนการสร้างและการพัฒนาเครื่องมือฉบับนี้ ดังจะแสดงในรายละเอียดต่อไป

#### 3.2 แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ เพื่อสำรวจระดับความพึงพอใจและความคิดเห็นผู้รับบริการต่อการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลัง การทำวิจัย เพื่อตรวจสอบว่าระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นอย่างไรหลัง การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการ บริการพยาบาลของ นางลักษณ์ สุวิสิทธิ์ และสมจิตร หนูเจริญกุล (2554) มาปรับใช้ในการศึกษา รายละเอียดของเครื่องมือ ดังจะได้กล่าวต่อไป

### การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือ

#### 1) แบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น เก็บข้อมูลลักษณะการมีจิตสำนึกบริการในขณะปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ก่อน และหลังการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ จิตสำนึกบริการ จำนวน 24 ข้อ วัดตามนิยามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ใน 4 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ ได้แก่ 1) จิตสำนึกด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม 2) จิตสำนึกด้าน ความสามารถในการให้บริการ 3) จิตสำนึกด้านการตอบสนองการให้บริการ และ 4) จิตสำนึกด้าน การเสริมสร้างการบริการ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากนั้นนำแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 2 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทางด้าน จิตวิทยา จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แล้ววิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

### ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาแบบสอบถามเพื่อวัดระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1. สร้างตารางโครงสร้างแบบสอบถามวัดจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์การพยาบาล
2. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์จิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์การพยาบาล และการสร้างเครื่องมือวัด
3. นิยามความหมายและองค์ประกอบจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์การพยาบาล รายละเอียด มีดังนี้

**จิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์การพยาบาล** หมายถึง สภาวะทางจิตใจที่บุคลากรทางการแพทย์การพยาบาลแสดงถึงการรับรู้ การตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องของการบริการทางการแพทย์การพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึก ความเข้าใจและความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ ที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

**1) จิตสำนึกด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม** หมายถึง การรับรู้ การตระหนักถึงความสำคัญ หรือการแสดงพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์การพยาบาลที่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นโดยยอมรับฟังความคิดเห็น เสนอตัวเข้าช่วยเหลือ เต็มใจเรียนรู้จากผู้อื่น ร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อให้บรรลุจุดหมายเดียวกันในการให้บริการ เมื่อบุคลากรทางการแพทย์การพยาบาลขาดจิตสำนึกในด้านนี้ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการบริการ ขาดความต่อเนื่องและขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมในด้านนี้ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหน่วยงาน การร่วมมือร่วมแรงใจกันการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การเสนอตัวเข้าช่วยเหลือเมื่อเพื่อนร่วมงานมีภาระงานมากโดยไม่ต้องร้องขอ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น

**2) จิตสำนึกด้านความสามารถในการให้บริการ** หมายถึง การรับรู้ การตระหนักถึงความสำคัญ หรือการแสดงพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์การพยาบาลที่มีความตั้งใจ สนใจใฝ่รู้ พัฒนาความรู้ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้การบริการเป็นผลสำเร็จ สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ รวมถึงไหวพริบ ปฏิภาณ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์เฉพาะหน้า บุคลากรทางการแพทย์การพยาบาลที่มีจิตสำนึกในด้านนี้ จะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมในขณะปฏิบัติงาน ได้แก่ การมีความรู้ความสามารถเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน การให้บริการที่เป็นไปตามที่ผู้รับบริการคาดหวัง การมีการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือข้อร้องเรียน การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหรือปรับปรุงการให้บริการเมื่อได้รับข้อเสนอนี้ การฝึกอบรม/ศึกษาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนทักษะในงาน และความสามารถใช้เทคโนโลยีใหม่ๆในการปฏิบัติงาน

3) **จิตสำนึกด้านการตอบสนองการให้บริการ** หมายถึง การรับรู้ การตระหนักถึงความสำคัญ หรือการแสดงพฤติกรรมของบุคลากรทางการพยาบาลที่เหมาะสมเป็นที่น่าพึงพอใจ โดยคำนึงถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์ การเคารพในความเป็นบุคคล และการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ การแสดงพฤติกรรมในด้านนี้ ได้แก่ ความรวดเร็วในการให้บริการ การพูดจาสุภาพ ไพเราะ เหมาะสมต่อกาลเทศะ มีความเต็มใจ กระตือรือร้นในการให้บริการ การแสดงความห่วงใย มีความเอื้ออาทรเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อผู้รับบริการ มีความมั่นคงทางอารมณ์เมื่อมีภาวะกดดัน สามารถควบคุมอารมณ์ มีความอดทน อดกลั้น การให้ความสำคัญ การให้เกียรติผู้รับบริการด้วยความเท่าเทียมกัน มีการเก็บรักษาข้อมูลความลับของผู้รับบริการ

4) **จิตสำนึกด้านการเสริมสร้างการบริการ** หมายถึง การรับรู้ การตระหนักถึงความสำคัญ หรือการแสดงพฤติกรรมของบุคลากรทางการพยาบาลในการให้บริการที่เกินความคาดหวังของผู้รับบริการ การแสดงพฤติกรรมในด้านนี้ ได้แก่ การเอาใจใส่ในปัญหา การเห็นอกเห็นใจ การเสนอตัวเข้าช่วยเหลือ โดยผู้รับบริการไม่ได้ร้องขอ และการมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เสนอแนวทางอื่นที่ดีและรวดเร็วกว่าหากไม่สามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ การให้การบริการที่มากกว่าการบริการตามหน้าที่ประจำ

4. กำหนดรูปแบบและโครงสร้างเครื่องมือวิจัยตามนิยามและองค์ประกอบของจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล เป็นลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวกทั้งหมด จำนวน 24 ข้อ โดยแบ่งองค์ประกอบออกเป็น 4 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 3.1

**ตารางที่ 3.1** ตารางแสดงองค์ประกอบรายด้านของจิตสำนึกบริการ

องค์ประกอบ	น้ำหนัก	จำนวนข้อ
1. ความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม	25	6
2. ความสามารถในการให้บริการ	25	6
3. การตอบสนองการให้บริการ	25	6
4. การเสริมสร้างการบริการ	25	6
รวม	100	24

### เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนแบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

ผู้วิจัยใช้ชื่อว่า “แบบสอบถามการปฏิบัติงานทางการแพทย์พยาบาล” เมื่อนำแบบสอบถามไปให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลตอบ เพื่อไม่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกต่อคำว่า “จิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล” ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

#### ข้อความมีความหมายเชิงบวก

มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
น้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน

#### เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ย

4.50 – 5.00	หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีระดับจิตสำนึกบริการสูง
3.50 – 4.49	หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีระดับจิตสำนึกบริการค่อนข้างสูง
2.50 – 3.49	หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีระดับจิตสำนึกบริการปานกลาง
1.50 – 2.49	หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีระดับจิตสำนึกบริการค่อนข้างน้อย
1.00 – 1.49	หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีระดับจิตสำนึกบริการน้อย

#### 5. วิพากษ์และปรับแก้ข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

6. ตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถาม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์พิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้ 1) ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านต้องสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาโทหรือปริญญาตรี 2) เป็นอาจารย์ระดับอุดมศึกษาในสาขาการวิจัยทางการศึกษา การวัดและประเมินผล จำนวน 2 ท่าน 3) เป็นอาจารย์ระดับอุดมศึกษาในด้านจิตวิทยาหรือพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบในแต่ละข้อคำถามว่าวัดได้ตรงกับลักษณะจิตสำนึกบริการหรือไม่ นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) และเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ .50

ผลการตรวจสอบความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อแบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 จำนวน 9 ข้อ ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.8 จำนวน 6 ข้อ และค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.6 จำนวน 8 ข้อ โดยมี 1 ข้อ ที่ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.4 ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของ

ผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และส่งกลับผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบซ้ำหลังการปรับข้อคำถาม ก่อนนำมาใช้

7. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับตัวอย่าง 4-5 คนเพื่อปรับภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง จำนวน 37 คน ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ผลจากการวิเคราะห์คุณภาพของแบบสอบถาม พบว่าแบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85

8. จัดพิมพ์เป็นแบบสอบถามลักษณะจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ฉบับที่สมบูรณ์พร้อมใช้ในการวิจัย

## 2) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ เพื่อสำรวจความพึงพอใจและความคิดเห็นผู้รับบริการต่อการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลของนางลักษณ์ สุวิสิทธิ์ และสมจิตร หนูเจริญกุล (2554) มาปรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากความพึงพอใจน้อยที่สุด (1) จนถึงความพึงพอใจมากที่สุด (5) ซึ่งมีคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ความห่วงใยเอื้ออาทร การเข้าถึงการบริการ และความสามารถเชิงวิชาชีพ ตัวอย่างที่ใช้ในแบบสอบถามชุดนี้ มีความคล้ายคลึงกับบริบทของตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามชุดนี้ไปทดลองใช้กับตัวอย่างผู้รับบริการในโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง จำนวน 60 คน ผลจากการวิเคราะห์คุณภาพของแบบสอบถาม พบว่าแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการ มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0.88 - 0.92 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .96 ซึ่งได้ค่าที่ใกล้เคียงและสอดคล้องกันกับของเดิม ค่าความเที่ยงเมื่อแยกองค์ประกอบออกเป็นรายด้าน ดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ตารางแสดงองค์ประกอบรายด้านของความพึงพอใจผู้รับบริการ

องค์ประกอบความพึงพอใจผู้รับบริการ	ค่าความเที่ยง
1. ความห่วงใยเอื้ออาทร	0.88
2. การเข้าถึงการบริการ	0.92
3. ความสามารถเชิงวิชาชีพ	0.89
<b>ทั้งฉบับ</b>	<b>0.96</b>

### เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ย

4.50 – 5.00	หมายถึง ความพึงพอใจผู้รับบริการอยู่ในระดับสูง
3.50 – 4.49	หมายถึง ความพึงพอใจผู้รับบริการอยู่ในระดับค่อนข้างสูง
2.50 – 3.49	หมายถึง ความพึงพอใจผู้รับบริการอยู่ในระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	หมายถึง ความพึงพอใจผู้รับบริการอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย
1.00 – 1.49	หมายถึง ความพึงพอใจผู้รับบริการอยู่ในระดับน้อย

ผู้วิจัยสรุปรายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและตรงตามวัตถุประสงค์ โดยมีรายละเอียด ตามตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 สรุปเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	วัตถุประสงค์	ระยะเวลาการใช้
1. แบบสังเกต 1.1 แบบสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล 1.2 แบบสังเกตการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาล	-เก็บข้อมูลสภาพทั่วไป และการแสดงออกด้านพฤติกรรมในขณะปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล -เก็บข้อมูลตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	-ก่อน ระหว่าง และหลัง การดำเนินการวิจัย -ระหว่างการดำเนินการวิจัย
2. แบบสัมภาษณ์บุคลากรทางการพยาบาล	เก็บข้อมูลสภาพปัญหา ความคิดเห็นด้านการปฏิบัติงานและการแสดงออกด้านพฤติกรรมในขณะปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในหน่วยงาน	ก่อน ระหว่าง และหลัง การดำเนินการวิจัย
3. แบบสอบถาม 3.1แบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล 3.2แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ	-เก็บข้อมูลระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล -เก็บข้อมูลระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก	-ก่อน และ หลัง การดำเนินการวิจัย -ก่อน และ หลัง การดำเนินการวิจัย

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) เพื่อขออนุญาตใช้โรงพยาบาลเป็นสนามวิจัย มีรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจสภาพทั่วไป บริบทและตัวอย่างที่ศึกษา โดยวิธีการสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ การสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ การสอบถามความคิดเห็นของผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก และศึกษาจากข้อมูลเอกสารของโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) รวบรวมเป็นข้อมูลพื้นฐานในระยะที่ 1 โดยรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสังเกต และการสัมภาษณ์ มีดังนี้

1.1 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) ในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัย ผู้วิจัยบันทึกการสังเกต เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ตั้งแต่ วันจันทร์ที่ 21 ถึงวันศุกร์ที่ 25 กรกฎาคม และ วันจันทร์ที่ 28 กรกฎาคม ถึงวันศุกร์ที่ 1 สิงหาคม 2557 ทุกวันราชการ รวม 10 ครั้ง ในแต่ละครั้งจะหมุนเวียนไปตามจุดบริการต่างๆในแผนกผู้ป่วยนอก ต่างสถานที่และต่างเวลากัน โดยรายละเอียดของแบบสังเกต ประกอบด้วย 1) ข้อมูลสถานที่สังเกต และวันเวลาที่สังเกต 2) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต โดยผู้วิจัยทำการสังเกตและบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตามสภาพจริง บรรยายลักษณะและพฤติกรรมในขณะปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่สังเกตได้ เมื่อเริ่มดำเนินการกิจกรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ซ้ำในระหว่างทำการวิจัย และหลังการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อตรวจสอบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีพฤติกรรมบริการในขณะปฏิบัติงานดีขึ้นหรือไม่อย่างไร

1.2 การสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์แบบไม่เป็นทางการ (informal interview) เกี่ยวกับสภาพปัจจุบันในขณะปฏิบัติงาน ความคิดเห็นด้านการแสดงพฤติกรรมในขณะให้บริการปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน โดยในแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูล ได้แก่ 1) ส่วนนำ เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ วันเวลาที่สัมภาษณ์ 2) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ โดยการจดบันทึกข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ รวมถึงบันทึกเทปประกอบการสัมภาษณ์ โดยใช้แนวคำถามในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามชนิดปลายเปิด มีการติดตามผลเป็นระยะ ทั้งก่อนการวิจัย ขณะทำวิจัยและหลังการวิจัย เพื่อตรวจสอบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ช่วยแก้ไขปัญหาและเสริมสร้างจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่ อย่างไร



2. จากข้อมูลพื้นฐานในระยะเวลาที่ 1 นำมาเป็นข้อมูลในการดำเนินการวิจัยในระยะเวลาที่ 2 โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ทุกคน โดยใช้ระยะเวลาดำเนินงาน เริ่มตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2557 จนถึงเดือน กันยายน 2557 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 2 เดือน ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อบันทึกข้อมูลจากการสังเกตการณ์ดำเนินงานตามขั้นตอน PDCA ได้ถูกต้องหรือไม่ เหมาะสมอย่างไร โดยผู้วิจัยทำการสังเกตและบันทึกผลการสังเกต ทุก 2 สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง โดยในแบบบันทึกการสังเกต ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่ 1) ส่วนนำ เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่ถูกสังเกต สถานที่สังเกต ผู้สังเกต และวันเวลาที่สังเกต 2) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตามสภาพจริง โดยบรรยายถึงกระบวนการปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์มีขั้นตอนถูกต้อง เหมาะสมอย่างไร 3) ความคิดเห็นของผู้วิจัยที่มีต่อสิ่งที่สังเกตจากสภาพความเป็นจริง และ 4) ข้อเสนอแนะของผู้วิจัยที่จะนำข้อมูลป้อนกลับไปยังกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ กิจกรรมที่กลุ่มกำหนดขึ้นร่วมกันช่วยแก้ไขปัญหาและสร้างเสริมจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่ อย่างไร

3. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และการสัมภาษณ์ ดำเนินการติดตามผลเป็นระยะระหว่างการวิจัยและหลังการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลไปพร้อมกันกับการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำข้อมูลมาสนับสนุนและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่า บุคลากรทางการแพทย์สามารถดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน PDCA ได้หรือไม่ วิธีการแก้ปัญหา และแนวทางการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างไร

4. เก็บข้อมูลจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ตัวอย่างก่อนและหลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ด้วยแบบสอบถามการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5. เก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) ก่อนและหลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ของ นางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิตร หนูเจริญกุล (2554)

### **ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

**ในระยะเวลาที่ 1** ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อสำรวจสภาพปัญหาและระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในระบายนี้ออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนการวิจัย 2) การประสานงานและสำรวจสภาพทั่วไปของกรณีศึกษาและตัวอย่างก่อนการวิจัย และ 3) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

### 1) การเตรียมความพร้อมก่อนการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตสำนึกบริการในบุคลากรทางการแพทย์ ทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ แนวคิดการมีส่วนร่วม ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ศึกษากระบวนการ PDCA ได้แก่ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (do) การตรวจสอบ (check) การสะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงแก้ไข (act) และ การใช้เทคนิคเอไอซี เพื่อนำข้อมูลที่ศึกษาไปปรับใช้ในกระบวนการดำเนินการวิจัย โดยมุ่งเน้นวิธีการแก้ปัญหาและการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินการวิจัย ในช่วงเดือน มีนาคม-มิถุนายน 2557

### 2) การประสานงานและสำรวจสภาพทั่วไปของกรณีศึกษาและตัวอย่างก่อนการวิจัย

ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยในครั้งนี้ ประสานงานหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก จากนั้นศึกษาบริบทและสภาพทั่วไปของโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) ที่ใช้เป็นสนามวิจัย ศึกษาจากเอกสารรายงานที่เกี่ยวข้อง สังเกตการปฏิบัติงานและสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นก่อนการวิจัย ดังตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 การประสานงานและสำรวจสภาพทั่วไปของกรณีศึกษาและตัวอย่างก่อนการวิจัย

ระยะเวลา ดำเนินการ	กิจกรรม	ผู้เกี่ยวข้อง	การดำเนินการ
สัปดาห์ที่ 1 เดือน กรกฎาคม 2557	1. การประสานงานกับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จิตบริการ	-ผู้วิจัย -ผู้ อำนวยการ โรงพยาบาลจิต บริการ	ผู้วิจัยเข้าติดต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตบริการเพื่อขอ อนุญาตในการดำเนินการทำวิจัย ในโรงพยาบาล และขออนุญาต เข้าถึงข้อมูลเอกสารรายงานที่ เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบข้อมูล ในการวิจัย
สัปดาห์ที่ 2 เดือน กรกฎาคม 2557	1. การประสานงานกับ หัวหน้ากลุ่มงานการ พยาบาล โรงพยาบาลจิต บริการและหัวหน้าแผนก ผู้ป่วยนอก	-ผู้วิจัย -หัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาล -หัวหน้าแผนก ผู้ป่วยนอก	ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้า กลุ่มงานการพยาบาล และ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตบริการ เพื่อขอ อนุญาตในการดำเนินการทำวิจัย ในกลุ่มบุคลากรทางการ พยาบาลและในหน่วยงานผู้ป่วย นอก
สัปดาห์ที่ 3-4 เดือน กรกฎาคม 2557	3. การสังเกตการ ปฏิบัติงาน และการ สัมภาษณ์บุคลากร ทางการพยาบาลแผนก ผู้ป่วยนอก	-ผู้วิจัย -บุคลากรทางการ พยาบาลแผนก ผู้ป่วยนอก	ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติงาน และ สัมภาษณ์บุคลากรทางการ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ในขณะปฏิบัติงาน ตั้งแต่เวลา 8.00 น.-16.00 น.

### 3) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล (แบบสอบถามการปฏิบัติงานทางการพยาบาล) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการวัดระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาลก่อนการวิจัย โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง ในจันทร์วันที่ 28 กรกฎาคม 2557 แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน และเก็บแบบสอบถามแล้วเสร็จภายใน 1 สัปดาห์ และใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการของนางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิตร หนูเจริญกุล (2554) ใน

การวัดความพึงพอใจผู้รับบริการก่อนการวิจัย ในวันจันทร์ที่ 28 กรกฎาคม 2557-ศุกร์ที่ 1 สิงหาคม 2557 รวมระยะเวลา 1 สัปดาห์

**ในระยะที่ 2** ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล เพื่อได้วิธีการแก้ปัญหา เกิดการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการและความพึงพอใจผู้รับบริการ ซึ่งดำเนินการตามหลัก PDCA โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในระยะนี้ ออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล 2) การเก็บข้อมูลหลังการวิจัย รายละเอียดมีดังนี้

### 1) การดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ ออกเป็น 2 วงจร คือ 1.1) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล และ 1.2) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล รายละเอียด มีดังนี้

#### 1.1) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

วงจรมุ่งผู้วิจัยได้นัดหมายบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกทุกคน ประกอบด้วยหัวหน้าหน่วยงาน พยาบาลวิชาชีพ และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ รวม 23 คน โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการทำวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้บุคลากรเกิดความเข้าใจ และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จากนั้นผู้วิจัยให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลร่วมมือกันดำเนินการวิจัย ทั้งเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยติดตามผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล รวม 4 ครั้ง ได้แก่ครั้งที่ 1) สัปดาห์ที่ 3 ของเดือนสิงหาคม 2557 ครั้งที่ 2) สัปดาห์ที่ 1 ของเดือนกันยายน 2557 ครั้งที่ 3) สัปดาห์ที่ 3 ของเดือนกันยายน 2557 และครั้งที่ 4) สัปดาห์ที่ 4 ของเดือนกันยายน 2557 เพื่อดูว่าบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลสามารถดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้หรือไม่ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2557 ถึง เดือนกันยายน 2557 โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังตารางที่ 3.5

#### 1.2) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

วงจรมุ่งเป็นวงจรมุ่งที่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลนำความรู้ที่ได้รับจากผู้วิจัยไปดำเนินการวิจัยต่อในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเอง เมื่อกลุ่มร่วมวางแผนแก้ปัญหาที่เป็นสิ่งที่กังวลใจร่วมกัน เริ่มจากการสะท้อนผลตามแนวคิดของ Seymour-Rolls & Hughes (2000) และกลุ่มใช้การวิพากษ์วิจารณ์ประเด็นปัญหา ตามแนวคิดของ Freire โดยผ่านทางคำพูด เพื่อปลูกจิตสำนึกให้บุคคลตระหนักและสร้างการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เอไอซีซี ในการประชุมกลุ่ม เพื่อบุคลากรเข้าใจสถานการณ์ สภาพที่แท้จริง ร่วมกันคาดหวังสภาพการณ์ในอนาคต ร่วมกันหาวิธี กิจกรรมหรือโครงการในการแก้ปัญหาและการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ จากนั้นบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลร่วมกันดำเนินการตามขั้นตอน PDCA แล้วตรวจสอบความถูกต้อง

ของการดำเนินงานเมื่อดำเนินการไปได้ระยะเวลาหนึ่ง จากนั้นบุคลากรร่วมกันสะท้อนผลการปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจากปัญหาที่ยังคงมีอยู่หรือไม่ การแก้ไขเป็นอย่างไร กิจกรรมหรือโครงการที่จัดทำขึ้นมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร มีการดำเนินการปรับปรุงและทำการตรวจสอบการปฏิบัติซ้ำเป็นวงจรต่อเนื่อง โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 เดือนสิงหาคม 2557 ถึงสัปดาห์ที่ 4 เดือนกันยายน 2557 ควบคู่ไปกับวงจรระหว่างผู้วิจัยกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้วิจัยเสนอรายละเอียดการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของทั้ง 2 วงจร ดังตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์

ระยะเวลา ดำเนินการ	การดำเนินการ	
	ผู้วิจัย	บุคลากรทางการแพทย์
เดือนกรกฎาคม 2557	<p><b>วงจรที่ 1</b> <b>ขั้น Plan (P)</b></p> <p>-วางแผนการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กระบวนการ PDCA ได้แก่ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (do) การตรวจสอบ (check) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (act) ขั้นตอนเอไอซี และบทบาทนักวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย</p>	
สัปดาห์ที่ 1 เดือนสิงหาคม 2557 (5-8ส.ค.57)	<p><b>ขั้น Do (D)</b></p> <p>-นัดหมายการประชุมกลุ่มกับบุคลากรทางการแพทย์ อธิบายถึงความเป็นมา วัตถุประสงค์ และความสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้ให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนฟัง เพื่อให้บุคลากรทุกคนเล็งเห็นถึงความสำคัญของการทำวิจัยในครั้งนี้</p> <p>-ปลูกจิตสำนึกให้บุคคลตระหนักและสร้างการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน โดยให้กลุ่มใช้การวิพากษ์วิจารณ์ประเด็นปัญหา ตามแนวคิดของ Freire ผ่านทางคำพูด</p>	<p><b>วงจรที่ 2</b> <b>ขั้น Plan (P)</b></p> <p>-เริ่มจากขั้นตอนสะท้อนผล (reflection) ตามแนวคิดของ Seymour-Rolls &amp; Hughes (2000) เพื่อให้กลุ่มตระหนักถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และร่วมกันวินิจฉัยสิ่งที่กลุ่มมีความกังวลใจผ่านการสนทนาในการประชุมกลุ่มร่วมกัน</p> <p>-กลุ่มบุคลากรร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหาด้วยเทคนิควางแผนแบบมีส่วนร่วม</p>

ระยะเวลา ดำเนินการ	การดำเนินการ	
	ผู้วิจัย	บุคลากรทางการแพทย์
	<p>-ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการทำวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ จากนั้นบุคลากรทางการแพทย์ทำการนัดหมายเพื่อหาแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน</p> <p>-ใช้บทบาทนักวิจัยที่ต้องปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ และการเสริมสร้างพลังอำนาจ สอดแทรกอยู่ในการประชุมกลุ่ม</p>	<p>เอไอซี (A-I-C)</p> <p>-กลุ่มบุคลากรคิดรูปแบบโครงการและกิจกรรมที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาและเหมาะกับสภาพบริบทของหน่วยงาน สิ่งสำคัญคือทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และแนวทางกิจกรรมที่รับผิดชอบต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับบุคลากรแต่ละคน</p>
สัปดาห์ที่ 2 เดือน สิงหาคม- สัปดาห์ที่ 4 เดือน กันยายน 2557	<p><b>ขั้น Check (C)</b></p> <p>-ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้องของการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์โดยการสังเกตว่าเป็นไปตามขั้นตอน PDCA และเหมาะสมหรือไม่อย่างไร</p> <p>หากเป็นไปตามแผนที่ได้วางไว้และมีความเหมาะสมดีแล้วให้ดำเนินการต่อเนื่องในขั้นตอนต่อไปตามที่ได้วางแผนไว้ หากยังไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบและนำข้อมูลดังกล่าวไปปรับใช้ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น</p>	<p><b>ขั้น Do (D)</b></p> <p>-บุคลากรทางการแพทย์ดำเนินการตามกิจกรรมที่วางแผนกิจกรรมไว้ร่วมกัน โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพแวดล้อมในปัจจุบัน</p> <p>-ขณะ ปฏิบัติ ตาม แผน งาน กลุ่ม ใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการ มีการสร้างแรงจูงใจ และเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่กันและกัน</p>
สัปดาห์ที่ 3 เดือน สิงหาคม- สัปดาห์ที่ 4 เดือน กันยายน 2557	<p><b>ขั้น Act (A)</b></p> <p>-หลังจากติดตามบุคลากรทางการแพทย์ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยสะท้อนผลและป้อนกลับข้อมูลจากการสังเกตไปยังบุคลากรทางการแพทย์เป็นระยะโดยการเข้าไปคุยกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินการให้มีความเหมาะสม ถ้าเหมาะสมดีแล้ว ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปตามแผนงานที่ได้วางไว้ หากยังไม่เหมาะสมผู้วิจัยเสนอแนะให้บุคลากร</p>	<p><b>ขั้น Check (C) และ ขั้น Act (A)</b></p> <p>-บุคลากรทางการแพทย์รวบรวมข้อมูลโดยร่วมกันสังเกตและตรวจสอบการดำเนินโครงการ/กิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกันว่าเป็นไปตามแนวทางและแผนงานที่บุคลากรทางการแพทย์ตกลงร่วมกันหรือไม่ และมีการทบทวนหรือปรับปรุงกิจกรรมหากยังไม่เหมาะสม โดยปฏิบัติเช่นนี้ต่อไปตามวงจร PDCA ไปเรื่อยๆ จนสิ้นสุดระยะเวลาในการวิจัย โดยบุคลากรทางการแพทย์แต่ละคนร่วมกันจัดบันทึก</p>

ระยะเวลา ดำเนินการ	การดำเนินการ	
	ผู้วิจัย	บุคลากรทางการแพทย์
	<p>ทางการแพทย์มาร่วมกันวางแผนใหม่อีกครั้ง เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาและการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการต่อไป</p> <p>-ผู้วิจัยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เป้าหมายประสบผลสำเร็จตามที่วางไว้</p>	<p>แต่ละกิจกรรมว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆระหว่างการดำเนินการวิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสะท้อนผลร่วมกัน</p> <p>-กลุ่มใช้การวิพากษ์วิจารณ์ประเด็นปัญหาตามแนวคิดของFreireโดยใช้คำพูดกระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็น การรู้จักคิดกล้าแสดงออกเพื่อได้ข้อมูลที่หลากหลาย</p>

## 2) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณหลังการวิจัย

หลังจากดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการวัดระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด 23 คน ณ ห้องประชุมหน่วยงานผู้ป่วยนอก ในวันอังคารที่ 30 กันยายน 2557 เวลา 16.00-16.30 น. และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในการวัดระดับความพึงพอใจผู้รับบริการหลังการวิจัย จำนวน 100 คน ในวันจันทร์ที่ 6 - ศุกร์ที่ 10 ตุลาคม 2557 รวมระยะเวลา 1 สัปดาห์

### การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้วิธีวิทยาการที่หลากหลาย ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ลักษณะคำถามจะมีการปรับเปลี่ยนตามข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลปัจจุบัน ตามสภาพความเป็นจริงในขณะปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ มีการประชุมกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1) นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมโครงร่างการวิจัยจากคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่ออธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในบุคลากรทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก

3) ในการพิทักษ์สิทธิบุคลากรทางการแพทย์ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจ โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บ

รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์ การสอบถามความคิดเห็น กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การขออนุญาตการบันทึกเสียงสนทนาพร้อมทั้งจัดบันทึกในประเด็นที่สำคัญในขณะประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาคิดทบทวนก่อนตัดสินใจ ทั้งนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสอย่างอิสระในการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ได้ทุกเวลาเมื่อต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการปฏิบัติงาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนยินดีให้ความร่วมมือและเข้าร่วมวิจัย

4) ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลต่างๆที่ได้ไว้ในที่ปลอดภัยตลอดระยะเวลาของการวิจัย การรักษาความลับด้วยการที่ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ และถอดเทปการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่มด้วยตนเอง และทำลายข้อมูลการสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถาม หลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น

5) การวิเคราะห์ข้อมูลและการรายงานผลการศึกษา ไม่มีการเปิดเผยชื่อ หรือลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การรู้จัก ข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และเฉพาะนำเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ของนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิตร หนูเจริญกุล (2554) โดยเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพิจารณาว่าบุคลากรทางการแพทย์มีระดับจิตสำนึกบริการเป็นอย่างไร และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นอย่างไร โดยข้อมูลจากแบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ใช้สถิติทดสอบ t แบบ Paired-Sample t-test และข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ใช้สถิติทดสอบ t-test แบบ Independent เพื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกันกับข้อมูลเชิงคุณภาพ

2. ผู้วิจัยอ่านเนื้อหา และศึกษาข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์ รวมทั้งเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตีความและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (analytic induction) โดยการสร้างข้อสรุปจากข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการใช้การสังเกตบุคลากรทางการแพทย์ในขณะปฏิบัติงาน การสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ การสังเกตกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์



3. นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เรียบร้อยแล้ว มาจัดทำเป็นรูปเล่มรายงานการวิจัย กล่าวถึง ผลจากการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ โดย รายงานตามขั้นตอนของกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม PDCA ซึ่งผู้วิจัยได้ยกสภาพปัญหา และวิธีแก้ไขที่ได้จากการประชุมกลุ่ม มาประกอบการสรุปผล นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความ น่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ได้แก่ เอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการ ประชุมกลุ่ม การสังเกต การสัมภาษณ์ และเอกสารเชิงประจักษ์ของโรงพยาบาลจิตบริการ (นาม สมมติ) เพื่อรวบรวมข้อมูลให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ประกอบกับการคลุกคลีอยู่ในสนามวิจัยเป็น เวลานาน ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจบริบทแวดล้อมต่างๆ รวมทั้งบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ ประกอบกับการตรวจสอบกับคนใน ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลเชิงลึก และทุกขั้นตอนของการวิจัยทั้งการ เตรียมตัวก่อนลงภาคสนาม การลงภาคสนาม และหลังลงภาคสนาม ผู้วิจัยทำการวิจัยด้วยความ รอบคอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง แม่นยำและครบถ้วนมากที่สุด



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ 2) วิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหาจิตสำนึกบริการพยาบาล ที่ได้จากการประยุกต์ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และ 3) วิเคราะห์ผลของวิธีการแก้ปัญหาในด้านจิตสำนึกบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็น 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 บริบทของโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) และข้อมูลพื้นฐานตัวอย่าง ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ ตอนที่ 3 วิธีการแก้ปัญหาจิตสำนึกบริการพยาบาล ที่ได้จากการประยุกต์ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และ ตอนที่ 4 วิเคราะห์ผลจากวิธีการแก้ปัญหาในด้านจิตสำนึกบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

#### ตอนที่ 1 บริบทของโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) และข้อมูลพื้นฐานตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าไปในโรงพยาบาลที่ใช้เป็นพื้นที่กรณีศึกษา ทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกับบุคคลต่างๆ ที่อยู่ในสนามวิจัยทั้งหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานทั้งหมดในหน่วยงาน หลังจากนั้นจึงเริ่มศึกษาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาล และข้อมูลในด้านต่างๆ ของหน่วยงาน การนำเสนอข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการบรรยายข้อมูลตามสภาพความเป็นจริง ดังนั้นการใช้ชื่อต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้ จะใช้นามสมมติแทนชื่อจริง ทั้งชื่อบุคคลและสถานที่ ทั้งนี้เพื่อความลับของกรณีศึกษาและความเป็นส่วนตัวของผู้ที่เป็นตัวอย่างที่ศึกษา ผู้วิจัยนำเสนอรายละเอียดในประเด็นต่างๆ ดังนี้

##### 1.1 บริบทของโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ)

ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) เป็นพื้นที่ในการศึกษา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล ขนาดทั่วไป ระดับทุติยภูมิ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 340 เตียง มีภารกิจในการให้บริการสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับที่ครอบคลุมทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ การรักษาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคซับซ้อน และรุนแรงให้บริการสุขภาพด้าน ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ให้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบ เป็นโรงพยาบาลที่ต้องรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ประกอบกับการรับผู้ป่วยอย่างไม่จำกัด จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถและเชี่ยวชาญในแต่ละสาขารวมถึงบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลจำนวนมาก แต่เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีจำนวนจำกัด ไม่

เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น รวมถึงภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้การบริการไม่เป็นไปตามที่ผู้รับบริการคาดหวัง เกิดความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ และความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนในอนาคตมีมากขึ้น โรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) เป็นพื้นที่ที่ได้รับการถูกร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลจำนวนมาก และเกิดซ้ำๆ ในทุกเดือน จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจศึกษาเพราะหากไม่มีการดำเนินการแก้ไข จะส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของหน่วยงานและองค์กร ประกอบกับบริบทของโรงพยาบาลเอื้อต่อการวิจัย โดยผู้บริหารมีนโยบายให้ความสำคัญกับการรับเรื่องร้องเรียนและการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายพร้อมให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย ผู้วิจัยเข้าใจในบริบทของพื้นที่สามารถสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง ในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้ง่าย รวมถึงได้ข้อมูลเชิงลึก จะทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์ในการศึกษามากที่สุด เพื่อความสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

จากที่กล่าวว่าผู้บริหารโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) มีนโยบายให้ความสำคัญกับการร้องเรียน โดยเชื่อว่าเสียงสะท้อนของผู้รับบริการ สามารถบอกถึงคุณภาพมาตรฐานและปัญหาต่างๆ ของระบบบริการของโรงพยาบาลจิตบริการ ปัญหาข้อร้องเรียนจากรายงานข้อมูลความคิดเห็นของผู้รับบริการและความไม่พึงพอใจต่องานบริการในโรงพยาบาล พบว่าลักษณะของปัญหามีความคล้ายคลึงและใกล้เคียงกันในทุกโรงพยาบาล คือเรื่องพฤติกรรมบริการ เป็นปัญหาที่ถูกร้องเรียนมากที่สุด ข้อมูลจากเอกสารข้อร้องเรียนของศูนย์คุณภาพของโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) (2556) พบว่าในช่วงปี 2552-2556 จำนวนข้อคิดเห็นของผู้รับบริการในแต่ละปี มีจำนวน 69, 84, 108, 75 และ 109 เรื่อง ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องพฤติกรรมบริการ (ร้อยละ 33.65, 46.40, 50.94, 37.31 และ 41.39 ตามลำดับ) ความคิดเห็นของผู้รับบริการส่วนใหญ่ เสนอแนะเรื่องการปรับปรุงพฤติกรรมบริการมากที่สุด ในปีงบประมาณ 2557 สามไตรมาสแรก มีเสนอแนะเรื่องพฤติกรรมบริการ จำนวน 60 เรื่อง จากจำนวนความคิดเห็น 146 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 41.10 ซึ่งนโยบายผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) ให้ความสำคัญกับการแก้ไขเรื่องร้องเรียน และการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย โดยให้บุคลากรทุกคนถือปฏิบัติตามนโยบายระบบคำร้องเรียน โรงพยาบาลจิตบริการ ลงนามเมื่อ 1 เมษายน 2555 เห็นควรให้มีการปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการ เพื่อสามารถตอบสนองต่อความต้องการและเป็นที่ประทับใจของผู้รับบริการ ป้องกันการร้องเรียนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร เริ่มจากการพัฒนาในกลุ่มบุคลากรทุกระดับ โดยเฉพาะการปรับปรุงกระบวนการให้บริการด้านหน้า (เอกสารระบบคำร้องเรียน โรงพยาบาลจิตบริการ, 2557) จากนโยบายของทีมนักบริหาร ทำให้ในระดับหน่วยงานต้องมีการปรับปรุงระบบงานเพื่อสอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว

## 1.2 บริบทของหน่วยงาน

แผนกผู้ป่วยนอกเป็นหน่วยงานให้บริการตรวจ รักษาพยาบาล โดยการคัดกรองผู้เข้ารับบริการตามภาวะสุขภาพ ประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค ช่วยแพทย์ในการตรวจรักษา ให้การพยาบาลก่อนและหลังการตรวจรักษา การปฐมพยาบาลในรายที่เกิดอาการรุนแรง หรือมีภาวะเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตเฉียบพลัน ให้คำปรึกษา แนะนำ แนะนำแนวทางแก่ผู้รับบริการ ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ รวมทั้งในรายที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยงานของโรงพยาบาลใกล้เคียงหรือโรงพยาบาลในเครือข่าย ให้เหมาะสมกับภาวะแวดล้อมอาการหรือภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการให้การพยาบาลผู้ป่วยนอกสำหรับห้องตรวจต่าง ๆ ใช้งานการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีคลินิกตรวจโรคทั่วไป คลินิกเฉพาะโรค ห้องตรวจโรค 5 ห้องตรวจ ได้แก่ ห้องตรวจ 1 เป็นห้องตรวจทั่วไปสูติ-นรีเวชกรรม แพทย์ลงตรวจเป็นแพทย์เฉพาะทาง บุคลากรประจำห้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกัน ห้องตรวจ 2 วันจันทร์เป็นห้องตรวจเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหุ คอ จมูก ช่วงเช้า ช่วงบ่ายเป็นคลินิกโรคหืดในเด็ก บุคลากรทางการพยาบาลประจำห้องตรวจได้รับการอบรมเพิ่มเติมเฉพาะทางสำหรับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และการช่วยแพทย์ตรวจ และในวันอังคารถึงวันศุกร์เป็นห้องตรวจโรคเด็ก บุคลากรผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกัน แพทย์ลงตรวจเป็นแพทย์เฉพาะทางโรคเด็ก ห้องตรวจ 3 เป็นห้องตรวจเฉพาะสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม แพทย์ลงตรวจเป็นแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมเดิมที่มาจากแพทย์นัด บุคลากรทางการพยาบาลหน้าห้องตรวจ ส่วนใหญ่จะเป็นคนเดิม ห้องตรวจ 4 เป็นห้องตรวจเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม แพทย์ประจำห้องตรวจผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกัน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องใช้ใบรับรองแพทย์ และบุคลากรหน้าห้องตรวจต้องมีความรู้ความเข้าใจในสิทธิที่พึงได้รับของผู้รับบริการกลุ่มนี้ บุคลากรทางการพยาบาลหน้าห้องตรวจนี้ จึงเป็นคนเดิมที่อยู่ประจำห้อง และห้องตรวจ 5 เป็นห้องตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไป แพทย์ลงตรวจเป็นแพทย์ทั่วไป ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทาง พยาบาลประจำห้องตรวจเป็นพยาบาล part time จากหน่วยงานอื่น ซึ่งผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันในแต่ละวัน แผนกผู้ป่วยนอกมีคลินิกนอกเวลาราชการในวันธรรมดา ตั้งแต่ 16.30–20.30 น. ส่วนในวันหยุดนักขัตฤกษ์ และวันเสาร์-อาทิตย์ ให้บริการในเวลา 08.00– 12.00 น. และเวลา 16.30–20.30 น. ยอดผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน ในปี 2554 จำนวน 861 ราย ปี 2555 จำนวน 879 ราย ปี 2556 จำนวน 843 ราย นอกเวลาราชการเฉลี่ย 79 คนต่อวัน จะเห็นได้ว่า ผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันมีจำนวนมาก ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ รองลงมาคือสิทธิเบิกได้ และสิทธิประกันสังคม ตามลำดับ

พิจารณาข้อมูลร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมในการให้บริการของหน่วยงาน ข้อมูลจากศูนย์คุณภาพของโรงพยาบาลจิตบริการ ( 2556) พบว่าหน่วยงานผู้ป่วยนอกเป็นหน่วยงานที่พบปัญหาข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการมากที่สุด ปีงบประมาณ 2557 ในสามไตรมาสแรก พบข้อร้องเรียน

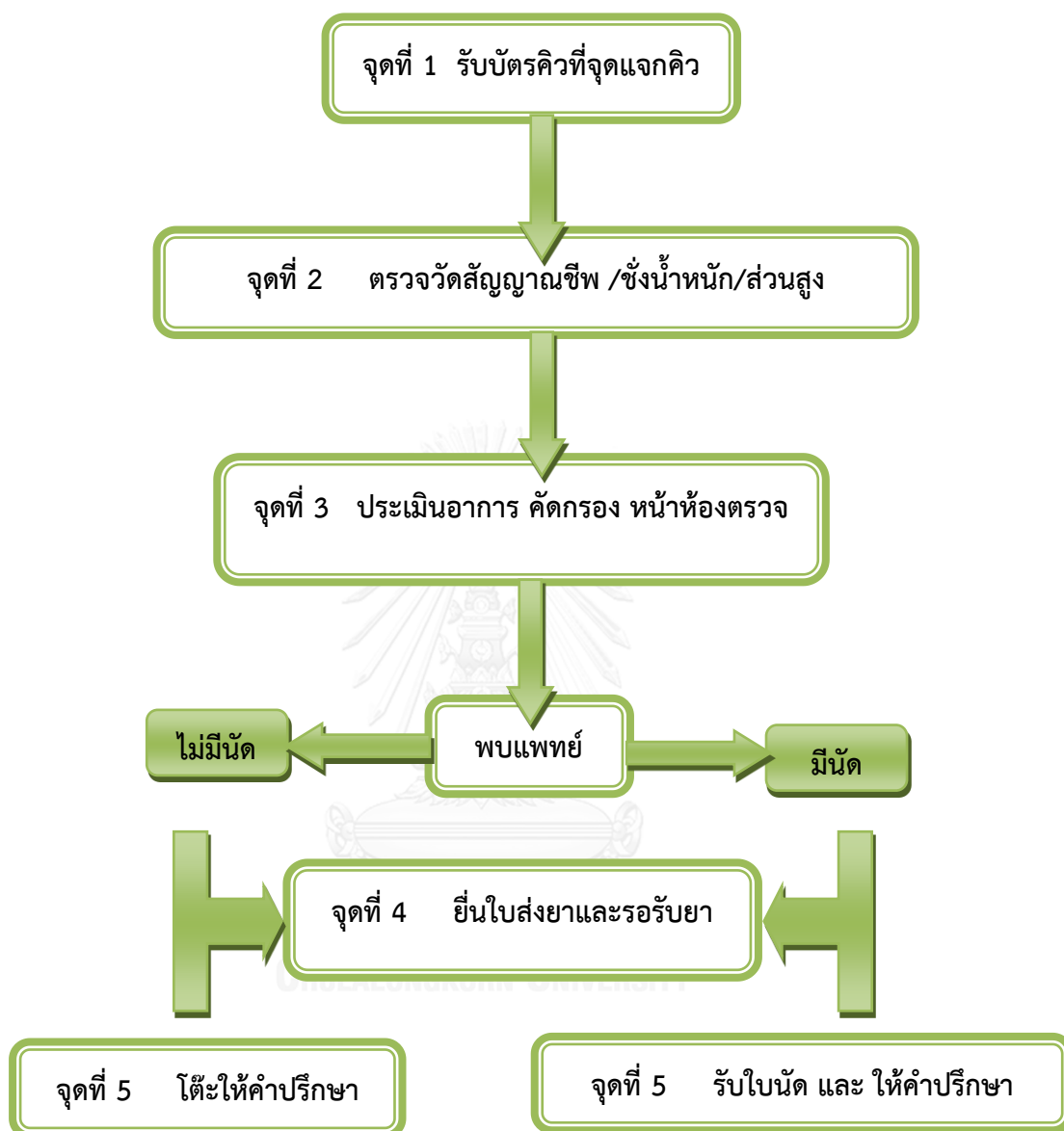
รวม 18 ครั้ง จากข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการทั้งโรงพยาบาลจิตบริการ รวม 60 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 30 ความถี่ที่พบแทบทุกเดือน ดังแสดงในตาราง

**ตารางที่ 4.1** จำนวนข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตบริการ  
(นามสมมติ) ปีงบประมาณ 2557 ในสามไตรมาสแรก

ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	รวม
2557	56	56	56	57	57	57	57	57	57	
พฤติกรรมบริการ	5	3	2	2	2	1	2	1	0	18

ตามนโยบายระบบคำร้องเรียน โรงพยาบาลจิตบริการ ลงนามเมื่อ 1 เมษายน 2555 ที่เห็นควรให้มีการปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการ เพื่อสามารถตอบสนองต่อความต้องการและเป็นที่ประทับใจและพึงพอใจต่อผู้มารับบริการ ในระดับหน่วยงานต้องมีการปรับปรุงระบบงานโดยเฉพาะกระบวนการให้บริการด้านหน้าเพื่อสอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว

ขั้นตอนการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก



ภาพที่ 4.1 แสดงขั้นตอนการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาข้อมูลทั่วไปของหน่วยงาน ปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนผัง โครงสร้างการปฏิบัติงาน ตลอดจนกิจกรรมโครงการต่างๆของหน่วยงาน สร้างความคุ้นเคยกับสถานที่ และบุคคลต่างๆที่อยู่ในสนามวิจัย ได้แก่หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพ พนักงานช่วยเหลือ คนไข้ที่ปฏิบัติงานประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) เนื่องจากการนำเสนอ ข้อมูลที่ค้นพบจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นข้อมูลตามสภาพจริงที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย ดังนั้นเพื่อไม่ให้นำเสนอข้อมูลในครั้งนี้เกิดผลกระทบต่อโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เลือกเป็น สนามวิจัย ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติแทนชื่อจริงทั้งชื่อบุคคล และสถานที่ ตลอดจนการนำเสนอข้อมูล พื้นฐานในภาพรวม

### 1.3 บริบทของตัวอย่าง

ตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติงานประจำในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) จำนวน 23 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 9 คน โดยผู้วิจัยนำเสนอเนื้อหาออกเป็น 2 หัวข้อ ได้แก่ 1) ภูมิหลังของ ตัวอย่าง และ 2) ภูมิหลังผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ มีรายละเอียดดังนี้

#### 1) ภูมิหลังของตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลภูมิหลังของตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละของ ข้อมูลพื้นฐานตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ในแผนกผู้ป่วยนอก และตำแหน่งงานในปัจจุบัน ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติงานประจำในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) จำนวน 23 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 9 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด บุคลากรส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ส่วนมากอายุ อยู่ในช่วง 30-39 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 56.52) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา/อนุปริญญา และสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 30.43 และ 13.04 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมากกว่า 20 ปี รวม 10 คน (ร้อยละ 43.48) แต่ประสบการณ์ที่ ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเวลา 1-5 ปี (ร้อยละ 39.13) รองลงมาปฏิบัติงานใน หน่วยงานมากกว่า 5-10 ปี (ร้อยละ 30.43) และมีผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานมากกว่า 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 13.04) ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ภูมิหลังของตัวอย่าง

ภูมิหลัง		รวม	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ	หญิง	23	100.00
	รวม	23	100.00
2. อายุ	20 - 29 ปี	2	8.70
	30 - 39 ปี	9	39.13
	40 - 49 ปี	5	21.74
	50 - 60 ปี	7	30.43
	รวม	23	100.00
3. สถานภาพ	สมรส	11	47.83
	โสด	7	30.43
	หม้าย/หย่า	5	21.74
	รวม	23	100.00
4. ระดับการศึกษาสูงสุด	มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	7	30.43
	ปริญญาตรี	13	56.52
	สูงกว่าปริญญาตรี	3	13.04
	รวม	23	100.00
5. ประสบการณ์ทำงาน	1 - 5 ปี	1	4.35
	>5 - 10 ปี	3	13.04
	>10 - 20 ปี	9	39.13
	>20 ปี	10	43.48
	รวม	23	100.00
6. ปฏิบัติงานใน หน่วยงาน	1 - 5 ปี	9	39.13
	>5 - 10 ปี	7	30.43
	>10 - 20 ปี	4	17.39
	>20 ปี	3	13.04
	รวม	23	100.00
7. ตำแหน่งงาน	พยาบาลวิชาชีพ	14	60.87
	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	9	39.13
	รวม	23	100.00



## 2) ภูมิหลังผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลภูมิหลังผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ ได้แก่ ค่าร้อยละของข้อมูลพื้นฐานตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด สิทธิการรักษา ดังแสดงในตาราง

ตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) ส่วนมากอายุอยู่ในช่วง 20-40 ปี (ร้อยละ 61) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย รองลงมาเป็นญาติผู้ดูแล (ร้อยละ 82.00 และ 16.00 ตามลำดับ) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/อนุปริญญา มากที่สุด (ร้อยละ 53.00) รองลงมาคือประถมศึกษา และปริญญาตรี (ร้อยละ 25.00 และ 15.00 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 56.0) รองลงมาใช้สิทธิประกันสังคม และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 22.00 และ 12.00 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.3



ตารางที่ 4.3 ภูมิหลังผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ

ภูมิหลัง		รวม	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	30	30.00
	หญิง	70	70.00
	รวม	100	100.00
2. อายุ	20 - 40 ปี	61	61.00
	41 - 60 ปี	27	27.00
	>60 ปี	12	12.00
	รวม	100	100.00
3. สถานภาพ	ผู้ป่วย	82	82.00
	ญาติ/ผู้ดูแล	16	16.00
	ญาติที่มาเยี่ยมไข้	2	2.00
	รวม	100	100.00
4. ระดับการศึกษาสูงสุด	ไม่ได้ศึกษา	5	5.00
	ประถมศึกษา	25	25.00
	มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	53	53.00
	ปริญญาตรี	15	15.00
	สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.00
	รวม	100	100.00
5. สิทธิการรักษา	ชำระเงินเอง	9	9.00
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	12.00
	ประกันสังคม	22	22.00
	บัตรประกันสุขภาพ	56	56.00
	อื่นๆ	1	1.00
	รวม	100	100.00

## ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

จากการศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการในภาพรวมแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตบริการ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ใช้ศึกษา ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลคุณภาพ ดังนี้

## 1. ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

### 1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการวิจัย

ก่อนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ด้วยแบบสอบถามจิตสำนึกบริการ (แบบสอบถามการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล) รายละเอียดดังนี้

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ในภาพรวมก่อนการวิจัย ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 3.64$ ) พิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าในด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมและด้านความสามารถในการให้บริการ จิตสำนึกบริการอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.41$  และ  $3.40$  ตามลำดับ) ส่วนจิตสำนึกในด้านการตอบสนองการให้บริการและจิตสำนึกด้านการเสริมสร้างการบริการ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 4.04$  และ  $3.71$  ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (CV) พบว่าจิตสำนึกด้านความสามารถในการให้บริการมีความแตกต่างกันมากที่สุด ( $CV=19.59$ ) คะแนนด้านการตอบสนองการให้บริการมีความแตกต่างกันน้อยที่สุด ( $CV=15.92$ ) คะแนนจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเกือบทุกด้านใกล้เคียงกับโค้งปกติ ยกเว้นด้านการตอบสนองการให้บริการที่มีคะแนนมีลักษณะเบ้ซ้าย หมายความว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย ( $Sk = -1.38^*$ ) และมีคะแนนเกาะกลุ่มกัน ( $Ku = 3.84^*$ ) ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าสถิติพื้นฐานและระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลแยกรายด้าน

ปัญหาจิตสำนึก บริการรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	CV	MIN	MAX	Sk	Ku	ความหมาย
1. ความร่วมมือและ การทำงานเป็นทีม	3.41	0.61	17.89	2.17	4.67	-0.33	-0.24	ปานกลาง
2. ความสามารถ ในการให้บริการ	3.40	0.65	19.59	2.17	4.67	0.29	-0.64	ปานกลาง
3. การตอบสนอง การให้บริการ	4.04	0.64	15.92	2.00	5.00	-1.38*	3.84*	ค่อนข้างสูง
4. การเสริมสร้าง การบริการ	3.71	0.63	18.23	2.00	4.83	-0.36	1.56	ค่อนข้างสูง
รวม	3.64	0.56	15.38	2.08	4.79	-0.72	1.70	ค่อนข้างสูง

( $SE_{sk}=0.48$ ,  $SE_{ku}=0.94$ ) \*  $P < .05$

### 1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพก่อนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัย ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจาก 3 แหล่ง คือ 1) การสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล 2) การสังเกตบุคลากรในขณะปฏิบัติงาน และ 3) ความคิดเห็นของผู้รับบริการ หลังจากนั้นนำผลที่ได้จากทุกแหล่งมาเปรียบเทียบเพื่อหาข้อสรุป ได้ข้อค้นพบว่าในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีปัญหาและระดับจิตสำนึกบริการเป็นอย่างไรบ้าง รายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

##### 1) จิตสำนึกด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม

จิตสำนึกบริการของตัวอย่างในด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม จากการสังเคราะห์ข้อมูล พบสภาพปัญหาในด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม ได้แก่การขาดความร่วมมือร่วมแรงใจกันในการปฏิบัติงาน การแยกส่วนกันในการปฏิบัติงานจนเกิดเป็นความรู้สึกว่าเป็นงานของแต่ละบุคคล (งานใครงานมัน) การขาดการช่วยเหลือเมื่อเพื่อนร่วมงานมีภาระงานมากโดยไม่ต้องร้องขอ การขาดการสื่อสารที่ดี การขาดมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การขาดการให้ข้อมูลที่ชัดเจนในการบริการ รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ข้อค้นพบสภาพปัญหาจิตสำนึกด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม

จิตสำนึกบริการ	สภาพปัญหาของตัวอย่าง		
	การสัมภาษณ์บุคลากรทางการพยาบาล	แบบสอบถาม ความคิดเห็นผู้รับบริการ	การสังเกตบรรยากาศ ในขณะที่ปฏิบัติงาน
ด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม	<p>“คนใช้ห้องที่เยอะแคไหน ก็ไม่เคยมีใครมาช่วย เสร็จตอนไหนก็ไปกินข้าวตอนนั้น”</p> <p>วันที่ 22 ก.ค.57 ( ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 53 ปี )</p> <p>“มีน้องเคยไปช่วยในห้องนั้นแล้ว ถูกบ่นว่าเก็บของไม่เป็นที่ไม่เข้าที่ บ่นไม่เลิก ไม่จบ หลังจากนั้นก็ไม่เคยมีใครอยากเข้าไปช่วยอีก”</p> <p>วันที่ 21 ก.ค. 57 (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพอายุ 47 ปี)</p> <p>“หัวหน้าใจดีเกินไป ไม่สามารถบังคับใครได้ บอกติดธุระมาทำงานไม่ได้ ก็ไม่เป็นไร ใครโดนทำงานก็โดนตลอด คนไม่ทำก็สบายจนเคยชิน”</p> <p>วันที่ 21 ก.ค. 57 (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ อายุ37ปี)</p>	<p>“วันนี้กว่าจะได้มานั่งรอ หน้าห้องหมอ เดินไปเดินมาเกือบ 10 รอบ มาตรงนี้ก็ให้ไปยื่นบัตรก่อน ไปห้องบัตรก็บอกให้มาโต๊ะพยาบาลก่อน ไม่รู้ทำไมไม่คุยกัน โทรศัพท์ก็มี”</p> <p>วันที่ 29 ก.ค.57 (ข้อมูลจากแบบสอบถามชุดที่ 21)</p> <p>“ฉันทเห็นพยาบาลหน้าห้อง 4 คนใช้เยอะมาก ก็ไม่กล้าถาม หน้าห้อง 5 ไม่ค่อยมีคนใช้ ไม่เห็นมาช่วยกันเลย”</p> <p>วันที่ 29 ก.ค.57 (ข้อมูลจากแบบสอบถามชุดที่ 40)</p>	<p>จุด สังเกต 1) เวลา 14.00 น.วันอังคาร หน้าห้องฉีดวัคซีนเด็กพบมารดาและเด็กมารับบริการรออยู่จำนวนมาก เพื่อรอฉีดวัคซีน แต่มีพยาบาลประจำห้องฉีดยาเพียงคนเดียว (ปกติ 2 คน) ผู้รับบริการบางคนเริ่มแสดงสีหน้าไม่พอใจ เนื่องจากเด็กมีเสียงร้องไห้ตลอดเวลา บางคนแจ้งเจ้าหน้าที่ที่โต๊ะรับใบนัดว่าขอไปฉีดสัปดาห์ถัดไปแทน</p> <p>-จุดสังเกต2) เวลา 14.30น . ผู้วิจัย เดินกลับมาอีกฝั่งที่เป็นหน้าห้องตรวจโรคอื่น เปิดให้บริการตรวจโรคช่วงบ่าย 1 ห้องตรวจ หน้าห้องตรวจอื่น ๆ พบพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ส่งข้อมูลในคอมพิวเตอร์ บางคนนั่งประจำที่จุดออกไปนัด และบางจุดนั่งเฉยๆ ไม่มีผู้มารอรับบริการ</p> <p>วันที่ 24 ก.ค. 57 (ข้อมูลจากการสังเกตของผู้วิจัย)</p>

จิตสำนึกบริการ	สภาพปัญหาของตัวอย่าง		
	การสัมภาษณ์บุคลากรทางการพยาบาล	แบบสอบถามความคิดเห็นผู้รับบริการ	การสังเกตบรรยากาศในขณะปฏิบัติงาน
	<p>“พวกหนูก็ช่วยกันนะที่ งานของพวกพี่ๆเขา บอกมาหนูก็ช่วย แต่บางคนช่วยแล้วยังมาว่าลับหลังก็จับกัน”</p> <p>วันที่ 24 ก.ค. 57 (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พนักงานช่วยเหลือคนไข้ อายุ 29 ปี)</p>		

## 2) จิตสำนึกด้านความสามารถในการให้บริการ

จิตสำนึกบริการของตัวอย่างในด้านความสามารถในการให้บริการ จากการสังเคราะห์ข้อมูล พบสภาพปัญหาในด้านความสามารถในการบริการ ได้แก่ การขาดความสนใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การขาดการพัฒนาตนเองในงานที่เกี่ยวข้อง การขาดไหวพริบ ปฏิภาณ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์เฉพาะหน้า การขาดการแนะนำหรือสอนงาน/เทคนิคในการปฏิบัติงานจากผู้มีประสบการณ์มากกว่า ได้แก่ เทคนิคในการเจรจาต่อรอง การสื่อสารทางบวก การป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือข้อร้องเรียน รายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ข้อค้นพบสภาพปัญหาจิตสำนึกด้านความสามารถในการบริการ

จิตสำนึกบริการ	สภาพปัญหาของตัวอย่าง		
	การสัมภาษณ์บุคลากร ทางการพยาบาล	แบบสอบถาม ความคิดเห็นผู้รับบริการ	การสังเกต บรรยากาศในขณะ ปฏิบัติงาน
ด้านความสามารถ ในการบริการ	“ไม่ไปเรียนต่อละ แต่ถ้า อบรมวันสองวันก็จะไป ไป กลับมาก็ไม่เห็นค่อยได้อะไร” วันที่ 25 ก.ค. 57 (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พยาบาลวิชาชีพ อายุ 37 ปี)	“เคยมาตรวจไม่ตรงวัน หมอนัด พยาบาลคนนี้ให้ ลูกกลับไปก่อน แล้วให้มา ใหม่วันนี้บอกตรวจไม่ได้ คิวเต็ม เคยมาครั้งที่แล้ว เจออีกคนไม่เห็นมีปัญหา” วันที่ 31 ก.ค.57 (ข้อมูลจากแบบสอบถาม ชุดที่ 67)	เวลา11.30น.หน้าห้อง ตรวจโรค 4 แพทย์ อายุรกรรม ญาติ ผู้ป่วยนั่งรถเข็นเข้า ปรึกษาพยาบาลหน้า ห้องว่าจะขอเข้าตรวจ ก่อนเนื่องจากติดธุระ แต่ยังไม่ถึงคิวตรวจ (เหลืออีก 10 คิว บริการ) พยาบาลตอบ ว่า “คงไม่ได้หรอกคะ เพราะคนอื่นก็รอ เหมือนกัน ถ้าให้ตรวจ ก่อน คนไข้คนอื่น ต้องว่าแน่ๆ” วันที่ 31 ก.ค.57 ( ข้อมูลจากการสังเกต ของผู้วิจัย )

### 3) จิตสำนึกด้านการตอบสนองการให้บริการ

จิตสำนึกบริการของตัวอย่างในด้านการตอบสนองการให้บริการ สรุปลงจากการสังเคราะห์ข้อมูล พบสภาพปัญหาในด้านการตอบสนองการให้บริการ ได้แก่ การแสดงออกทางด้านพฤติกรรม เช่น สีหน้าเรียบเฉย น้ำเสียง คำพูดที่ไม่สุภาพ การสนทนาโดยไม่มี การสบตาผู้รับบริการ (eye contact) การเร่งรีบในขณะที่ให้บริการทำให้บกพร่องต่อการให้บริการที่ควรจะเป็น เช่น การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องเมื่อผู้รับบริการซักถาม การขาดการให้ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน การให้บริการด้วยความไม่เท่าเทียมกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ข้อค้นพบสภาพปัญหาจิตสำนึกด้านการตอบสนองการให้บริการ

จิตสำนึกบริการ	สภาพปัญหาของตัวอย่าง		
	การสัมภาษณ์บุคลากร ทางการพยาบาล	แบบสอบถาม ความคิดเห็นผู้รับบริการ	การสังเกตบรรยากาศ ในขณะปฏิบัติงาน
ด้านการตอบสนอง การให้บริการ	<p>“ที่นี่ต้องทำงานแข่งกับเวลา ซักประวัติคนไข้ไม่ทัน ถ้า หมอมาก็หยุดหวิดบางคน งอน ก็เดินกลับไปไม่ตรวจ ซะงั้น ต้องรออีกนาน เลยทำ ให้บางครั้งไม่ได้ตอบคำถาม ข้อสงสัยคนไข้ได้เท่าที่ควร จะเป็น”</p> <p>วันที่ 24 ก.ค. 57 (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พยาบาลวิชาชีพ อายุ 44 ปี)</p> <p>“เคยมีคนไข้หูดึงต้องตะโกน คุยเสียงดัง เลยทำให้คนอื่น รู้ข้อมูลหมดเลยว่าเป็นอะไร มา”</p> <p>วันที่ 25 ก.ค. 57 (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พยาบาลวิชาชีพ อายุ 37 ปี)</p>	<p>“การพูดจาการแสดง ออกทางสีหน้าบางคน แนะนำดี บางคนไม่สนใจ”</p> <p>วันที่ 29 ก.ค.57 (ข้อมูลจากแบบสอบถาม ชุดที่ 35)</p> <p>“ชอบเอาคนป่วยมาแซง คิวหลังห้อง”</p> <p>วันที่ 30 ก.ค.57 (ข้อมูลจากแบบสอบถาม ชุดที่ 55)</p> <p>“ไม่ให้ข้อมูลที่ชัดเจน เกี่ยวกับโรคที่เป็นมีสาเหตุ จากอะไรจะหายได้หรือไม่ ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร จริงๆ แล้วสำคัญนะ เพราะถ้าปฏิบัติได้ดี ก็ไม่ กลับมาหาหมออีก”</p> <p>วันที่ 1 ส.ค.57 (ข้อมูลจากแบบสอบถาม ชุดที่ 90)</p>	<p>เวลา9.00น.วันจันทร์ บริเวณหน้าห้องตรวจ โรค 1 และ 2 ขณะ ผู้ป่วยจำนวนมาก นั่ง รอเรียกชื่อ ตามเลข บัตรคิวตรวจ พยาบาล เรียกผู้รับบริการด้วย เสียงดังฟังชัด สีหน้า เฉย ไม่บึ้งตึง ใช้เวลา ในการซักถามไม่นาน และให้กลับมานั่งรอที่ เดิมก่อน จนกว่าแพทย์ จะลงตรวจ ขณะ ซักถามอาการขณะ ผู้ป่วยตอบ พยาบาลลง ข้อมูลในทะเบียน ประวัติอย่างรวดเร็ว โดยบางครั้งไม่มอง หน้าผู้ตอบ</p> <p>วันที่ 28 ก.ค. 57 (ข้อมูลจากการสังเกต ของผู้วิจัย )</p>

#### 4) จิตสำนึกด้านการเสริมสร้างการบริการ

จิตสำนึกบริการของตัวอย่างในด้านการเสริมสร้างการบริการ สรุปลงจากการสังเกตและพบ สภาพปัญหาในด้านการเสริมสร้างการบริการ ได้แก่การขาดการใส่ใจในการให้บริการที่ควรจะเป็น เช่น การจัดมุมหนังสือที่เหมาะสม มีหนังสือในการให้ความรู้ที่หลากหลาย ทันสมัยและทันต่อ เหตุการณ์และโรคในปัจจุบัน การเปิดโทรทัศน์ให้ผู้ป่วยในขณะที่นั่งรอตรวจ การเดินเข้าสอบถามความ



ต้องการหรือการเสนอตัวเข้าช่วยเหลือเมื่อผู้รับบริการแสดงท่าทีหรือสีหน้าสงสัย รายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ข้อค้นพบสภาพปัญหาจิตสำนึกด้านการเสริมสร้างการบริการ

จิตสำนึกบริการ	สภาพปัญหาของตัวอย่าง		
	การสัมภาษณ์บุคลากร ทางการพยาบาล	แบบสอบถาม ความคิดเห็นผู้รับบริการ	การสังเกต บรรยากาศในขณะที่ ปฏิบัติงาน
ด้านการเสริมสร้าง การบริการ	<p>“พี่ว่าอัตรากำลังน้อยไม่พอคนลาบ้างไปประชุมอบรมบ้าง ออกตรวจแรงงานต่างด้าวบ้าง แต่ทำหน้าที่ให้เสร็จในแต่ละวันก็แย่แล้ว คงไม่มีแรงจะไปเสริมบริการอื่นๆได้อีก”</p> <p>วันที่ 28 ก.ค. 57 (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ อายุ 54 ปี)</p>	<p>“น่าจะมีหนังสือเกี่ยวกับโรคไตและโรคหัวใจบ้าง เพราะแม่เป็นอยู่ระหว่างรอตรวจ จะได้ยืมอ่านได้ค่ะ เห็นมีแต่หนังสือเดิมๆ และเก่า ครั้งที่แล้วก็มีแบบนี้”</p> <p>วันที่ 1 ส.ค. 57 (ข้อมูลจากแบบสอบถามชุดที่ 88)</p>	<p>เวลา 11.00น. ที่มุมหนังสือ บริเวณด้านหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอก มีหนังสือในแต่ละชั้นส่วนใหญ่เป็นวารสารรายเดือน ร อ บ ร ี ว ข อ ง โรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมุติ) หนังสือธรรมะ 4 เล่ม นิตยสารรายเดือนเก่า 5 เล่ม วางไว้ไม่เป็นระเบียบมีมุมน้ำดื่มสำหรับผู้ป่วยไว้บริการอยู่ด้านข้างลิฟต์ มีโทรทัศน์สีจอแบนขนาด 30 นิ้ว อยู่ติดผนังด้านบนห้องตรวจโรคจำนวน 2 เครื่อง แต่ไม่ได้เปิดให้ผู้รับบริการชม</p> <p>วันที่ 30 ก.ค. 57 (ข้อมูลจากการสังเกตของผู้วิจัย )</p>

## 2. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

### 2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการวิจัย

ก่อนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการของนางลักษณ์ สุวิสิทธิ์ และสมจิตร หนูเจริญกุล (2554) รายละเอียดดังนี้

ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจผู้รับบริการ ในภาพรวมก่อนการวิจัย ระดับความพึงพอใจผู้รับบริการอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.43$ ) พิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าเกือบทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในด้านความห่วงใยเอื้ออาทร และด้านการเข้าถึงการบริการ ( $\bar{X} = 3.41$  และ  $3.40$  ตามลำดับ) ในด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ ความพึงพอใจอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 3.57$ ) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (CV) พบว่าในด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ มีความแตกต่างกันมากที่สุด ( $CV=20.45$ ) คะแนนความพึงพอใจผู้รับบริการทุกด้าน มีลักษณะเบ้ซ้าย หมายความว่าคะแนนความพึงพอใจในทุกด้านสูงกว่าค่าเฉลี่ย ( $Sk=-0.69^*$ ,  $-0.66^*$  และ  $-0.65^*$ ) ตามลำดับ และในด้านการเข้าถึงการบริการ และด้านความห่วงใยเอื้ออาทรมีคะแนนเกาะกลุ่มกันมาก ( $Ku=2.30^*$  และ  $1.68^*$  ตามลำดับ) แสดงข้อมูลดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าสถิติพื้นฐานและระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการแยกรายด้าน

ความพึงพอใจผู้รับบริการ	$\bar{X}$	S.D.	CV	MIN	MAX	Sk	Ku	ความหมาย
1. ความห่วงใยเอื้ออาทร	3.41	0.65	19.06	1.33	5.00	-0.69*	1.68*	ปานกลาง
2. การเข้าถึงการบริการ	3.40	0.65	19.12	1.00	5.00	-0.65*	2.30*	ปานกลาง
3. ความสามารถเชิงวิชาชีพ	3.57	0.73	20.45	1.50	5.00	-0.66*	0.87	ค่อนข้างสูง
รวม	3.43	0.62	18.08	1.20	5.00	-0.79*	2.48*	ปานกลาง

( $SE_{sk}=0.24$ ,  $SE_{ku}=0.48$ ) \*  $P<0.05$

## 2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

### ความพึงพอใจผู้รับบริการก่อนการวิจัย

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพความพึงพอใจผู้รับบริการ จากข้อมูลความคิดเห็นจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ และข้อร้องเรียนของแผนกผู้ป่วยนอก ที่เก็บจากกล่องรับความคิดเห็นในโรงพยาบาลจิตบริการ รายละเอียดดังนี้

#### 1) ด้านความห่วงใยเอื้ออาทร

ข้อค้นพบสภาพปัญหาในด้านความห่วงใยเอื้ออาทร ได้แก่ ผู้รับบริการไม่ได้รับการสนใจและเอาใจใส่ดูแลจากบุคลากร ไม่มีการให้ข้อมูลหรือคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน ผู้รับบริการรู้สึกไม่ไว้วางใจ รายละเอียดดังนี้

“พนักงานช่วยเหลือคนไข้บางครั้งพูดจาไม่สุภาพกับคนไข้”

ข้อมูลจากแบบสอบถาม ฉบับที่ 35

“ให้ข้อมูลก่อน-หลังเข้ารับการรักษา”

ข้อมูลจากแบบสอบถาม ฉบับที่ 48

“สีหน้าของพยาบาล ควรยิ้มแย้ม พูดจาไพเราะ”

“กิริยาท่าทางที่มีต่อผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้เรื่อง ควรปรับปรุง”

ข้อมูลจากแบบสอบถาม ฉบับที่ 81

“พยาบาลชื่อ..... พูดจาไม่ดี เรื่องการใช้สิทธิบัตรทองของคนไข้ประเภท A , ผู้มีรายได้น้อย บอกฝ่ายทะเบียนออกส่งเดช ไม่รู้เรื่อง คนไข้ไม่เคยเสียเงินเลยไซ้ใหม่ให้ไปติดต่อช่อง 27 อีก แล้วพยาบาลคุยกันกับห้องเบอร์ 27 เห็นเถียงกัน ขอความกรุณาช่วยอบรมพยาบาลคนนี้น้อย เพราะคนไข้ไม่รู้เรื่องหรอก พูดจาใช้น้ำเสียงก็ดุดัน เสียเวลาด้วย ขอขอบคุณค่ะ”

ข้อร้องเรียนจากกล่องรับความคิดเห็น

7 ตุลาคม 2556

“ควรใช้คำพูดที่เหมาะสมกับผู้มาใช้บริการ ควรอ่านสิทธิของผู้ป่วย 10 ประการด้วยว่ามีอะไรบ้าง รับผิดชอบในสิ่งที่ห้อง OPD ทำ ไม่ใช่ปิดความรับผิดชอบให้ผู้มาใช้สิทธิ มาใช้บริการทุกวัน ป้าเจอเหตุการณ์แบบนี้แย่มากๆ”

ข้อร้องเรียนจากกล่องรับความคิดเห็น

19 พฤศจิกายน 2556

## 2) ด้านการเข้าถึงการบริการ

ข้อค้นพบสภาพปัญหาในด้านการเข้าถึงการบริการ ได้แก่ การไม่ได้รับความสะดวกในการเข้าถึงการบริการ การที่บุคลากรไม่ใช้เวลาในการรับฟัง แก้ไขปัญหาและติดตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รายละเอียดดังนี้

“ควรมีการอธิบายว่าควรไปตรวจที่จุดใดก่อนตามลำดับ”

ข้อมูลจากแบบสอบถาม ฉบับที่ 16

“เรื่องแฟ้มประวัติ สอบถามโยนกันไปมาระหว่างห้องบัตรกับแผนกผู้ป่วยนอก จนบัตรคิวเลยไปเป็น 10 รอบถามพยาบาลหน้าห้องเเยหน้าตอบให้ไปตามที่ห้องบัตร สีหน้าไม่มีการยิ้มแย้ม ไปถามห้องบัตรก็ไม่ยิ้มแย้ม บอกให้ไปรอหน้าห้อง 2 เดียวฉันให้ อย่าให้โรงพยาบาลของรัฐเป็นเหมือนโรงพยาบาล”

ข้อมูลจากแบบสอบถาม ฉบับที่ 21

“ปรับปรุงการจัดคิวการเข้ารับการตรวจ”

ข้อมูลจากแบบสอบถาม ฉบับที่ 48

“ควรมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในช่วงเช้า 6.00น. เนื่องจากคนไข้บางคนไม่รู้ขั้นตอนว่าต้องรับบัตรคิวตรวจ เนื่องจากมาครั้งแรก”

ข้อมูลจากแบบสอบถาม ฉบับที่ 100

“อยากให้ปรับปรุงคิวที่มารอให้ดูความสำคัญแต่ละกรณีที่มา เช่น ผู้ที่มาได้กมาด้วย ไม่ใช่ให้บุคคลที่ทำงานในโรงพยาบาลก่อน”

ข้อร้องเรียนจากกล่องรับความคิดเห็น

16 ธันวาคม 2556

“น่าจะมีช่องทางไว้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในขณะมารับการตรวจรักษา จะได้ไม่ต้องมารอเป็นเวลานาน”

ข้อร้องเรียนจากกล่องรับความคิดเห็น

22 พฤษภาคม 2557

### 3) ด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ

ข้อค้นพบสภาพปัญหาในด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ ได้แก่ การไม่เชื่อมั่นในความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยแก้ไขปัญหา หรือไม่ได้รับคำแนะนำที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ รายละเอียดดังนี้

“เจ้าหน้าที่หน้าห้อง 4 ดูไม่คล่องเลย ทำงานเหมือนเด็กจบใหม่ ไม่เห็นเหมือนห้อง 5 เธอไวมาก แถมอธิบายชัดเจนเข้าใจง่าย”

ข้อมูลจากแบบสอบถาม ฉบับที่ 74

“ซักถามผู้ป่วยว่ามาทำอะไร ตรวจรักษาโรคอะไร เมื่อรักษาแล้วยังไม่หาย จะทำอย่างไรต่อไป ถ้าแพทย์ไม่ได้นัด ควรอธิบาย”

ข้อมูลจากแบบสอบถาม ฉบับที่ 98

### ตอนที่ 3 วิธีการแก้ปัญหาจิตสำนึกบริการพยาบาล ที่ได้จากการประยุกต์ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อได้วิธีการแก้ปัญหา และการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการและความพึงพอใจผู้รับบริการ ซึ่งดำเนินการตามหลัก PDCA 4 ขั้นตอน ผู้วิจัยเริ่มต้นตั้งแต่การสำรวจสภาพปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลเอกสาร การสัมภาษณ์ การสังเกต และข้อคิดเห็นจากแบบสอบถาม เพื่อเตรียมอธิบายให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทราบ ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินงานวิจัยออกเป็น 2 วงจร คือ การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับบุคลากรทางการแพทย์ และ การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ รายละเอียดมีดังนี้

#### 3.1 การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับบุคลากรทางการแพทย์

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับบุคลากรทางการแพทย์ สิ่งที่ได้คือผู้วิจัยดำเนินการสอนบุคลากรทางการแพทย์ทำวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สิ่งที่ได้จากการทำวิจัยบุคลากรทางการแพทย์ได้วิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นโครงการ 2 โครงการ ได้แก่

1) โครงการ “SERVICEMIND BY OPD” และ 2) โครงการ “ขั้นตอนนั้น สำคัญไหน” เพื่อแก้ปัญหาในเรื่องการจัดลำดับขั้นตอนในการให้บริการ รายละเอียดดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

ขั้นตอนการวิจัย	ผู้วิจัย	บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
ขั้น plan	-วางแผนการดำเนินงานวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล	-บุคลากรมีเป้าหมายร่วมกันว่าจะต้องร่วมมือร่วมแรงกันในการแก้ปัญหา โดยประชุมวางแผนร่วมกัน เป้าหมายแรกคือการช่วยกันคิดหาวิธีการแก้ไข ปัญหาที่วิตกกังวลร่วมกัน
ขั้น do	-พูดคุยโน้มน้าวบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลให้ทำวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อแก้ปัญหา	-บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อการแก้ไขปัญหา 2 โครงการได้แก่ 1) โครงการ “SERVICEMIND BY OPD” และ 2) โครงการ “ขั้นตอนนั้น สำคัญไฉน”
ขั้น check	-ตรวจสอบในขั้นตอนนี้ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลสามารถดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และแผนงานโครงการที่วางไว้ได้ตรงกระบวนการและโครงการที่จัดทำขึ้น จากการติดตามผลผู้วิจัยพบว่าบุคลากรมีการตรวจสอบกิจกรรมตามตารางที่จัดทำไว้ในแต่ละโครงการ เพื่อนำผลการตรวจสอบมาแจ้งในวันประชุมกลุ่มร่วมกัน	-บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลตรวจสอบการดำเนินงานตามขั้นตอนที่วางไว้ เพื่อพิจารณาว่ากลุ่มได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ตรงตามกระบวนการและตามแผนงานที่ร่วมกันวางไว้หรือไม่ และกิจกรรมที่ปฏิบัติมีความเหมาะสมได้ผลหรือไม่อย่างไร
ขั้น act	-หลังจากติดตามผลดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เมื่อพบสิ่งที่ไม่เป็นไปตามแผนงานที่วางไว้ ผู้วิจัยช่วยแก้ไขโดยการไปคุยหรือกระตุ้นให้บุคลากรดำเนินการต่อหรือปรับปรุงแผนกิจกรรม/โครงการ	-บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลสะท้อนผลการดำเนินการกิจกรรม มีการปรับปรุงกิจกรรม/ปรับการทำงานหลังพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

สรุปการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลได้วิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นโครงการ 2 โครงการ ได้แก่

1) โครงการ “SERVICEMIND BY OPD” เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล และ 2) โครงการ “ขั้นตอนนั้น สำคัญไฉน” เพื่อแก้ปัญหาในเรื่องการจัดลำดับขั้นตอนในการให้บริการ

### 3.2 การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาล

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาล จากการประชุมกลุ่มร่วมกันของบุคลากรทางการพยาบาลครั้งแรก ในวันที่ 5 สิงหาคม 2557 ได้วิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นโครงการ 2 โครงการ เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ของเดือนสิงหาคม 2557 จนถึงสัปดาห์ที่ 4 เดือนกันยายน 2557 หลังจากบุคลากรทางการพยาบาลร่วมกันวางแผนตามกระบวนการ เอไอซี ในขั้นตอนการวางแผนการวิจัยเรียบร้อยแล้ว จึงเริ่มดำเนินโครงการทั้ง 2 โครงการเพื่อการแก้ไขปัญหาและเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ ดังนี้ 1) โครงการ SERVICE MIND BY OPD และ 2) โครงการ “ขั้นตอนนั้น สำคัญไฉน” รายละเอียดโครงการต่าง ๆ ดังนี้

1. โครงการ SERVICE MIND BY OPD เป็นโครงการที่เกิดจากขั้นตอนการสะท้อนถึงสิ่งที่กังวลใจและกลุ่มคิดว่าเป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมาะสม เป็นปัญหาของคนกลุ่มใหญ่ ประกอบกับข้อมูลจากเอกสารเชิงประจักษ์ การสังเกต การสัมภาษณ์ และแบบสอบถามซึ่งรวบรวมโดยผู้วิจัย กลุ่มมีความคิดเห็นที่สามารถแก้ไขได้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วมจากการประชุมกลุ่มในครั้งแรกได้ปัญหาจากที่ประชุมทั้งหมด 18 รายการ มีการจัดลำดับความสำคัญและความเร่งด่วนในการแก้ปัญหา คือการได้มาซึ่งโครงการ โครงการ “SERVICEMIND BY OPD” จัดทำขึ้นเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมาะสมของบุคลากรทางการพยาบาลในการให้บริการ ซึ่งรายละเอียดในแต่ละกิจกรรมประกอบด้วย ความรวดเร็วและเต็มใจให้บริการ, การยิ้มแย้มแจ่มใส, บุคลิกภาพและการแต่งกาย, การสื่อสารที่ดี, การไม่นั่งดูตาย, การตรงต่อเวลาและหน้าที่รับผิดชอบ, ความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม และการจัดบรรยากาศสถานที่ทำงาน ซึ่งมีรายละเอียดปลีกย่อยในแต่ละกิจกรรม กลุ่มบุคลากรมีความคิดว่าถ้าทุกคนสามารถดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนและมีการปฏิบัติครบ จะช่วยลดปัญหา ข้อขัดแย้ง พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ที่ดีของทุกคนและของหน่วยงาน มีการกำหนดให้ทุกคนมีการตรวจสอบการปฏิบัติร่วมกันเป็นระยะๆ รวม 2 ครั้ง สรุปผลในภาพรวมเพื่อการปรับให้เหมาะสมในครั้งต่อไป

2. โครงการ “ขั้นตอนนั้น สำคัญไฉน” เป็นอีกหนึ่งโครงการที่จัดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาในเรื่องการจัดลำดับขั้นตอนในการให้บริการ สาเหตุจากข้อร้องเรียนในเรื่องระบบในการให้บริการที่ยังเกิดความยุ่งยาก ในลำดับขั้นตอนการเข้ารับบริการ และความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันของผู้ปฏิบัติงาน รายละเอียดในกิจกรรมมีดังนี้ ได้แก่การปรับปรุงระบบการแจกคิวตรวจ การแจ้งลำดับขั้นตอนในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการ การสอบถามความต้องการในขณะรอตรวจ และกิจกรรมการสอนเพื่อเสริมสร้างงานบริการ เช่นกิจกรรมการล้างมือ, กิจกรรมมณีเวช, กิจกรรมลมหายใจเข้า-ออก และกิจกรรมการสอนเรื่องเกร็ดความรู้เรื่องโรคภัยไม่ไกลตัว

#### ตอนที่ 4 ผลจากวิธีการแก้ปัญหาในด้านจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ และความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ผลที่ได้จากวิธีการแก้ปัญหาของบุคลากรทางการแพทย์ตามขั้นตอน PDCA ได้กิจกรรมการแก้ปัญหา 2 โครงการ โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ รวม 2 เดือน ในเดือน สิงหาคม-กันยายน 2557 นั้น หลังการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยทำการวัดซ้ำ โดยในการวิเคราะห์ผลจากวิธีการแก้ปัญหา ผู้วิจัยจะดูจาก 2 ด้าน คือ ด้านระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ และด้านระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยวิเคราะห์ว่าผลจากการใช้วิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำให้จิตสำนึกบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการดีขึ้นหรือไม่ โดย ผู้วิจัยขอเสนอทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ รายละเอียดดังนี้

#### 1. ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์

##### 1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณหลังการวิจัย

หลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยวัดจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ซ้ำด้วยแบบสอบถามจิตสำนึก รายละเอียดดังนี้

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานและระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ ในภาพรวมหลังการวิจัย จิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 3.95$ ) พบว่าจิตสำนึกบริการทุกด้านหลังการวิจัยอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและด้านการตอบสนองการให้บริการมีค่าสูงที่สุด ( $\bar{X} = 4.20$ ) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (CV) พบว่าคะแนนจิตสำนึกบริการทุกด้านใกล้เคียงกับโค้งปกติ และคะแนนไม่เกาะกลุ่มกัน ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ค่าสถิติพื้นฐานและระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์หลังการวิจัย

จิตสำนึกบริการรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	CV	MIN	MAX	Sk	Ku	ความหมาย
1. ด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม	3.80	0.79	20.79	3.00	5.00	0.39	0.55	ค่อนข้างสูง
2. ด้านความสามารถในการให้บริการ	3.81	0.46	12.07	3.00	4.83	0.24	0.33	ค่อนข้างสูง
3. ด้านการตอบสนองการให้บริการ	4.20	0.48	11.43	3.00	5.00	-0.07	0.64	ค่อนข้างสูง
4. ด้านการเสริมสร้างการบริการ	3.99	0.49	12.28	3.00	5.00	0.24	0.59	ค่อนข้างสูง
รวม	3.95	0.41	10.38	3.00	4.96	0.24	1.41	ค่อนข้างสูง

( $SE_{sk}=0.48$ ,  $SE_{ku}=0.94$ ) \* $P<.05$



### การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับจิตสำนึกบริการก่อนและหลังการวิจัย ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ ก่อนและหลังทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่าก่อนการวิจัยในด้านจิตสำนึกด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมและด้านความสามารถในการให้บริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =3.41 และ 3.40 ตามลำดับ) หลังการวิจัยพบว่าจิตสำนึกบริการทั้ง 2 ด้านพัฒนาเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ( $\bar{X}$ =3.80 และ 3.81 ตามลำดับ) และหลังการวิจัยในภาพรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการวิจัย และอยู่ในระดับค่อนข้างสูงทั้งหมด

ความสัมพันธ์ของคะแนนจิตสำนึกบริการก่อนและหลังการวิจัย ส่วนใหญ่ค่าความสัมพันธ์มีอยู่จริง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการวิจัย โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วย t-test แบบ Paired-Sample t-test พบว่าในภาพรวมบุคลากรทางการแพทย์มีจิตสำนึกบริการก่อนและหลังการวิจัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = -3.32$ , Sig = 0.00) เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่ก่อนและหลังวิจัยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม ( $t=-4.68$ , Sig.= 0.00) ด้านความสามารถในการให้บริการ ( $t=-3.53$ , Sig.= 0.00) และในด้านการเสริมสร้างการบริการ ( $t=-2.44$ , Sig.= 0.02) มีเพียงจิตสำนึกในด้านการตอบสนองการให้บริการที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันก่อนและหลังการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับจิตสำนึกบริการก่อนและหลังการวิจัย  
ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

จิตสำนึกบริการ รายด้าน	ก่อน		หลัง		Correlation	t	Sig.
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
1. ด้านความร่วมมือ และการทำงานเป็นทีม	3.41	0.61	3.80	0.48	0.76*	-4.68	0.00
2. ด้านความสามารถ ในการให้บริการ	3.40	0.65	3.81	0.46	0.54*	-3.53	0.00
3. ด้านการตอบสนอง การให้บริการ	4.04	0.64	4.20	0.48	0.39	-1.21	0.24
4. ด้านการเสริมสร้าง การบริการ	3.71	0.63	3.99	0.49	0.56*	-2.44	0.02
รวม	3.64	0.56	3.95	0.41	0.62*	-3.32	0.00

\* $P < .05$

## 1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพหลังการวิจัย

หลังจากบุคลากรทางการแพทย์ทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน 2 โครงการ ตามแนวทางที่ได้วางแผนร่วมกัน ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่า การดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ทำให้กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงในด้านจิตสำนึกบริการสูงขึ้นอย่างชัดเจน ผลจากการสังเกตและสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ พบว่ามีจิตสำนึกบริการเพิ่มขึ้นในด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม เช่น มีการช่วยเหลือกันซึ่งกันและกันเมื่อเพื่อนร่วมงานอื่นมีภาระงานมากกว่า ด้านความสามารถในการให้บริการ เช่น มีการสนใจเรียนรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ช่วยตรวจใหม่ๆ และการสอนงานจากผู้มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า ด้านการตอบสนองการบริการ เช่น มีรอยยิ้ม พุดจาไพเราะ ทักทายผู้รับบริการตั้งแต่แรกพบ และในการเสริมสร้างการบริการ เช่น มีการใส่ใจรายละเอียดผู้รับบริการ มีคุณอำนวย (อำนวยความสะดวก) เดินสอบถามความต้องการเป็นระยะ ในขณะที่ผู้รับบริการรอดตรวจรายละเอียด ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพหลังการวิจัย

วิธีการเก็บข้อมูล	ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล			ผลการวิเคราะห์
	ก่อนทำวิจัย	ขณะทำวิจัย	หลังทำวิจัย	
การสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์	“ปัญหาเกิดแค่คนไม่กี่คน แต่หัวหน้าทำอะไรไม่ได้” “9 โมงยังไม่ถึงที่ทำงาน เย็นก็ต้องรีบไปรับลูก ต้องย้ายมาอยู่ที่นี่ แล้วจะรู้คนไหนเป็นยังไง”	“คูตี่ขึ้นนะ ตั้งแต่ได้ข้อสรุป ไม่มีใครมาเกิน 8.30 เลย” “ช่วงนี้สลับกันลงทานข้าวแล้ว 11 โมงกับลงตอนเที่ยง มีคนมาเปลี่ยนแทนช่วงพัก”	“ทุกคนดูกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น ไม่มีใครมาสายหลังขีดเส้นแดง ดูใจเย็นกับผู้ป่วยมากขึ้น” “เวลามีปัญหาหัวหน้าจะเรียกประชุมกลุ่มย่อยคนที่เกี่ยวข้องด้วย สอบถามความเห็น แล้วก็แก้ปัญหาเลย ไม่ช้าเหมือนแต่ก่อน” “หนูเกือบถูกคนไข้เอ็ด เพราะถามข้อมูลโรค แล้วตอบไม่ได้ พี่เค้าได้ยินเลยเข้ามาช่วย โละงอกไปที”	จิตสำนึกบริการเพิ่มขึ้นในด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม ในด้านความสามารถในการให้บริการ และการตอบสนองการให้บริการ

วิธีการเก็บ ข้อมูล	ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล			ผลการ วิเคราะห์
	ก่อนทำวิจัย	ขณะทำวิจัย	หลังทำวิจัย	
การสังเกตการ ปฏิบัติงานของ บุคลากร ทางการ พยาบาล	-พบพฤติกรรมไม่พึง ประสงค์ ได้แก่ หนีบ หูคุยโทรศัพท์ขณะ ปฏิบัติงาน สื่อสาร ออนไลน์ face book ขณะปฏิบัติงาน หน้า จอ น้ำเสียงราบเรียบ	-มีการช่วยเหลือกัน ในระหว่างห้องตรวจ ที่มีปริมาณงาน มากกว่าได้รับการ ช่วยเหลือ	-กล่าวทักทาย ยิ้มทัก ผู้รับบริการ -เดินสอบถามความ ต้องการเป็นระยะ ในขณะรอตรวจ -เสนอตัวเข้าช่วยเหลือ โดยผู้รับบริการไม่ต้อง ร้องขอ	จิตสำนึก บริการ เพิ่มขึ้นใน ด้านความ ร่วมมือและ การทำงาน เป็นทีมการ ตอบสนอง การบริการ และการ เสริมสร้าง การบริการ
ข้อคิดเห็นจาก การประชุมกลุ่ม	-ไม่เคยประชุมใน หน่วยงานมามากกว่า 1 ปี เก็บข้อคำถามไว้ หลายเรื่อง	-หัวหน้าเรียก ประชุมพยาบาล วิชาชีพ แก้ไขปัญหา 1 เรื่อง	-กำหนดการประชุมใน หน่วยงานทุกเดือน ทุกอังคารสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน -พบปัญหาในขณะ ปฏิบัติงานหรือมีข้อ สงสัย ไม่เก็บไว้เอง แก้ไขไม่ได้ แจ้ง หัวหน้าทราบเพื่อช่วย แก้ไข	ปัญหาได้รับ การแก้ไข

## 2. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

### 2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณหลังการวิจัย

เนื่องจากข้อมูลความพึงพอใจผู้รับบริการเป็นตัวอย่างคนละกลุ่มกันก่อนและหลังการวิจัย ผู้วิจัยขอเสนอภูมิหลังผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการหลังการวิจัยก่อนที่จะรายงานค่าสถิติพื้นฐานและระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการวิจัย

ตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.00) ส่วนมากอายุอยู่ในช่วง 20-40 ปี (ร้อยละ 45.00) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย รองลงมาเป็นญาติผู้ดูแล (ร้อยละ 83.00 และ 15.00 ตามลำดับ) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 42.00) รองลงมา

คือมัธยมศึกษา/อนุปริญญา (ร้อยละ 32.00) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 57.00) รองลงมาใช้สิทธิประกันสังคม และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 20.00 และ 15.00 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 4.14

ตารางที่ 4.14 ภูมิหลังผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการหลังการวิจัย

ภูมิหลัง		รวม	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	37	37.00
	หญิง	63	63.00
	รวม	100	100.00
2. อายุ	20 - 40 ปี	45	45.00
	41 - 60 ปี	35	35.00
	>60 ปี	20	20.00
	รวม	100	100.00
3. สถานภาพ	ผู้ป่วย	83	83.00
	ญาติ/ผู้ดูแล	15	15.00
	ญาติที่มาเยี่ยมไข้	2	2.00
	รวม	100	100.00
4. ระดับการศึกษาสูงสุด	ไม่ได้ศึกษา	5	5.00
	ประถมศึกษา	42	42.00
	มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	32	32.00
	ปริญญาตรี	18	18.00
	สูงกว่าปริญญาตรี	3	3.00
	รวม	100	100.00
5. สิทธิการรักษา	ชำระเงินเอง	7	7.00
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15	15.00
	ประกันสังคม	20	20.00
	บัตรประกันสุขภาพ	57	57.00
	อื่นๆ	1	1.00
	รวม	100	100.00

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานและระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในภาพรวมหลังการวิจัย ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับค่อนข้างสูง พบว่าด้านความสามารถเชิงวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านสูงสุด ( $\bar{X} = 4.10$ ) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (CV) พบว่าในด้านการเข้าถึงการบริการมีความแตกต่างกันมากที่สุด (CV=18.58) คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการเกือบทุกด้านใกล้เคียงกับโค้งปกติ ยกเว้นด้านการเข้าถึงการบริการที่คะแนนมีลักษณะเบ้ซ้าย หมายความว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย ( $Sk=-0.50^*$ ) และคะแนนในทุกด้านไม่เกาะกลุ่มกัน ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการวิจัย

ความพึงพอใจผู้รับบริการ	$\bar{X}$	S.D.	CV	MIN	MAX	Sk	Ku	ความหมาย
1. ด้านความห่วงใยเอื้ออาทร	3.93	0.70	17.81	2.00	5.00	-0.29	-0.44	ค่อนข้างสูง
2. ด้านการเข้าถึงการบริการ	3.93	0.73	18.58	2.00	5.00	-0.50*	-0.15	ค่อนข้างสูง
3. ด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ	4.10	0.73	17.80	2.00	5.00	-0.40	-0.70	ค่อนข้างสูง
รวม	3.95	0.70	17.72	2.00	5.00	-0.42	-0.27	ค่อนข้างสูง

( $SE_{sk}=0.24$ ,  $SE_{ku}=0.48$ ) \* $P<.05$

### การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจผู้รับบริการรายด้านก่อนและหลังการวิจัย ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการก่อนและหลังทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่าก่อนการวิจัยความพึงพอใจด้านความห่วงใยเอื้ออาทรและด้านการเข้าถึงการบริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.41$  และ 3.40 ตามลำดับ) หลังการวิจัยพบว่าความพึงพอใจผู้รับบริการทั้ง 2 ด้านเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ( $\bar{X}=3.93$  ทั้ง 2 ด้าน) และหลังการวิจัยค่าเฉลี่ยคะแนนในภาพรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการวิจัย และอยู่ในระดับค่อนข้างสูงทั้งหมด

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วย t-test แบบ Independent พบว่าในภาพรวมและรายด้านความพึงพอใจก่อนและหลังการวิจัย มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งพิจารณาจากค่าสถิติทดสอบ Levene's Test (Sig > 0.05) แสดงว่าความแปรปรวนของทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน จากนั้นพิจารณาจากสถิติทดสอบ t พบว่าผู้รับบริการทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความพึงพอใจแตกต่างกัน (Sig.=0.00) ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจผู้รับบริการรายด้านก่อนและหลังการวิจัย  
ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ความพึงพอใจ ผู้รับบริการ	ก่อน		หลัง		Levene's Test	t	Sig.
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
1. ด้านความห่วงใย เอื้ออาทร	3.41	0.65	3.93	0.70	0.12	-5.41	0.00
2. ด้านการเข้าถึง การบริการ	3.40	0.65	3.93	0.73	0.08	-5.40	0.00
3. ด้านความสามารถ เชิงวิชาชีพ	3.58	0.73	4.10	0.73	0.50	-5.03	0.00
รวม	3.43	0.62	3.95	0.70	0.06	-5.61	0.00

\*P<.05

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมจากแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ โดยแยกวิเคราะห์ในแต่ละห้องตรวจโรค 1-5 ก่อนการวิจัย ห้องตรวจโรค 4 มีคะแนนความพึงพอใจมากที่สุด รองลงมาเป็นห้องตรวจโรค 3 ( $\bar{X}$ =3.83 และ 3.55 ตามลำดับ) ห้องตรวจโรค 1 และ 2 ความพึงพอใจผู้รับบริการอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =2.85 และ 3.29 ตามลำดับ) หลังการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ความพึงพอใจสูงขึ้นมาอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ( $\bar{X}$ =3.67 และ 4.03 ตามลำดับ) หลังทำการวิจัย คะแนนในภาพรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการวิจัย และ ความพึงพอใจหลังการวิจัยอยู่ในระดับค่อนข้างสูงทั้งหมด

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วย t-test แบบ Independent พบว่าในห้องตรวจ 3 และ 4 ความพึงพอใจผู้รับบริการก่อนและหลังการวิจัย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sig.=0.29 และ 0.13 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจผู้รับบริการก่อนและหลังการวิจัย  
ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แยกตามห้องตรวจ 1-5

ความพึงพอใจ ผู้รับบริการ	ก่อน		หลัง		Levene's Test	t	Sig.
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ห้องตรวจ 1	2.85	0.85	3.67	0.88	0.43	-2.97	0.00
ห้องตรวจ 2	3.29	0.19	4.03	0.63	0.00*	-5.03	0.00
ห้องตรวจ 3	3.55	0.08	3.74	0.75	0.00*	-1.09	0.29
ห้องตรวจ 4	3.83	0.09	4.06	0.63	0.00*	-1.60	0.13
ห้องตรวจ 5	3.63	0.79	4.27	0.30	0.03*	-3.37	0.00

\*P<.05

## 2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพหลังการวิจัย

หลังจากที่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเพื่อสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จะเห็นได้ว่าการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นอกจากช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงานแล้ว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านจิตสำนึกบริการ สูงขึ้นอย่างชัดเจนแล้ว ยังส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากขึ้นตามมา ได้ประโยชน์ทั้งต่อตนเอง หน่วยงานและองค์กร ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพหลังการวิจัย

วิธีการเก็บข้อมูล	ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล			ผลการวิเคราะห์
	ก่อนทำวิจัย	ขณะทำวิจัย	หลังทำวิจัย	
ข้อคิดเห็นจากแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก	“พูดจาย่างกับจะกินเลือดกินเนื้อ ไม่รู้ไปกินรังแตนที่ไหนมา ไม่ควรเอามาลงกะคนไข้” “โยนกันไปโยนกันมา เดินไปขอใบโน่นนี่ จะครบ 10 โຕ้ะอยู่ละ ยังไม่ได้เจอหมอซะที่ข้าวก็ยังไม่ได้กิน”	“ดูกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น เวลาหอยังไม่มา ไม่มีการเล่นไลน์ เล่นเฟสเหมือนแต่ก่อน”	“ไม่คิดว่าโรงพยาบาลรัฐบาลจะปรับปรุงบริการได้ขนาดนี้ เกินคาด เทียบกับโรงพยาบาล.....แล้วที่นี่ดีกว่ามาก” “ชอบทำบริหารมณีเวช ทำงูทำเต่า ได้ประโยชน์จะกลับเอาไปทำต่อที่บ้าน”	ผู้รับบริการพึงพอใจมากขึ้นกว่าก่อนการวิจัย
เอกสารข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล	พบข้อร้องเรียนของหน่วยงานเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการทุกเดือน	ไม่พบข้อร้องเรียน	ไม่พบข้อร้องเรียน	ไม่พบข้อร้องเรียนในหน่วยงาน



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อได้วิธีแก้ปัญหและเสริมสร้างจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์และความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) วิเคราะห์ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ 2) วิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหาจิตสำนึกบริการพยาบาล ที่ได้จากการประยุกต์ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และ 3) วิเคราะห์ผลของวิธีการแก้ปัญหาในด้านจิตสำนึกบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ระยะแรกใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อสำรวจปัญหาและระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้ข้อมูลจากเอกสารรายงานที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ การสังเกตพฤติกรรมบริการในขณะปฏิบัติงาน และการสอบถามความคิดเห็นผู้รับบริการ และระยะที่สอง ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามขั้นตอน PDCA ได้แก่ 1) การวางแผน (plan) 2) การลงมือปฏิบัติ (do) 3) การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (check) 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงแก้ไข (act) โดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนในหน่วยงานมีส่วนเกี่ยวข้องพิจารณาร่วมกันในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน เพื่อได้วิธีการแก้ปัญหา การเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ โดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนได้มีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงขั้นสุดท้ายของกระบวนการวิจัย ด้วยประชาธิปไตยและความเท่าเทียมกัน

ผู้วิจัยเลือกกรณีศึกษาในโรงพยาบาลจิตบริการ (นามสมมติ) ตัวอย่างที่ใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 23 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 9 คน และศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังการทำวิจัย โดยเลือกจำนวนตัวอย่าง 100 คน คำนวณจากการใช้โปรแกรม G\*Power วิธีการเลือกตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบสังเกต แบ่งเป็น 2 ฉบับ ได้แก่ แบบแบบสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ และแบบสังเกตการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ 2) แบบสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ และ 3) แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยสถิติทดสอบ t-test แบบ Paired-Sample t-test ข้อมูลเชิงปริมาณความพึงพอใจของผู้รับบริการด้วยสถิติทดสอบ t-test แบบ Independent วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยตีความและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction)

### สรุปผลการวิจัย

การสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ 3 ข้อ ดังนี้ 1) วิเคราะห์ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ 2) วิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหาจิตสำนึกบริการพยาบาล ที่ได้จากการประยุกต์ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และ 3) วิเคราะห์ผลของวิธีการแก้ปัญหาที่มีต่อจิตสำนึกบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. การวิเคราะห์ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์

จากการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ พบว่า ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) จิตสำนึกด้านความร่วมมือและการทำงาน เป็นทีม อยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาที่พบ ได้แก่ การขาดความร่วมมือร่วมแรงใจกันในการปฏิบัติงาน การแยกส่วนกันในการปฏิบัติงาน การขาดการสื่อสารที่ดี การขาดมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และการขาดการให้ข้อมูลที่ชัดเจนในการบริการ 2) จิตสำนึกด้านความสามารถในการให้บริการ อยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาที่พบ ได้แก่ การขาดความสนใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การขาดการพัฒนาตนเองในงานที่เกี่ยวข้อง การขาดไหวพริบ ปฏิภาณ และความสามารถในการแก้ไขปัญหา การขาดการแนะนำหรือสอนงาน/เทคนิคในการปฏิบัติงานจากผู้มีประสบการณ์มากกว่า 3) จิตสำนึกด้านการตอบสนองการให้บริการ อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ปัญหาที่พบ ได้แก่ การแสดงออกทางด้านพฤติกรรม เช่น สีหน้าเรียบเฉย น้ำเสียง คำพูดที่ไม่สุภาพ การสนทนาโดยไม่มีการสบตาผู้รับบริการ การเร่งรีบในขณะที่ให้บริการทำให้บกพร่องต่อการให้บริการ และการขาดการให้ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และ 4) จิตสำนึกด้านการเสริมสร้างการบริการ อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ปัญหาที่พบ ได้แก่ การขาดการใส่ใจในการให้บริการที่ควรจะเป็น เช่นการจัดมุมหนังสือ มุมผ่อนคลาย หรือขาดการเสนอตัวช่วยเหลือเมื่อผู้รับบริการแสดงท่าทีหรือสีหน้าสงสัย

#### 2. การวิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหาจิตสำนึกบริการพยาบาล ที่ได้จากการประยุกต์ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

จากการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์กันเอง เพื่อหากิจกรรมในการแก้ปัญหา ได้กิจกรรม 2 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการ Service mind

by OPD เพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรให้บริการในขณะปฏิบัติงาน 2) โครงการ “ขั้นตอน นั้น สำคัญไหน” เพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับการลำดับขั้นตอนและจัดระบบในการให้บริการ

### 3. วิเคราะห์ผลของวิธีการแก้ปัญหาที่มีต่อจิตสำนึกบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

#### 3.1 ด้านจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์

จากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าหลังการวิจัย ระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับค่อนข้างสูงทุกด้าน และจิตสำนึกบริการหลังการวิจัยสูงกว่าก่อนการวิจัยในภาพรวม ในด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม ความสามารถในการให้บริการ และการเสริมสร้างการให้บริการ มีเพียงด้านการตอบสนองการให้บริการที่พบว่าไม่แตกต่างกันก่อนและหลังการวิจัย

#### 3.2 ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ

จากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าหลังการวิจัย ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับค่อนข้างสูงทุกด้าน และความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการวิจัยสูงกว่าก่อนการวิจัยทั้งในภาพรวม และในรายด้าน เมื่อพิจารณาความพึงพอใจผู้รับบริการแยกแต่ละห้องตรวจ 1-5 พบว่าในห้องตรวจที่ 3 และ 4 ความพึงพอใจก่อนและหลังการวิจัยไม่แตกต่างกัน

### อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการสำรวจสภาพปัญหาและระดับจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าสภาพปัญหาจิตสำนึกบริการ ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง และน้ำเสียง การขาดความร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา ความล่าช้าในการบริการ ลำดับขั้นตอนยุ่งยาก การให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนในการรักษาพยาบาล สถานที่ให้บริการไม่เอื้อต่อการให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาของอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ (2550) กล่าวว่าข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการบริการและปัญหาที่เกิดจากการทำงาน ได้แก่ การพูดจาไม่ไพเราะ ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุยเสียงดังระหว่างปฏิบัติงาน ไม่รู้เรื่องโรคของตนเอง และไม่มีเวลาในการพูดคุยเรื่องสุขภาพ

2. ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ ตามขั้นตอน PDCA ดำเนินกิจกรรมได้วิธีการในแก้ปัญหาเป็นกิจกรรมการมีส่วนร่วม 2 โครงการ จากการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของบุคลากรทุกคน สอดคล้องกับ อัญธิกา ชังฤกษ์ (2554) ที่กล่าวว่า กิจกรรมการมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการแก้ปัญหอย่างแท้จริง การร่วมพูดคุย แลกเปลี่ยนมาจากความต้องการของคนในชุมชน โดยมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมเปิดโอกาสให้กับทุกคนร่วมได้อย่างอิสระ เกิดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาที่มาจากความต้องการ และร่วมกับมีการใช้เทคนิคเอไอซีในการวางแผนในการแก้ปัญหา ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมกันในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การระดมความคิดหา

ปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน การวางแผนโครงการ ตลอดจนมีการควบคุมและติดตามการปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ญัฐดนัย บุตรพลับ (2555) ที่นำเทคนิคเอไอซีมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในชั้นเรียน และชาณิการ์ เอิบอาบ (2554) ที่ใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองโดยใช้แนวคิดเอไอซีเพื่อส่งเสริมสุขภาพการและ สุขภาพจิตของเด็กวัยอนุบาล ผลจากการประยุกต์ใช้เทคนิคเอไอซีในการวิจัย พบว่าจากนโยบายแก้ไข ปัญหาที่เคยสั่งจากระดับบนลงล่าง กลับมาเป็นการเพิ่มการมีส่วนร่วมโดยเริ่มจากบุคลากรระดับล่าง ขึ้นไป ทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากผู้รู้ปัญหาที่ดีที่สุด คือผู้ที่อยู่ ร่วมกับปัญหานั้นๆคิดหาวิธีแก้ปัญหาเอง

3. จากการประชุมกลุ่ม แม้มีข้อตกลงร่วมกันว่าให้ยึดการสื่อสารทางบวก เนื่องจากการใช้ ภาษาที่พูดเชิงลบหรือการพูดในลักษณะเผชิญหน้า อาจทำให้ไม่ได้รับการยอมรับ ในระยะแรกยัง พบว่าผู้ปฏิบัติงานระดับล่างไม่ยอมพูด ไม่อยากแสดงออกเพราะกลัวกระทบความรู้สึกระหว่างกัน และพบว่ามีการพูดว่ากล่าวกันในวงสนทนาเล็กๆ นอกห้องประชุม ผู้วิจัยใช้วิธีให้แสดงความคิดเห็น โดยเลือกใช้วิธีการเขียนความคิดเห็นใส่กระดาษ แล้วนำข้อความมาเผยในเวทีประชุม โดยการอ่านหรือ นำข้อความติดแปะไว้บนกระดาน หรือบอกผ่านผู้แทนของตนเองที่อาวุโสกว่า สอดคล้องกับ วรรณดี สุทธิธรรการ (2556) ที่กล่าวว่าความหลากหลายของสมาชิกที่มีหลายระดับการศึกษา ทำให้มีข้อ แตกต่างทางความคิดและการปฏิบัติ ผู้วิจัยต้องแสดงบทบาทในการเป็นคนกลาง เป็นผู้อำนวยความสะดวก มีไหวพริบปฏิภาณในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อให้สมาชิกทุกคนสามารถคิด พูด ฟัง และปฏิบัติได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่เกิดข้อขัดแย้งกัน

4. จากการวิเคราะห์ผลข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า โดยภาพรวมบุคลากรทางการพยาบาลใน แผนกผู้ป่วยนอก มีจิตสำนึกบริการหลังการวิจัยสูงกว่าก่อนการวิจัย เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายด้าน พบว่าจิตสำนึกด้านการตอบสนองการให้บริการก่อนและหลังการวิจัยไม่แตกต่างกัน น่าจะเป็นเพราะ ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการวิจัยในด้านนี้ มีคะแนนที่สูงอยู่แล้ว แม้ว่าหลังการวิจัยค่าเฉลี่ยคะแนนก็ยังคง สูงกว่าเดิม แต่ยังไม่เพิ่มมากนัก จึงทำให้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือน่าจะเป็นไป ได้จากการที่จิตสำนึกด้านการตอบสนองการให้บริการเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมในด้านการ แสดงความห่วงใย มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การแสดงความห่วงใยต่อผู้รับบริการ การให้ความสำคัญให้ เกียรติผู้รับบริการด้วยความเท่าเทียมกัน ซึ่งการแสดงออกเหล่านี้เป็นคุณลักษณะเฉพาะของวิชาชีพที่ ให้การบริการในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการอบรมปลูกฝังซึมซับมาตั้งแต่เริ่มเข้ารับการศึกษาหรือเริ่มเข้า ทำงาน ทำให้คะแนนในด้านนี้อยู่ในระดับค่อนข้างสูงตั้งแต่ก่อนการวิจัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ มรกต เหลืองอำนาจศิริ (2553) ที่กล่าวว่าคุณลักษณะจิตบริการในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ลักษณะที่สำคัญที่สุด ได้แก่ การให้บริการอย่างซื่อสัตย์สุจริต มีความเอื้ออาทร มีความรับผิดชอบต่อ

วิชาชีพ โดยการเคารพให้เกียรติผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน และการให้บริการโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ

5. จากการวิเคราะห์ผลข้อมูลเชิงปริมาณด้านความพึงพอใจผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ในภาพรวมและรายด้าน ความพึงพอใจผู้รับบริการหลังการวิจัยสูงกว่าก่อนการวิจัย เมื่อพิจารณาแต่ละห้องตรวจที่ 1-5 พบว่าห้องตรวจที่ 3 และ 4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังการวิจัยไม่แตกต่างกัน น่าจะเกิดจากค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการวิจัยใน 2 ห้องตรวจนี้มีคะแนนอยู่ในระดับค่อนข้างสูงแล้ว แม้ว่าหลังการวิจัยค่าเฉลี่ยคะแนนจะยังสูงกว่าเดิม แต่ยังไม่เพิ่มมากพอที่จะทำให้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสังเกตของผู้วิจัย ตั้งแต่ก่อนการวิจัย พบว่าห้องตรวจ 3 และห้องตรวจ 4 เป็นห้องตรวจเฉพาะโรคที่เป็นแพทย์เฉพาะทาง และห้องตรวจเฉพาะผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานหน้าห้องตรวจนี้ เป็นบุคลากรคนเดิมที่อยู่ประจำห้องตรวจ ซึ่งเป็นที่คุ้นเคยกันอยู่แล้วระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และด้วยลักษณะเฉพาะที่คล่องแคล่ว ให้บริการด้วยใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาไพเราะ กระตือรือร้น ใส่ใจในความต้องการของผู้รับบริการ และสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี ทำให้ได้รับคำชื่นชมจากผู้รับบริการอยู่เสมอ จึงเป็นไปได้ว่าคะแนนความพึงพอใจผู้รับบริการก่อนการวิจัยดีอยู่แล้ว หลังการวิจัยในห้องตรวจ 2 ห้องนี้จึงไม่แตกต่างกัน

6. ผลจากการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ ในการแก้ปัญหา และเสริมสร้างจิตสำนึกบริการ พบว่าผลการวิจัยประสบความสำเร็จ เนื่องจากได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ในทุกขั้นตอนของกระบวนการ PDCA จนบรรลุเป้าหมายวัตถุประสงค์ของการวิจัย เห็นได้จากข้อมูลที่สอดคล้องกันทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ หลังการทำการวิจัย ไม่พบว่ามีข้อร้องเรียนด้านการบริการเกิดขึ้นซ้ำในหน่วยงาน กล่าวได้ว่าการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถนำไปแก้ปัญหาในหน่วยงาน ลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และพัฒนางานด้านต่างๆได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐดนัย บุตรพลับ (2555) พรรณราย ธนस्थ्य์สถิต (2553) เสาวนีย์ แสนคำ (2552) และ สุทิสรา ลิมสกุล (2550) ที่นำการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหา ลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และส่งเสริมพัฒนางานด้านต่างๆจนประสบผลสำเร็จ

7. จากการวิจัยพบว่าจิตสำนึกบริการสูงขึ้นได้ เป็นเพราะกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามขั้นตอน PDCA ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เอง จากการสังเกตก่อนการวิจัย พบปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการแยกส่วนกันในการปฏิบัติงาน ขาดการประสานงานกันทำให้ขาดความต่อเนื่องในทางปฏิบัติ และพฤติกรรมการแสดงออกในขณะปฏิบัติงาน เมื่อดำเนินกิจกรรมการแก้ปัญหา 2 โครงการ ซึ่งได้จากกระบวนการวิจัยตามขั้นตอน PDCA ร่วมกับเทคนิคการทำแผนเอไอซี ทำให้ทุกคนเกิดความตระหนักถึงปัญหาร่วมกัน การมีส่วนร่วมกันในทุกขั้นตอน การพูดคุยกัน การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ผลจากการปฏิบัติทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไข และจิตสำนึกบริการในทุกด้าน

สูงขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลจากการสังเกตด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม เห็นการเปลี่ยนแปลง เช่น การมีบุคลากรหมุนเวียนแทนเมื่อพักรับประทานอาหารกลางวัน การช่วยเหลือกันเมื่อภาระงานห้องอื่นมีมากกว่า การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านความสามารถในการให้บริการ เช่น การยินดีสอนงานและช่วยเหลือผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่าเมื่อเผชิญปัญหาในขณะปฏิบัติงาน ด้านการตอบสนองการให้บริการ เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น มีรอยยิ้ม การกล่าวทักทายผู้รับบริการ และมีการให้ข้อมูลที่ชัดเจนครบถ้วนหลังการตรวจ และในด้านการเสริมสร้างการบริการ มีคุณอำนวย (อำนวยความสะดวก) เดินสอบถามความต้องการของผู้รับบริการเป็นระยะในขณะรอตรวจ และกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้รับบริการก่อนแพทย์ลงตรวจในช่วงเช้า เช่น กิจกรรมสอนการล้างมือ ภายบริหารท่ามณีเวช กิจกรรมลมหายใจเข้า-ออก การสอนสุขศึกษาเรื่องโรคที่กำลังแพร่ระบาดในปัจจุบัน ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการที่สูงขึ้นตามมาด้วย สอดคล้องกับข้อมูลเอกสารของโรงพยาบาลที่ไม่พบข้อร้องเรียนในแผนกผู้ป่วยนอกตั้งแต่เริ่มดำเนินการวิจัย และจากคำชื่นชมในแบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้รับบริการชอบการให้บริการที่แผนกนี้มากกว่าเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่น เมื่อผู้รับบริการประสบปัญหา ผู้ให้บริการที่มีจิตใจในการให้บริการ และแสดงออกถึงความรับผิดชอบ มีความกระตือรือร้นในการช่วยแก้ปัญหาด้วยความเต็มใจและเร่งด่วน จะสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ สอดคล้องกับ อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์ (2549) ที่กล่าวว่าจิตสำนึกบริการเป็นความเข้าใจในความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยการแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสม เพื่อผู้รับบริการพึงพอใจและประทับใจ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัย

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ จากบทเรียนหรือประสบการณ์ที่ผู้วิจัยได้เรียนรู้ และคิดว่าจำเป็นสำหรับผู้อื่นได้นำมาใช้ประโยชน์ หรือรับรู้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นมีดังนี้

1. ในแต่ละบริบทของหน่วยงาน อาจมีสภาพปัญหาจิตสำนึกบริการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแตกต่างกันออกไปบ้าง ดังนั้นควรมีการสำรวจหรือการศึกษาข้อมูลที่ชัดเจนก่อนดำเนินการวิจัย เนื่องจากสภาพปัญหามีรูปแบบต่างๆ และเกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ตามแต่สภาพแวดล้อมและบริบทของพื้นที่วิจัยในขณะนั้น
2. ในการทำการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะสำเร็จได้ ต้องมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันในที่ประชุมก่อน เพื่อทุกคนจะได้มีความตระหนักและรับรู้ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานราบรื่นและประสบผลสำเร็จ

3. ข้อพึงระวังในการประชุมกลุ่ม พบปัญหาในเรื่องของเวลาที่ว่างไม่ตรงกัน เนื่องจากรูปแบบการปฏิบัติงานโรงพยาบาลที่ต้องมีการให้บริการตลอดเวลา ทำให้บางคนไม่ยอมรับในมติบางอย่างในที่ประชุม เสนอแนะว่าต้องหาเวลาว่างพร้อมกันเพื่อให้มีส่วนร่วมกันในการวางแผน เช่นอาจจัด part time เพิ่มในวันที่มีการประชุมกลุ่มร่วมกัน

4. การศึกษาพบว่าการศึกษาวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะสามารถนำไปปรับใช้ในการพัฒนาระบบงานในหน่วยงานอื่นๆได้ โดยการมีนโยบายจากผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลควรทำการคัดเลือกบุคคลที่เป็นแกนนำในแต่ละหน่วยงาน ที่มีคุณลักษณะที่เหมาะสม เช่น การเป็นนักวางแผน การเป็นผู้กระตุ้น การเป็นผู้อำนวยความสะดวก การเป็นครูผู้สอน หรือการเป็นผู้ฟังที่ดี สอดคล้องกับ วรรณดี สุทธินิรากร (2556) ที่กล่าวถึงบทบาทของนักวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมซึ่งมีหลายบทบาท เปลี่ยนไปตามสถานการณ์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการคิดหรือแรงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีกว่า โดยไม่ใช้ความคิดของตนเองเป็นหลัก วัตถุประสงค์หลักคือช่วยให้เกิดการพัฒนาและการแก้ปัญหาในหน่วยงาน

5. โรงพยาบาลต่างๆที่มีการทำ PDCA อยู่แล้ว ควรตระหนักถึงปัญหาต่างๆที่พบเห็น และนำกระบวนการ PDCA ในการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างจริงจังในการแก้ปัญหา

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. โรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนาความพึงพอใจของผู้รับบริการและมีการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ควรมีการแบ่งกลุ่มผู้รับบริการเป็น 2 กลุ่ม ทั้งกลุ่มผู้รับบริการประจำ (คนเดิมที่พบแพทย์ตามนัด) และกลุ่มไม่ประจำ และมีการวัดทั้งก่อน และหลังการทดลอง เพื่อเพิ่มความตรงในการวัด

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไป ควรมีการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งการที่มีจำนวนบุคลากรที่มาก จะทำให้การมีส่วนร่วมของบุคลากรมีความยากมากกว่า เพื่อวิเคราะห์ดูว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมยังใช้ได้ผลกับบริบทของโรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. จากข้อค้นพบที่ได้จากกระบวนการที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ ได้ผลดีในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในการเสริมสร้างจิตสำนึกบริการและและ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ควรมีการนำไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานอื่นหรือตัวอย่างอื่นในโรงพยาบาล เช่นในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเอง หรือการเสริมสร้างการดูแลตนเองในผู้ป่วยเฉพาะโรค เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

## รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง. (2553). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต), สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กฤษณ์ อริยะพุทธิพงศ์, & อานนท์ ศักดิ์วีระวิชัย. (2548). การพัฒนาแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เพื่อประเมินการมีใจให้บริการ. *Chulalongkorn Review* (68), 70-85.
- เกศริน จันทน์นิมิตศรี. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมฝึกพฤติกรรมบริการพยาบาลต่อความพึงพอใจ ในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการหน่วยพักรอดูอาการผู้ป่วยนอก. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต), สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
- จิตตินันท์ เดชะคุปต์. (2544). เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาการบริการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จิตตินันท์ นันทไพบูลย์. (2551). จิตวิทยาการบริการ กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- จุฑาทิพย์ พิทักษ์. (2555). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของ ชุมชน เรื่องเพศวิถีของวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต), สาขาวิชาการศึกษานอก ระบบโรงเรียน ภาควิชาการศึกษาตลอดชีวิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนันตรา ร่อนพิบูลย์. (2550). การพัฒนามาตรวัดสมรรถนะด้านจิตสำนึกในการให้บริการ. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต), , สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะ จิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชอบ เข้มกลัด และ โกวิท พวงงาม. (2547). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเชิงประยุกต์. กรุงเทพมหานคร: เสมาธรรม.
- ชาณิการ์ เอิบอาบ. (2554). การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองตามแนวคิดเอไอซีเพื่อ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต), สาขาวิชาการศึกษาปฐมวัย ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐดนัย บุตรพลับ. (2555). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของครูและนักเรียนในการลด พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในชั้นเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น : การวิจัยกรณีศึกษา (วิทยานิพนธ์



- ปริญญามหาบัณฑิต ), สาขาวิจิตรวิทยาการวิจัยการศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2540). การสร้างพลังอำนาจ: กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. รามาธิบดีเวชสาร (พฤษภาคม), 3-5.
- ดารา พงษ์สมบุญ. (2553). “คน” หัวใจบริการ (Service Mind). <http://www.aster.spu.ac.th/file/user/93/93/upload/HR/A.Dara.pdf>.
- ทีศนา แคมมณี, & นางลักษณ์ วิรัชชัย. (2546). แก้ว ก้าว สู่ความสำเร็จในการวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียนและสังเคราะห์งานวิจัย. กรุงเทพฯ: บริษัทพัฒนาคุณภาพทางวิชาการ.
- เทพ สงวนกิตติพันธุ์. (2556). การสร้างพฤติกรรมจิตบริการด้วยเทคนิคการปรับพฤติกรรม. <http://www.stou.ac.th/offices/rdec/udon/upload/documents/behavior.doc>.
- ธงชาติ วงษ์สุวรรณ. (2553). การพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์), สาขาวิชาบริหารการศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2551). การวิจัยปฏิบัติการ. อุบลราชธานี: บริษัท ยงสวัสดิ์อินเตอร์กรุ๊ป จำกัด.
- ธีรศักดิ์ ศรีสุรกุล. (2555). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยของ กศน.ตำบล : การประยุกต์ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและการวิจัยปฏิบัติการ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์), สาขาวิชาการศึกษา นอกระบบโรงเรียน ภาควิชาการศึกษาตลอดชีวิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์, & สมจิต หนูเจริญกุล. (2554). การพัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร 17 (2 ), 264-276.
- นันทิกาญจน์ อยู่สุข. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ จิตสำนึกการบริการ ผลการฝึกอบรมกับพฤติกรรมการทำงานบริการ: กรณีศึกษาพนักงานขาย บริษัท ไทย ยามาซากิ จำกัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์), สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- นิตยา เงินประเสริฐศรี. (2544). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. 2 : 7 (กรกฎาคม-ธันวาคม), 61-73.
- ประชาธรรม์ แสนภักดี. (2547). แผนทิมโนทัศน์ *Concept mapping*. กรุงเทพมหานคร: ดวงกมล สมัยการพิมพ์.
- ประเวศ วะสี. (2552). กระบวนการนโยบายสาธารณะ กรุงเทพมหานคร: ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง.

- พรทิพย์ เนตรแสงศรี. (2545). คุณภาพการพยาบาลตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการ  
งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), คณะ  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรรณราย ธนสัตย์สถิตย์. (2553). การประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของครู  
ผู้ปกครอง และชุมชนในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและส่งเสริมทักษะชีวิตของนักเรียน  
มัธยมศึกษาตอนต้น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาวิชาวิทยาการวิจัยการศึกษา  
ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธ์ทิพย์ รามสูตร. (2540). การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการ  
สาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพบูลย์ โพธิ์หวังประสิทธิ์. (2548). การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนตามแนวคิดของ  
เปาโล แพร และแพทริก จี บอยเออร์ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และมโนธรรมสำนึก  
เพื่อส่งเสริมการเลือกตั้งในระดับท้องถิ่นของผู้ออกเสียงเลือกตั้งชาวไทยกะเหรี่ยง.  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาการศึกษานอกระบบโรงเรียน คณะครุศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพบูลย์ สุทธิ. (2554). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ในการ  
พัฒนาเด็กและเยาวชนขององค์การบริหารส่วนตำบลและชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร  
บัณฑิต), สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการ และความเป็นผู้นำทางการ  
ศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มรกต เหลืองอำนวยศิริ. (2553). การศึกษาลักษณะจิตบริการในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ  
โรงพยาบาลเอกชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยงยุทธ แสนประสิทธิ์. (2554). รูปแบบการป้องกันปัญหาความรุนแรงในครอบครัว โดยกระบวนการ  
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี.  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาวิชาการศึกษาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ คณะ  
วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- โยธิน แสงวดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี, & มาลี สันภูวรรณ. (2543). ปัญหาและทุกข์ของประชาชน เมื่อ  
ใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม  
มหาวิทยาลัยมหิดล
- รมย์ฤดี เวสสัน (2554). การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมตามแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงและ  
ทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อเสริมสร้างจิตบริการสำหรับพนักงานสายการบิน.

- (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต), สาขาวิชาการศึกษานอกระบบโรงเรียน ภาควิชาการศึกษาตลอดชีวิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.  
ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- วรรณดี สุทธิรินากร. (2556). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ: การวิจัยเพื่อเสริมภาพและการสรรค์สร้าง. กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์
- วัชรยุทธ บุญมา. (2551). รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานของสถานศึกษาขนาดเล็ก (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต), สาขาวิชาพัฒนศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันชัย วัฒนศัพท์. (2553). คนไทยไม่ทอดทิ้งกัน: คู่มือการจัดการสร้างความปรองดองในระบบบริการสาธารณสุข. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- วารสารสื่อพลัง. (2548). ชุมชนกับการมีส่วนร่วมจัดการศึกษา. วารสารสื่อพลัง (13), 2-15.
- วีรยา หย่าวิไล. (2546). การรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิจิตร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต), คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริกาญจน์ โกสุมภ์. (2542). การมีส่วนร่วมของชุมชนและโรงเรียนเพื่อการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต), คณะพัฒนศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ศิริพร วิษณุหิมาชัย. (2553). Service mind หัวใจแห่งการบริการ.  
<http://mkpayap.payap.ac.th/siriporn/pdf/servicepdf1.pdf>
- ศิวพร สัตถพรพรหม. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างจิตสำนึกในการให้บริการกับพฤติกรรมการให้บริการของพนักงานที่บริการลูกค้าโดยตรง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต), สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถิติแห่งชาติและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, & สำนักงาน. (2555). รายงานการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555.
- สมชาติ โตรักษา. (2548). หลักการบริหารโรงพยาบาล กรุงเทพฯ: บริษัท เอส. พี. เอ็น. การพิมพ์ จำกัด.
- สมิต สัชฌุกร. (2545). การต้อนรับและบริการที่เป็นเลิศ กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- สมิต สัชฌุกร. (2548). ศิลปะการให้บริการ กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สายธาร.
- สลักจิตร์ ดวงจันทร์. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองโดยยึดองค์การเป็นหลักและจิตสำนึกในการให้บริการ ของพนักงานส่งเสริมการขายพีจี และพนักงานส่งเสริมการขาย

- พีซี ของบริษัทผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่ม. (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาวิชา  
จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร. (2546). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: แนวคิดและแนวปฏิบัติ.  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วันดาเพลส.
- สุทิสภา ลิ้มสกุล. (2550). การประยุกต์การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาความสามารถที่  
ปรับเหมาะสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษในโรงเรียนที่จัดการศึกษาแบบเรียนร่วม : พหุ  
กรณีศึกษา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาวิชาการศึกษา ภาควิชาวิจัยและ  
จิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2552). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- สุภาวดี จิระชีวะนันท์. (2545). ความพึงพอใจของผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม ต่อการบริการของ  
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาวิชาเวชศาสตร์  
ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวนีย์ แสนคำ. (2552). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมี  
วิจารณญาณของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาวิชา  
การศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนงค์ เอื้อวัฒนา (2542). ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาวิชาเอกบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุข  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อโนมา หอวีเชียร. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพตามแนวทางบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ  
การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้และจิตสำนึกในการให้บริการ. (สารนิพนธ์ปริญญา  
โทบริหารธุรกิจ), สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- อ่อนน้อม ฐปะวีโรจน์. (2550). ผลของการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ต่ออัตราการ  
กลับมารักษาซ้ำและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจ  
ในงานของพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะ  
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญธิกา ชั่งกฤษ. (2554). กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกการมีส่วนร่วมในการ  
พัฒนาท้องถิ่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), ภาควิชานโยบาย การจัดการและความ  
เป็นผู้นำทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์. (2549). มัดใจลูกค้าได้ด้วยสุดยอดการบริการ กรุงเทพมหานคร: เนชั่นมัลติมีเดีย  
กรุ๊ป

เอนก สุวรรณบัณฑิต, & ภาสกร อตุลพัฒน์กิจ. (2554). จิตวิทยาบริการ กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อตุล  
พัฒน์กิจ

ภาษาอังกฤษ

Aday, LA, & Anderson, R. (1975). *Access to Medical Care*. Ann Arbor: Health  
Administration Press, University of Michigan.

Bowen, David E, & Lawler, Edward E. (1995). *Empowering service employees*: MIT  
press Cambridge, MA.

Cohen, John M, & Uphoff, Norman T. (1980). Participation's place in rural  
development: seeking clarity through specificity. *World development*, 8(3),  
213-235.

Dienhart, John R., Gregoire, Mary B., Downey, Ronald G., & Knight, Patrick K. (1992).  
Service orientation of restaurant employees. *International Journal of  
Hospitality Management*, 11(4), 331-346. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0278-4319\(92\)90050-6](http://dx.doi.org/10.1016/0278-4319(92)90050-6)

Donavan, D Todd, & Hocutt, Mary Ann. (2001). Customer evaluation of service  
employee's customer orientation: extension and application. *Journal of  
quality management*, 6(2), 293-306.

Frimpong, Kwabena, & Wilson, A. (2012). Measuring Service Orientation of Service  
Delivery Employees. *La Londe les Maures*.

Gibson, Cheryl H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill  
children. *Journal of advanced nursing*, 21(6), 1201-1210.

Griffiths, John H, Midha, A, Cymru, Hybu Lechyd, & Organization, World Health. (1995).  
*A practical guide to health promotion in the workplace: guidelines for  
alliance-building and networking with companies*: Health Promotion Wales.

Hennig-Thurau, Thorsten, & Thurau, Claudia. (2003). Customer orientation of service  
employees—Toward a conceptual framework of a key relationship marketing  
construct. *Journal of Relationship Marketing*, 2(1-2), 23-41.

- Hogan, Joyce, Hogan, Robert, & Busch, Catherine M. (1984). How to measure service orientation. *Journal of Applied Psychology*, 69(1), 167.
- Hurtz, Gregory M, & Donovan, John J. (2000). Personality and job performance: the Big Five revisited. *Journal of applied psychology*, 85(6), 869.
- Kelley, Scott W. (1992). Developing customer orientation among service employees. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 20(1), 27-36.
- Kemmis, Stephen, & McTaggart, Robin. (2000). Participatory Action Research. IN DENZIN, N. & LINCOLN, Y.(Eds.) *Handbook of Qualitative Research*: London, Sage Publications Inc.
- McTaggart, Robin. (1989). 16 tenets of participatory action research. *Retrieved June, 20, 2004*.
- Millet, John D. (1954). *Management in the Public Service: The Quest for Effective Performance*: McGraw-Hill Book Company.
- Saxe, Robert, & Weitz, Barton A. (1982). The SOCO scale: a measure of the customer orientation of salespeople. *Journal of marketing research*, 343-351.
- Yoon, Sung-Joon, Choi, Dong-Choon, & Park, Jong-Won. (2007). Service orientation: Its impact on business performance in the medical service industry. *The Service Industries Journal*, 27(4), 371-388.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ภาคผนวก ก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

## ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัย การวัดและประเมินผลทางการศึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.โชติกา ภาชีผล	อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัยและจิตวิทยา การศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ต.อ.หญิง ผศ.ดร.ทิพย์ขัมพร เกษโกมล	อาจารย์ประจำภาควิชาหลักการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

## ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์	อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและ การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร.เขาวลัักษณ์ มีบุญมาก	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี







ที่ ศธ 0512.6(2771)/57-

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330  
26 กุมภาพันธ์ 2557

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน พันตำรวจเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์ฉิมพร เกษโกมล

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสุภาพร พวงสุวรรณ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิธีวิทยาการวิจัย การศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “การวิจัย ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อวยพร เรืองตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในกรณีนี้ใคร่ขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทาง วิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.จุฑารัตน์ วิบูลผล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2681-82 ต่อ 600



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานหลักสูตรและการจัดการเรียนฯ ฝ่ายวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
โทร.82681-2 ต่อ 600

ที่ ศธ 0512.6(2771)/57-

วันที่ 26 กุมภาพันธ์

2557

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

ด้วย นางสุภาพร พวงสุวรรณ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิธีวิทยาการวิจัย การศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “การวิจัย ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อวยพร เรืองตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในกรณีนี้ใคร่ขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทาง วิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

(อาจารย์ ดร.จุฑารัตน์ วิบูลผล)  
รองคณบดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ ศธ 0512.6(2771)/57-

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330  
26 กุมภาพันธ์ 2557

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยและทดลองใช้เครื่องมือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวพร พวงสุวรรณ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิธีวิทยาการวิจัย การศึกษาภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา อยู่ในระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อวยพร เรืองตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือ คือ แบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล และ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้ทำการเก็บข้อมูลวิจัยและทดลองใช้เครื่องมือดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.จุฑารัตน์ วิบูลผล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2681-82 ต่อ 600



ที่ ศธ 0512.6(2771)/57-

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330  
26 กุมภาพันธ์ 2557

เรื่อง ขอตกลงใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนิน

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสุภาพร พวงสุวรรณ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิธีวิทยาการศึกษา การศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา อยู่ในระหว่างการดำเนินงานวิทยานิพนธ์เรื่อง “การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อวยพร เรืองตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้อง ขอตกลงใช้เครื่องมือ คือ แบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล และ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ประสานงานใน รายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้ขอตกลงใช้เครื่องมือ ดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.จุฑารัตน์ วิบูลผล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2681-2 ต่อ 600



ที่ ศธ 0512.6(2771)/57-

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

26 กุมภาพันธ์ 2557

เรื่อง ขอตกลงใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสุภาพร พวงสุวรรณ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิธีวิทยาการศึกษา การศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา อยู่ในระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อวยพร เรืองตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้อง ทดลองใช้เครื่องมือ คือ แบบสอบถามจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล และ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ประสานงานใน รายละเอียดต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้ทดลองใช้เครื่องมือ ดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.จุฑารัตน์ วิบูลผล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2681-2 ต่อ 60









แบบบันทึกการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์

ข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์

ชื่อ.....(นามสมมติ).....ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลาบันทึก.....

คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

1. ปัญหาของหน่วยงานที่พบเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าสิ่งใดบ้างที่เป็นสาเหตุของปัญหา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหามากขึ้นหรือลดลง อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. วิธีการแก้ไขปัญหตามความคิดของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### แบบสอบถามการปฏิบัติงานทางการแพทย์พยาบาล

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามที่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เก็บข้อมูลในการวิจัยเรื่อง “การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล” ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ตอบมีความสำคัญอย่างยิ่งกับข้อมูล เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ต้องติดต่อกับผู้รับบริการหมุนเวียนเป็นจำนวนมาก และผู้ปฏิบัติงานเป็นกลุ่มบุคลากรในการให้บริการที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติงานทางการแพทย์พยาบาล

แบบสอบถามชุดนี้ไม่มีข้อใดถูกหรือผิด เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานทางการแพทย์พยาบาล โปรดตอบแบบสอบถามชุดนี้ทุกข้อตามความเป็นจริงและตรงกับความความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับและเพื่อการวิจัยเท่านั้น

ขอแสดงความนับถือ

นางสุภาพร พวงสุวรรณ  
(ผู้วิจัย)

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  และเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ  1. สมรส  2. โสด  3. หม้าย / หย่า
4. ระดับการศึกษาสูงสุด  1. มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา  2. ปริญญาตรี  3. สูงกว่าปริญญาตรี
5. ประสบการณ์ทำงาน .....ปี
6. ปฏิบัติงานในหน่วยงาน .....ปี
7. ตำแหน่งงานในปัจจุบัน  1. พยาบาลวิชาชีพ  2. พยาบาลเทคนิค  3. พนักงานช่วยเหลือคนไข้

## ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติงานทางการพยาบาล

แบบสอบถามการปฏิบัติงานทางการพยาบาลมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

5	หมายถึง	ตรงกับพฤติกรรมหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
4	หมายถึง	ตรงกับพฤติกรรมหรือความคิดเห็นของท่านมาก
3	หมายถึง	ตรงกับพฤติกรรมหรือความคิดเห็นของท่านปานกลาง
2	หมายถึง	ตรงกับพฤติกรรมหรือความคิดเห็นของท่านน้อย
1	หมายถึง	ตรงกับพฤติกรรมหรือความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมหรือความคิดเห็นของท่าน

คำถาม	ตรงกับพฤติกรรมหรือความคิดเห็นของท่าน				
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมในการให้บริการของหน่วยงานที่ท่านทำอยู่					
2. ท่านร่วมมือในโครงการ/กิจกรรมพัฒนาที่หน่วยงานจัดขึ้น					
3. เมื่อผู้รับบริการเสี่ยงต่ออันตราย ท่านและทีมการพยาบาลเข้าให้การช่วยเหลือโดยทันที โดยไม่คำนึงว่าผู้รับบริการจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่					
4. ท่านยอมรับคำติชมของผู้อื่นและนำมาปรับปรุงตนเอง					
5. ท่านตระหนักและมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาและวิธีแก้ปัญหาในหน่วยงาน					
6. ท่านประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อส่งต่อผู้รับบริการในการดูแลและบริการอย่างต่อเนื่อง(เช่นหน่วยงานเยี่ยมบ้าน หน่วยงานอาชีวเวชกรรม นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักโภชนาการ)					
7. ท่านแสวงหาโอกาสที่จะพัฒนาตนเอง ได้แก่การดูงาน การอบรม หรือจากการค้นคว้าด้วยตนเองเพื่อการบริการ					
8. ท่านวางแผนในการให้บริการผู้ป่วยแต่ละราย					
9. ท่านนำความรู้และทักษะต่างๆที่เป็นความก้าวหน้าทางการพยาบาลมาพัฒนางานบริการ					
10. ท่านพยายามที่จะค้นคว้าหาวิธีหรือเครื่องมือใหม่ๆมาช่วยตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและพัฒนาคุณภาพของการดูแล					
11. ท่านสนใจเรียนรู้สิ่งใหม่ๆจากการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนางานบริการ (เช่นการฉีดวัคซีนเด็กหรือวัคซีนเฉพาะโรค การเตรียมตรวจเฉพาะทางการส่งตรวจนอกโรงพยาบาล การส่งข้อมูลบริการเฉพาะโรค)					

คำถาม	ตรงกับพฤติกรรมหรือความคิดเห็นของท่าน				
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
12. ท่านพยายามพัฒนาตนเองเพื่อเป็นต้นแบบในการให้บริการทางการพยาบาล					
13. ท่านให้บริการด้วยความสุภาพ มีมารยาททั้งสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และคำพูดในขณะที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการทุกคน					
14. ท่านให้บริการพยาบาลด้วยความเท่าเทียมกัน โดยไม่แบ่งแยกผู้รับบริการ					
15. ท่านไม่แสดงอาการรังเกียจผู้รับบริการที่สงสัยเป็นโรคติดต่อ หรือเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ					
16. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการในการเลือกและตัดสินใจเลือกการดูแลรักษาสุขภาพของตน (เช่นการให้อิสระในการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรือปัญหาสุขภาพ การยินยอมที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล เป็นต้น)					
17. ท่านไม่เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ (เช่นการพูดถึงให้ผู้อื่นได้ยินในที่สาธารณะ การเปิดเผยร่างกาย ข้อมูลจากเวชระเบียน ข้อมูลในการวิจัย เป็นต้น)					
18. ท่านเห็นว่าทำให้ข้อมูลที่ชัดเจนและการตอบคำถามผู้รับบริการมีความสำคัญและจำเป็น					
19. ท่านหมั่นสอบถามและแจ้งลำดับในขณะรอตรวจ					
20. ท่านอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการตามลำดับของอาการเจ็บป่วยสำคัญเป็นกรณีพิเศษ (เช่นปวดท้องมาก คลื่นไส้ อาเจียน มาโดยรันทงหรือรอนอนให้เข้ารับการตรวจก่อน)					
21. ท่านตระหนักถึงความสำคัญของการบริการที่เกินความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ					
22. ท่านให้บริการโดยคำนึงถึงผู้รับบริการครอบคลุมทั้งกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม					
23. ท่านให้ข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์การให้บริการที่นอกเหนือจากการบริการปกติ (เช่นเชิญชวนเข้ากลุ่มออกกำลังกายขณะรอตรวจ กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผู้ป่วยเฉพาะโรค)					
24. ท่านใส่ใจในปัญหาต่างๆของผู้รับบริการเพื่อเสริมสร้างการบริการ (เช่นจัดสถานที่ / ห้องพักสำหรับญาติที่พามาตรวจแผนกผู้ป่วยนอก มุมหนังสือ มุมเครื่องดื่มสมุนไพร)					

😊 ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม 😊

**แบบสอบถาม**  
**ความพึงพอใจผู้รับบริการผู้ป่วยนอก**

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ  1. ผู้ป่วย  2.ญาติผู้ป่วย/ผู้ดูแล  3. ญาติที่มาเยี่ยมไข้
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุด  1. ไม่ได้เรียน  2. ประถมศึกษา  3. มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา  4.ปริญญาตรี  5. สูงกว่าปริญญาตรี
5. ผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือสิทธิคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลในครั้งนี้  1. ชำระเงินเอง  2.สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ  3. ประกันสังคม  4. กองทุนทดแทน  5. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า  6. อื่นๆ.....

**ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการผู้ป่วยนอก**

แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการผู้ป่วยนอก มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

- |   |         |   |
|---|---------|---|
| 5 | หมายถึง | ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด  |
| 4 | หมายถึง | ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านมาก        |
| 3 | หมายถึง | ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านปานกลาง    |
| 2 | หมายถึง | ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านน้อย       |
| 1 | หมายถึง | ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านน้อยที่สุด |

**ตอนที่ 2 ความรู้สึกของท่านต่อบริการต่างๆในครั้งนี้**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่าน

คำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1. เจ้าหน้าที่ให้การดูแล ท่วงโยท่านเหมือนญาติมิตร					
2. ท่านได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน					
3. เจ้าหน้าที่เข้าใจในปัญหาของท่าน					
4. เจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือทันทีเมื่อท่านต้องการ					
5. เจ้าหน้าที่สนใจและเอาใจใส่ในปัญหาสุขภาพของท่าน					
6. ท่านไว้ใจและยินดีเล่าปัญหาสุขภาพของท่านให้เจ้าหน้าที่ฟัง					
7. คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่สามารถนำไปปฏิบัติได้					
8. เจ้าหน้าที่ให้เวลาท่านในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของท่าน					
9. เจ้าหน้าที่ให้เกียรติและยอมรับนับถือความเป็นคนของท่าน					
10. เจ้าหน้าที่ติดตามปัญหาของท่านอย่างต่อเนื่อง					
11. เจ้าหน้าที่ช่วยแก้ปัญหาของท่านได้					
12. ท่านเข้ารับบริการจากเจ้าหน้าที่ได้ง่ายและสะดวก					
13. เจ้าหน้าที่ให้การบริการในภาพรวมด้วยดี					
14. ท่านได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญ					
15. ถ้าเลือกได้ ท่านต้องการการบริการเหมือนที่ได้รับอยู่ขณะนี้					

**ตอนที่ 3 ความคิดเห็นของท่านต่อบริการของโรงพยาบาล**

1. ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลควรปรับปรุงบริการอะไรบ้าง เพื่อให้ผู้มาใช้บริการได้รับบริการที่ดี

1).....

2).....

2. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการท่านเป็นอย่างดีที่สุดในการมารับการตรวจที่โรงพยาบาลครั้งนี้ คือ

1).....

2) .....

☺ ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ☺

ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงบริการพยาบาล

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสุภาพร พวงสุวรรณ เกิดวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2514 ภูมิลำเนา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี พ.ศ. 2540 จบการอบรมหลักสูตรพยาบาลไตเทียม จากมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2545 เข้าศึกษาต่อระดับปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาวิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา ภาควิชา วิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2555 ปัจจุบัน รับริหาราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ประจำหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลโพ ธาราม จังหวัดราชบุรี

