

ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ
โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

นางสุนันท์ นกทอง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2558

**Effects of Using a Conflict Management Model between
Nurses and Clients at Bungkan Hospital, Bungkan Province**

Mrs. Sunan noktong



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

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2015

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ
โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
ชื่อและนามสกุล นางสุนันท์ นกทอง
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โภธิศัพท์สุข
2. อาจารย์ ดร. พัทธา แก้วสาร

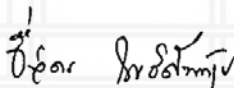
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2559

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



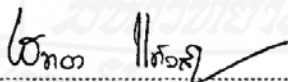
ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อภาพร เผ่าวัฒนา)



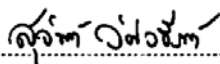
กรรมการ

(อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โภธิศัพท์สุข)



กรรมการ

(อาจารย์ ดร. พัทธา แก้วสาร)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิทวารานนท์)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลการใช้อยู่รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ

โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

ผู้วิจัย นางสุนันท์ นกทอง รหัสนักศึกษา 2585100874 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โปธิศัพท์สุข (2) อาจารย์ ดร. พิทยา แก้วสาร **ปีการศึกษา** 2558

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อการใช้อยู่รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ และ (2) เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองใช้อยู่รูปแบบการจัดการความขัดแย้งฯ

ประชากร เป็นผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 23 คน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานด้านการพยาบาลทุกแผนก หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าทีมหรือคลินิกหรือเวร และพยาบาลเวรตรวจการนอกเวลาราชการ เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง และคู่มือการใช้อยู่รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.8-1.0 ตรวจสอบความเที่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย) และวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ วิลคอกซัน ซายน์ แรตส์ เทสต์

ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่ามัธยฐานความพึงพอใจโดยรวมของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองใช้อยู่รูปแบบอยู่ในระดับสูงมาก และ 2) ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งฯ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

คำสำคัญ รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ผู้จัดการความขัดแย้ง พยาบาล ผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ

Thesis this: Effects of Using a Conflict Management Model between Nurses and Clients
at Bungkan Hospital, Bungkan Province

Researcher: Mrs. Sunan Noktong; **ID:** 258100874; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Chuenjit Potisupsuk; (2) Dr. Pattaya Kaewsarn;

Academic year: 2015

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were: (1) to examine the level of satisfaction of using a conflict management model between nurses and clients and (2) to compare conflict managers' satisfaction of using this conflict management model between nurses and clients at Bungkan hospital.

The population of this study was 23 conflict managers included with chief nurses, nurse supervisors, head nurses, nurse leaders and in charged nurses at Bungkan Hospital. The research instruments consisted of: (1) a conflict management model, a manual of conflict management for all participants and (2) questionnaires related to self-satisfaction for conflict management. The instruments were verified by five experts and CVI ranged from 0.8-1.0. The Cronbach's alpha reliability coefficients was 0.94. Data were analyzed by descriptive statistic (frequencies, percentage, median, and range) and Wilcoxon Signed Ranks Test for comparing satisfaction between before and after using a conflict management model.

The results showed that conflict managers rated their satisfaction on the model at the very high level after applying the model. Moreover, the satisfaction level of conflict managers was significantly higher than before experimenting ($p < .05$).

Keywords: Conflict management model, Conflict managers, Nurses, Clients, Bungkan hospital

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โปธิศัพท์สุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. พัทธา แก้วสาร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ช่วยเหลือให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง นอกจากนี้ยังให้โอกาสผู้วิจัยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณค่าและสร้างความภาคภูมิใจสำหรับผู้วิจัยอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอขอบ พระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบ และให้คำแนะนำเครื่องมือวิจัย ขอขอบ พระคุณหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม ผู้ประสานงาน และพยาบาลทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ และผู้บริหารทางการพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่าน โรงพยาบาล บึงกาฬ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ในการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาการ ความรู้ และประสบการณ์ที่มีคุณค่ายิ่ง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ตลอดระยะเวลาการศึกษา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดขอกราบขอบพระคุณมารดา และครอบครัวที่ได้ให้การสนับสนุน ส่งเสริมช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกให้ข้าพเจ้าได้สำเร็จการศึกษาในที่สุด

สุนันท์ นกทอง

กันยายน 2559

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับความขัดแย้ง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน	32
บริบทโรงพยาบาลบึงกาฬ.....	36
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	52
รูปแบบการวิจัย	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	57
ขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัย.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล	59
การวิเคราะห์ข้อมูล	60

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ.....	62
ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งก่อน และหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและ ผู้ใช้บริการโรงพยาบาลบึงกาฬ.....	63
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	66
สรุปการวิจัย	66
อภิปรายผล.....	68
ข้อเสนอแนะ	72
บรรณานุกรม	74
ภาคผนวก.....	81
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	82
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	82
ค หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	82
ง คู่มือ รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ.....	105
จ แบบสอบถามความพึงพอใจการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง.....	129
ฉ ค่ามัธยฐาน (Median) พิสัย (Range) และระดับความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง ต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (รายชื่อ).....	138
ประวัติผู้วิจัย.....	143

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้จัดการความขัดแย้ง จำแนกตามอายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง การอบรมที่เกี่ยวข้อง ระดับของผู้จัดการความขัดแย้ง และประสบการณ์การจัดการความขัดแย้ง.....62

ตารางที่ 4.2 ค่ามัธยฐาน (Median) พิสัย (Range) และระดับความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง ต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองใช้ใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง โดยรวมและรายด้าน.....64

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบ ค่ามัธยฐานความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง โดยรวม และรายด้าน65



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ภาพที่ 2.1	The conflict process. by Robbins & Judge.....	16
ภาพที่ 2.2	The conflict process. by McShane & Glinow.....	17
ภาพที่ 2.3	Process of Managing Conflict.....	22
ภาพที่ 2.4	กระบวนการจัดการความขัดแย้ง	26
ภาพที่ 2.5	กระบวนการจัดการความขัดแย้ง	29
ภาพที่ 2.6	แนวคิดการจัดการความขัดแย้งของนักวิชาการ.....	31
ภาพที่ 2.7	โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลบึงกาฬ.....	37
ภาพที่ 2.8	ขั้นตอนการจัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ.....	39



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสถานการณ์ความขัดแย้ง และการร้องเรียนในระบบบริการสุขภาพ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีความสลับซับซ้อนมากขึ้นเช่นกัน ผู้ใช้บริการกล้าที่จะเปิดเผย สะท้อนความรู้สึก เสนอสู่สาธารณชนผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งมีหลากหลายช่องทาง เช่น โซเชียลเน็ตเวิร์ค วิทยุ หนังสือพิมพ์ และโทรทัศน์ เป็นต้น ความขัดแย้งถ้าสามารถจัดการได้เหมาะสม เรื่องที่รุนแรงก็ทุเลาลง หรือยุติได้ง่าย การจัดการความขัดแย้งด้านระบบบริการสุขภาพประสบความสำเร็จได้ ไม่ใช่เรื่องบังเอิญ หากเป็นเพราะมีกระบวนการจัดการความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งผู้ทำหน้าที่จัดการความขัดแย้ง ต้องมีความรู้ และมีทักษะเพียงพอในการจัดการความขัดแย้ง ในกรณีตัวอย่าง โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการผ่าตัดผู้ป่วยต่อกระดูก หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีการติดเชื้อรุนแรงจนถึงตาบอด โรงพยาบาลออกมาแสดงความรับผิดชอบให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทันที หลังจากนั้นก็มีหลายหน่วยงานกล่าวชื่นชม แม้ผู้ป่วยเองที่ได้รับความเสียหายก็กล่าวขอบคุณ และมีความพึงพอใจ (พิมพ์วาร อัครเชียรสิน, 2554) ในทางตรงกันข้ามถ้าโรงพยาบาลแห่งนี้ไม่สามารถจัดการความขัดแย้งได้ในเวลาที่เหมาะสม ก็จะเกิดเสื่อมเสียชื่อเสียงและความเสียหายอย่างมหาศาลเช่นกัน

ความขัดแย้งระหว่างพยาบาล และผู้ให้บริการในระบบบริการด้านสุขภาพ มีโอกาสเกิดขึ้นได้ง่าย ด้วยลักษณะงานบริการด้านสุขภาพต้องมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องโดยตรงต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ พยาบาลต้องทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม อย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง และผู้ให้บริการก็มีความคาดหวังในพฤติกรรมของพยาบาล ต้องการให้มีการแสดงออกถึงความเป็นมิตร มีความกระตือรือร้นในการช่วยเหลือ ดูแลในการบำบัดรักษา เป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือ (Assurance) และไว้ใจได้ (Reliability) รวมทั้งตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) ของผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม การปฏิบัติงานของพยาบาลไม่ใช่แต่ทำหน้าที่ดูแลให้ผู้ให้บริการได้รับความปลอดภัย ทุเลา หรือหายจากภาวะเจ็บป่วยเท่านั้น พยาบาลต้องปฏิบัติต่อผู้ให้บริการอย่างมีเมตตา มีสัมพันธภาพที่ดี (ปริญา ตันสกุล, 2546, น. 2-3) นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขฯ ได้ มีนโยบายสำคัญในการพัฒนาโรงพยาบาล คือการพัฒนาพฤติกรรมบริการที่ดี เพื่อให้

ผู้ใช้บริการพึงพอใจ และลดปัญหาการร้องเรียน แต่ความไม่สมดุลระหว่างพยาบาลผู้ให้บริการ และ ผู้ให้บริการ อันเนื่องมาจากการปฏิรูประบบราชการภาครัฐที่กำหนดกรอบการบรรจุข้าราชการ ทำให้กระทรวงสาธารณสุข และภาครัฐมีการจำกัดจำนวนข้าราชการทำให้ต้องจ้างพยาบาลเป็นลูกจ้างชั่วคราว ในขณะที่ภาคเอกชนเริ่มขยายบริการ และต้องการพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย ทำให้พยาบาลที่เรียนด้วยทุนส่วนตัว ถูกดึงสู่ภาคเอกชน ซึ่งมีค่าตอบแทนที่สูงกว่า และพยาบาลที่อยู่ในภาครัฐยังถูกเกลี้ยให้ปฏิบัติงาน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามนโยบายและข้อสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการแก้ปัญหาาระบบบริการสุขภาพ ทำให้เพิ่มความรุนแรงของปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านการพยาบาลในโรงพยาบาลมากขึ้น (กฤษฎา แสงวดี, 2551, น. 6-18) ทำให้พยาบาลที่อยู่ในระบบต้องทำงานหนักขึ้น เสี่ยงต่อความผิดพลาด ทำให้พยาบาลผู้ให้บริการไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการได้เพียงพอ จึงเกิดความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ มีการร้องทุกข์ ร้องเรียน และฟ้องร้องทำให้เกิดความขัดแย้งในการบริการเพิ่มมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม มุมมองเกี่ยวกับความขัดแย้งในปัจจุบันแตกต่างจากอดีต มุมมองใหม่ถือ ว่าความขัดแย้งเป็นเรื่องปกติสามารถเกิดขึ้นได้ในองค์กร เมื่อมีบุคคล 2 คนขึ้นไปมาอยู่ร่วมกัน มีเป้าหมาย การรับรู้ ทัศนคติ และอารมณ์หรือพฤติกรรมต่างกัน (Nelson & Quick, 2001, pp. 350 อ้างใน ชัยเชษฐ พรหมศรี, 2550, น. 10) ความขัดแย้งมีทั้งทางบวกและทางลบ ขึ้นกับระดับความรุนแรง และความสามารถในการบริหารจัดการความขัดแย้ง ส่วนความขัดแย้งทางบวก (Functional or Positive) ก่อประโยชน์ต่อองค์กรที่สำคัญได้แก่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง กระตุ้นให้เกิดการแสวงหาความรู้ใหม่ๆ หรือข้อเท็จจริง ทำให้มีความสามัคคีกันในกลุ่ม ช่วยลดความเสี่ยงขององค์กร และช่วยสร้างความกระตือรือร้นในการทำงาน ความขัดแย้งทางลบ (Dysfunctional or Negative) จะทำให้เกิดความตึงเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง บุคลากรหมดกำลังใจ เบื่อหน่าย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลการปฏิบัติงานต่ำลง คุณภาพชีวิตไม่ดี เสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย เสียสุขภาพจิตและสุขภาพกาย นอกจากนี้ความขัดแย้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคลากรไม่พึงพอใจ (เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์, 2540, น. 22; พรนพ พุกกะพันธ์, 2542, น. 156; ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2547, น. 161 และณัฐพันธ์ เขจรนันท์ 2552, น. 204-205) สาเหตุ ความขัดแย้ง เช่น ความขัดแย้งด้านข้อมูล (Data Conflicts) ความขัดแย้งด้านความสัมพันธ์ (Relationship Conflicts) ความขัดแย้งด้านค่านิยม ความเชื่อ (Value Conflicts) และความขัดแย้งทางโครงสร้าง (Structural Conflicts) ส่วนความขัดแย้งในระบบบริการสุขภาพ มักเกิดจากบุคลิกภาพ หรือพฤติกรรมของผู้ให้บริการ คือ การใช้คำพูด น้ำเสียง และผู้ใช้บริการมักร้องเรียนด้วยเรื่องกิจกรรมารยาท และคำพูดของผู้ให้บริการมากที่สุด (อุบล ยี่เอ็ง, 2553, น. 3-4 และชัยสมพล ชาวประเสริฐและสุพจน์ กฤษฎาธาร, 2549, น. 202) ความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการมีความรุนแรงมากขึ้น หากพยาบาลผู้ให้บริการ ชี้แจง

อธิบายโดยใช้น้ำเสียงคุกคาม หรือพูดเสียงดัง หรือไม่รับฟังความคิดเห็น การตอบสนองความคาดหวังไม่ถูกต้อง ไม่เคารพในคุณค่าของผู้ใช้บริการ การให้ข้อมูลไม่เพียงพอแก่ผู้ให้บริการและญาติ และไม่คิดถึงผลกระทบจากการกระทำของตน (College of Nurses of Ontario 2009:4)

ในประเทศไทย สถานการณ์ความขัดแย้งที่สภากาชาดไทยได้รวบรวมข้อมูล การรับเรื่องร้องเรียน ความไม่พอใจ (Complaints) และมีความรู้สึกที่ไม่ได้รับบริการตามความคาดหวัง (Expectation) พบว่า ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ.2556 มีการร้องเรียนพฤติกรรมของพยาบาลจำแนกได้ 2 ประเด็น คือ 1) ประเด็นเรื่องส่วนตัวอันเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 51 ได้แก่ ผิดต่อกฎหมายบ้านเมือง และ 2) ประเด็นพฤติกรรมในการประกอบวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 49 ได้แก่ ผิดต่อมาตรฐานวิชาชีพ ร้อยละ 22 ผิดในพฤติกรรมบริการของพยาบาลร้อยละ 18 และผิดด้วยการก้าวล่วงวิชาชีพเวชกรรม ร้อยละ 9 (ประภัสสร พงศ์พันธ์พิศาล, 2557) และกองกฎหมายกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้รวบรวมข้อมูล การร้องเรียน ของประชาชน ปี 2554-2555 พบว่า ประเด็นที่ร้องเรียน 3 ลำดับแรก คือ 1)ระบบการให้บริการของสถานพยาบาล ร้อยละ 27.59 2) กล่าวโทษหรือร้องเรียนบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 26.6 และ 3) มาตรฐานการรักษาพยาบาล ร้อยละ 26.11 นอกจากนี้สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รวบรวม การร้องเรียน เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ ปี 2548 ตามมาตรา 57 และมาตรา 59 พบว่า หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานและ ผู้ใช้บริการไม่ได้รับบริการตามสิทธิ คิดเป็นร้อยละ 75.24 และ 70.57 ตามลำดับ แต่เมื่อตรวจสอบข้อเท็จจริง พบว่า เกิดจากความคาดหวังของผู้มาใช้บริการและญาติต้องการได้รับบริการที่เกินศักยภาพของหน่วยบริการจะให้บริการได้ เนื่องจากขาดแคลนบุคลากร และผู้ให้บริการไม่มีเวลาอธิบายให้ผู้มาใช้บริการและญาติได้เข้าใจ จากการศึกษาของสำนักการพยาบาล (2547, น. 74) ได้ศึกษา สถานการณ์ และแนวโน้มการบริการในประเทศไทย พบว่า ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ต้องการให้พยาบาลมีบุคลิกภาพ (Personalities) และพฤติกรรมการแสดงออกที่ดี สอดคล้องกับการศึกษา ของสภากาชาดไทย (2551, น. 13) ได้ศึกษา ความคาดหวังต่อการบริการพยาบาล พบว่า ผู้ใช้บริการต้องการพยาบาลที่มีความรู้ มีจริยธรรม ให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีความใส่ใจเอื้ออาทร (Empathy) รักษาสิทธิของผู้ป่วย มีการสื่อสารที่ดี และที่สำคัญต้องแสดงพฤติกรรมบริการที่น่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ สอดคล้องการศึกษานุชา กาศลังกา (2556) ได้ศึกษาปัญหาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัญหาความขัดแย้งส่วนใหญ่มาจากความคาดหวังของผู้ป่วยหรือญาติ ต่อการรักษาพยาบาลของแพทย์โดยมีมูลเหตุมาจากการไม่รู้ข้อเท็จจริง ไม่เข้าใจ กระบวนการรักษา ความเสี่ยงของการรักษา ข้อจำกัดต่างๆ ส่วนการศึกษาของนวรรตน์ สุวรรณผ่อง, อรุณ ภาชีน, นพพร โหวธิระกุล,

บุษบา สงวนประสิทธิ์, และปาหนัน พิษขยัญญู (2550, น. 46) ได้ศึกษาเรื่องการสื่อสารและพฤติกรรมบริการ ต่อข้อขัดแย้งภายใต้นโยบาย 30 บาท พบว่า ผู้ให้บริการมีความไม่พอใจทั้งคำพูด และพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ ร้อยละ 75.5 และร้อยละ 66.4 ตามลำดับ ส่วนด้านผู้ใช้บริการมีความไม่พอใจทั้งคำพูด และพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ร้อยละ 16.2 และร้อยละ 16.9 ตามลำดับซึ่ง และ สอดคล้องการศึกษามาנית รัชย์มณี (2554) ได้ศึกษา ประสบการณ์ของผู้บริหารทางการแพทย์ในการจัดการความขัดแย้งในโรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรรแห่งหนึ่ง ด้านที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง พบว่าบุคลิกลักษณะของบุคคล โดยเฉพาะประเด็น เรื่อง ความเชื่อมั่นในตัวเองสูง ยึดถือในความคิดของตนเองเป็นใหญ่ ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นจากผู้อื่น นอกจากนี้ข้อมูลการเฝ้าระวังข้อร้องเรียนการให้บริการของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจากประชาชน ผ่านทางหนังสือพิมพ์ในปี 2555 พบว่ามีถึง 17 เรื่อง สาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมบริการ และร้อยละ 50 เกิดจากการขาดการสื่อสารที่เหมาะสม (วิทยา นุรณศิริ, 2555) กล่าวโดยสรุปในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สาเหตุความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ มักเกิดจากความคาดหวังด้านบริการ การสื่อสารที่ไม่ดี มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เมื่อเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ ไม่รู้ข้อเท็จจริง และไม่ได้รับความเป็นธรรม

ส่วนในโรงพยาบาลบึงกาฬ การดำเนินงานการจัดการความขัดแย้ง มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้ทำหน้าที่จัดการความขัดแย้ง อีกทั้งรับผิดชอบรวบรวม และวิเคราะห์ ข้อมูลจากการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง จากกล่องแสดงความคิดเห็น และจากการร้องเรียนของผู้ใช้บริการ ซึ่งในปี พ.ศ. 2557 มีข้อมูลรายงานทั้งหมด 43 ครั้ง พบว่า รายงานอุบัติการณ์เรื่องพฤติกรรมบริการของพยาบาลมากที่สุด 19 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 44.19 เช่น การพูดจากริยาทำทาง และความกระตือรือร้นในการให้บริการ และจากการสำรวจความพึงพอใจตามแบบประเมินการประกันคุณภาพการพยาบาล (QA) ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจภาพรวมของงานผู้ป่วยนอก ร้อยละ 79.60 (เป้าหมาย ร้อยละ ≥ 85) เมื่อวิเคราะห์ประเด็นที่ ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการด้วยความรวดเร็วของพยาบาล และการให้ข้อมูลของพยาบาล ร้อยละ 79.60 และ 79.74 ตามลำดับ นอกจากนี้ ได้รวบรวมข้อมูล การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยไม่พิสูจน์ความถูกผิดตามมาตรา 41 และผู้ให้บริการ ร้องเรียน และฟ้องร้อง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553 - 2556 สรุปจากการรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ประเด็นความขัดแย้งของโรงพยาบาลบึงกาฬ ทั้งหมด 6 ราย พบว่า ผู้ใช้บริการ 3 ราย มีสาเหตุจากไม่ได้รับข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการรักษาผู้ป่วย และอีก 3 ราย มีสาเหตุจากผู้ให้บริการใช้คำพูดไม่เหมาะสม สร้างความไม่พอใจให้กับผู้ใช้บริการทำให้เกิดความขัดแย้ง และ 1 ใน 6 รายไม่สามารถเจรจาต่อรองกัน

นอกศาลได้ ทำให้ผู้ใช้บริการยื่นฟ้องศาล ต้องใช้กระบวนการศาลโดยมีคณะทำงานคดีทาง การแพทย์กระทรวงสาธารณสุขเข้ามาช่วยเหลือในการเจรจาไกล่เกลี่ยและสามารถเจรจาไกล่เกลี่ย สำเร็จในชั้นศาล นอกจากนี้จากการวิเคราะห์การจัดการความขัดแย้งยังพบว่า โรงพยาบาลบึงกาฬ ขาดรูปแบบการจัดการความขัดแย้งที่ชัดเจน ไม่สามารถจัดการได้ในเวลาที่เหมาะสม หรือทันเวลา ทำให้ความขัดแย้งมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ใช้บริการ ขาดความไว้วางใจ เกิดการร้องเรียนและ ฟ้องร้อง ส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์องค์กรทั้งชื่อเสียง ทรัพย์สิน และผู้ให้บริการพยาบาลเสียขวัญ กำลังใจ เครียด ทำลายบรรยากาศในการทำงาน สิ่งก็ตามมาก็คือ ผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพ และการบรรลุเป้าหมายขององค์กร และในทางตรงกันข้าม หากจัดการความขัดแย้งให้ยุติลงด้วย สันติวิธี ไม่นำไปสู่การฟ้องร้อง จะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน สอดคล้อง Agwu (2013) ได้ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความขัดแย้งกับผลการดำเนินงานของพนักงาน พบว่า มี ความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์การจัดการความขัดแย้งกับประสิทธิภาพของพนักงาน อีกทั้งทำให้ ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ ยังคงมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (นิภาวรรณ รัตนนนท์ , 2552, น. 52)

การจัดการความขัดแย้งของโรงพยาบาลบึงกาฬที่ผ่านมา กำหนดให้คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยงเป็นผู้ทำหน้าที่จัดการความขัดแย้งมีบทบาทตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ผู้ จัดความขัดแย้งจะเข้าไปเมื่อได้รับรายงานสถานการณ์ ส่วนด้านผู้ให้บริการยังไม่เข้าใจในการเฝ้า ระวังตั้งแต่แรกเริ่มที่รับรู้และรู้สึกว่ามีสถานการณ์ความขัดแย้ง รวมทั้งเมื่อมีปัญหาเล็กน้อยก็ไม่ มีการจัดการใดๆต้องรอผู้จัดการความขัดแย้งเข้าไปจัดการ ทำให้ไม่สามารถจัดการความขัดแย้ง ในเวลาที่ไม่เหมาะสม เกิดความขัดแย้งระดับรุนแรงมากขึ้นส่งผลกระทบต่อบรรยากาศการทำงาน และการขับเคลื่อนองค์กร ฉะนั้นผู้ให้บริการที่ปฏิบัติการพยาบาลและใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการ ซึ่งมี โอกาสเกิดความขัดแย้ง จึงต้องมีความรู้ และมีทักษะที่เพียงพอ ในการจัดการความขัดแย้ง นอกจากนี้ได้ศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ยังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความ ขัดแย้งในโรงพยาบาลบึงกาฬ ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้บริหารองค์กรพยาบาล ได้ตระหนักเห็น ความสำคัญของการจัดการความขัดแย้ง จึงได้ศึกษาแนวคิดการจัดการความขัดแย้งของนักวิชาการ หลายท่าน ได้แก่ ราฮิม (2002) พีชเชอ (2001) ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี (2550) นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) และเสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (2540) พบว่า มีกระบวนการจัดการความขัดแย้งที่คล้ายคลึงกัน และขั้นตอนการจัดการความขัดแย้งของราฮิมจะครอบคลุมแนวคิดของนักวิชาการทุกคน และที่ แตกต่างคือ ราฮิม (2002) มีขั้นตอนการเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลของการจัดการความขัดแย้ง ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความขัดแย้งได้เรียนรู้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิด พฤติกรรม และสามารถตอบสนองต่อการจัดการความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา แนวคิดของราฮิม (2002) และนำมาประยุกต์ใช้ เป็นกรอบในการสร้างรูปแบบการจัดการความ

ขัดแย้ง เนื่องจากมีกระบวนการจัดการความขัดแย้งที่ชัดเจน และมีความเหมาะสมกับบริบทขององค์กร จึงนำมาทดลองใช้ในการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ เพื่อให้การจัดการความขัดแย้งในโรงพยาบาลบึงกาฬ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และเกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการโรงพยาบาลบึงกาฬ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการโรงพยาบาลบึงกาฬ

3. สมมติฐานการวิจัย

ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง ต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ หลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งฯ

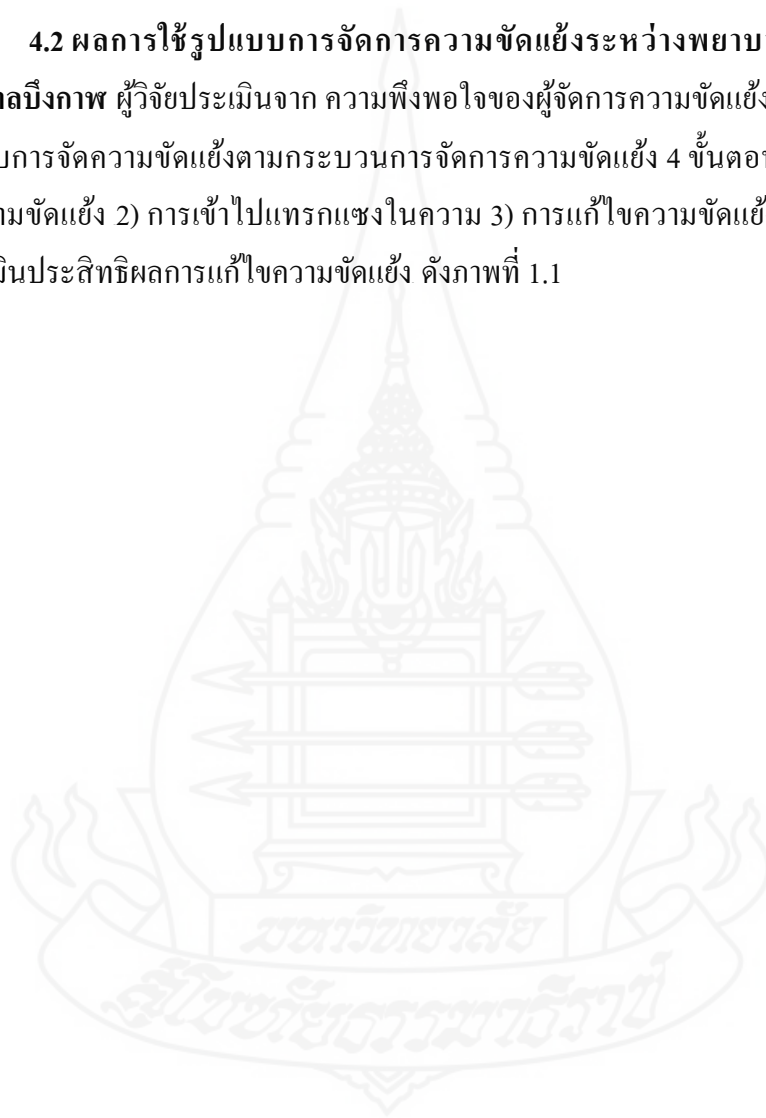
4. กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาล และผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยประยุกต์ ใช้แนวคิดการจัดการความขัดแย้งของ Rahim (2002) ซึ่งสรุปสาระสำคัญ ได้ดังนี้

4.1 รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาล และผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิด Rahim (2002, pp. 222-229) ได้กล่าวถึงว่า กระบวนการจัดการความขัดแย้ง (Managing Conflict Process) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1)การวินิจฉัยปัญหาความขัดแย้ง (Diagnosis)คือการวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ ระดับความรุนแรง และผลกระทบของความขัดแย้ง

2)การเข้าไปแทรกแซงในความขัดแย้ง (Intervention)คือกำหนดนโยบาย โครงสร้างและเป้าหมาย
หาแนวทางแก้ไข 3) การแก้ไขความขัดแย้ง (Conflict)คือเลือกใช้รูปแบบ/กลยุทธ์จัดการความ
ขัดแย้ง และ4) การเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลการแก้ไขความขัดแย้ง (Learning
&Effectiveness) คือรวบรวมข้อมูล จัดทำระบบสารสนเทศ และประเมินผลในการจัดการความ
ขัดแย้ง

**4.2 ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาล และผู้ใช้บริการ
โรงพยาบาลบึงกาฬ** ผู้วิจัยประเมินจาก ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ
ต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งตามกระบวนการจัดการความขัดแย้ง 4 ขั้นตอน คือ 1) การวินิจฉัย
ปัญหาความขัดแย้ง 2) การเข้าไปแทรกแซงในความ 3) การแก้ไขความขัดแย้ง และ 4) การเรียนรู้
และประเมินประสิทธิผลการแก้ไขความขัดแย้ง ดังภาพที่ 1.1



ตัวแปรต้น

รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ตามแนวคิดของ Rahim (2002)

1. การวินิจฉัยความขัดแย้ง โดย ผู้จัดการความขัดแย้ง นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เพื่อรับรู้สาเหตุ และกำหนดประเด็นของความขัดแย้ง วิเคราะห์ระดับความรุนแรงของความขัดแย้ง และผลกระทบของความขัดแย้งต่อองค์กร
2. การเข้าไปแทรกแซงในความขัดแย้ง โดยผู้จัดการความขัดแย้ง กำหนดนโยบาย โครงสร้างและเป้าหมายของการจัดการความขัดแย้ง แนวทางการแก้ไข และการสื่อสาร โดยใช้เทคนิคการให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง
3. การแก้ไขความขัดแย้ง ผู้จัดการความขัดแย้ง ใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งแบบประนีประนอม โดยใช้เทคนิคการเจรจาต่อรอง และการชดเชยค่าเสียหาย หรือช่วยเหลือผู้ให้บริการ
4. การเรียนรู้ และประเมินประสิทธิผล ผู้จัดการความขัดแย้ง รวบรวมข้อมูล การจัดการความขัดแย้ง และนำมาจัดทำระบบสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้ และประเมินผลสำเร็จในการจัดการความขัดแย้ง

ตัวแปรตาม

ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง

- ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ ต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ซึ่งมี 4 ขั้นตอน
- การวินิจฉัยปัญหาความขัดแย้ง
 - การเข้าไปแทรกแซงในความขัดแย้ง
 - การแก้ไขความขัดแย้ง
 - การเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลการแก้ไขความขัดแย้ง

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาในขอบเขตดังนี้

5.1 กลุ่มประชากร คือ ผู้จัดการความขัดแย้งใน โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ จำนวนทั้งสิ้น 23 คน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการความขัดแย้งใน โรงพยาบาล

5.2 ระยะเวลา ทำการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2558 ถึงเดือน เมษายน 2559

5.3 ตัวแปรที่ต้องศึกษา

5.3.1 *ตัวแปรต้น* คือ รูปแบบการจัดการความขัดแย้งฯ

5.3.2 *ตัวแปรตาม* คือ ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งฯ

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดจากการที่พยาบาล และผู้ให้บริการที่มารับบริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ มีความคิดเห็น มีการรับรู้ ที่แตกต่างกัน เกิดผลกระทบที่ไม่พึงพอใจ หรือเกิดผลกระทบทางลบกับอีกฝ่ายหนึ่ง

6.2 รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง หมายถึง กระบวนการ หรือขั้นตอน หรือวิธีการจัดการความขัดแย้ง ระหว่างพยาบาล และผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ ซึ่งดำเนินการโดยผู้จัดการความขัดแย้ง เพื่อลดระดับความขัดแย้ง แก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่มีลักษณะทำลาย และควบคุมความขัดแย้งให้อยู่ในระดับปานกลางให้เป็นความขัดแย้งที่สร้างสรรค์ ตามแนวคิดของ Rahim (2002: 222-229) มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวินิจฉัยปัญหาความขัดแย้ง (Diagnosis) การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง (Intervention) การแก้ไขความขัดแย้ง (Conflict) และการเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลการแก้ไขความขัดแย้ง (Learning & Effectiveness) โดยเลือกกลยุทธ์ หรือวิธีการแก้ไขความขัดแย้งให้เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ความขัดแย้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.2.1 การวินิจฉัยปัญหาความขัดแย้ง (Diagnosis) หมายถึง การที่ผู้จัดการความขัดแย้งกำหนดประเด็นความขัดแย้ง การวิเคราะห์ปัญหา การหาสาเหตุ ระดับความรุนแรงของความขัดแย้ง และผลกระทบของความขัดแย้ง รวมทั้งกำหนดแนวทางการรายงานความขัดแย้งสำหรับผู้ให้บริการพยาบาล เมื่อพบเห็นสถานการณ์ความขัดแย้ง

6.2.2 การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง หมายถึง การที่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายการจัดการความขัดแย้งของโรงพยาบาล และผู้จัดการความขัดแย้ง กำหนดโครงสร้างบทบาทหน้าที่ เป้าหมายการจัดการความขัดแย้ง ในแต่ละสถานการณ์การหาแนวทางแก้ไขความขัดแย้ง และการสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ

6.2.3 การแก้ไขความขัดแย้ง หมายถึง การที่ผู้จัดการความขัดแย้งมีดำเนินการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการการพยาบาล โดยเลือกกลยุทธ์ หรือวิธีการแบบประนีประนอมในการแก้ปัญหาโดยใช้เทคนิคการเจรจาต่อรอง (Negotiation) เป็นทางสายกลางซึ่งทั้งสองฝ่ายจะต้องได้และเสียในบางอย่าง ไม่ได้ครบตามที่ตนปรารถนา โดยยึดหลักการ 3 ประการ คือ การเข้าไปเจรจาให้ข้อมูล การไกล่เกลี่ย และการเยียวยาชดเชยความเสียหาย และการชดเชยค่าเสียหายแก่ผู้ให้บริการ เพื่อให้ทั้งสองฝ่ายบรรลุข้อตกลงร่วมกัน อยู่ร่วมกันต่อไปได้อย่างสันติ และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ซึ่งการเจรจาต่อรองมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมการและการวางแผน (Preparation and Planning) 2) การเปิดประชุมเจรจา และการกำหนดกฎเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน (Definition of Ground Rules) 3) การให้ความชัดเจน และการแสดงเหตุผล (Clarification

and Justification) 4) การเจรจาต่อรองและการแก้ปัญหา (Bargaining and Problem Solving) และ 5) ปิดการประชุมเจรจาและการนำไปปฏิบัติ (Agreement and Implementation)

6.2.4 การเรียนรู้ และประเมินประสิทธิผลของการจัดการความขัดแย้ง หมายถึง การที่ผู้จัดการความขัดแย้งได้มีการรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินผล และนำมาจัดระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง ทั้งในและนอกองค์กร เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ง่าย เกิดการเรียนรู้ ในการจัดการความขัดแย้ง หรือแก้ไขการจัดการความขัดแย้ง สร้างความมั่นใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ และประเมินผลสำเร็จในการจัดการความขัดแย้ง อย่างมีประสิทธิภาพ

6.3 ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรืออารมณ์และทัศนคติทางบวกของผู้จัดการความขัดแย้ง ที่มีต่อกระบวนการของรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ที่นำแนวคิดของราฮิม (Rahim, 2002: 222-229) มาประยุกต์ใช้ สามารถวัดได้จากแบบสอบถาม วัดความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ

6.4 ผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ หมายถึง กลุ่มบุคคลซึ่งมีหน้าที่ในการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการแพทย์ (ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าทีม/คลินิก/เวร และพยาบาลเวรตรวจการนอกเวลาราชการ) และคณะกรรมการจัดการความขัดแย้ง (ประกอบด้วย รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด หัวหน้าหอผู้ป่วยวิไอพี หัวหน้างานห้องคลอดและหัวหน้าคลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ)

7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 โรงพยาบาลบึงกาฬมีรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ ที่สามารถนำไปใช้ในการจัดการความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.2 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบึงกาฬใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแนวทางการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และศึกษาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความขัดแย้ง
2. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน
3. บริบทโรงพยาบาลบึงกาฬ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับความขัดแย้ง

ตราบดีที่มนุษย์อยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม ต้องปฏิสัมพันธ์กัน มีโอกาสกระทบกระทั่ง หรือ ไม่พอใจกัน เกิดความขัดแย้งระหว่างกัน โดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความขัดแย้งในแนวคิดใหม่ มีทั้ง ผลดี และผลเสีย ความขัดแย้งที่อยู่ในระดับเหมาะสม จะทำให้นำไปสู่สร้างนวัตกรรม สร้างสรรค์ ในการทำงาน และในทางตรงกันข้ามความขัดแย้งที่ไม่ดี มุ่งกำจัดฝ่ายตรงข้ามทำให้องค์กรขาด ประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายขององค์กร ฉะนั้นผู้บริหารจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะ การจัดการความขัดแย้ง ได้เป็นอย่างดี เพื่อทำให้เป็นความขัดแย้งที่ดี และในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษา แนวคิดเกี่ยวกับความขัดแย้ง ดังนี้

1.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความขัดแย้ง

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความขัดแย้งในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ความหมาย ของความขัดแย้งทัศนคติความขัดแย้ง และสาเหตุความขัดแย้ง

1.1.1 ความหมายของความขัดแย้ง (Define of conflict)

มีนักวิชาการหลายท่านสรุป ความหมายความขัดแย้ง ไว้ดังนี้

ความหมายของความขัดแย้ง (conflict) ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายของ “ขัดแย้ง” ว่าหมายถึง “ไม่ลงรอยกัน” โดยอธิบายคำว่า “ขัด” หมายถึงไม่ทำตาม ฝ่าฝืน ขืนไว้ และให้ความหมายคำว่า “แย้ง” หมายถึงไม่ตรงหรือลงรอยเดียวกัน ด้านไว้ ทานไว้

Robbins and Judge (2013, pp. 480) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง ความเห็นที่ตรงกันข้าม หรือการเข้ากันไม่ได้ในเรื่องของการปฏิบัติ เกิดผลกระทบที่ไม่พึงพอใจ หรือเป็นการกระทำที่มีผลกระทบต่ออีกฝ่ายหนึ่ง ทำให้อีกฝ่ายหนึ่งเกิดผลกระทบทางลบ

Johns and Michael (2001, pp. 413) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง กระบวนการที่ทำให้เกิด ระหว่างบุคคล กลุ่มคน หรือองค์การ ไม่บรรลุเป้าหมาย

Rahim (2001, pp. 17) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง กระบวนการโต้ตอบ ความขัดแย้ง หรือความไม่ลงรอยกัน ภายในหรือระหว่างหน่วยงาน

วิบูลย์ ลีอมงคล (2551, น. 107) กล่าวว่าไว้ว่า ความขัดแย้ง คือ ความเกลียดชัง การชิงดีระหว่างกลุ่ม การแบ่งแยกฝ่ายกัน การข่มขู่ไม่ให้ร่วมมือกัน หรือการพยายามที่จะมุ่งเอาชนะเหนือฝ่ายอื่น เพื่อให้ได้เป้าหมายของตน โดยการเอาชนะเหนือฝ่ายอื่น หรือมีความคิดเห็นไม่ตรงกันและรบกวนอีกฝ่ายหนึ่งมิให้บรรลุเป้าหมาย

ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี (2550, น. 11) กล่าวว่าไว้ว่า ความขัดแย้งเกิดขึ้นเมื่อบุคคล หรือกลุ่มคนซึ่งจะ พยายามขัดขวางมิให้อีกฝ่ายหนึ่งบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้

ศิริวรรณ เสรีรัตน์, สมชาย หิรัญกิตติ, และธนวรรษ ตั้งสินทรัพย์ศิริ (2550, น. 389) กล่าวว่าไว้ว่า ความขัดแย้ง หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากความไม่พึงพอใจ การสูญเสียประโยชน์ การปฏิบัติซึ่งเข้ากันไม่ได้ และความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2547, น. 158) ให้ความหมายของความขัดแย้งไว้ว่า หมายถึง ความไม่เห็นด้วยระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป หรือกลุ่มบุคคล จากการจัดสรรทรัพยากร หรือปฏิสัมพันธ์ในการทำงาน หรือเกิดจากฐานะ ตำแหน่ง เป้าหมาย คุณค่าและการรับรู้ที่แตกต่างกัน

พรนพ พุกกะพันธ์ (2542, น. 130) ให้ความหมายไว้ว่า ความขัดแย้ง คือ การดิ้นรนต่อสู้เพื่อความต้องการ ความปรารถนา ความคิด ความสนใจของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ตรงกันข้าม ต้องเผชิญกับเป้าหมายที่ไม่สามารถทำให้ทุกฝ่ายพอใจ

สร้อยตระกูล อรรถมานะ (2541, น. 203) ให้ความหมายไว้ว่า ความขัดแย้ง คือ การต่อต้าน หรือเป็นปรปักษ์ต่อบุคคล หรือพลังต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดความตึงเครียด (tension) ปรากฏการณ์นี้จะเกิดขึ้นเมื่อมีสองฝ่าย หรือมากกว่า รับรู้เป้าหมาย และคุณค่าแตกต่างกันไป ภายใต้เหตุการณ์ต่างๆ โดยเฉพาะ

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (2540, น. 11) ให้ความหมายของความขัดแย้งไว้ว่า หมายถึง ความขัดแย้งระหว่างบุคคล ซึ่งไปขัดขวางการกระทำของอีกฝ่ายหนึ่ง มิให้บรรลุเป้าหมายของเขา หรือบุคคลที่มีความแตกต่างกันในค่านิยม ความสนใจ แนวคิด วิธีการ เป้าหมาย แต่ต้องมาปฏิสัมพันธ์กัน หรืออยู่ร่วมกันในสังคมเดียวกัน โดยที่ความแตกต่างนี้เข้ากันไม่ได้

จากความหมายของความขัดแย้งที่นักวิชาการให้ไว้ นั่นสรุปได้ว่า ความขัดแย้ง หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ ระหว่างคน หรือกลุ่มบุคคล หรือองค์การที่มี ค่านิยม การรับรู้ ความคิดเห็น วิธีการ เป้าหมายที่แตกต่างกัน เกิดผลกระทบที่ไม่พึงพอใจ หรือเป็นความพยายาม ต้องการให้เกิดผลกระทบทางลบกับอีกฝ่ายหนึ่ง

การศึกษาครั้งนี้เป็นความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ หมายถึง เหตุการณ์ที่ทำให้พยาบาล และผู้ใช้บริการ มีความคิดเห็น มีการรับรู้ที่แตกต่างกัน เกิดผลกระทบที่ไม่พึงพอใจ หรือเกิดผลกระทบทางลบกับอีกฝ่ายหนึ่ง

1.1.2 ทักษะความขัดแย้ง (*Transitions in Conflict Thought*)

ทักษะความขัดแย้งนักวิชาการ ได้ให้แนวคิดที่แตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นกับแต่ยุคแต่ละสมัยด้วย เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงแนวคิดเกี่ยวกับความขัดแย้ง ผู้วิจัยได้สรุปแนวคิดของ Robbins (1983, อ้างใน เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์, 2540, น.12-13) พรนพ พุกกะพันธ์ (2542, น.131-132) และRobbins & Judge (2013, pp. 481-483) ไว้ 4 กลุ่มดังต่อไปนี้

1.แนวคิดแบบสมัยดั้งเดิม (Traditional View of Conflict) แนวคิดแบบสมัยดั้งเดิม อยู่ในช่วงต้นศตวรรษที่19 ปี ค.ศ.1930 – 1948 แนวคิดนี้เชื่อว่าความขัดแย้งเป็นสิ่งไม่ดีและความขัดแย้งเป็นตัวทำลายขององค์การจึงเป็นสิ่งเลวและชั่วร้าย คนที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งจึงเป็นคนไม่ดี มองพฤติกรรมของคนที่สร้างความขัดแย้ง เพียงต้องการสนใจ หากมีความขัดแย้งเกิดขึ้นถือว่าเป็นความผิดพลาดของการบริหาร จึงต้องช่วยกันปิดบังถือเป็นการบริหารที่ล้มเหลว ผู้บริหารจะตอบสนองความขัดแย้งไม่ดี และไม่มีประสิทธิภาพ (Robbins,1983, อ้างใน เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์, 2540, น.12-13; พรนพ พุกกะพันธ์, 2542, น. 131-132; Robbins & Judge, 2013, pp.481-483)

2.แนวคิดแบบพฤติกรรม (Behavioral View of Conflict) แนวคิดแบบพฤติกรรม อยู่ในช่วงกลางศตวรรษที่19 ปี ค.ศ.1949 – 1970 แนวคิดนี้เชื่อว่าความขัดแย้งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ขอมรับการขัดแย้งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติภายในองค์การ ความขัดแย้งบางอย่างเป็นประโยชน์ต่อองค์การเพราะทำให้มองเห็นปัญหาต่างๆ ดังนั้นจึงยอมรับความขัดแย้ง ผู้บริหารจึงควรหาทางออกความขัดแย้ง แทนที่จะปฏิเสธว่าไม่มีความขัดแย้ง (Robbins,1983 อ้างใน เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์, 2540, น.12-13)

3. แนวคิดแบบนักปฏิสัมพันธ์ (Interactions View of Conflict) แนวคิดแบบนักปฏิสัมพันธ์เชื่อว่าความขัดแย้งในองค์การเป็นเรื่องธรรมดา ด้วยบุคคลมีความเกี่ยวข้องกันในการทำงานร่วมกัน ความขัดแย้งมีทั้งข้อดี และข้อเสียขึ้นกับระดับความขัดแย้ง จึงมีความจำเป็นที่ผู้บริหารพิจารณาการกระตุ้นให้เกิดความขัดแย้งอยู่ในระดับเหมาะสม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง มีความคิดสร้างสรรค์ จะเสริมพลังบวกในการทำงาน ช่วยให้กลุ่มทำงานมีประสิทธิภาพและบรรลุ

เป้าหมายขององค์กร องค์กรใดปราศจากความขัดแย้งจะหยุดอยู่กับที่ เนื้อหา ให้พิจารณาความขัดแย้งที่ไม่เป็นประโยชน์ เป็นอุปสรรค ต่อประสิทธิภาพการทำงาน และทำลายองค์กร (Robbins,1983, อ้างใน เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์, 2540, น. 12-13; Robbins & Judge, 2013, pp. 481-483)

4. แนวคิดแบบแก้ปัญหา (Resolution-Focused View of Conflict) แนวคิดแบบแก้ปัญหามุ่งเน้นที่การจัดการความขัดแย้งที่ทำลายองค์กร โดย การพัฒนากลยุทธ์ เพื่อการแก้ปัญหาคือความขัดแย้ง ให้มีประสิทธิภาพ และจัดการความขัดแย้งให้อยู่ระดับเหมาะสม (Robbins & Judge, 2013, pp. 481-483)

สรุปได้ว่า ความขัดแย้งตามแนวคิดแบบดั้งเดิมเป็นเรื่องที่ไม่ดีขององค์กร มองด้านลบ ถือเป็นความผิดพลาดของผู้บริหารจึงปกปิดและหลีกเลี่ยง ส่วนความขัดแย้งตามแนวคิดแบบพฤติกรรม ถือเป็นเรื่องธรรมชาติ หลีกเลี่ยงไม่ได้ ความขัดแย้งบางอย่างเป็นประโยชน์ต่อองค์กร สำหรับความขัดแย้งตามแนวคิดแบบนักปฏิสัมพันธ์ มองว่า ความขัดแย้งจะดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับระดับความขัดแย้ง ถ้าอยู่ในระดับเหมาะสม จะทำให้องค์กรเจริญเติบโตและสร้างสรรค์ และความขัดแย้งตามแนวคิดแบบแก้ปัญหา จะมุ่งเน้นที่การจัดการความขัดแย้งที่ทำลายองค์กร โดย การพัฒนากลยุทธ์ เพื่อการแก้ปัญหาคือความขัดแย้ง ให้มีประสิทธิภาพ

1.2 สาเหตุของความขัดแย้ง (Causes of Conflict)

สาเหตุความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในองค์กร ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมแนวคิดจากนักวิชาการ ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2547, น. 159-160) ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี (2550, น. 18-23) วิบูลย์ ลือมงคล (2551, น.108-109) อุบล ชีเอ็ง (2553, น. 3-9) Pneuman & Bruehl (1982, อ้างใน เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์, 2540, น. 45-48) มอริริส (2548, น. 19-22, วันชัย วัฒนศัพท์, บรรพต ต้นธีรวงศ์, และศุภณัฐเพิ่มพูนวิวัฒน์, ผู้แปล) แลนเดา, เอส., แลนเดา, บี., และแลนเดา, ดี.(2549, น. 14-34 นรินทร์ องค์กรินทร์ และธนิกานต์ มาฆะศิริรานนท์, ผู้แปล) และ McShane & Glinow (2005, pp. 391-394) สรุปสาเหตุของความขัดแย้ง ได้ดังนี้

1. ความแตกต่างด้านบุคคล สาเหตุความขัดแย้ง ด้านบุคคลเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลสองคนขึ้นไปมาอยู่ร่วมกัน มีความขัดแย้งจากพฤติกรรมของบุคคลที่ความแตกต่างกัน เช่น ปรัชญา ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะสติปัญญาทัศนคติ วัฒนธรรม สถานภาพ เชื้อชาติ และการศึกษา มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลต่างกัน อีกทั้งบุคลิกลักษณะกริยาท่าทางการแสดงออก โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพจะมีโอกาสพบความขัดแย้งได้บ่อยมากจากความคาดหวังของผู้ใช้บริการ อาทิเช่น การแสดงออกด้านการใช้ภาษาที่แสดงถึงความเป็นมิตร ความเห็นอกเห็นใจ การใส่ใจผู้ป่วย มีเมตตากรุณา ความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือ และการพูดจา น้ำเสียงที่สุภาพ

2. การปฏิสัมพันธ์กัน ด้วยลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติพึ่งพาอาศัยกัน กิจกรรมเกี่ยวข้องกัน

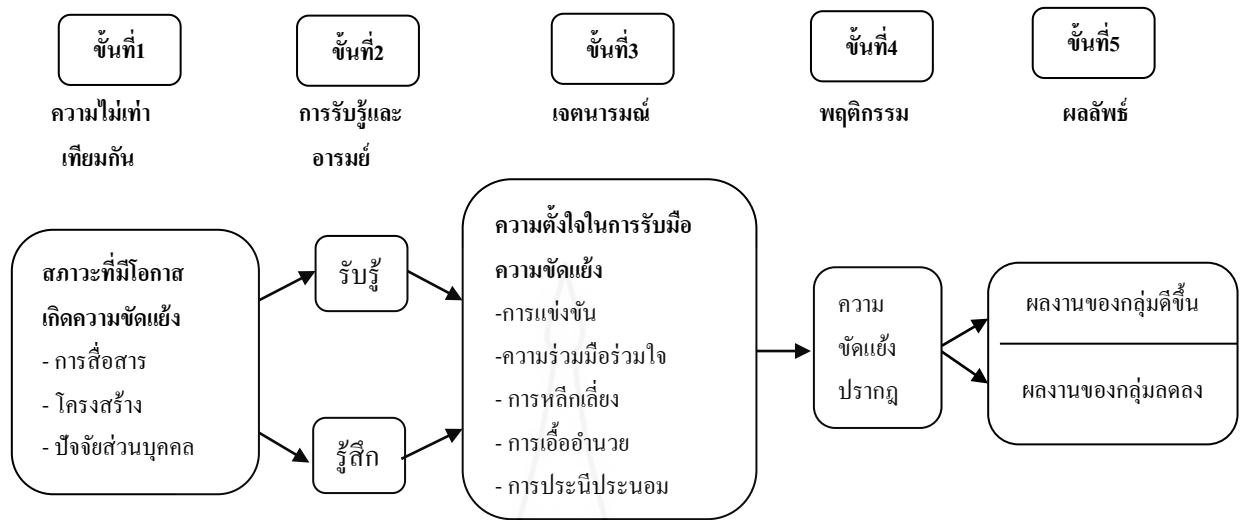
ต้องช่วยเหลือกันเพื่อให้งานนั้นสำเร็จหากไม่สามารถให้ความร่วมมือเป็นสาเหตุความขัดแย้งได้ ส่วนสาเหตุความขัดแย้งในระบบบริการสุขภาพที่พบบ่อย คือ ขาดการประสานงานและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เช่น ระหว่างสาขาวิชาชีพบุคคล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลไม่ตรงกันทำให้เกิดความไม่คล่องตัวในการทำงาน และระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ เป็นการให้ข้อมูลบริการมีความคลาดเคลื่อนมีความเข้าใจผิดเกิดความขัดแย้งได้ นอกจากนี้ช่องว่างการจัดศักยภาพด้านบริการไม่ได้ตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ เช่น ด้านคุณภาพมาตรฐาน และความรู้ ทักษะของผู้ให้บริการ ก็เป็นสาเหตุความขัดแย้งได้เช่นกัน

3. การจัดองค์กร สาเหตุความขัดแย้งเกิดจากความคลุมเครือการจัดการภายในองค์กร อาทิเช่น การจัดโครงสร้างองค์กร การออกแบบระบบบริการ นโยบาย เป้าหมายการทำงาน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ระเบียบปฏิบัติ การจัดสรรทรัพยากร ขาดแคลนทรัพยากร การวัดและการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะสาเหตุความขัดแย้งที่พบบ่อยมากที่สุด คือผลประโยชน์ ที่บุคลากรได้รับทั้งเป็นตัวเงิน หรือไม่เป็นตัวเงิน

สรุปได้ว่า โดยทั่วไปสถานการณ์ความขัดแย้งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ง่าย ซึ่งเกิดจากความแตกต่างกัน ความไม่เท่าเทียมกัน ด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล ด้านลักษณะการปฏิสัมพันธ์ซึ่งพ้ออาศัยกัน และด้านการจัดการองค์กรที่คลุมเครือไม่ชัดเจน ฉะนั้นบุคคลไม่ว่าจะอยู่ในฐานะใด ตำแหน่งใด และอยู่ที่ไหน มีโอกาสที่พบสถานการณ์ความขัดแย้งได้ แต่หากบุคคลนั้นมีความรู้ ความเข้าใจถึงสาเหตุความขัดแย้งที่แท้จริงก็สามารถนำมาแก้ไขทำให้เป็นความขัดแย้งสร้างสรรค์ได้

1.3 กระบวนการความขัดแย้ง (The conflict process)

กระบวนการความขัดแย้ง ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาแนวคิดนักวิชาการ ดังนี้ Robbins and Judge (2013, pp. 483-491) ได้สรุป กระบวนการของความขัดแย้งว่ามี 5 ขั้นตอน ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 The conflict process.

ที่มา: Robbins & Judge. (2013). *Organization behavior*. (pp.484). America: Pearson.

1. ความไม่เหมือนกัน (Potential Opposition or Incompatibility) ทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นได้ในองค์กรได้แก่ 1) การสื่อสาร (Communication) การสื่อสารเป็นสาเหตุของความขัดแย้ง เช่น การใช้คำสื่อสาร ความเข้าใจผิดในการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ส่ง การใช้ช่องทางการสื่อสาร ความเข้าใจผิดในการสื่อสาร 2) โครงสร้าง (Structure) เช่น ระดับของตำแหน่งงาน ความเชี่ยวชาญ มาตรฐานการทำงาน อำนาจหน้าที่ รูปแบบของภาวะผู้นำ ระบบการจ่ายค่าตอบแทน และการพึ่งพาอาศัยกันระหว่างกลุ่ม มีส่วนกระตุ้นให้เกิดความขัดแย้งได้ และ 3) ตัวแปรด้านบุคคล (Personal Variable) เป็นความแตกต่างแต่ละบุคคล เช่น ค่านิยม คุณลักษณะส่วนบุคคล บุคลิกภาพ ที่มีลักษณะแตกต่างกันนำไปสู่ความขัดแย้งขึ้นได้ในองค์กร

2. การรับรู้และอารมณ์ (Cognition and Personalization) ถ้ามีเงื่อนไขในขั้นตอนที่ 1 ย่อมส่งผลการนำไปสู่ความขัดแย้งในขั้นตอนที่ 2 แบ่งออกได้ 2 ส่วน คือ การรับรู้ว่ามีความขัดแย้ง (Perceived Conflict) และรู้สึกได้ว่ามีความขัดแย้งเกิดขึ้น (Felt Conflict)

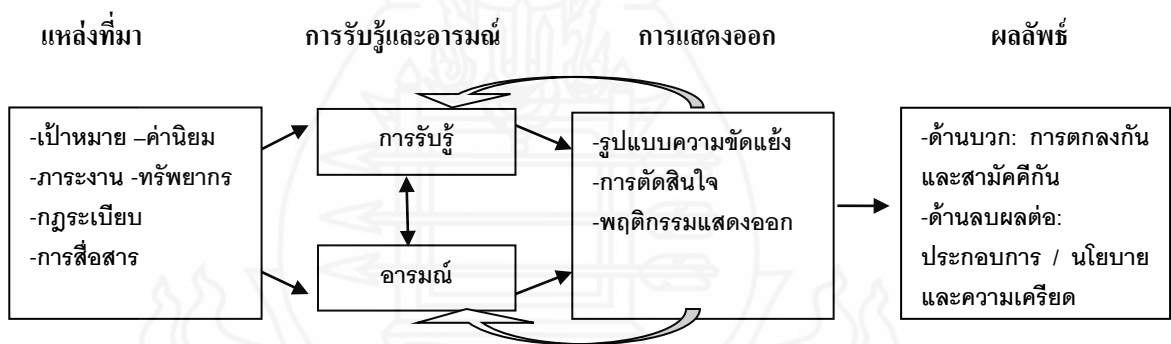
3. เจตนา (Intention) ขั้นตอนที่ 3 เป็นคำเนิการของแต่ละฝ่ายมีเจตนาที่จะแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้น โดยมีวิธีการจัดการความขัดแย้ง 5 รูปแบบ คือ 1) การแข่งขัน หรือมุ่งเอาชนะ (Competition) เป็นการแก้ปัญหาแบบชนะ-แพ้ (Win-Lose) 2) ความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการแบบชนะ-ชนะ (Win-Win) 3) การหลีกเลี่ยง (Avoidance) เป็นหลีกเลี่ยงปัญหาโดยคาดว่าความขัดแย้งจะหมดไปเองโดยไม่ต้องปฏิบัติใดๆ 4) การเอื้ออำนวย (Accommodation) เป็นแนวทาง

แก้ไขความขัดแย้งที่แสดงความเป็นมิตร และ5) การประนีประนอม (Compromise) เป็นการแก้ปัญหาหนึ่งให้ทั้งสองฝ่ายมีความพอใจใช้เทคนิคการเจรจาต่อรอง

4. พฤติกรรม (Behavior) ความขัดแย้งที่ปรากฏจะเห็นได้จากพฤติกรรมแสดงออก ได้แก่ คำพูด การกระทำ และการโต้ตอบ เป็นความพยายามที่เปิดเผยเจตนาของแต่ละฝ่ายว่าต้องการอะไร ความขัดแย้งจะเกิดขึ้นในระดับต่ำก่อนและจัดเป็นความขัดแย้งตามปกติ และค่อยๆ ไล่ลำดับไปยังระดับสูงตามความรุนแรงความขัดแย้งที่เกิดขึ้น แต่ความขัดแย้งระดับสูงจัดเป็นความขัดแย้งที่ผิดปรกติจำเป็นต้องจัดการ

5. ผลลัพธ์ (Outcomes) การแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง อาจมีผลกระทบทางบวกหรือปัจจัยสร้างสรรค์ (Funtional Outcomes) เป็นตัวกระตุ้นทำให้มีการปรับปรุงคุณภาพการทำงาน กระตุ้นให้เกิดความริเริ่มใหม่ๆ และผลกระทบทางลบ (Dysfunctional Outcomes) ส่งผลทำให้การปฏิบัติงานขององค์กรลดลง ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย

McShane and Glinow (2005, pp. 388- 391) ได้กล่าวถึงกระบวนการของความขัดแย้งว่ามี 4 ขั้นตอน ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 The conflict process.

ที่มา: McShane and Glinow. (2005). *Organization behavior*. New York: McGraw-Hill.

1. แหล่งที่มาของความขัดแย้ง (Sources of conflict) เริ่มต้นจากความเข้าใจต่างกันในด้านต่างๆ ได้แก่ เป้าหมาย ค่านิยม การพึ่งพาอาศัยกันงาน ทรัพยากร กฎระเบียบ และการสื่อสาร ทำให้เกิดความขัดแย้ง มีผลกระทบต่อการบริหารองค์การ

2. การรับรู้และอารมณ์ (Conflict Perceptions and Emotions) ประสบการณ์ของแต่ละฝ่ายจะทำให้เกิดความรู้สึก อารมณ์แตกต่างกัน ความขัดแย้งที่สร้างสรรค์มุ่งการแก้ปัญหาไปที้งานมากกว่าไปที่บุคคล ความขัดแย้งบุคคลเกิดอคติการรับรู้เป็นความขัดแย้งที่ไม่สร้างสรรค์

3. การแสดงออกถึงความขัดแย้ง (Manifest Conflict) การแสดงออกพฤติกรรมต่อความขัดแย้งขึ้นกับการรับรู้ปัญหาความขัดแย้งและอารมณ์ ตั้งแต่เล็กน้อย จนถึงรุนแรง ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจในการแก้ไข รูปแบบที่เป็นประโยชน์คือการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง

4. ผลลัพธ์ความขัดแย้ง (conflict outcomes) ผลการจัดการความขัดแย้งเชิงลบส่งผลกระทบต่อของพนักงาน การลงทุน ความพึงพอใจในงานและความเครียด ผลการจัดการความขัดแย้งเชิงบวก เป็นการเปลี่ยนแปลงความขัดแย้งระดับปานกลาง และรูปแบบของความขัดแย้งช่วยเพิ่มศักยภาพของทีม บรรลุเป้าหมาย มีประสิทธิภาพ และเพิ่มผลผลิตขององค์กร

Gordon (1991, as cited in ณีฐพันธ์ เขจรนันท์, 2551, น. 200 -202) ได้กล่าวถึง ความขัดแย้งในแต่ละขั้นตอน จะมีความรุนแรงที่แตกต่างกัน จำแนกออกเป็น 5 ขั้นตอนต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ความขัดแย้งที่ซ่อนอยู่ (Latent Conflict) เมื่อแต่ละคน หรือกลุ่มมีความแตกต่างกันในเป้าหมาย หรือความชำนาญที่ต่างกัน โดยมีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมขององค์กร และปัจจัยเฉพาะบุคคลที่ก่อให้เกิดความไม่เห็นด้วย ในที่สุดเกิดความขัดแย้ง

ระยะที่ 2 ความขัดแย้งที่รับรู้ได้ (Perceived Conflict) เมื่อแต่ละคน หรือกลุ่มเกิดความขัดแย้ง จะรู้สึกความแตกต่าง เป้าหมายที่ไม่ลงรอยกัน มีพฤติกรรมที่ส่งผลการกระทำ

ระยะที่ 3 ความขัดแย้งที่รู้สึกได้ (Felt Conflict) เมื่อแต่ละคน หรือกลุ่มเกิดความรู้สึกเครียด หรือกังวลใจในผลของความแตกต่าง หรือความไม่เข้าใจ ความขัดแย้งก็จะเปลี่ยนจากความขัดแย้งที่รับรู้ได้เป็นรู้สึกได้

ระยะที่ 4 ความขัดแย้งที่แสดงให้เห็นชัด (Manifest Conflict) เมื่อแต่ละคน หรือกลุ่ม มีรูปแบบพฤติกรรมที่พยายามจะขัดขวาง หรือทำลายอีกฝ่ายหนึ่ง โดยแสดงอย่างเปิดเผยในความขัดแย้ง เช่น การรุกราน และตั้งรัง

ระยะที่ 5 ความขัดแย้งรับผลที่ตามมาภายหลัง (Conflict Aftermath) เป็นขั้นสุดท้าย มีการจัดการกับความขัดแย้งที่ก่อให้เกิดผล หรือการระงับไม่ให้เกิดความขัดแย้งทุกอย่าง

Marquis and Huston (1996, pp. 336-338, อ้างใน ปรารักษ์ทิพย์ อูระรัตน์, 2541, น. 124-129) กล่าวถึง กระบวนการของการเกิดความขัดแย้ง ดังนี้

1. สภาวะการณ์ที่นำสู่ความขัดแย้ง (Antecedent conditions or Latent conflict) สภาวะการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในองค์กร เช่น การขาดแคลนบุคลากร การเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารงานใหม่ การตัดงบประมาณ ซึ่งสภาวะการณ์นี้สามารถเตรียมพร้อม เพื่อป้องกันเกิดความขัดแย้ง และบรรเทาความขัดแย้งได้

2. การรับรู้ว่ามี ความขัดแย้ง (Perceived conflict) การรับรู้ของบุคคลว่าเป็นความขัดแย้ง หรือไม่จะขึ้นกับแต่ละบุคคล ในสถานการณ์เดียวกันบางคนอาจจะรับรู้ว่ามี ความขัดแย้ง ในขณะที่เดียวกันบางคนอาจจะไม่รับรู้ว่ามี ความขัดแย้ง แต่บุคคลจะรับรู้ว่ามี ความขัดแย้งเกิดขึ้นเมื่อทำให้ตนเองเกิดการสูญเสีย

3. ความรู้สึกว่ามี ความขัดแย้ง (Felt conflict) เมื่อมีความขัดแย้งมักจะมึอารมณ์มาเกี่ยวข้อง บุคคล หรือกลุ่มที่รับรู้ว่าเป็นเป้าหมายถูกขัดขวาง จะเกิดความรู้สึกคับข้องใจจะขยายสู่อารมณ์ที่รุนแรง เช่น โกรธ ไม่พอใจ ไม่เชื่อใจ กลัว หรือเพิกเฉยไม่สนใจ

4. การแสดง ความขัดแย้ง (Manifest conflict) เมื่อบุคคลรับรู้และรู้สึกมีความขัดแย้งเกิดขึ้น จะแสดงออกพฤติกรรมรูปแบบต่างๆ เช่น แสดงอาการเจ็บเฉย โกรธ ได้แย้ง ไม่ให้ความร่วมมือ หรือค้นหาวิธีการแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จำเป็นที่จะต้องมีคนกลางเข้ามาช่วยแก้ไขความขัดแย้ง

5. การบริหาร ความขัดแย้ง (Conflict management) เป้าหมายการบริหารความขัดแย้ง คือ การทำให้เกิดผลต่างฝ่าย ต่างชนะ (Win-Win situation) แต่สถานการณ์ดังกล่าวไม่สามารถจะเป็นไปได้ทุกกรณี ผู้บริหารจึงต้องเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ความขัดแย้ง รวมทั้งข้อจำกัดของเวลาในการตัดสินใจ และอำนาจของบุคคล รวมทั้งวุฒิภาวะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้ง กลยุทธ์การบริหารความขัดแย้งมี 5 วิธี คือ การหลีกเลี่ยง (Avoiding) การปรองดอง (Accommodating) การต่อสู้ (Competition) การร่วมมือร่วมใจ (Collaborating) และการประนีประนอม (Negotiating หรือ Compromising)

6. ผลที่ตามมาภายหลังการบริหารความขัดแย้ง (Conflict aftermath) ขั้นตอนสุดท้ายกระบวนการของความขัดแย้ง คือผลที่เกิดขึ้นภายหลังการบริหารความขัดแย้ง มี 3 รูปแบบ คือ 1) การเก็บกด (Suppression) บุคคลจะรู้สึกฟ่ายแพ้ จะแสดงออกในแง่ลบ 2) การสร้างสรรค์ (Production) บุคคลจะยอมรับการตัดสินใจ ทั้งสองฝ่ายมีความพึงพอใจในผลที่ออกมา และ 3) การทำลาย (Destruction) ทั้งสองฝ่ายยึดมั่นเป้าหมายของตนเองจะเกิดต่อต้าน นำมาความขัดแย้งใหม่

เอกชัย บุญยาศิษฐาน (2555, น. 59-63) ได้กล่าวถึง กระบวนการความขัดแย้ง หากไม่ได้รับการแก้ไขจะมีการพัฒนาขั้นตอนความขัดแย้งสู่ความรุนแรงขึ้น ดังนี้

ระยะที่ 1 ทั้งสองฝ่ายเริ่มมีความคิดเห็น รู้สึกว่ามีผลประโยชน์ที่ตรงกันข้ามกัน มีการใช้คำพูดที่แข็งกระด้าง ขาดความไว้วางใจ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะพัฒนาเป็นระยะที่สอง

ระยะที่ 2 ความรู้สึกทั้งสองฝ่ายเริ่มแกว่ง ต่างฝ่ายต่างเริ่มเกิดทฤษฎีที่จะ ไม่ยอมกัน กลัวเสียหน้า กลัวถูกมองเห็นว่าเป็นความอ่อนแอของฝ่ายตน

ระยะที่ 3 ระยะนี้ทั้งสองฝ่ายต่างเริ่มไม่เกรงใจกัน ไม่สนใจว่าอีกฝ่ายจะเห็นเป็นอย่างไร จุดเน้นจะเปลี่ยนไปเป็นสกัดกันไม่ให้อีกฝ่ายสมประสงค์ จะพยายามที่จะให้อีกฝ่ายยอมแพ้

ระยะที่ 4 เป้าหมายจะถูกเบี่ยงเบนออกจากเรื่องราวที่ถกเถียงมาเป็นตัวบุคคล

ระยะที่ 5 ระยะนี้เริ่มหนัก จะแยกเข้าทุกทีความกลัวในการเสียชื่อเสียงสูงสุด และความรู้สึกการยอมกันก็คือความอ่อนแออย่างชัดเจน

ระยะที่ 6 ระยะนี้เข้าสู่ขั้นตอนข่มขู่ การขู่ไปแล้วมากกดดันตัวเองให้ต้องทำตามคำขู่นั้น ในขณะที่เดียวกันความกลัวถูกอีกฝ่ายโต้ตอบ ระยะนี้คนกลางเจรจาตรงนี้ พอแก้ไขได้

ระยะที่ 7 ในระยะนี้ความโกรธได้พัฒนากลายเป็นโทษะ เห็นว่าอีกฝ่ายหนึ่งต้องถูกกำจัดไปมองเห็นอีกฝ่ายกลายเป็นศัตรู ความคิดอีกฝ่ายต้องการชัยชนะ แต่ยังไม่แก้ไขได้

ระยะที่ 8 ในระยะนี้ ทั้งสองฝ่ายไม่สนใจที่จะชนะในเรื่องที่ไม่ลงรอยกัน แต่ทั้งสองฝ่ายต่างต้องการอยู่รอด ไม่มีใครอยากถูกทำลายไปตลอดชีวิต หากต่างฝ่ายต่างมีพวกพ้องจะเกิดการโจมตีกันในระยะนี้ แต่ยังไม่แก้ไขได้

ระยะที่ 9 ระยะนี้ยากที่จะแก้ไขได้ หมดหวังที่จะแยกออกจากกัน เรื่องคู่คารางไม่ได้อยู่ในสายตาต่อไปคือความหายนะทั้งสองฝ่าย ไม่มีใครชนะ

กล่าวได้ว่า กระบวนการความขัดแย้ง (The Conflict Process) คือ การเปลี่ยนแปลงขั้นตอนสถานการณ์ของความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างสองฝ่ายจะกระตุ้นให้อีกฝ่ายหนึ่งแสดงพฤติกรรมตอบสนองอีกฝ่ายหนึ่ง จากแนวคิดของนักวิชาการ พอจะสรุปได้ดังนี้ 1) ความไม่เท่าเทียมกัน (Potential Opposition or Incompatibility) ด้านการสื่อสาร โครงสร้าง และตัวแปรด้านบุคคล 2) การรับรู้และอารมณ์ (Cognition and Personalization) คือ การรับรู้ว่ามี ความขัดแย้ง และรู้สึกได้ว่ามีความขัดแย้งเกิดขึ้น 3) เจตนา (Intentions) คือ การจัดการความขัดแย้ง 5 รูปแบบ ได้แก่ การแข่งขัน หรือมุ่งเอาชนะ ความร่วมมือ การหลีกเลี่ยง การเอื้ออำนวย และการประนีประนอม 4) พฤติกรรม (Behavior) จะเห็นได้จากพฤติกรรมแสดงออก เช่น คำพูด 5) ผลลัพธ์ (Outcomes) ผลกระทบทางบวก หรือปัจจัยสร้างสรรค์ (Functional Outcomes) และผลกระทบทางลบ (Dysfunctional Outcomes)

1.4 การจัดการความขัดแย้ง (Conflict Management)

แนวคิดเกี่ยวกับจัดการความขัดแย้ง ในการวิจัยครั้งนี้ สนใจศึกษา ความหมายของการจัดการความขัดแย้ง กระบวนการจัดการความขัดแย้ง และการเจรจาต่อรอง

1.4.1 ความหมายของการจัดการความขัดแย้ง (Define of conflict Management)

Aiyede (2006, pp. 2) กล่าวว่า วั้ว่า การจัดการความขัดแย้ง หมายถึง กระบวนการที่ทำความขัดแย้งให้เป็นเชิงบวก บุคคลอยู่ในความสงบ และมีระเบียบเรียบร้อย

Rahim (2001, pp. 76) กล่าวว่าไว้ว่า การจัดการความขัดแย้ง หมายถึง การเลือกรูปแบบในการจัดการความขัดแย้งเหมาะสม ลดความขัดแย้งที่ไม่สร้างสรรค์ เพิ่มความขัดแย้งที่สร้างสรรค์และการเรียนรู้และประสิทธิผลการจัดการความขัดแย้งขององค์กร

Fisher (2001, pp. 7, as cited in Aiyede, 2006, pp. 2) กล่าวว่าไว้ว่า การจัดการความขัดแย้ง หมายถึง กระบวนการที่เป็นขั้นตอน แต่ละขั้นตอนมีความแตกต่างกันในการจัดการความขัดแย้ง และมีความสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร

Otite and Albert (1999, pp.11, as cited in Aiyede, 2006, pp. 3) กล่าวว่าไว้ว่า การจัดการความขัดแย้ง หมายถึง วิธีการควบคุมความขัดแย้งก่อน ในระหว่าง และหลังจาก ที่เกิดความขัดแย้ง และการเลือกใช้กลยุทธ์การจัดการความขัดแย้งที่เหมาะสม

Hellriegel and Slocum (1996, as cited in Anthony, 2012, pp. 22) กล่าวว่าไว้ว่า การจัดการความขัดแย้ง หมายถึง กระบวนการที่ลดหรือเพิ่มระดับความขัดแย้ง การวางแผนดำเนินการจัดการความขัดแย้ง เพื่อให้การจัดการความขัดแย้งมีประสิทธิภาพ

Wall and Callister (1995, as cited in Rahim, 2001, pp. 76) กล่าวว่าไว้ว่า การจัดการความขัดแย้ง หมายถึง การแก้ปัญหาความขัดแย้ง ควบคุมให้ความขัดแย้งอยู่ในระดับปานกลาง เลือกรูปแบบการจัดการความขัดแย้งเหมาะสม และบรรลุเป้าหมายขององค์กร

Adler and Towne (1990, as cited in Hendel & Fish, 2004, pp. 137) กล่าวว่าไว้ว่า การจัดการความขัดแย้ง หมายถึง วิธีการในการเผชิญกับความขัดแย้ง ได้แก่ การจัดการความขัดแย้งแบบชนะ-แพ้ การจัดการความขัดแย้งแบบแพ้-แพ้และการจัดการความขัดแย้งแบบชนะ-ชนะ

Robbins (1978, as cited in Rahim, 2001, pp. 75) กล่าวว่าไว้ว่า การจัดการความขัดแย้ง หมายถึง การแก้ปัญหาความขัดแย้ง โดยการลดความขัดแย้ง หรือทำให้ความขัดแย้งสิ้นสุด ด้วยการเจรจาต่อรอง การไกล่เกลี่ย และอนุญาโตตุลาการ

ชัยเสถฐ์ พรหมศรี (2550, น. 53) กล่าวว่าไว้ว่า การจัดการความขัดแย้ง หมายถึง ความสามารถที่จะควบคุมระดับความขัดแย้งที่ก่อให้เกิดผลดีแก่องค์กร และการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความขัดแย้งที่ไม่สร้างสรรค์เกิดขึ้น

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545, น. 318) กล่าวว่าไว้ว่า การบริหารความขัดแย้ง คือ การกระตุ้น หรือสนับสนุนให้เกิดความขัดแย้งสร้างสรรค์ การป้องกันความขัดแย้งและการแก้ไขความขัดแย้งที่มีลักษณะทำลาย

ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์ (2541, น. 128) กล่าวไว้ว่า การบริหารจัดการความขัดแย้ง คือ การทำให้เกิดผลว่า ต่างฝ่ายต่างชนะ (Win -Win) แต่สถานการณ์ชนะ-ชนะไม่สามารถเป็นได้ทุกกรณี ผู้บริหาร จึงต้องตระหนักเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมแต่ละสถานการณ์

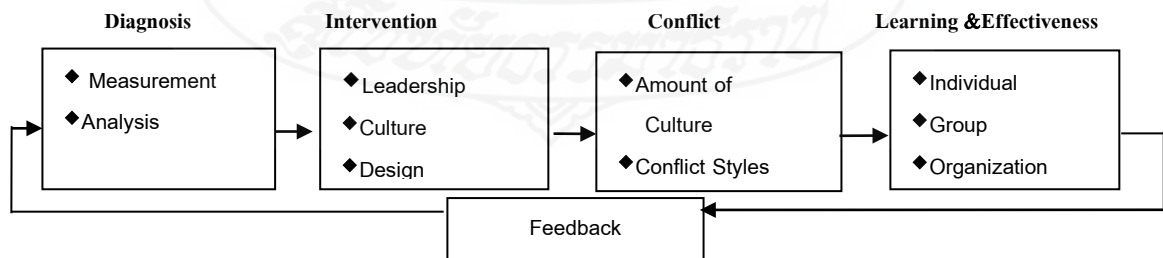
เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (2540, น. 116) และพรนพ พุกกะพันธ์ (2542, น. 249) กล่าวไว้ว่า การจัดการความขัดแย้ง คือ กระบวนการในการบริหารความขัดแย้ง การวินิจฉัยความขัดแย้ง การนิยามปัญหาความขัดแย้ง การพิจารณาผลที่จะตามมาความขัดแย้ง และยุทธศาสตร์ความขัดแย้ง

จากแนวคิดของนักวิชาการ สรุปได้ว่าการจัดการความขัดแย้ง (Conflict Management) คือ กระบวนการ หรือขั้นตอน หรือวิธีการ ควบคุมความขัดแย้งให้อยู่ในระดับปานกลาง ทำให้เกิดความขัดแย้งที่สร้างสรรค์ แก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่มีลักษณะทำลาย และเลือกกลยุทธ์จัดการความขัดแย้งให้เหมาะสมแต่ละสถานการณ์

1.4.2 กระบวนการจัดการความขัดแย้ง (Conflict Management Process)

กระบวนการจัดการความขัดแย้ง มีเป้าหมายการจัดการความขัดแย้งให้ทุกฝ่ายพึงพอใจแต่ในความเป็นจริงไม่สามารถทำได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ สถานการณ์ความขัดแย้ง ระดับความขัดแย้ง รูปแบบหรือวิธีการจัดการความขัดแย้ง ประสบการณ์ และทักษะของผู้จัดการความขัดแย้ง ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดนักวิชาการ ไว้ดังนี้

Rahim (2002, pp. 216 - 229) กล่าวไว้ว่า การจัดการความขัดแย้ง ควรคำนึงถึง คือ 1) การลดระดับความขัดแย้ง (Minimize Affective Conflicts at Various Levels) 2) การรักษาความขัดแย้งในระดับปานกลาง (Attain and Maintain a Moderate Amount of Substantive Conflict) และ3) การเลือกใช้กลยุทธ์การจัดการความขัดแย้ง(Appropriate Conflict Management Strategies) การจัดการความขัดแย้ง จะส่งผลต่อประสิทธิภาพ และพึงพอใจในงาน และตามแนวคิดของราฮิม การจัดการความขัดแย้ง (Managing Conflict Process) มี 4 ขั้นตอน ดังภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 Process of Managing Conflict

ที่มา: Rahim. (2002). Adapted from Toward A Theory of Managing Organizational

Conflict. *The International Journal of Conflict Management*, 13(3).

1. **ขั้นตอนการวินิจฉัยความขัดแย้ง (Diagnosis)** เป็นขั้นตอนแรกก่อนนำไปสู่การแก้ปัญหา เป็นการกำหนดปัญหาความขัดแย้ง หาสาเหตุ และผลกระทบความขัดแย้งต่อองค์การ เพื่อลดการผิดพลาดในการแก้ปัญหา การวินิจฉัยความขัดแย้งมีเกี่ยวกับ 1) เกณฑ์ (Measurement) ควรคำนึงถึง (1) ระดับความขัดแย้ง และความรู้สึก อารมณ์ที่บุคคลที่เกี่ยวข้อง (2) เป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคล ระหว่างกลุ่ม หรือองค์การ (3) แหล่งที่มาของ ความขัดแย้ง และ(4) การเรียนรู้ และประสิทธิผลต่อองค์การ และ2) การวิเคราะห์ (Analysis) ควรพิจารณา: (1) ระดับความรุนแรงของความขัดแย้ง ผลกระทบของความขัดแย้ง และรูปแบบของการจัดการความขัดแย้ง (2) คำนึงถึงความสัมพันธ์ความขัดแย้งกับแหล่งที่มาความขัดแย้ง และ(3) คำนึงถึงความสัมพันธ์ความขัดแย้งกับการเรียนรู้ และประสิทธิผลของความขัดแย้ง

กล่าวโดยสรุป การวินิจฉัยความขัดแย้งเป็นขั้นตอนแรกก่อนนำไปสู่การแก้ปัญหา ที่ซึ่งมีความสำคัญ สำหรับผู้วินิจฉัยความขัดแย้งควรได้รับฝึกอบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง หรือปรึกษาเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญนอกองค์กรหากเกินความสามารถ จะส่งผลแก้ปัญหาของความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. **ขั้นตอนการเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง (Intervention)** การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้งมีความจำเป็น เมื่อมีความขัดแย้งมากเกินไป และ/หรือน้อยเกินไป การเข้าไปแทรกแซงในความขัดแย้ง มีความเกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ด้านภาวะเป็นผู้นำ (Leadership)Senge (1990, as cited in Rahim, 2002, pp. 227) กล่าวว่า การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง มีความเกี่ยวข้องกับ ซึ่งมีความสำคัญกับเป้าหมาย วิสัยทัศน์องค์กร และการสร้างแรงจูงใจให้พนักงาน ที่จะเรียนรู้และมีความรับผิดชอบ ผู้นำใช้อำนาจส่วนบุคคลที่จะสร้างแรงบันดาลใจให้พนักงาน อีกทั้งสนับสนุนให้มีวิธีการทำงานใหม่ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในกระบวนการ ออกแบบโครงสร้างองค์การ และระบบค่าตอบแทน บูรณาการกลไกต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการรับรู้ระดับความขัดแย้งของพนักงาน ในองค์การ เพื่อป้องกันความขัดแย้ง 2) ด้านวัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture) การสร้างวัฒนธรรมองค์กร การเรียนรู้ และประสิทธิผลของการจัดการความขัดแย้ง และ3) องค์กรและโครงสร้าง (Structural Design) การออกแบบกระบวนการ อาทิ เช่น การสื่อสาร การตัดสินใจ การเป็นผู้นำ ปรับเปลี่ยนโครงสร้าง การจัดระบบงาน เทคโนโลยีและปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้พนักงานขององค์กร สามารถทำงานร่วมกัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าขององค์กร

3. **ขั้นตอนการแก้ไขความขัดแย้ง (Conflict)** การแก้ไขความขัดแย้ง มีปัจจัยเกี่ยวข้อง คือ 1) ขนาดความขัดแย้ง (Amount of Conflict) อยู่ในระหว่างบุคคล หรือกลุ่ม หรือองค์การ และระดับความรุนแรงของความขัดแย้ง ซึ่งควรควบคุมให้อยู่ระดับปานกลาง และ

2) วิธีการจัดการความขัดแย้ง (Styles of Handling Conflict) การเลือกใช้ แบบของการจัดการความขัดแย้ง รูปแบบใดขึ้นกับสถานการณ์ความขัดแย้ง โดยทั่วไป บุรณาการใช้ รูปแบบความขัดแย้ง มี 5 รูปแบบ ดังนี้

3.1 การบูรณาการ (Integrating) รูปแบบนี้ คือการวินิจฉัยและการป้องกันการเกิดปัญหา เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยข้อมูลการ หาทางเลือก การตรวจสอบความแตกต่าง เป้าหมาย และเป็นที่ยอมรับของทั้งสองฝ่าย รูปแบบนี้จะประ โยชน์ และมีประสิทธิภาพ สำหรับการจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อน รูปแบบการบูรณาการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด ในการจัดการความขัดแย้งทางสังคม และเหมาะสมในการจัดการกับประเด็นยุทธศาสตร์ขององค์กร วัตถุประสงค์และนโยบาย การวางแผนระยะยาว รูปแบบนี้ มีความกังวลสูงทั้งตนเองและอีกฝ่าย (high concern for self and others)

3.2 การเอื้อเฟื้อมีน้ำใจ (Obliging) รูปแบบนี้เน้น เพื่อตอบสนองความกังวลของอีกฝ่ายหนึ่ง มีประ โยชน์ ในการรักษาความสัมพันธ์เป็นสิ่งที่สำคัญ ตนเองกังวลต่ำและอีกฝ่ายกังวลสูง (low concern for self and high concern for others)

3.3 การบังคับ (Dominating) รูปแบบนี้มีความเหมาะสมเมื่อประเด็นที่เกี่ยวข้องในความขัดแย้งที่มีความสำคัญผู้บังคับบัญชาอาจใช้รูปแบบนี้การตัดสินใจอย่างรวดเร็ว รูปแบบนี้ไม่เหมาะสมเมื่อมีประเด็นความขัดแย้งมีความซับซ้อน มีเวลาพอที่จะทำให้การตัดสินใจที่ดี และทั้งสองฝ่ายมีความเท่าเทียมกัน ผู้ได้บังคับบัญชาไม่ชอบผู้บังคับบัญชาที่ใช้อำนาจนี้ ตนเองกังวลสูงและผู้อื่นกังวลต่ำ (high concern for self and low concern for others)

3.4 การหลีกเลี่ยง (Avoiding) รูปแบบนี้เน้น การตอบสนองความต้องการทั้งสองฝ่าย ใช้ในการจัดการกับปัญหารายย่อยบางส่วน หรือในช่วงเวลาที่จำเป็น รูปแบบนี้ไม่เหมาะสมกับประเด็นความขัดแย้งที่มีความสำคัญ ถ้านำมาใช้ผิดอาจเกิดการเผชิญหน้าอีกฝ่ายหนึ่งเมื่อฝ่ายที่ไม่เต็มใจที่จะรอ ทั้งสองฝ่ายมีความกังวลต่ำ (low concern for self and others)

3.5 การประนีประนอม (Compromising) รูปแบบนี้ทั้งสองฝ่ายการยอมรับร่วมกันในการตัดสินใจ ซึ่งรูปแบบนี้จะประ โยชน์เมื่อมีเป้าหมายของทั้งสองฝ่ายขัดแย้งกันอยู่ ใช้เทคนิค การเจรจาต่อรองของทั้งสองฝ่ายยอมรับ ถูกลำมาใช้เมื่อรูปแบบอื่น ๆ พบว่าจะไม่ได้ผล ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบนี้ดูเหมือนว่ามีประโยชน์มากที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งที่ยืดเยื้อ รูปแบบนี้เป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อน และ ไม่สามารถที่จะระบุปัญหาที่แท้จริง ทั้งสองฝ่ายมีความกังวลในระดับกลาง (intermediate in concern for self and others)

4. ขั้นตอนการเรียนรู้ และประเมินประสิทธิผล (Learning & Effectiveness) Rahim

(2001, pp. 63-68) กล่าวไว้ว่า การจัดการความขัดแย้งควรมีการออกแบบกระบวนการและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ขององค์กร ตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้เสีย เพิ่มประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ในการจัดการความขัดแย้ง การเรียนรู้และประสิทธิผลของการจัดการความขัดแย้งเกี่ยวข้องกับ 1) การใช้รูปแบบในการจัดการความขัดแย้ง ให้เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ความขัดแย้ง 2) การปรับปรุงกระบวนการภายในองค์กรเช่นการสื่อสาร แรงจูงใจและอื่น ๆ และ3) ความพึงพอใจความต้องการขององค์กรและผู้มีส่วนได้เสีย

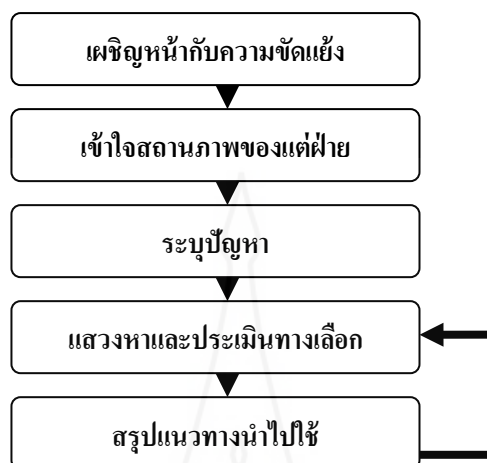
Fisher (2001, อ้างใน ชัยเสกฐ์ พรหมศรี, 2550, น. 67-71) กล่าวไว้ว่า การจัดการความขัดแย้งโดยทั่วไป ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ (Analysis Stage) เป็นขั้นตอนแรกกำหนดกลยุทธ์การจัดการความขัดแย้ง แบบใดเหมาะสมกับสถานการณ์ ประกอบด้วย 1) การควบคุม (Dictation) เหมาะกับกรณีไม่เกิดผลและไม่สามารถบรรลุข้อตกลงได้ 2) การใช้สัญญาโตตุลาการเหมาะสมกับกรณีมีเหตุผลที่ต้องการที่จะจัดการความแตกต่างและเต็มใจยอมรับผิด 3) การไกล่เกลี่ย (Mediation) เหมาะกับกรณีตั้งใจจัดการความแตกต่าง มีเหตุผล มีทักษะการสื่อสารที่ดีและสามารถบรรลุข้อตกลงด้วยตนเอง และ4) การเจรจาต่อรอง (Negotiation) เหมาะที่ทุกฝ่ายเต็มใจจะให้เข้าสู่สถานการณ์แบบชนะ-ชนะ

2. การเผชิญหน้า (Confrontation Stage) เป็นขั้นตอนอธิบายปัญหาของทั้ง 2 ฝ่ายเพื่อช่วยผลักดันความขัดแย้ง ไปสู่ขั้นตอนแก้ปัญหา

3. การแก้ปัญหา (Resolution Stage) วิธีแก้ปัญหาแบบร่วมมือกัน มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ทุกฝ่ายรับรู้ถึงปัญหา 2) กำหนดสาเหตุปัญหา 3) มีการระดมสมองและกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา 4) ทุกฝ่ายเลือกทางออกในการแก้ปัญหา 5) นำเอาข้อตกลงร่วมกันไปใช้แก้ปัญหา และ6) ติดตาม ตรวจสอบทางออกในการแก้ปัญหาได้จริง

ชัยเสกฐ์ พรหมศรี (2550, น. 54-59) กล่าวไว้ว่า การจัดการความขัดแย้ง คือ การนำกระบวนการบริหารจัดการความขัดแย้งเป็นขั้นตอนมาใช้ (Conflict management process) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังภาพที่ 2.4



ภาพที่ 2.4 กระบวนการจัดการความขัดแย้ง.

ที่มา: ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี. (2550). *การจัดการความขัดแย้งในองค์กร*. กรุงเทพมหานคร: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.

ขั้นตอนที่ 1 เผชิญหน้ากับความขัดแย้ง (Confront with the conflict) สาเหตุสำคัญคือ การไม่กล้าเผชิญหน้ากับปัญหาที่แท้จริง ถ้าผู้บริหารต้องการที่จะแก้ปัญหาความขัดแย้งต้องเลือกเวลา สถานที่ที่เหมาะสมในการเผชิญหน้าและให้บุคคลที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจสถานภาพของแต่ละฝ่าย (Understand Each Other's Position) การจัดการความขัดแย้งจะมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารชี้แจงให้ทั้งสองฝ่าย เข้าใจสถานภาพของฝ่ายตรงข้าม รวมถึงอารมณ์และความรู้สึกที่แท้จริง เพื่อหาสาเหตุของความขัดแย้ง และพยายามชี้ให้เห็นว่าการแก้ไขความขัดแย้งต้องได้รับความร่วมมือทั้งสองฝ่าย

ขั้นตอนที่ 3 ระบุปัญหา (Identify the Problem) มีความชัดเจนของปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน เป็นตอนที่ยากที่สุดในกระบวนการบริหารจัดการความขัดแย้ง เพราะมีโอกาสที่จะไม่ยอมกันทั้งสองฝ่าย จะต้องนำหลักมนุษยสัมพันธ์มาใช้ร่วมกันแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 แสวงหาและประเมินทางเลือก (Search for Appropriate Alternatives and Evaluation) สร้างทางเลือกที่หลากหลายเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการแก้ปัญหา จะต้องได้รับการยินยอม และพึงพอใจทั้งสองฝ่ายมี 2 ขั้นตอน คือ 1) แสวงหาคำตอบ คือ การรวบรวมคำตอบจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และ 2) การประเมินทางเลือก คือ การหาคำตอบที่เหมาะสมที่สุด

ขั้นตอนที่ 5 สรุปแนวทางและนำทางเลือกที่เหมาะสมไปใช้ (Conclusion and Implement the Appropriate Alternative) เมื่อประเมินทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด อาจทำสัญญาที่ระบุไว้อย่างชัดเจน โดยมีบุคคลอื่นรับไว้ในข้อตกลงนั้น แล้วแต่ละฝ่ายนำไปปฏิบัติ

กลยุทธ์การจัดการความขัดแย้ง ตามแนวคิดของชัยเสฏฐ์ พรหมศรี (2550, น. 63-67) กล่าวไว้ว่า มีรูปแบบการจัดการความขัดแย้งมี 5 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. แบบร่วมมือร่วมใจ (Collaborating) การแก้ปัญหาความขัดแย้ง โดยความร่วมมือของคนกลุ่มนี้จะเผชิญกับปัญหาโดยตรง เป็นการแก้ปัญหาคด้วยวิธีสร้างสรรค์ มุ่งเน้นถึงความต้องการของทั้งสองฝ่าย เทคนิคนี้ควรใช้เมื่อบุคคลทั้งสองฝ่ายมีความเกี่ยวข้องกันอย่างมาก มีความเข้าใจกัน และต้องการที่จะได้รับคำมั่นสัญญาจากอีกฝ่ายหนึ่งด้วย

2. แบบเอื้ออำนวย (Accommodating) ใช้เมื่อบุคคลฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่คำนึงถึงความต้องการของตนเอง เทคนิคนี้เหมาะสม ที่จะนำไปใช้ในสถานการณ์ที่ปัญหาความขัดแย้งไม่สามารถที่จะแก้ไขให้ทั้งสองฝ่ายเกิดความพึงพอใจ และเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับสถานการณ์ที่บุคคลฝ่ายหนึ่งมีความรุนแรง ในขณะที่อีกฝ่ายหนึ่งรู้สึกเฉยๆ หรือพบว่าตนเองเป็นฝ่ายผิดในประเด็น หรือต่อสู้ไปจนที่สุดตนไม่สามารถเอาชนะได้

3. แบบบังคับ (Forcing) คือ บุคคลมุ่งเน้นต่อการตอบสนองเรื่องของตนเอง โดยไม่ยอม เสียประโยชน์ และไม่คำนึงถึงความต้องการของบุคคลอื่น เทคนิคนี้ควรใช้เมื่อฝ่ายหนึ่งรู้ตัวว่าการตัดสินใจของตนเองถูกต้อง แต่ต้องพยายามให้คนอื่นเห็นว่า ไม่ได้เป็นการบังคับให้ยอมรับมากเกินไป หรือเมื่อบุคคลนั้นต้องการความรวดเร็วการตัดสินใจ

4. แบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoiding) คือ บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงปัญหา โดยไม่คำนึง ถึงผลประโยชน์ของตนเองและของผู้อื่น เทคนิคนี้ควรใช้ เมื่อผลประโยชน์ทั้งสองฝ่ายไม่มากมาย และฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่มีอะไรต้องเสีย หรืออีกฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่มีเวลาในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง หรือเห็นว่าไม่มีโอกาสจะได้รับผลประโยชน์

5. แบบประนีประนอม (Compromising) คือ การพบกันครึ่งทางระหว่างความต้องการของทั้งสองฝ่าย เทคนิคนี้เหมาะสมสำหรับความขัดแย้งที่เกิดจากเป้าหมายที่ต่างกัน และไม่สามารถที่จะร่วมมือกันในการสร้างแนวทาง เพื่อให้เกิดความพอใจทั้งสองฝ่าย

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545, น. 318-324) กล่าวว่า การบริหารความขัดแย้ง คือ การกระตุ้น หรือสนับสนุนให้เกิดความขัดแย้งสร้างสรรค์ การป้องกันการขัดแย้งที่มีลักษณะทำลาย และการแก้ไขความขัดแย้งที่มีลักษณะทำลาย ดังต่อไปนี้

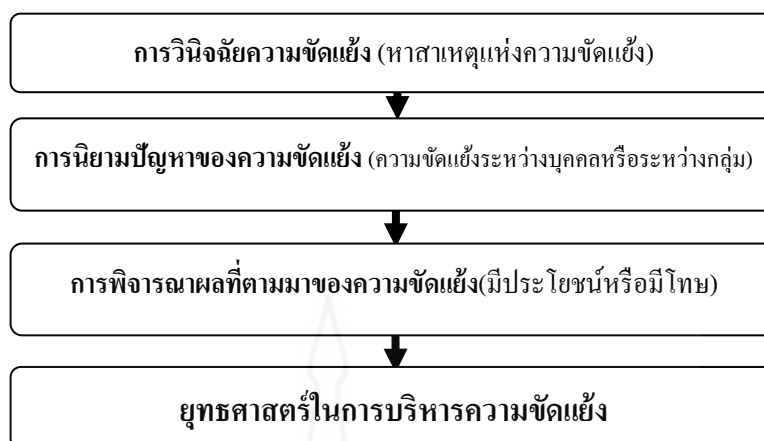
1. การกระตุ้นให้เกิดความขัดแย้งที่มีลักษณะสร้างสรรค์ มี 2 วิธี คือ 1) วิธีกระตุ้นให้เกิดความขัดแย้งที่มีลักษณะสร้างสรรค์ ได้แก่ การประชุมกลุ่ม การสนับสนุนให้เกิดการแข่งขัน

ขึ้น โดยใช้ระบบการให้ผลตอบแทน การเลือกผู้บริหารที่เหมาะสม การใช้ระบบการติดต่อสื่อสาร การใช้บุคคลภายนอกเป็นตัวกระตุ้นและการจัดโครงสร้างองค์การใหม่ และ2) การทำให้เกิดสถานะการสร้างสรรคในองค์การ หมายถึง การสร้าง หรือก่อให้เกิดความคิดสิ่งใหม่ๆและนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ ในระดับบุคคลและองค์การ

2. การป้องกันการขัดแย้งที่มีลักษณะทำลาย คือ กำหนดเป้าหมายขององค์การให้มีความชัดเจน ผู้บริหารต้องเน้นให้ทุกระดับรับรู้เป้าหมายร่วมกันในการบรรลุ วัตถุประสงค์ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่สร้างสัมพันธ์และกระชับความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม อาจหมุนเวียนบุคลากรระหว่างแผนกเพื่อให้บุคลากรมีประสบการณ์ เห็นอกเห็นใจเพื่อนร่วมงาน ควรหลีกเลี่ยงการแข่งขันแย่งชิงทรัพยากร มีผู้ประสานงานระหว่างกลุ่ม ที่มีความรอบรู้และมนุษยสัมพันธ์ดี

3. การแก้ไขความขัดแย้งที่มีลักษณะทำลายให้มีประสิทธิภาพ มีกระบวนการแก้ไขความขัดแย้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ความขัดแย้ง เพื่อวิเคราะห์ว่าเป็น ความขัดแย้งเชิงสร้างสรรค์ หรือทำลาย และรู้สาเหตุของความขัดแย้ง 2) การเลือกวิธีการแก้ไขที่เหมาะสม 3) ปฏิบัติตามวิธีการแก้ไขที่คัดเลือกไว้ 4) การติดตามผล หลังจากการแก้ไขความขัดแย้ง และรูปแบบการแก้ไขความขัดแย้งที่มีลักษณะทำลาย มี 3 วิธี ได้แก่ 1) วิธีการที่ทั้งสองฝ่ายเป็นผู้แพ้ (Lose-lose method) หรือ การประนี ประนอม (Compromising) หรือการเจรจาต่อรอง (Bargaining) 2) วิธีการที่ทั้งสองฝ่ายเป็นผู้ชนะ (Win - win method) วิธีนี้การแก้ปัญหาาร่วมกัน (Integrative problem solving) หรือการเผชิญหน้ากัน (Confrontation) เพื่อสร้างความเข้าใจ ในการแก้ปัญหาาร่วมกัน (Problem Solving Process) วิธีนี้ใช้เวลามาก เป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุด เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน และ 3) วิธีการที่ฝ่ายชนะและอีกฝ่ายแพ้ (win - lose method)วิธีนี้ประกอบด้วย การบังคับ (Forcing) การไกล่เกลี่ย (Smoothing) การหลีกเลี่ยง (Avoidance)

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (2540, น. 116-126) กล่าวว่า การบริหารความขัดแย้ง คือ การนำกระบวนการบริหารความขัดแย้งมาใช้ (Conflict management process) แบ่งออกได้ 4 ชั้น ดังภาพที่ 2.5



ภาพที่ 2.5 กระบวนการจัดการความขัดแย้ง

ที่มา: เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์, (2540). *ความขัดแย้งการบริหารเพื่อความสำเร็จ*. (น. 117), กรุงเทพมหานคร: ต้นอ้อ แกรมมี่.

ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยความขัดแย้ง เป็นขั้นตอนสำคัญที่สุดในการบริหารความขัดแย้ง เป็นการพิจารณาสาเหตุแห่งความขัดแย้ง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารกับคู่ขัดแย้งและผู้บริหารต้องการให้ความสัมพันธ์ระหว่างคู่ขัดแย้งเป็นอย่างไรเมื่อความขัดแย้งสิ้นสุดลง

ขั้นที่ 2 การนิยามปัญหาความขัดแย้ง เป็นการพิจารณาความขัดแย้งว่า เป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคล ความขัดแย้งระหว่างบุคคลกับกลุ่ม หรือความขัดแย้งระหว่างกลุ่ม

ขั้นที่ 3 เป็นการพิจารณาผลที่ตามมาของความขัดแย้งว่า ผลของความขัดแย้งที่เกิดขึ้นไปในทางที่ดีหรือไม่ดี ให้พิจารณาผลจะเกิดขึ้นในปัจจุบันหรือจะเกิดขึ้นในอนาคต

ขั้นที่ 4 เป็นการพิจารณายุทธศาสตร์ในการบริหารความขัดแย้งว่า จะใช้เทคนิควิธีใด ในการบริหารความขัดแย้งที่เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยยึดหลักว่า เพิ่มความขัดแย้งที่อยู่ย่น้อย ลดความขัดแย้งที่มีอยู่มาก จะทำให้ความขัดแย้งมีระดับพอดี ส่งผลต่อประสิทธิภาพองค์การ

กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง ตามแนวคิดของ เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (2540, น. 136-150) และปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2548, น. 162-164) มี 3 แบบ ดังนี้

1. กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบแพ้-ชนะ (Win – Lose Strategy) การแก้ปัญหาความขัดแย้ง แบบ แพ้-ชนะ มักจะมีปรากฏการณ์ดังนี้ 1) เมื่อความขัดแย้งเริ่มต้น แต่ละกลุ่มมุ่งเอาชนะกัน 2) การบริหารภายในกลุ่มจะเป็นเผด็จการ 3) ภายในกลุ่มไม่มีเวลาสำหรับการอภิปรายหรือโต้เถียงกัน 4) เมื่อการต่อสู้เพื่อแพ้-ชนะสิ้นสุดลง 5) มีการบิดเบือนเกิดขึ้นทั้งในด้าน การตัดสินใจและการรับรู้ 6) การรับรู้ที่บิดเบือนเพิ่มขึ้นในแต่ละกลุ่ม 7) การบิดเบือนเกิดขึ้นใน

กระบวนการแห่งปัญญาและกระบวนการรับรู้ 8) จะทำให้เกิดมีตัวแทนของกลุ่มขึ้นมาเพื่อมุ่งที่จะเอาชนะ การใช้กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาแบบแพ้-ชนะ จะเกิดผลเสีย การทำลายสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และทำลายประสิทธิภาพองค์การ มักจะเป็นคนก้าวร้าวเป็นส่วนใหญ่ ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็น มองเห็นฝ่ายตรงข้ามในแง่ร้าย มองเห็นฝ่ายคนดีไปหมด ผู้แพ้ไม่ยอมรับความพ่ายแพ้จะแสวงหาทางแก้แค้นหรือเอาชนะ ทั้งคำพูด และการกระทำ เป็นต้น เทคนิควิถีกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาคือความขัดแย้ง ที่สำคัญ เช่น การใช้อำนาจ การคุกคามขู่เข็ญทั้งทางกายและทางจิตใจ การใช้เสียงข้างมาก (Majority rule) และการใช้เสียงข้างน้อย (Minority rule)

2. กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาคือความขัดแย้งแบบแพ้-แพ้ หรือประนีประนอม (Lose – Lose Strategy & Compromise Strategy) การแก้ปัญหา แบบนี้ใช้ความสามารถในการเจรจาต่อรองในประเด็นสำคัญ ทั้งสองฝ่ายมีอำนาจพอๆกัน แต่ละฝ่ายจะพยายามหาข้อมูลเพื่อประโยชน์ฝ่ายตนมากกว่า การแก้ปัญหามักทำให้ความขัดแย้งลดลงได้บ้างแต่ไม่ใช่การแก้ปัญหที่แท้จริง อาจนำไปสู่เจรจาใหม่เมื่อมีเงื่อนไขใหม่แม้เพียงเล็กน้อย ประโยชน์ในการแก้ปัญหาแบบแพ้-แพ้ คือ ทำให้แต่ละฝ่ายทราบถึงความคิด ความคาดหวังและลำดับความสำคัญของอีกฝ่ายหนึ่ง จะเกิดผลดีในการเจรจาทันทีต่อไป เทคนิควิถีกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาคือความขัดแย้ง ที่สำคัญ เช่น การประนีประนอม การประสานประโยชน์ความต้องการซึ่งกันและกัน เสนอบุคคลที่สามที่เป็นกลาง การอาศัยระเบียบ และการโคจรทางการบริหาร (Administrative orbiting)

3. กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาคือความขัดแย้งแบบชนะ-ชนะ (Win – Win Strategy) การแก้ปัญหาคือความขัดแย้ง แบบ ชนะ-ชนะ เป็นวิธีที่มีเหตุผล เป็นวิธีสร้างสรรค์และเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายแต่ละฝ่ายมีอำนาจในระดับใกล้เคียงกัน เทคนิควิถีในการแก้ปัญหาคือความขัดแย้ง มี 2 วิธี ได้แก่ 1) แบบมีความเห็นสอดคล้องกัน (Consensus) ทุกฝ่ายยอมรับเป้าหมายและวิธีการ มุ่งเน้นการแก้ปัญหา แสวงหาข้อเท็จจริง ยอมรับความขัดแย้งที่เป็นประโยชน์ และ 2) เทคนิควิถีแก้ปัญหาคือความขัดแย้งแบบการตัดสินใจแบบผสมผสาน (Integrative decision-making) หรือ IDM มีองค์ประกอบ คือ การทบทวนและปรับสภาพความสัมพันธ์ การทบทวนและปรับการรับรู้ และการทบทวนและปรับทัศนคติ กำหนดปัญหา การแสวงหาทางแก้ไขและตัดสินใจ

สรุปจากการศึกษาแนวคิดการจัดการความขัดแย้งของนักวิชาการ (Conflict management process) ดังภาพที่ 2.6

แนวคิดการจัดการความขัดแย้งของนักวิชาการ					
การจัดการความขัดแย้ง	Rahim	Fisher	ชัยเสถียร	นิตยา	เสริมศักดิ์
ขั้นตอนของการจัดการความขัดแย้ง	4	3	5	3	4
การเผชิญหน้ากับความขัดแย้ง	-	✓	✓	-	-
การวินิจฉัยความขัดแย้ง	✓	-	✓✓	-	✓✓✓
การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง	✓	-	-	✓✓	-
การแก้ไขความขัดแย้ง	✓	✓✓	✓✓	✓	✓
การเรียนรู้และประเมินผลฯ	✓	-	-	-	-

ภาพที่ 2.6 แนวคิดการจัดการความขัดแย้งของนักวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการจัดการความขัดแย้งของนักวิชาการ ส่วนใหญ่มีกระบวนการจัดการความขัดแย้งคล้ายคลึงกัน เมื่อวิเคราะห์แนวคิดของพิชเชอ และชัยเสถียร ที่แตกต่างกับนักวิชาการท่านอื่น คือ ขั้นตอนการเผชิญหน้ากับความขัดแย้ง ส่วนขั้นตอนการจัดการความขัดแย้งตามแนวคิดของนักวิชาการที่มีเหมือนกันทุกท่าน คือ ขั้นตอนการแก้ไขความขัดแย้ง และยังพบว่าขั้นตอนการจัดการความขัดแย้งของนักวิชาการส่วนใหญ่มีความครบถ้วนในอยู่ในแนวคิดของราฮิม และราฮิมยังมีขั้นตอนที่เพิ่มเติมจากนักวิชาการท่านอื่นๆ คือ ขั้นตอนการเรียนรู้และประเมินประสิทธิผล จึงกล่าวได้ว่า กระบวนการจัดการความขัดแย้งของราฮิม มีความชัดเจนครอบคลุมทุกขั้นตอนไม่ซ้ำซ้อน และเหมาะสมกับการนำไปใช้ในองค์กร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากระบวนการจัดการความขัดแย้ง ตามแนวคิดของRahim (2002, pp. 216-229) และนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ โดยรูปแบบการจัดการความขัดแย้งของราฮิม ได้กล่าวถึง กระบวนการจัดการความขัดแย้ง (Managing Conflict Process) ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวินิจฉัยความขัดแย้ง (Diagnosis) 2) การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง (Intervention) 3) การแก้ไขความขัดแย้ง (Conflict) และ 4) การเรียนรู้และประเมินประสิทธิผล (Learning & Effectiveness) และในการวิจัยครั้งนี้ เลือกกลยุทธ์การแก้ไขความขัดแย้งแบบประนีประนอม ซึ่งรูปแบบนี้ใช้เทคนิคการเจรจาต่อรอง เนื่องจากเป็นความขัดแย้งที่ได้รับผลกระทบจากระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นแล้ว มักมีข้อร้องเรียน หรือฟ้องร้องผู้ให้บริการ

กลยุทธ์การแก้ไขความขัดแย้งแบบประนีประนอม โดยการใช้เทคนิคการเจรจาต่อรอง (Negotiation) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมการและการวางแผน (Preparation and Planning) 2) การกำหนดกฎเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน (Definition of Ground Rules) 3) การให้ความชัดเจน และการแสดงเหตุผล (Clarification and Justification) 4) การเจรจาต่อรองและการแก้ปัญหา (Bargaining and Problem Solving) และ 5) ปิดการเจรจา และการนำไปปฏิบัติ (Closure and Implementation)

2. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน

ความพึงพอใจในงานทำให้บุคคลปฏิบัติงานมุ่งมั่น ทุ่มเทอย่างเต็มความสามารถ เกิดประสิทธิผล และบรรลุเป้าหมายองค์กร ผู้บริหารจึงต้องพยายามหาวิธีการที่จะสร้างความสมดุลระหว่างงานและชีวิตของบุคลากร ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สนใจศึกษาแนวคิดนักวิชาการ ดังนี้

2.1 ความหมายความพึงพอใจในงาน มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายความพึงพอใจในงาน ไว้ดังนี้

Robbins and Judge (2013, pp. 113) ให้ความหมาย ความพึงพอใจในงาน คือ ความรู้สึกโดยรวมของแต่ละคนที่มีต่องาน บุคคลใดที่มีความรู้สึกความพึงพอใจสูง จะมีความรู้สึกเชิงบวกต่องาน ทางตรงกันข้ามบุคคลใดที่ไม่พึงพอใจในงาน ก็จะมีความรู้สึกเชิงลบต่องานนั้นๆ

Gibson, Ivancevich, Donnelly, And Konopaske (2012, pp. 102) ให้ความหมาย พึงพอใจในงาน คือ ทัศนคติ การรับรู้ของบุคคลมีเกี่ยวกับงาน ขึ้นอยู่กับปัจจัยของสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น ผู้บังคับบัญชา นโยบายและระเบียบปฏิบัติ สภาพการทำงานและสวัสดิการ

Luthans (2011, pp. 141) ให้ความหมาย ความพึงพอใจในงาน คือ ทัศนคติที่ดี หรือการรับรู้ ความรู้สึก อารมณ์ และปฏิกิริยา ต่อวิธีการปฏิบัติงาน รวมทั้งองค์ความรู้

รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2556, น. 22) ให้ความหมายว่า ความรู้สึกโดยรวมที่แต่ละบุคคลมีต่องาน บุคคลใดมีความพึงพอใจสูงจะมีความรู้สึกทางบวกต่องาน ตรงกันข้ามหากบุคคลใดไม่พึงพอใจในงานของตนก็จะรู้สึกทางลบเช่นกัน

ภาวิณี เพชรสว่าง (2552, น. 46) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจในงาน คือ ความรู้สึกหรืออารมณ์ทางบวกในการทำงาน ถ้าพื่อน้อยอาจส่งผลต่อการทำหน้าที่และปัญหาสุขภาพ

วิภาส ทองสุทธิ (2552, น. 174) กล่าวว่าไว้ว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ทัศนคติทั่วไปของบุคคลที่มีต่องาน

ณัฐพันธ์ เจริญนันท์ (2551, น. 98) ให้ความหมาย ความพึงพอใจในงาน หมายถึงทัศนคติเกี่ยวกับงานของพนักงาน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อม เช่น ค่าตอบแทน ความก้าวหน้า เพื่อนร่วมงาน รูปแบบการบริหารงาน นโยบายและขั้นตอนการทำงานเป็นต้น

บุญใจ ศรีสถิตย์กูร (2550, น. 239) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาล (Nurses' Job Satisfaction) คือ เจตคติหรือความรู้สึกของพยาบาลที่มีต่องานวิชาชีพพยาบาลในทางบวก โดยรู้สึกชื่นชอบและมีความสุขกับการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ มีผลทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมการทำงานที่ดี ได้แก่ มีความกระตือรือร้นในการทำงาน มีความมุ่งมั่นในการทำงาน อุทิศตนให้กับงาน บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ใช้บริการได้รับบริการตามมาตรฐานสนองความคาดหวัง

เสาวลักษณ์ นิกรพิทยา (2550, น. 350) ให้ความหมาย ความพึงพอใจในงาน คือ ทัศนคติเชิงบวกที่บุคคลมีต่องาน ความพึงพอใจเป็นสิ่งที่เสริมสร้างขึ้นได้ โดยอาศัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์กร การเสริมความพอใจในงานช่วยลดอัตราการขาดงาน อัตราการลาออก และช่วยเสริมสุขภาพของพนักงานด้วย

วงศา เลหาศิริวงศ์ (2548, น. 39) ให้ความหมาย ความพึงพอใจในงาน คือ ความเพลิดเพลิน หรือภาวะของอารมณ์ที่มีผลเกิดขึ้น จากการประเมินประสบการณ์และส่งผลต่อความพึงพอใจในการทำงาน

จากแนวคิดนักวิชาการหลายท่าน พอสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรืออารมณ์และทัศนคติ โดยรวมของบุคคลที่มีต่องานทางบวก บุคคลใดที่มีความรู้สึกความพึงพอใจในงานสูง จะมีความรู้สึกเชิงบวกต่องาน และความพึงพอใจของบุคคลมีผลต่อพฤติกรรม ปฏิบัติการต่อการทำงาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อม อาทิเช่น รูปแบบการบริหารงาน นโยบายและขั้นตอนปฏิบัติการทำงาน

ในครั้งนี้นำผู้วิจัยสนใจศึกษาความพึงพอใจในรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรืออารมณ์และทัศนคติทางบวกของผู้จัดการความขัดแย้ง ที่มีต่อกระบวนการของรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ประยุทธ์ใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดของRahim (2002, pp. 222-229)

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงาน

ความพึงพอใจในงานของบุคลากร มีนักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาไว้ว่า ความพึงพอใจในงานเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย แต่ละปัจจัยที่ทำให้ความพึงพอใจในงานก็แตกต่างกัน และการวิจัยครั้งนี้ สนใจศึกษาของนักวิชาการ

Gibson, Ivancevich, Donnelly, And Konopaske (2012, pp. 102) กล่าวถึง ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความพึงพอใจมี 5 ปัจจัย ดังนี้

1. ค่าตอบแทน (Pay) หมายถึง ค่าตอบแทนที่ได้รับเป็นตัวเงิน และคุ่มค่า
2. ลักษณะงาน (Job) หมายถึง ลักษณะงาน น่าสนใจ เป็นที่ยอมรับ และมีโอกาสการเรียนรู้ในงาน
3. โอกาสก้าวหน้า (Promotion opportunities) หมายถึง พนักงานได้รับการส่งเสริม และมีโอกาสได้รับความก้าวหน้าในงาน
4. ผู้บังคับบัญชา (Supervisor) หมายถึง ผู้บังคับบัญชาได้ให้ความสนใจ และเอาใจใส่ในพนักงาน
5. เพื่อนร่วมงาน (Co-workers) หมายถึง เพื่อนร่วมงานที่ดี เป็นมิตร มีความสามารถในการสนับสนุนการปฏิบัติงาน

Luthans (2011, pp. 141 -144) กล่าวถึง ความพึงพอใจในงาน มีลักษณะ 5 ประการ ดังนี้

1. อิศระในการทำงาน (The work itself) หมายถึง ลักษณะงานสามารถทำด้วยตนเอง มีขนาดงาน น่าสนใจ มี โอกาสการเรียนรู้งาน และเป็นที่ยอมรับ เช่น วิธี หรือการออกแบบงานเป็นอิสระ เหมาะสม ท้าทาย เป็นงานสร้างสรรค์ และพัฒนางาน
2. ค่าตอบแทน (Pay) หมายถึง การได้รับค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน และมีความเป็นธรรม เช่น การจ่าย ค่าจ้าง เงินเดือน และผลประโยชน์อื่น
3. โอกาสความก้าวหน้า (Promotion opportunities) หมายถึง โอกาสได้รับในการส่งเสริมสนับสนุน และการเลื่อนตำแหน่ง
4. ผู้บังคับบัญชา (Supervision) หมายถึง ผู้บังคับบัญชา กำกับดูแล เอาใจใส่ ให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และการสนับสนุนด้านเทคนิค ร่วมทั้งการสร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในตนเอง
5. เพื่อนร่วมงาน (Coworkers) หมายถึง เพื่อนร่วมงาน หรือทีมงาน สนับสนุนช่วยเหลือให้คำแนะนำ

นอกจากนี้ ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความพึงพอใจในงาน เช่น มีสภาพแวดล้อมที่ดี ได้แก่ ความสะอาด และความร้อน เป็นต้น

วงศา เลหาศิริวงศ์ (2548, น. 41-42) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจในงาน มีปัจจัยดังนี้

1. งาน ได้แก่ ความแตกต่างของงาน โอกาสการเรียนรู้ความยากลำบากของงาน ความท้าทาย ปริมาณงาน ความสำเร็จเมื่อปฏิบัติงานนั้น การควบคุมและการกำหนดเวลา เป็นต้น
2. ค่าจ้าง ได้แก่ ค่าตอบแทน วิธีการให้ค่าจ้างและ ความเป็นธรรมในการจ้าง

3. การเลื่อนขั้น ได้แก่ โอกาสและเกณฑ์ในการพิจารณาที่จะได้รับในการเลื่อนขั้น
 4. การยอมรับ ได้แก่ การยกย่อง ชมเชย การให้เกียรติ ความน่าเชื่อถือ
 5. ผลประโยชน์ ได้แก่ บำเหน็จ สวัสดิการการรักษา วันหยุด วันพักผ่อนประจำปี
 6. สภาพการทำงาน ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการทำงาน การหยุดพัก เครื่องมือ
 สถานที่ทำงาน ลักษณะโครงสร้าง และสิ่งแวดล้อมที่ทำงาน

7. การนิเทศงาน ได้แก่ วิธีการ เทคนิค มนุษยสัมพันธ์ และทักษะในการนิเทศ
 8. เพื่อนร่วมงาน ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลจากเพื่อนร่วมงาน
 9. การจัดการ ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ สวัสดิการ สวัสดิภาพ และนโยบาย
 นอกจากนี้ ได้กล่าวถึงการจูงใจให้บุคคล แสดงพฤติกรรมไปในทิศทาง เป้าหมาย
 ที่วางไว้ ประกอบด้วย 3 ประการ ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะบุคคล (Individually Characteristics) ได้แก่ ความสามารถในการ
 ทำงาน ทักษะที่มีต่องาน ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

2. ลักษณะของงาน (Job Characteristics) ได้แก่ ลักษณะความยากง่ายของงาน
 ความท้าทาย หรือการเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อม มีความก้าวหน้า หรือการเรียนรู้งานในการทำงาน

3. ลักษณะสิ่งแวดล้อมของงาน (Characteristics of Work Environment) ได้แก่
 สิ่งแวดล้อมด้านบุคคล เช่น เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน บรรยากาศในองค์กร เช่น ระบบประเมินผลงาน
 และการให้ความดีความชอบ หรือรางวัล ความร่วมมือ ความขัดแย้ง ความหยิ่งหย่อน และการ
 สนับสนุน เป็นต้น

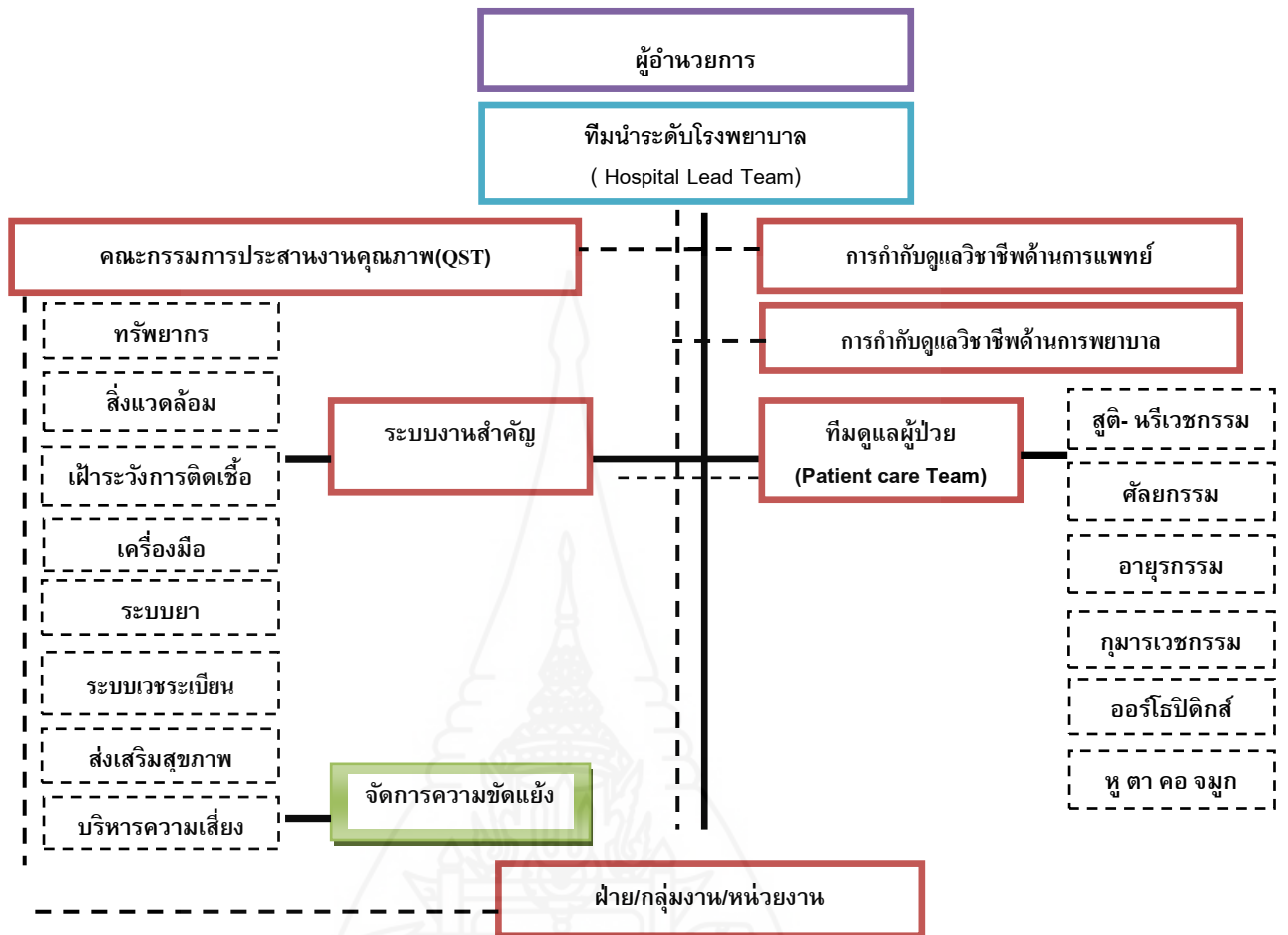
สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน มี 3 ปัจจัย คือ 1) ลักษณะ
 ของงานความยากง่ายของงานเหมาะสม สามารถทำด้วยตนเอง มีโอกาสการเรียนรู้งาน มีความท้าทาย มี
 การออกแบบงาน หรือมีวิธีการทำงาน และเป็นที่ยอมรับ อีกทั้งมีความก้าวหน้าในงาน
 2) ค่าตอบแทนได้รับค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน และไม่เป็นตัวเงิน และ 3) สิ่งแวดล้อมในการทำงาน
 เช่น การบริหารงาน การนิเทศมีกำกับดูแล และการสนับสนุนด้านเทคนิค ร่วมทั้งการสร้าง
 บรรยากาศในงาน

ในครั้งนี้นำผู้วิจัยสนใจศึกษาความพึงพอใจในรูปแบบการจัดการความขัดแย้งของ
 ผู้จัดการความขัดแย้งต่อกระบวนการจัดการความขัดแย้งซึ่งเป็นปัจจัยด้านลักษณะของงาน
 สามารถวัดได้จากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความ
 ขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดจากการ
 ทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดของราฮิม (2002, pp. 222-229) รวมเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่
 1) รายงานสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่ความขัดแย้ง เป็นขั้นก่อนการดำเนินการจัดการความขัดแย้ง โดย

กำหนดให้ ผู้ให้บริการทุกระดับ เป็นผู้เฝ้าระวังสถานการณ์ความขัดแย้งตั้งแต่แรกเริ่ม ให้รายงานต่อ หัวหน้าทีม หรือหัวหน้าหน่วย หรือพยาบาลตรวจการนอกเวลา 2) การวินิจฉัยปัญหาความขัดแย้ง (Diagnosis)คือการวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ ระดับความรุนแรง และผลกระทบของความขัดแย้ง 3) การเข้าไปแทรกแซงในความขัดแย้ง (Intervention)คือกำหนดคน โยบาย โครงสร้างและเป้าหมาย หาแนวทางแก้ไข 4) การแก้ไขความขัดแย้ง (Conflict)คือเลือกใช้รูปแบบ/กลยุทธ์จัดการความขัดแย้ง และ5) การเรียนรู้และประเมิน ประสิทธิภาพการแก้ไขความขัดแย้ง (Learning & Effectiveness) คือรวบรวมข้อมูล จัดทำระบบสารสนเทศ และประเมินผลในการจัดการความขัดแย้ง

3. บริบทโรงพยาบาลบึงกาฬ

โรงพยาบาลบึงกาฬ เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดบึงกาฬ ซึ่งได้รับการยกฐานะจาก โรงพยาบาลชุมชน เป็นโรงพยาบาลทั่วไป เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2554 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป้าหมาย ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ให้เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิจำนวน 300 เตียง ซึ่งขณะนี้โรงพยาบาลบึงกาฬเปิดให้บริการ 200 เตียง อยู่ในเขต บริการสุขภาพที่ 8 นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาคุณภาพโดยยึดมาตรฐาน Hospital accreditation (HA) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โรงพยาบาลบึงกาฬได้พัฒนาและได้รับการรับรอง คุณภาพ โดยการประเมินครั้งล่าสุด (Re-accreditation) เมื่อวันที่ 30-31 มีนาคม 2559 และโรงพยาบาลได้จัดโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพเพื่อรองรับพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันขึ้นตรง ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ดังภาพที่ 2.7



ภาพที่ 2.7 โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลบึงกาฬ

โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ มีโครงสร้างหลักและหน้าที่ ดังนี้

1. คณะกรรมการทีมนำระดับโรงพยาบาล(HLT = Hospital Lead Team) มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานกรรมการ ซึ่งมีหน้าที่ กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลบึงกาฬ สื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติและมอบหมายงานอย่างเป็นระบบ ควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
2. คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ(QST = Quality Support Team) มีหัวหน้ากลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการเป็นประธานกรรมการ ซึ่งมีหน้าที่ วางแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สื่อสารแผนงานพัฒนาคุณภาพให้ทราบทั้งองค์กร ประสานงานและกระตุ้นให้เกิดบรรยากาศที่เอื้อต่อกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ ติดตามและเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

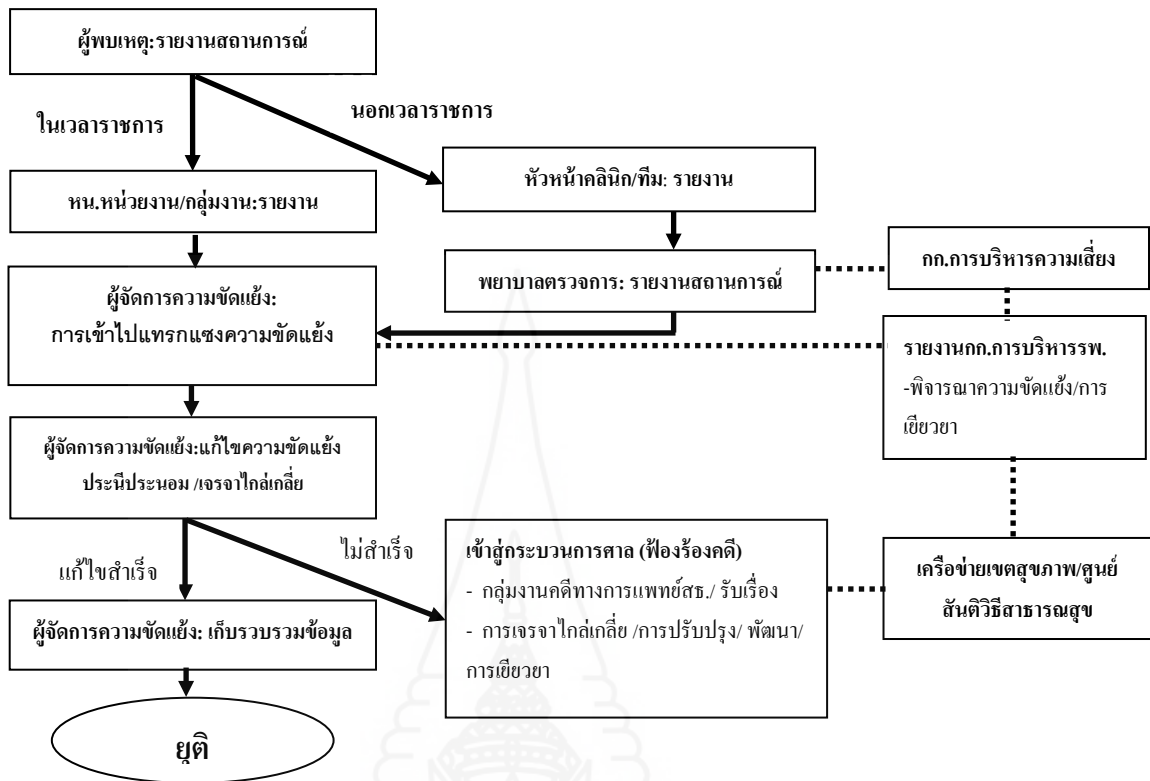
3. การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์(องค์กรแพทย์) โดยมีรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์เป็นประธานองค์กรแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่ กำหนดนโยบาย สื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติ ควบคุม กำกับวิชาชีพด้านการแพทย์

4. การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (องค์กรพยาบาล)การบริหารงานโดยใช้รูปแบบคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาลมีหัวหน้าพยาบาลเป็นประธานกรรมการ ซึ่งมีหน้าที่ ถ่ายทอดและกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลบึงกาฬ สื่อสาร ไปยังผู้ปฏิบัติและ ควบคุม กำกับวิชาชีพด้านพยาบาล ติดตามและประเมินผลดำเนินงาน

5. ทีมดูแลผู้ป่วย (Patient care Team) ประกอบด้วยสาขาต่างๆ คือ สูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และแม็กซิลโลเฟเชียล อายุรศาสตร์ และ หู ตา คอ จมูก ซึ่งมีหน้าที่ ค้นหาโอกาสพัฒนาและวางแผนวางแผนพัฒนาคุณภาพทางคลินิก กำหนดแนวทางดูแลรักษา สื่อสารประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ ติดตาม ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพ รายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลทุกเดือน

6. กลุ่ม/ฝ่าย/หน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีหน้าที่ สนับสนุนกิจกรรมคุณภาพ ควบคุมกำกับ ให้ผู้รับบริการ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ติดตามและประเมินผล

7. ทีมระบบงานสำคัญ ประกอบด้วย กก.ทรัพยากรบุคคล กก.สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยกก.การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กก.เครื่องมือแพทย์ กก.ระบบเวชระเบียน กก.ระบบการจัดการด้านยา กก.ส่งเสริมสุขภาพชุมชน และกก.การบริหารความเสี่ยง ซึ่งมีหน้าที่ ออกแบบระบบให้ได้ตามมาตรฐานคุณภาพ ควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล พร้อมรายงานความก้าวหน้าต่อกรรมการพัฒนาคุณภาพ สำหรับกก.บริหารความเสี่ยง จะมีหน้าที่สำคัญ คือ การจัดการความขัดแย้งในโรงพยาบาลรวมอยู่ด้วย ซึ่งมีขั้นตอนการจัดการความขัดแย้ง ดังภาพที่ 2.8



ภาพที่ 2.8 ขั้นตอนการจัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ

ขั้นตอนการจัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ และหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ผู้พบเหตุการณ์ เมื่อรับรู้ว่ามีปัญหาความขัดแย้งเกิดขึ้น กรณีที่ 1 นอกเวลาราชการจะรายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง ต่อหัวหน้าคลินิก หรือหัวหน้าทีม และกรณีที่ 2 ในเวลาราชการจะรายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง ต่อหัวหน้าหน่วย หรือหัวหน้ากลุ่มงาน
2. กำหนดให้ผู้ทำหน้าที่รายงานสถานการณ์ ต่อผู้จัดการความขัดแย้งไว้ 2 กรณี คือ กรณีที่ 1 นอกเวลาราชการ ให้หัวหน้าคลินิก หรือหัวหน้าทีมรายงานต่อพยาบาลตรวจการและเมื่อพยาบาลตรวจการรับทราบให้รายงานต่อผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาล และกรณีที่ 2 ในเวลาราชการ กำหนดให้หัวหน้าหน่วย หรือหัวหน้ากลุ่มงานเป็นผู้รายงานสถานการณ์ความขัดแย้งต่อผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาล ซึ่งในขณะเดียวกันทั้งสองกรณีจะสื่อสาร ประสานงานให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลรับทราบไว้เป็นเบื้องต้น
3. ผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาล เมื่อรับทราบสถานการณ์ความขัดแย้งจะเข้าไปดำเนินการตั้งแต่ การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง การแก้ไขความขัดแย้ง การเจรจาไกล่เกลี่ย และสุดท้ายคือการรวบรวมข้อมูลในแต่ละขั้นตอนผู้จัดการความขัดแย้งจะให้ข้อมูลกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

รับทราบอีกทั้งรายงานความก้าวหน้าแก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล นอกจากนี้เมื่อพิจารณาแนวโน้มสถานการณ์ความขัดแย้งจะสื่อสาร ประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือเครือข่ายเขตสุขภาพ/ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข

4. บทบาทผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการความขัดแย้ง มีดังนี้

4.1 คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล มีหน้าที่

4.1.1 พิจารณาการเยียวยาความเสียหาย ตามความรุนแรงของความขัดแย้งจากการใช้บริการ ได้แก่ ความขัดแย้งระดับต้น หรือระดับกลาง หรือระดับสูง

4.1.2 ชดเชย ช่วยเหลือผู้ใช้ บริการ หรือผู้เสียหาย ทั้งในรูปตัวเงินตามกรอบแนวคิด มาตรา 41 หรือสิทธิสวัสดิ การรักษาอื่นๆ /ไม่ใช่ตัวเงิน

4.2 คณะกรรมการบริหารความเสียงรพ. มีหน้าที่

4.2.1 รวบรวมข้อมูล สารสนเทศ แนวทางการจัดการความขัดแย้ง

4.2.2 วิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง และติดตาม การเกิดประเด็นความขัดแย้งซ้ำ

4.3 ผู้จัดการความขัดแย้ง โดยมีบทบาทดังนี้

4.3.1 รับรายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง และเข้าไปเผชิญปัญหาความขัดแย้งและ ทบทวนประเด็นความขัดแย้ง และวิเคราะห์ความรุนแรง

4.3.2 กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง หรือปรับกระบวนการงาน หรือวิธีการทำงานใหม่ โดยประชุมหารือ ระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง และสื่อสารแนวทางการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับให้รับทราบและปฏิบัติตาม

4.3.3 เจรจาไกล่เกลี่ย สำหรับผู้ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลางของศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข หรือประสานนักเจรจาไกล่เกลี่ยเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 8 และระดับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอความช่วยเหลือ รวมทั้งเป็นผู้ประสานผู้ที่ได้ส่วนเสีย ประชุมระดมสมอง เพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง

4.3.4 รวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริง ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน รวมทั้งวิเคราะห์ประเด็นความขัดแย้งเพื่อหาทางเยียวยา และสร้างความสัมพันธ์

4.3.5 ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสาขาต่างๆ เพื่อให้ความคิดเห็นความขัดแย้งในการให้บริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

4.3.6 จัดทำฐานข้อมูลประเด็นความขัดแย้ง และการจัดการความขัดแย้ง

4.3.7 สรุป วิเคราะห์ และรายงานการจัดการความขัดแย้ง ต่อคณะกรรมการ

บริหาร

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Agwu (2013) ได้ศึกษาการจัดการความขัดแย้งกับประสิทธิภาพของพนักงาน ในประเทศไนจีเรีย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง(Cross sectional research) กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน แบ่งเป็นผู้จัดการความขัดแย้งจำนวน 25 คน และพนักงาน จำนวน 25 คน ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์การจัดการความขัดแย้งกับประสิทธิภาพของพนักงาน อย่างมีนัยสำคัญ ($t= 5.154, p < .05$) และความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกับการรับรู้ของพนักงานต่อประสิทธิผลของกลยุทธ์การบริหารความขัดแย้ง ไม่แตกต่างกัน ($t=1.769, p < .05$) นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะว่าเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของพนักงาน ควรมี การประชุมพนักงาน มีข้อตกลงร่วมกัน และทบทวน ระเบียบนโยบายอย่างสม่ำเสมอ

Abudahi, Fekry, and Elwahab (2012) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารทรัพยากรบุคคล และกลยุทธ์การจัดการความขัดแย้งของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยกรุงไคโร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารทรัพยากรบุคคลและกลยุทธ์การจัดการความขัดแย้งของพยาบาล ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 453 คน โดยใช้แบบสอบถามวัดการบริหาร ทรัพยากรบุคคลของพยาบาล และใช้เครื่องมือการจัดการความขัดแย้งของโทมัส คิลแมน ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.1 มองว่าบรรยากาศองค์การที่เป็นบวกมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านมีบทบาทชัดเจน ร้อยละ 76.4 ส่วนปัจจัยด้านแรงจูงใจและความพึงพอใจเป็นบวกน้อยสุด ร้อยละ 54.2 กลยุทธ์การโอนอ่อนผ่อนตามใช้มากที่สุด (Mean= 6.6, S.D= 2.0) และกลยุทธ์การแข่งขันตามทีเลือกใช้น้อยที่สุด (Mean= 4.9, S.D= 1.0) ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การ และกลยุทธ์การจัดการความขัดแย้ง ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ ระหว่างองค์ประกอบของบรรยากาศองค์การ ปัจจัยด้านการจัดการประสิทธิภาพและกลยุทธ์การประนีประนอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t= .119$) ในการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการประเมินการรับรู้บรรยากาศองค์การเป็นระยะๆ เพื่อนำผลการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการทำงานในเชิงบวกของการผลิตผลงาน และจัดหาหลักสูตรการจัดการความขัดแย้งสำหรับผู้บริหารการพยาบาล

Brinkert (2011) ได้ศึกษารูปแบบการฝึกอบรมความขัดแย้งสำหรับผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลแม็กเนต ขนาด 500 เตียง 2 โรงพยาบาล ในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ในกลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์ 20 คน ประกอบด้วย ผู้นำพยาบาลอาวุโส หัวหน้าทีมพยาบาล และกรรมการ บริหารพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า การฝึกอบรมความขัดแย้ง จะทำให้

ผู้บริหารการพยาบาลมีสมรรถนะเผชิญหน้ากับสถานการณ์ความขัดแย้งและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การสื่อสารควรเข้าไปแทรกแซงตั้งแต่เริ่มต้นเห็นสัญญาณความขัดแย้งและสร้างวัฒนธรรมเชิงบวก

Graham (2009) ได้ศึกษา ผลจากวิธีการจัดการความขัดแย้งต่อความพึงพอใจในงาน ในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยสำรวจความพึงพอใจของพนักงานโรงพยาบาลทั้งสองแห่งทางเว็บไซต์โดยใช้คำถามที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลที่มีการฝึกอบรมการจัดการความขัดแย้ง การแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง และใกล้เคียงสำหรับผู้บริหารต่อเนื่องสม่ำเสมอ และพนักงานทุกระดับได้รับการอบรมความขัดแย้ง จะทำให้การจัดการความขัดแย้งเชิงรุก ส่งผลต่อความพึงพอใจ ด้านทัศนคติความสัมพันธ์กับผู้บริหาร โดยรวมได้คะแนนเฉลี่ย 4.11 ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการฝึกอบรมได้คะแนนเฉลี่ย 4.04 และด้านความพึงพอใจของพนักงานในงานโดยรวมได้คะแนนเฉลี่ย 3.95 ส่วนอีกโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งความพึงพอใจของพนักงานต่อผู้บริหารด้านการปฏิบัติที่เป็นธรรมได้คะแนนเฉลี่ย 4.01 และด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการฝึกอบรมได้คะแนนเฉลี่ย 2.93 ส่วนด้านความพึงพอใจของพนักงานในงานโดยรวมได้คะแนนเฉลี่ย 4.33 จากการศึกษาข้อสรุปได้ว่า ผู้นำในองค์กรจะต้องตระหนักว่าการฝึกอบรมการจัดการความขัดแย้งเป็นสิ่งที่ต้องมีการจัดลำดับความสำคัญ มีความต่อเนื่องและให้พนักงานได้มีส่วนร่วมจะมีผลเชิงบวกต่อองค์กรหรือโรงพยาบาล

Al-Hamdan (2008) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการความขัดแย้งของผู้บริหารการพยาบาลในประเทศโอมาน วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ของผู้บริหารการพยาบาล วิจัยทั้งปริมาณและคุณภาพ คัดแปลงเครื่องมือมาจาก Roci II (Rahim, 1983) ได้ศึกษากลุ่มผู้บริหารการพยาบาล 271 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลเลือกวิธีการจัดการความขัดแย้งแตกต่างกันตาม เพศ สัญชาติ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส วิจัยจัดการความขัดแย้งที่เลือกใช้มากที่สุดคือแบบบูรณาการและแบบประนีประนอมตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$, $p < 0.008$ ตามลำดับ) และเชิงคุณภาพสัมภาษณ์การสนทนาผู้บริหารการพยาบาลในระดับต้น และระดับกลาง สามโรงพยาบาลจำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่าการเลือกวิธีการจัดการความขัดแย้งส่วนใหญ่ขึ้นกับประสบการณ์การทำงาน เพศ การฝึกอบรม และระดับของผู้บริหารการพยาบาล นอกจากนี้พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลในระดับต้น และระดับกลาง เลือกที่จะรายงานผู้บังคับบัญชาระดับสูงเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าสถานการณ์ความขัดแย้ง

Hendel, Fish, and Galon (2005) ได้ศึกษาแบบภาวะผู้นำ และการเลือกกลยุทธ์ในการจัดการความขัดแย้งของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป ในประเทศอิสราเอลเป็นการวิจัยเชิงพรรณาน ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

ศึกษาแบบการจัดการความขัดแย้ง และความสัมพันธ์ระหว่างแบบภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับกลยุทธ์การจัดการความขัดแย้งในโรงพยาบาลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 60 คน ผลการศึกษา พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยรู้ว่าตนเองเป็นผู้นำแบบเปลี่ยนแปลง (Transformational leaders) มากกว่าผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional leaders) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (Mean=4.65, p= .0001 ; Mean=4.10, p= .007 ตามลำดับ) และเลือกใช้กลยุทธ์การจัดการความขัดแย้งแบบประนีประนอมมากที่สุดและ กลยุทธ์การจัดการความขัดแย้งคือแบบเอื้ออำนวยที่ใช้น้อยที่สุด (Mean=7.3, Q.D=1.5 ; Mean=4.00, Q.D=1.13 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีข้อเสนอแนะ ควรเตรียมพยาบาลให้มีความพร้อมการจัดการความขัดแย้งตั้งแต่ระดับอุดมศึกษา

Kim, Baik, and Kim (2002) ได้ศึกษาประสบการณ์ความขัดแย้งของพยาบาล ในโรงพยาบาลในกรุงโซล เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological) วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความรู้ ความเข้าใจความขัดแย้งที่พยาบาลกำลังเผชิญอยู่ในการปฏิบัติงาน และการเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้งในพยาบาล ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษามีข้อสรุป ดังนี้ 1) ความขัดแย้งเกิดจาก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในกลุ่มพยาบาล ไม่เหตุผล ความเข้าใจผิด ขาดความเป็นผู้นำ ขาดความรับผิดชอบในงาน ความคาดหวัง และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 2) การเปลี่ยนแปลงของตนเอง ทำให้จิตใจหงุดหงิดไม่มีเหตุผล 3) มีข้อจำกัด ขาดความรู้ ขาดความเชี่ยวชาญ ขาดความเชื่อมั่น และมีความกังวลกับงาน 4) สภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่ดี เช่น การขาดกำลังคน สิ่งอำนวยความสะดวก ขยับปฏิบัติงานกลางคืน ภาระงานมากเกินไป ไม่มีโปรแกรมการศึกษาต่อเนื่อง และข้อผิดพลาดในการบริหารงาน และ 5) ความขัดแย้งหลายบทบาท เช่น บทบาทของพยาบาลในโรงพยาบาล บทบาทแม่ขาดโอกาสที่ให้การศึกษาแก่ลูก และบทบาทภรรยา สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ ควรปรับปรุง สภาพแวดล้อมในที่ทำงานของพยาบาล สามารถทำงานด้วยความสุข มีความภาคภูมิใจในการทำงาน และควรมีโปรแกรมการศึกษาต่อเนื่องของพยาบาล

ประเสริฐศักดิ์ เหมะรุฉิน (2557) ได้ศึกษาความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวัตถุประสงค์ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลห้องผ่าตัด ผลการศึกษามีข้อสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุความขัดแย้งของพยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากด้านการสื่อสาร และปัจจัยที่เป็นสาเหตุความขัดแย้งพบน้อยที่สุด คือด้านตัวแปรบุคคล พยาบาลห้องผ่าตัดเลือกใช้วิธีการหลีกเลี่ยงในการจัดการความขัดแย้งมากที่สุด รองลงมาเลือกใช้วิธีปรองดอง การประนีประนอม การแข่งขันและการร่วมมือ ตามลำดับ

สารภี นพคุณ (2556) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการความขัดแย้งของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์ความขัดแย้งของบุคลากรทางการพยาบาล 2) พัฒนารูปแบบการจัดการความขัดแย้งและ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการความขัดแย้งของบุคลากรทางการพยาบาล ผลการศึกษารูปได้ว่า 1) สภาพปัญหาความขัดแย้งของบุคลากรทางการพยาบาล มีสาเหตุ 8 ประเด็น ได้แก่สัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ดี ความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานเมื่อต้องหมุนเวียนไปแผนกอื่น การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ เกณฑ์การพิจารณาความดี ความชอบและการคัดเลือกบุคคล ความไม่เท่าเทียมกันของภาระงาน ความไม่เป็นเอกภาพทีมพยาบาล แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นทิศทางเดียวกัน และการได้รับสิทธิที่แตกต่างกัน 2) รูปแบบการจัดการความขัดแย้งประกอบด้วย 3 ส่วนคือการมีทัศนคติที่ดีต่อความขัดแย้ง การมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความขัดแย้ง และการใช้กระบวนการจัดการความขัดแย้ง 3) ประสิทธิผลรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อความขัดแย้งและที่ถูกต้องเกี่ยวกับความขัดแย้งหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ผลความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง มีค่าเฉลี่ยโดยรวมของระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.90, S.D= 0.91)

โสภารธรรม มั่นเขตวิทย์ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 18 มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) ความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะต่อการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ 2) พฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพและ 3) อิทธิพลของความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะต่อการจัดการความขัดแย้งต่อพฤติกรรม ผลการศึกษพบว่า พยาบาลวิชาชีพมี (1) ความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะต่อการจัดการความขัดแย้ง โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean= 3.51, S.D= 0.31) (2) พฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =3.26, S.D= 0.73) และ(3) ความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะต่อการจัดการความขัดแย้ง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการความขัดแย้งและอิทธิพลจากสถานการณ์ต่อการจัดการความขัดแย้ง มีอิทธิพลทางบวกและร่วมกับอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 32.20 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

อนุชา กาสลังกา (2556) ได้ศึกษา ปัญหาความขัดแย้งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ความขัดแย้งและสภาพปัญหาที่เป็นสาเหตุแห่งการฟ้องคดี และมาตรการในการป้องกันแก้ไขที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยเป็นการศึกษา

จากทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เช่นกฎหมาย คำรารายงานทางวิชาการ รายงานการประชุม บทความ ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ รายงานการสอบความรับผิดชอบละเมิด แนวทางหรือคู่มือในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ คำพิพากษาของศาล การเจรจาไกล่เกลี่ยทั้งในชั้นสถานบริการ และในชั้นศาล ผลการศึกษาสรุปได้ว่า 1) ปัญหาความขัดแย้งส่วนใหญ่มาจากความคาดหวังของผู้ป่วยหรือญาติต่อการรักษาพยาบาลของแพทย์ โดยมีมูลเหตุมาจากการไม่รู้ข้อเท็จจริง ไม่เข้าใจกระบวนการรักษา ความเสี่ยงของการรักษา ข้อจำกัดต่างๆ และความบกพร่องของบุคลากรทางการแพทย์ หากได้ทำความเข้าใจและช่วยเหลือเยียวยาตามสมควร ความขัดแย้งก็จะระงับหรือลดความรุนแรงลง นอกจากนี้ 2) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีตั้งแต่แรกจะทำให้โอกาสเกิดความขัดแย้งมีน้อยลง และ 3) มาตรการในการแก้ไขปัญหาเฉพาะแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ถูกฟ้องต้องดำเนินการ 3 ด้าน คือ (1) ด้านการป้องกัน โดยเพิ่มความรู้ทางกฎหมายแก่บุคลากรทางการแพทย์ สร้างความเข้าใจเรื่องการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ทุกฝ่าย สร้างระบบการส่งเสริมความสัมพันธ์ของบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยกับญาติและชุมชน (2) ด้านการแก้ไข มีระบบการเจรจาไกล่เกลี่ย การเตรียมคดี และการออกกฎหมายคุ้มครองผู้ให้บริการและเยียวยาผู้รับบริการที่เสียหายอย่างเป็นธรรม และ (3) ด้านการพัฒนา ต้องพัฒนาระบบบริการให้มีมาตรฐานอย่างแท้จริง พัฒนาคู่มือทั้งด้านวิชาการและจริยธรรม เพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ พัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์ โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล

บุพมาส สันธิราษฎร์ (2555) ได้ศึกษา กระบวนการเรียนรู้ในการจัดการความขัดแย้งภายในตนเอง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการเรียนรู้ในการจัดการความขัดแย้งภายในตนเอง มี 3 กรณี 1) เน้นแนวคิดเรื่อง วิทยาศาสตร์กระบวนการทัศน์ใหม่อธิบายกลไกระบบทำงานสมอง พัฒนาการเรียนรู้ และเผชิญหน้ากับความขัดแย้งภายในตนเอง 2) เน้นแนวคิดการทำความเข้าใจ โครงสร้างอำนาจทางสังคม และ 3) ให้ความสำคัญการฟังอย่างลึกซึ้ง ผลพบว่า การเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้สามารถนำเอาวิถีคิด และวิธีการไปใช้เพื่อจัดการความขัดแย้งภายในตนเอง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายใน เกิดความเข้าใจตนเอง และผู้อื่นมากขึ้น มีสติตระหนักรู้เท่าทันความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในใจได้

มานิต รัศม์มณี (2554) ได้ศึกษา ประสบการณ์ของผู้บริหารทางการแพทย์ในการจัดการความขัดแย้งในโรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรรแห่งหนึ่ง การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในการจัดการความขัดแย้ง โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้ คือ 1) ด้านความหมายของความขัดแย้ง 2) ด้านสิ่งที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง 3) ด้านผลกระทบของความขัดแย้ง และ 4) ด้านวิธีการจัดการความขัดแย้ง ผลการศึกษา พบว่า ด้านความหมายของความขัดแย้ง ผู้ให้ข้อมูล ได้อธิบายไว้ 3 มุมมอง ได้แก่ มุมมองด้านลบ คือ ความอึด

อัปเดตใจและหดหู่ใจ การรับรู้ที่แตกต่าง และยอมรับไม่ได้ มุมมองด้านบวก คือ ความขัดแย้งเป็นสิ่งสร้างสรรค์ ส่วนมุมมองอย่างเป็นกลาง คือ ความขัดแย้งเป็นเรื่องธรรมชาติ ระดับของความขัดแย้งแบ่งจากน้อยไปหามากได้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 แย้งหรือมีความเห็นต่างกัน ระดับที่ 2 ต่อว่าต่อขาน และระดับที่ 3 โต้เถียง โกรธ ด้านสิ่งที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง ได้แก่ 1) บุคลิกลักษณะของบุคคล โดยเฉพาะประเด็นเรื่อง ความความเชื่อมั่นในตัวเองสูง ยึดถือในความคิดของตนเองเป็นใหญ่ ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นจากผู้อื่น 2) อิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง และ 3) การปฏิบัติงานของบุคลากร ด้านผลกระทบของความขัดแย้ง มีสองมุมมอง ได้แก่ 1) มุมมองด้านบวก ประกอบด้วย กระตุ้นให้เกิดการแข่งขัน ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ และเป็นประโยชน์ และ 2) มุมมองด้านลบ ได้แก่ (1) เกิดความหวาดระแวง (2) แยกแยก และ (3) ทำให้คุณภาพงานลดลง ด้านวิธีการจัดการความขัดแย้ง มี 9 วิธี ได้แก่ 1) สอนให้คิดเชิงบวก 2) เห็นคุณค่าของบุคคล 3) ให้ความยุติธรรม 4) ควบคุมอารมณ์ตนเอง และมองผลกระทบ 5) ปรับปรุงวิธีการบริหาร 6) แก้ไขปัญหาที่สาเหตุ 7) ให้ความจริงใจ 8) หลีกเลี่ยงปัญหา 9) วางจุดยืนของตนเอง โดยผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ได้กับผู้บริหารองค์กร หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานทางการพยาบาล หัวหน้าคลินิกในการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในองค์กร

สารัตน์ ลองเมืองสุข และคณะ (2554) ได้ศึกษา การจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุแห่งความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการคือ 1) การสื่อสารที่ไม่ดี 2) ความผิดพลาดด้านการแพทย์ 3) การสูญเสียผลประโยชน์ 4) การไม่ไว้วางใจในการรับบริการ และ 5) โครงสร้างองค์กร สำหรับแนวทางการจัดการความขัดแย้งมีดังนี้ 1) การโอนอ่อนผ่อนตาม 2) การเยียวยา 3) การสื่อสารอย่างต่อเนื่อง 4) การเจรจาต่อรอง 5) การร่วมมือกันแก้ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความขัดแย้งมีดังนี้ 1) สัมพันธภาพเดิมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 2) ประสิทธิภาพ 3) ทักษะคดี 4) สถานภาพ ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้รับ สามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และเรียนรู้ที่จะป้องกันการเกิดเรื่องร้องเรียนในหน่วยงานอื่นๆ ที่มีลักษณะการดำเนินงานใกล้เคียงกัน

จินดา อายุวัฒน์นะ (2553) ได้ศึกษากระบวนการจัดการความขัดแย้งปรากฏชัดในระบบการบริการสาธารณสุข ผลการศึกษา พบว่า ความขัดแย้งมีสาเหตุเกิดจากการสื่อสารที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจ ความรู้สึกที่ไม่ได้รับความธรรม การใช้อำนาจของผู้ให้บริการ และความสัมพันธ์ที่ไม่ดี ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ความรู้สึกและอารมณ์เกิดพฤติกรรมความขัดแย้งที่รุนแรงเป็นความขัดแย้งที่ปรากฏชัด และการแก้ปัญหาความขัดแย้งที่ปรากฏชัดในระบบบริการสาธารณสุข พบว่า แนวคิดการจัดการความขัดแย้งด้วยสันติวิธี โดยการเจรจาไกล่เกลี่ย เป็น

กระบวนการในการจัดการความขัดแย้งให้ยุติลง ไม่นำไปสู่การฟ้องร้อง และที่สำคัญทำให้คู่กรณีมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน

พรทิพย์ ควารคิด (2551) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการแก้ไขความขัดแย้งของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อประสิทธิผลของทีมการพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของทีมการพยาบาลตามการรับรู้ของสมาชิกทีมพยาบาลระหว่างกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการแก้ไขความขัดแย้งกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 44 คน เป็นกลุ่มทดลอง 22 คนและกลุ่มควบคุม 22 คน โดยใช้วิธีจับคู่เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย แผนการอบรม คู่มือแนวทางการแก้ไขความขัดแย้ง และแบบบันทึกสถานการณ์การแก้ไขความขัดแย้ง ผลการวิจัย พบว่า 1)คะแนนเฉลี่ยของประสิทธิผลของทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยกลุ่มที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการแก้ไขความขัดแย้งสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t= 2.36, p=.010$)และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($t= 1.09, p=.139$) และ2)คะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลของทีมการพยาบาลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t= 2.03, p=.022$) ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ($t= .17, p= .431$)

สุมาลี ยุทธวรวิทย์ (2550) ได้ศึกษา การจัดการความขัดแย้งในการทำงาน : ประสพการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ แห่งหนึ่ง ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการจัดการความขัดแย้ง จำนวน 15 คน ผลการศึกษา พบว่า 1) หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความหมายของการจัดการความขัดแย้งในการทำงาน เป็น 2 ประเด็น คือ ทำให้เรื่องยุติลง และลดระดับความรุนแรงของปัญหา 2) สภาพการณ์ของความขัดแย้งในการทำงาน เกิดขึ้น ระหว่าง แพทย์กับพยาบาล พยาบาลกับพยาบาล พยาบาลกับผู้ช่วยพยาบาล และพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ พบมากที่สุด คือพยาบาลกับพยาบาล และ 3) สาเหตุของความขัดแย้ง คือ ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ต่างกัน การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ความรู้ ความสามารถแตกต่างกัน ผลประโยชน์ไม่ลงตัว โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยได้เลือกใช้วิธีการจัดการความขัดแย้งหลากหลายวิธี ประกอบด้วย ประนีประนอมโดยการเจรจาไกล่เกลี่ย แก้ไขปัญหาโดยทุกคนมีส่วนร่วม การโน้มน้าวให้เกิดการยอมความ การขอร้องให้ยอมเพื่อประโยชน์หน่วยงาน รวมทั้งหลีกเลี่ยงการปะทะความขัดแย้ง นอกจากนี้การศึกษา พบว่า จากประสบการณ์หัวหน้าหอให้เรียนรู้ว่า ควรป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งดีกว่า โดยการจัดระบบงาน และแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจน มีการสื่อสารหลายช่องทาง สร้างบรรยากาศในที่ทำงานเชิงสร้างสรรค์ และฝึกอบรมเพิ่มทักษะในการจัดการความขัดแย้ง

จิตรานนท์ โกสีย์รัตนากิจบาล (2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับการบริหารความขัดแย้งของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean= 3.55, S.D= .707) และพบว่าพฤติกรรมผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วม ด้านการสร้างภาพลักษณ์และความไว้วางใจ และด้านการสร้างแรงบันดาลใจ อยู่ในระดับสูง (Mean= 3.70, S.D= .683; Mean= 3.66, S.D= .757; Mean= 3.50, S.D= .712 ตามลำดับ) และด้านการมีทักษะในการใช้วาทศิลป์ อยู่ในระดับกลาง (Mean= 3.35, S.D= .829) หัวหน้าหอผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการบริหารความขัดแย้งแบบร่วมมือมากที่สุด (ร้อยละ 33.15) รองลงมาได้แก่ วิธีการไกล่เกลี่ย (ร้อยละ 21.35) การประนีประนอม (ร้อยละ 17.41) การเอาชนะ (ร้อยละ 14.61) และวิธีการหลีกเลี่ยง (ร้อยละ 13.48) และพฤติกรรมผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการบริหารความขัดแย้งของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($V = 0.304$)

วิทยาทัศน์ สุขประดิษฐ์ (2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของผู้บังคับบัญชาภายใต้การรับรู้ของผู้ใต้บังคับบัญชากับความพึงพอใจในงานและความผูกพันต่อองค์กรของผู้ใต้บังคับบัญชา กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ใต้บังคับบัญชารับรู้ว่าผู้บังคับบัญชาใช้รูปแบบพฤติกรรม การแก้ไขความขัดแย้ง คือรูปแบบ 1,9 (เน้นคน) รูปแบบ 9,9 (ทีมงาน) และรูปแบบ 5,5 (ประนีประนอม) อยู่ในระดับสูง (Mean= 3.65, S.D= 1.1312; Mean= 3.61, S.D= .6349; Mean= 3.47, S.D= .5312 ตามลำดับ) 2) รูปแบบพฤติกรรม การแก้ไขความขัดแย้งของผู้บังคับบัญชาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของผู้ใต้บังคับบัญชาคือ รูปแบบ 9,9 (ทีมงาน) รูปแบบ 5,5 (ประนีประนอม) และรูปแบบ 1,9 (เน้นคน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .33$, $r = .29$ และ $r = .27$ ตามลำดับ) 3) รูปแบบพฤติกรรม การแก้ไขความขัดแย้งของผู้บังคับบัญชาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในงานของผู้ใต้บังคับบัญชาคือ รูปแบบ 1,1 (ปล่อยปละละเลย) และรูปแบบ OPP (ฉวยโอกาส) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.23$ และ $r = -.21$ ตามลำดับ) 4) รูปแบบพฤติกรรม การแก้ไขความขัดแย้งของผู้บังคับบัญชาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของผู้ใต้บังคับบัญชาคือ รูปแบบ 9,9 (ทีมงาน) รูปแบบ 1,9 (เน้นคน) และรูปแบบ 5,5 (ประนีประนอม) ตามลำดับ 5) รูปแบบพฤติกรรม การแก้ไขความขัดแย้งของผู้บังคับบัญชา รูปแบบ 9,9 (ทีมงาน) สามารถทำนายความพึงพอใจในงานได้ของผู้ใต้บังคับบัญชา ได้ร้อยละ 11.7 และ 6) รูปแบบพฤติกรรม การแก้ไขความขัดแย้งของผู้บังคับบัญชา รูปแบบ OPP (ฉวยโอกาส) รูปแบบ 1,1 (ปล่อยปละละเลย) และรูปแบบ 9,9 (ทีมงาน) สามารถทำนายความผูกพันต่อองค์กรได้ ร้อยละ 20.6

สุพัตรา จิตตเสถียร (2550) ได้ศึกษาแบบจำลองความคิดการจัดการความขัดแย้งในสถานพยาบาลของรัฐระดับจังหวัด: กรณีศึกษาสถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่ง 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้บริหารสถานพยาบาลของรัฐทุกระดับตั้งสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุข จำนวน 30 คน และ 2) กลุ่มผู้ป่วยและญาติ บุคคลที่ถูกรื้อเรียนและผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการแก้ไขข้อพิพาท ผลการศึกษาพบว่า ความขัดแย้งในสถานพยาบาลของรัฐ สาเหตุเกี่ยวข้องกับปัจจัย 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) การจัดสรรผลประโยชน์และงบประมาณ 2) ค่านิยม การรับรู้ และความคาดหวัง 3) โครงสร้างองค์การและกระบวนการบริหาร 4) ความสัมพันธ์ และ 5) ข้อมูลและการสื่อสาร และพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านข้อมูลและการสื่อสาร ส่วนวิธีการจัดการความขัดแย้ง ที่ผู้บริหารสถานพยาบาลของรัฐเลือกใช้มากที่สุด คือ วิธีร่วมแก้ไขปัญหาและวิธีประนีประนอมและแบบจำลองความคิด วิธีการจัดการความขัดแย้งที่มีประสิทธิผลของผู้วิจัย คือ DR.TRIP-MC² ประกอบด้วย 8 ประการ ได้แก่ 1) กระบวนการเสวนา Dialogue) 2) กฎ ระเบียบ (Regulation) (3) ทีมงาน (Team Management) 4) ข้อมูล สารสนเทศ (Information Data) 5) การมีส่วนร่วม (Participation) 6) ไกล่เกลี่ยคนกลาง (Mediation) 7) กระบวนการติดต่อสื่อสาร (Communication Process) และ 8) บทบาทของสภาวิชาชีพ (Professional Councils Role)

ดวงใจ แสงยศ (2549) ได้ศึกษาการกระตุ้นและการป้องกันความขัดแย้งของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัด ขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ระดับการกระตุ้นและ การป้องกันความขัดแย้ง อยู่ในระดับมาก (Mean= 3.48, S.D= 0.47) มีค่าเฉลี่ยการป้องกันความขัดแย้ง อยู่ในระดับมากที่สุด และรองลงมาคือการกระตุ้นความขัดแย้งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.94, S.D= 0.48 และ Mean= 3.73, S.D= 0.53 ตามลำดับ) จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างเพศที่แตกต่างกันพบว่ามีแรงกระตุ้นและการป้องกันความขัดแย้งที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (p-value = 0.03) ส่วนสถานภาพสมรส อายุ การศึกษา รายได้ และประสบการณ์การทำงาน มีการกระตุ้นและการป้องกันความขัดแย้งไม่แตกต่างกัน ส่วนแรงจูงใจที่มีผลต่อการกระตุ้นและการป้องกันความขัดแย้งคือ ความรับผิดชอบ นโยบายและการบริหารงานขององค์กร ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในองค์กร สถานภาพของวิชาชีพ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว การยอมรับนับถือ วิธีการปกครองบังคับบัญชา ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน ความมั่นคง สภาพการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (p-value<0.001) ส่วนค่าจ้างและค่าตอบแทน ไม่มีผลต่อการกระตุ้นและการป้องกันความขัดแย้ง

สักรินทร์ ไกรษร (2548) ได้ศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีทัศนคติแบบเก่ามากกว่าทัศนคติแบบใหม่ การจัดการความขัดแย้งโดยใช้รูปแบบวิธีการร่วมมือแก้ไขปัญหามากที่สุด รองลงมาใช้วิธีการประนีประนอม วิธีการเอาชนะ วิธีการยอมให้ และวิธีการหลีกเลี่ยง ตามลำดับ พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับความขัดแย้งไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความขัดแย้ง ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและการปฏิบัติงานในตำแหน่งไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความขัดแย้ง และพบว่ามีความสัมพันธ์กับส่วนประสมการณ์ในการบริหารงานกับความขัดแย้ง พบว่า มีความสัมพันธ์กัน โดยหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประสมการณ์ในตำแหน่งน้อยกว่า 10 ปี จัดการความขัดแย้งด้วยรูปแบบวิธีการร่วมมือแก้ไขปัญหามากที่สุด ร้อยละ 81.9 และแบบอื่นๆ ร้อยละ 18.1 ซึ่งแตกต่างกับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประสมการณ์ในตำแหน่งบริหารมากกว่า 10 ปี จะมีวิธีการจัดการความขัดแย้งแบบร่วมมือแก้ไขปัญหามากที่สุด ร้อยละ 98.1 และแบบอื่นๆ ร้อยละ 1.9

สุภาพ ประพันธ์ (2548) ได้ศึกษาบริหารความขัดแย้งของคณะกรรมการบริหาร ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า ระดับการบริหารความขัดแย้งของคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า 1) ระดับการบริหารความขัดแย้งที่อยู่ในระดับสูงคือ การป้องกันปัญหาความขัดแย้ง รองลงมาคือการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งส่วนการกระตุ้นความขัดแย้งที่สร้างสรรค์อยู่ในระดับปานกลาง 2) การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ด้านตำแหน่ง แผนกที่ปฏิบัติงาน พบว่าอายุและประสมการณ์การทำงานที่ต่างกันมีการบริหารความขัดแย้งแตกต่างกันและพบว่าอายุและประสมการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับการบริหารความขัดแย้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.27, p=.001$; $r=0.19, p=.009$ ตามลำดับ) ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ที่แตกต่างกันมีการบริหารความขัดแย้งไม่แตกต่างกัน 3) ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์การทั้ง 9 มิติ มีความสัมพันธ์ทางการบวกกับการบริหารความขัดแย้งและ 4) ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายการบริหารความขัดแย้งได้แก่ บรรยากาศองค์การมิติการสนับสนุน บรรยากาศองค์การมิติความขัดแย้ง อายุและบรรยากาศองค์การมิติโครงสร้างของโรงพยาบาล

ยุวดี อัครลาวัณย์ (2547) ได้ศึกษาความขัดแย้งและการจัดการกับความขัดแย้งในองค์กรพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เพชรบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุของความขัดแย้งที่พบมากที่สุดในองค์กรพยาบาลได้แก่ การมีวิธีการทำงานที่แตกต่างกัน ผู้บริหารพยาบาลพบว่า ระดับของความขัดแย้งโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ระดับของความขัดแย้งในด้านทรัพยากรที่จำกัดอยู่ในระดับต่ำ ผู้บริหารการพยาบาลเลือกใช้วิธีการประนีประนอมในการ

จัดการกับความขัดแย้งมากที่สุด รองลงมาเป็นวิธีการหลีกเลี่ยง วิธีการร่วมมือ วิธีการปรองดอง และวิธีการแข่งขัน วิธีที่ได้ผลดีที่สุดคือ วิธีการร่วมมือซึ่งสามารถจัดการกับความขัดแย้งได้ทุกสาเหตุ วิธีการที่ไม่สามารถจัดการความขัดแย้งคือวิธีการหลีกเลี่ยง ผู้บริหารพยาบาลเสนอว่า ปัจจัยเอื้อต่อการจัดการความขัดแย้ง ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลที่ดีของบุคลากรและผู้บริหาร การบริหารจัดการที่เหมาะสม วิธีการแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและวัฒนธรรมขององค์กรที่มีความสามัคคี สำนึกรักองค์กร และมีการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ที่ผ่านมานักวิจัยสนใจศึกษา สถานการณ์ ความขัดแย้งในองค์กร การเลือกใช้กลยุทธ์ในการจัดการความขัดแย้งของผู้บริหาร และความสัมพันธ์กลยุทธ์การจัดการความขัดแย้งต่อปัจจัยต่างๆ อาทิเช่น แบบภาวะผู้นำ ความพึงพอใจ ประสิทธิภาพ และบรรยากาศองค์กร ส่วนการศึกษาการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ ยังไม่มีผู้ศึกษาไว้ ในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งความขัดแย้งระหว่างพยาบาล และผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลบึงกาฬ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดของRahim (2002, pp. 222-229) นำมาสร้างรูปแบบการจัดการความขัดแย้งความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ



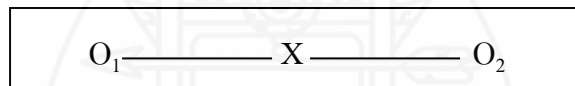
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและ
ผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ในครั้งนี้ มีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ
หนึ่งกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลการใช้
รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
ดังนี้



O₁ = ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ ก่อนการใช้รูปแบบ
การจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ

X = การนำรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ มาใช้
จัดการความขัดแย้งในโรงพยาบาลบึงกาฬ

O₂ = ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ หลังการใช้รูปแบบ
การจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการแพทย์ และคณะกรรมการจัดการความขัดแย้งซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะทำงาน และได้รับมอบหมายให้จัดการความขัดแย้ง รวมทั้งสิ้น 23 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1.1 เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง และคู่มือการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ สร้างขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดของ Rahim (2002, pp. 222-229)

3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์ใช้แนวคิดของRahim (2002, pp. 222-229) แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด และปลายเปิด

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ ต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ จำนวน 33 ข้อ ลักษณะคำถามปลายปิดเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลผล ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ ต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง แบ่งเป็น 5 ดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากที่สุด
- 4 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มาก
- 3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ ปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อย
- 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อยที่สุด

การแปลผลระดับคะแนนความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ
ต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งแบ่งเป็น 5 ระดับคือ สูงมาก สูงปานกลาง ต่ำ และ ต่ำมาก ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{5}$$

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ
ต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง มี 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการรายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง แบบสอบถามความพึงพอใจมี 3 ข้อ
ข้อละ 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 15 คะแนน คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{15 - 3}{5} = 2.4$$

การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 12.61 - 15.00	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับสูงมาก
คะแนน 10.21 - 12.60	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับสูง
คะแนน 7.81 - 10.20	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับปานกลาง
คะแนน 5.41 - 7.80	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับต่ำ
คะแนน 3.00 - 5.4	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับต่ำมาก

2. ด้านการวินิจฉัยความขัดแย้ง แบบสอบถามความพึงพอใจมี 6 ข้อๆ ละ 5 คะแนน
คะแนนสูงสุด 30 คะแนน คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{30 - 6}{5} = 4.8$$

การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 25.21 - 30.00	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับสูงมาก
คะแนน 20.41 - 25.20	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับสูง
คะแนน 15.61 - 20.40	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับปานกลาง
คะแนน 10.81 - 15.60	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับต่ำ
คะแนน 6.00 - 10.80	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับต่ำมาก

3. ด้านการเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง แบบสอบถามความพึงพอใจมี 9 ข้อๆ ละ 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 45 คะแนน คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{45 - 9}{5} = 7.20$$

การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 37.81 – 45.00	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับสูงมาก
คะแนน 30.61 – 37.80	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับสูง
คะแนน 23.41 – 30.60	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับปานกลาง
คะแนน 16.21 – 23.40	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับต่ำ
คะแนน 9.00 – 16.20	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับต่ำมาก

4. ด้านการแก้ไขความขัดแย้ง แบบสอบถามความพึงพอใจมี 12 ข้อๆ ละ 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 60 คะแนน คะแนนต่ำสุด 12 คะแนน

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{60 - 12}{5} = 9.6$$

การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 50.41 – 60.00	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับสูงมาก
คะแนน 40.81 – 50.40	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับสูง
คะแนน 31.21 – 40.80	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับปานกลาง
คะแนน 21.61 – 31.20	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับต่ำ
คะแนน 12.00 – 21.60	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับต่ำมาก

5. ด้านการเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลฯ แบบสอบถามความพึงพอใจมี 3 ข้อๆ ละ 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 15 คะแนน คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{15 - 3}{5} = 2.4$$

การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 12.61 - 15.00	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับสูงมาก
คะแนน 10.21 - 12.60	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับสูง
คะแนน 7.81 - 10.20	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับปานกลาง
คะแนน 5.41 - 7.80	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับต่ำ
คะแนน 3.00 - 5.4	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับต่ำมาก

6. ความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งแบบสอบถาม
ความพึงพอใจมี 33 ข้อๆ ละ 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 165 คะแนน คะแนนต่ำสุด 33 คะแนน

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{165 - 33}{5} = 26.4$$

การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 138.61 - 165.00	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับสูงมาก
คะแนน 112.21 - 138.60	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับสูง
คะแนน 85.81 - 112.20	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับปานกลาง
คะแนน 59.41 - 85.80	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับต่ำ
คะแนน 33.00 - 59.40	หมายถึง ความพึงพอใจในระดับต่ำมาก

3.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.2.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเครื่องมือ (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้น ทั้งรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง และแบบสอบถามความพึงพอใจ ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ แก่ไขเนื้อหา ภาษา และสำนวนที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย นักวิชาการด้านการบริหารการพยาบาล และผู้บริหารการพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป ในด้านการบริหารการพยาบาล ตรวจสอบ ความถูกต้อง ความเหมาะสมตลอดจนความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ เมื่อได้รับเครื่องมือวิจัยกลับคืนมา ผู้วิจัยรวบรวมข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาวิเคราะห์หาค่า CVI (Content Validity Index) ผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ความสอดคล้องในความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ใน 5 ท่าน ในแต่ละข้อคำถาม

เกณฑ์การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถาม ได้กำหนดระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3 และ 4 ซึ่งแต่ละระดับความคิดเห็น มีความหมาย ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม (ตัดทิ้ง)
- 2 หมายถึง ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน ปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมี
ความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน ปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมี
ความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยาม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ในข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความคิดเห็น 3 และ 4 ให้นับเป็น 1 ส่วนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความคิดเห็น 1 และ 2 ให้นับเป็น 0 ซึ่งผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความคิดเห็น 3 และ 4 นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) ตามสูตร ดังนี้

$$CVI \text{ รายข้อ} = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ในข้อคำถามนั้น}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การตัดสินคุณภาพของเครื่องมือที่ยอมรับได้ มีค่าความตรงของเนื้อหา = 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2008 อ้างใน อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, 2553, น. 4)

จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ได้ค่า CVI รายข้ออยู่ระหว่าง 0.8 ถึง 1.0

3.2.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของคณะกรรมการจัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ที่ได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาได้แก่ ผู้จัดการความขัดแย้ง หรือผู้ที่มีบทบาทหน้าที่การจัดการความขัดแย้ง หรือคณะกรรมการจัดการความขัดแย้ง ในโรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 15 คน และโรงพยาบาลนครพนม จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน โดยประสานงานโดยตรงกับผู้รับผิดชอบในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยแต่ละโรงพยาบาลและนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ค่าความเที่ยง โดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) การกำหนดเกณฑ์พิจารณาค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ควรมีค่าตั้งแต่/มากกว่า 0.70 (Cronbach, 1951) และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งเท่ากับ 0.94 และค่าความเที่ยงหลังการปรับปรุงแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 0.98

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกับมนุษย์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอ โครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาล

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อพิจารณาและได้รับความเห็นชอบอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2559 และได้ดำเนินการ เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

4.1 อธิบายชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับทราบอย่างชัดเจนในการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วม หรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีการบังคับและเคารพสิทธิในการตัดสินใจ หรือเมื่อเข้าร่วมแล้วพบว่าไม่เหมาะสมต่อผู้ร่วมวิจัย ก็สามารถจะบอกเลิกได้ทุกเวลา โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใดๆ

4.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาเข้าร่วมโครงการ ประโยชน์ที่จะได้รับ และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบโดยละเอียด

4.3 การเก็บรักษาความลับ ซึ่งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบว่าข้อมูลทุกอย่างของผู้ร่วมวิจัย จะได้รับการปกปิดเป็นความลับไม่ให้ผู้อื่นได้รับทราบ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้นโดยไม่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคล

5. ขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัย

5.1 ขั้นเตรียมการ

5.1.1 สร้างรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการโรงพยาบาล บึงกาฬ โดย ศึกษาสถานการณ์ความขัดแย้ง หรือความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในโรงพยาบาล บึงกาฬ ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจัดประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการความขัดแย้งและผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการจัดการความขัดแย้งขั้นพื้นฐานเป็นอย่างน้อย จำนวน 7 คน ให้มีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบ และจัดทำคู่มือการจัดการความขัดแย้ง ตามแนวคิดของ Rahim (2002, pp. 222 - 229) แล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบและคู่มือ

5.1.2 สร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ตามขั้นตอนการจัดการความขัดแย้ง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดของราฮิม ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการรายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง 2) ขั้นตอนการวินิจฉัยความขัดแย้ง 3) ขั้นตอนการเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง 4) ขั้นตอนการแก้ไขความขัดแย้ง และ 5) ขั้นตอนการเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลฯ

5.1.3 ขออนุมัติการดำเนินโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อทำการศึกษาดทดลองโดยชี้แจงรายละเอียดขั้นตอน วิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองและขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการ

5.1.4 ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง เพื่อขอความร่วมมือกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง

5.1.5 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยการจัดอบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่อชี้แจงวิธีการดำเนินการวิจัยและบทบาทผู้ช่วยวิจัย

5.2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

5.2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ ก่อนใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5.2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โดยให้ผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 23 คน เข้าร่วมประชุมเพื่อให้ความรู้ ในการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ ในวันที่ 28 มกราคม 2559 เวลา 08.30-16.30 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลบึงกาฬ

5.2.3 เริ่มดำเนินการทดลอง โดยผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ นำรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ ไปใช้ในการจัดการความขัดแย้งในโรงพยาบาลบึงกาฬ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2559

5.3 ขั้นตอนประเมินผล

5.3.1 หลังใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินผล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ หลังการใช้รูปแบบฯ

5.3.2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ศึกษาระดับความพึงพอใจ และเปรียบเทียบความพึงพอใจ ของผู้จัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1 ผู้วิจัยนำเอกสารการรับรองโครงการวิจัย ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช และหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยส่งถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบึงกาฬเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

6.2 เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง โดยรวบรวมข้อมูลก่อนใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ในวันที่ 28 มกราคม 2559 น. และหลังการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ในวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559 ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 23 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

6.3 นำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปลงรหัส และประมวลผล ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติ ดังนี้

7.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จัดการความขัดแย้ง โดยใช้สถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

7.2 วิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง ต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ โดยใช้สถิติ คำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย

7.3 เปรียบเทียบความพึงพอใจ ของผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษา เรื่องผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ ในโรงพยาบาลบึงกาฬ ในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (One- Group Pretest- Posttest Design) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ โดยใช้สถิติพรรณนา

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งก่อน และหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้จัดการความขัดแย้ง จำแนกตามอายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง การอบรมที่เกี่ยวข้อง ระดับของผู้จัดการความขัดแย้ง และ ประสบการณ์การจัดการความขัดแย้ง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n= 23 คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 40 ปี	6	26.09
41 – 50 ปี	12	52.17
มากกว่า 51 ปีขึ้นไป	5	21.74
สถานภาพการสมรส		
โสด	3	13.04
คู่	18	78.26
หย่า	1	4.35
หม้าย	1	4.35
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	20	86.96
ปริญญาโท	3	13.04
ดำรงตำแหน่ง		
หัวหน้ากลุ่มงานด้านการพยาบาล	5	21.74
หัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้าคลินิก	12	52.17
พยาบาลหัวหน้าเวร	6	26.09
การอบรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความขัดแย้ง		
ไม่เคย	16	69.57
เคย	7	30.43
ระดับของผู้จัดการความขัดแย้ง		
ระดับพื้นฐาน/เบื้องต้น	17	73.91
ระดับสูง	2	8.70
อื่นๆ ได้แก่ พยาบาลประจำการ	4	17.39

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n= 23 คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการจัดการความขัดแย้ง		
≤ 5 ปี	9	39.13
6 - 10 ปี	8	34.78
11 - 15 ปี	2	8.70
16 - 20 ปี	3	13.04
≥ 21 ปี	1	4.35

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้จัดการความขัดแย้งในกลุ่มทดลอง 23 คน อายุระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.17 สภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 78.26 ระดับการศึกษาวุฒิปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 86.96 เป็นหัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าคลินิก คิดเป็นร้อยละ 52.17 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง คิดเป็นร้อยละ 69.57 เป็นผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 73.91 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการจัดการความขัดแย้ง ≤ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.13 รองลงมา มีประสบการณ์ในการจัดการความขัดแย้ง ระหว่าง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.78

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลอง ใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ

2.1 ระดับความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลอง ใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ

ตารางที่ 4.2 ค่ามัธยฐาน (Median) พิสัย (Range) และระดับความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง
ต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองใช้ใช้รูปแบบการจัดการความ
ขัดแย้งโดยรวมและรายด้าน

ความพึงพอใจ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Median	Range	ระดับ	Median	Range	ระดับ
ด้านการรายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง	13	9	สูงมาก	15	5	สูงมาก
ด้านการวินิจฉัยความขัดแย้ง	26	18	สูง	26	10	สูง
ด้านการเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง	41	24	สูง	43	14	สูงมาก
ด้านการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง	52	24	สูงมาก	60	16	สูงมาก
ด้านการเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลฯ	12	8	สูง	15	7	สูงมาก
ความพึงพอใจโดยรวม	146	81	สูงมาก	156	46	สูงมาก

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ก่อนการทดลองใช้รูปแบบค่ามัธยฐานความพึงพอใจโดยรวม
ของผู้จัดการความขัดแย้งอยู่ในระดับสูงมาก (Med = 146, Range = 81) และหลังการทดลองใช้รูปแบบ
ค่ามัธยฐานอยู่ในระดับสูงมากเช่นกัน (Med = 156, Range = 46) และ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

ด้านการรายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง และด้านการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง
ก่อนการทดลองใช้รูปแบบมีค่ามัธยฐานความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก (Med = 13, Range = 9;
Med = 52, Range = 24 ตามลำดับ) และหลังการทดลองใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูงมาก (Med = 15,
Range = 5; Med = 60, Range = 16 ตามลำดับ)

ส่วนด้านการวินิจฉัยความขัดแย้งก่อนการทดลองใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูง (Med
= 26, Range = 18) และหลังการทดลองใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูง (Med = 26, Range = 10)

ส่วนด้านการเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง และด้านการเรียนรู้และประเมิน
ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ก่อนการทดลองใช้รูปแบบมีค่ามัธยฐานความพึงพอใจ
อยู่ในระดับสูง (Med = 41, Range = 24; Med = 12, Range = 8 ตามลำดับ) หลังการทดลองใช้รูปแบบ
อยู่ในระดับสูงมาก (Med = 43, Range = 14; Med = 15, Range = 7 ตามลำดับ)

2.2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความ
ขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ
โรงพยาบาลบึงกาฬ

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบ ค่ามัธยฐานความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งโดยรวมและรายด้าน

ความพึงพอใจ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		z	p-value
	Median	Range	Median	Range		
ด้านการรายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง	13	9	15	5	2.632	.008
ด้านการวินิจฉัยความขัดแย้ง	26	18	26	10	1.584	.113
ด้านการเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง	41	24	43	14	2.224	.026
ด้านการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง	52	24	60	16	2.297	.022
ด้านการเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลฯ	12	8	15	7	2.625	.009
ความพึงพอใจโดยรวม	146	81	156	46	2.540	.011

$P < .05$

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดความขัดแย้งหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($z = 2.54, p = .011$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจด้านการรายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง ด้านการแก้ไขความขัดแย้ง และด้านการเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลฯ หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($z = 2.632, p = .008$; $z = 2.224, p = .026$; $z = 2.297, p = .022$; $z = 2.625, p = .009$ ตามลำดับ) ส่วนความพึงพอใจด้านการวินิจฉัยความขัดแย้ง ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ($z = 1.584, p = .113$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬและเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ ได้แก่ ผู้บริหารทางการแพทย์ และคณะกรรมการจัดการความขัดแย้งซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับเลือก หรือแต่งตั้งเข้าเป็นคณะทำงาน และได้รับมอบหมายให้เป็นผู้จัดการความขัดแย้ง รวมทั้งสิ้น 23 คน

เครื่องมือในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง และคู่มือการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดการจัดการความขัดแย้งของ Rahim (2002) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการความขัดแย้งของ Rahim (2002) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI รายข้ออยู่ระหว่าง 0.8–1.0 และนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลนครพนม รวมทั้งสิ้น 30 คน หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

การดำเนินการวิจัย ก่อนการทดลองผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬก่อนใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งและจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้แก่ผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 23 คน เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งและการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งฯ เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2559

จากนั้นผู้จัดการความขัดแย้งนำรูปแบบการจัดการความขัดแย้งฯ ไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลบึงกาฬตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2559 และหลังจากทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย และวิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้จัดการความขัดแย้งในกลุ่มทดลอง 23 คน มีอายุระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.2 สภาพการสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 78.3 ระดับการศึกษา วุฒิปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 87.0 เป็นหัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าคลินิก คิดเป็นร้อยละ 52.2 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวข้องกับการจัดการความขัดแย้ง คิดเป็นร้อยละ 69.9 เป็นผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 73.9 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการจัดการความขัดแย้ง ≤ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมา มีประสบการณ์ในการจัดการความขัดแย้ง ระหว่าง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.8

2. ศึกษาความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง พบว่า ก่อนการทดลองใช้รูปแบบค่ามัธยฐานความพึงพอใจโดยรวมของผู้จัดการความขัดแย้งอยู่ในระดับสูงมาก (Med = 146, Range = 81) และหลังการทดลองใช้รูปแบบค่ามัธยฐานอยู่ในระดับสูงมากเช่นกัน (Med = 156, Range = 46) (ตารางที่ 4.2) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

ด้านการรายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง และด้านการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ก่อนการทดลองใช้รูปแบบมีค่ามัธยฐานความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก (Med = 13, Range = 9; Med = 52, Range = 24 ตามลำดับ) และหลังการทดลองใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูงมาก (Med = 15, Range = 5; Med = 60, Range = 16 ตามลำดับ)

ส่วนด้านการวินิจฉัยความขัดแย้งก่อนการทดลองใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูง (Med = 26, Range = 18) และหลังการทดลองใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูง (Med = 26, Range = 10)

ส่วนด้านการเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง และด้านการเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ก่อนการทดลองใช้รูปแบบมีค่ามัธยฐานความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง (Med = 41, Range = 24; Med = 12, Range = 8 ตามลำดับ) หลังการทดลองใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูงมาก (Med = 43, Range = 14; Med = 15, Range = 7 ตามลำดับ)

3. เปรียบเทียบค่ามัธยฐานความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4.3)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

2. อภิปรายผล

จากการศึกษา ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ ผู้วิจัยอภิปรายผล ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองดังนี้

2.1 ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งโดยรวม พบว่า ค่ามัธยฐานความพึงพอใจโดยรวมของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบฯ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับสูงมากเช่นกัน (Med= 146, Range = 81 และ Med= 156, Range = 46 ตามลำดับ) แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานความพึงพอใจ พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($z = 2.54, p = .011$) ทั้งนี้เนื่องจากว่าในอดีตกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบึงกาฬมีคณะกรรมการจัดการความขัดแย้งแต่ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เมื่อมีความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการนอกเวลาราชการ ก็จะทำให้หัวหน้าทีมหรือหัวหน้าเวรเป็นผู้แจ้งเหตุการณ์แก่ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลา (ซึ่งเป็นคณะกรรมการจัดการความขัดแย้งของโรงพยาบาล) เป็นผู้แก้ไขปัญหา โดยจะกันพยาบาลคู่กรณีออกจากสถานการณ์ความขัดแย้งแล้วจึงดำเนินการแก้ไขปัญหาแต่หากสถานการณ์ความขัดแย้งเกิดขึ้นในเวลาราชการ หัวหน้าหน่วยจะเป็นผู้แจ้งเหตุการณ์แก่คณะกรรมการจัดการความขัดแย้งเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ในการประเมินความพึงพอใจก่อนการทดลอง ซึ่งมีหัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าทีมหรือหัวหน้าเวรรวมอยู่ในกลุ่มประชากรที่ศึกษาด้วย โดยคนกลุ่มนี้จะประเมินความพึงพอใจ อยู่ในระดับสูงมาก เพราะไม่ต้องรับผิดชอบในการเจรจากับคู่กรณีเพื่อแก้ไขปัญหา แต่เมื่อมีการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งแบบใหม่ ซึ่งมีการกำหนดให้หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าทีมหรือเวร เป็นคณะกรรมการจัดการความขัดแย้งด้วยและกำหนดบทบาทให้เป็นผู้เจรจา ใกล้เคียงกับคู่กรณีเป็นเบื้องต้นก่อน โดยมีการอบรมให้ความรู้และให้ดำเนินการตามแนวทางในกลุ่มมือการจัดการความขัดแย้ง จึงทำให้หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าทีมหรือหัวหน้าเวรดำเนินการได้โดยไม่มีความวิตกกังวล อีกทั้งรูปแบบการจัดการความขัดแย้งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยกำหนดบทบาทผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ว่าใครทำหน้าที่อย่างไร จึงทำให้หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าทีมหรือเวรและคณะกรรมการจัดการความขัดแย้งสามารถดำเนินงานและสะดวก

ต่อการจัดการความขัดแย้งเป็นผลให้หลังการทดลองใช้รูปแบบฯ ค่ามัธยฐานความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งจึงอยู่ในระดับสูงมากเช่นกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสารภี นพคุณ (2556) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลเม็กราช จังหวัดเชียงรายพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.90, SD = 0.10) แต่เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน พบว่า หลังการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ค่าคะแนนมัธยฐานความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งเกือบทุกด้านสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านการวินิจฉัยความขัดแย้งที่ไม่แตกต่าง ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

2.2 ด้านการวินิจฉัยความขัดแย้ง มีค่ามัธยฐานความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง (Med = 26, Range = 18) และหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งอยู่ในระดับสูง (Med = 26, Range = 10) และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า ค่าคะแนนมัธยฐานความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ($z = 1.584, p = .113$) ทั้งนี้เนื่องจากว่า เดิมในโรงพยาบาลมอบให้คณะกรรมการจัดการความขัดแย้งระดับสูงซึ่งประกอบด้วย รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด หัวหน้าหอผู้ป่วยวิไอพี หัวหน้างานห้องคลอด และหัวหน้าคลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ เป็นผู้รับผิดชอบในการวินิจฉัยความขัดแย้ง แต่ตามรูปแบบการจัดการความขัดแย้งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ ได้กำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐานเข้าไปเผชิญกับสถานการณ์ความขัดแย้ง และบทบาทในการเป็นผู้สัมภาษณ์คู่กรณีที่มีความขัดแย้งกันที่ละฝ่าย รวมทั้งวินิจฉัยความรุนแรงของความขัดแย้งเป็นเบื้องต้นก่อน แล้วจึงให้รายงานต่อผู้จัดการความขัดแย้งระดับสูง ถึงแม้ว่าการศึกษาคั้งนี้ก่อนเริ่มการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งได้มีการจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งให้แก่ผู้จัดการความขัดแย้งเป็นเวลา 1 วันแล้วก็ตามแต่ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐานก็ยังขาดความมั่นใจ และกลัวความผิดพลาด อาจเนื่องจากการจัดอบรมมีระยะเวลาจำกัด ไม่ได้มีเวลาในการฝึกทักษะต่างๆที่เกี่ยวข้องเพียงพอ ซึ่งโดยทั่วไปตาม โครงสร้างหลักสูตรสำนักสันติวิธีและธรรมาภิบาล สถาบันพระปกเกล้าของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้บุคลากรผู้ทำหน้าที่จัดการความขัดแย้ง ควรได้รับการอบรมหลักสูตรแนวคิดพื้นฐานการจัดการความขัดแย้งด้วยสันติวิธี หรือหลักสูตรอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นระยะเวลา 75 ชั่วโมง (สถาบันพระปกเกล้า, 2559) ประกอบกับผู้จัดการความขัดแย้งในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้จัดการความขัดแย้งในระดับพื้นฐานถึงร้อยละ 73.91 และไม่เคยได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความขัดแย้ง ร้อยละ 69.57 นอกจากนี้ยังพบว่าจบ

การศึกษาอุบัติเหตุปริศนาที่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.0 จึงส่งผลให้ผู้จัดการความขัดแย้งขาดความรู้ และประสบการณ์ทำให้ไม่มีความมั่นใจในการวินิจฉัยความขัดแย้ง ซึ่งจากการศึกษา ของBrinkert (2011) ที่ได้ศึกษารูปแบบการฝึกอบรมความขัดแย้งสำหรับผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาล แม็กเนตขนาด ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การฝึกอบรมการจัดการความขัดแย้ง จะทำให้ผู้บริหารการพยาบาลสามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์ความขัดแย้งและมีทักษะการสื่อสารดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษา Al-Hamdan (2008) ที่ได้ศึกษารูปแบบการจัดการความขัดแย้งของผู้บริหารการพยาบาล ในประเทศโอมาน พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลในระดับต้น เลือกที่จะรายงานผู้บังคับบัญชาระดับสูงเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าสถานการณ์ความขัดแย้ง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของเสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (2540) และRahim (2002) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การวินิจฉัยความขัดแย้งเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุด เนื่องด้วยผู้จัดการความขัดแย้งเมื่อได้รับรู้ปัญหา จะต้องกำหนดประเด็น วิเคราะห์หาสาเหตุ และระดับความรุนแรง รวมทั้งผลกระทบของความขัดแย้งที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลหลากหลาย ผู้จัดการความขัดแย้งจึงควรได้รับการฝึกอบรม เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะเพียงพอในการวินิจฉัยความขัดแย้ง จากเหตุผลที่กล่าวมาจึงส่งผลทำให้ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งด้านการวินิจฉัยความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบไม่แตกต่างกัน

2.3 ด้านการรายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง และด้านการแก้ไขความขัดแย้ง ทั้งสองด้านความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบ อธิบายได้ดังนี้

ด้านการรายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง ค่ามัธยฐานความพึงพอใจก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯอยู่ในระดับสูงมาก (Med= 13, Range = 9) และหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ ก็อยู่ในระดับสูงมาก (Med= 15, Range = 59) และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งก่อน และหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งหลังการทดลองใช้รูปแบบฯสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($z=2.632, p=.008$) ส่วนด้านการแก้ไขความขัดแย้งค่ามัธยฐานความพึงพอใจก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯอยู่ในระดับสูงมาก (Med= 52, Range = 24) และหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งความพึงพอใจก็อยู่ในระดับสูงมาก (Med= 60, Range = 16) และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งก่อน และหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งหลังการทดลองใช้รูปแบบฯสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($z=2.297, p=.022$) เนื่องจาก แต่เดิมก่อนมีรูปแบบการจัดการความขัดแย้งแบบใหม่ มีการใช้คู่มือการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลซึ่งได้กำหนดแนวทางให้บุคลากรทุกระดับรายงานสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียน และความขัดแย้ง แล้วนำประเด็นปัญหามาแก้ไขปรับปรุงพัฒนางาน ซึ่งมีการดำเนินอย่างต่อเนื่องอยู่แล้วจึง

ทำให้ค่านิยฐานความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก เพียงแต่บางครั้งการรายงานสถานการณ์ ยังไม่ทันต่อเวลาที่เหมาะสม ทำให้สถานการณ์บานปลาย และพัฒนาความขัดแย้งสู่ขั้นรุนแรง จนถึงการฟ้องร้องต่อศาล เมื่อผู้วิจัยสร้างรูปแบบใหม่ ให้มีการรายงานสถานการณ์ความขัดแย้งต่อผู้จัดการ ความขัดแย้ง ตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มที่รับรู้และรู้สึกว่ามีความขัดแย้งจากพฤติกรรมการแสดงออกต่างๆ ของผู้ใช้บริการ โดยการสังเกตพฤติกรรม ปฏิกริยา สีหน้า ท่าทาง ความไม่พอใจ และสถานการณ์อันไม่พึงประสงค์ อาทิเช่น “แสดงสีหน้า กริยาไม่พอใจหน้าแดง จ้องหน้า กำมือ” หรือมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในระหว่างการใช้บริการพยาบาล เช่น “ เกิดรก้างและตกเลือดหลังคลอด” เป็นต้น การรายงานตั้งแต่ระยะเริ่มแรกส่งผลทำให้ผู้จัดการความขัดแย้งเข้าไปช่วยแก้ไขความขัดแย้งได้รวดเร็ว อีกทั้งรูปแบบการจัดการความขัดแย้งแบบใหม่ มีแนวทางการเจรจาให้ข้อมูล การไกล่เกลี่ย และการเยียวยาชดเชยผลกระทบจากการรักษาพยาบาล ทำให้ความขัดแย้งไม่ยืดเยื้อ และยุติความขัดแย้งได้เร็วขึ้น จึงส่งผลต่อคะแนนนิยฐานความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาจินดา อายุวัฒน์ (2553) ที่ได้ศึกษากระบวนการจัดการความขัดแย้งด้านการแก้ปัญหาความขัดแย้งที่ปรากฏชัดในระบบบริการสาธารณสุข พบว่า การจัดการความขัดแย้งด้วยสันติวิธี โดยการเจรจาไกล่เกลี่ย เป็นกระบวนการในการจัดการความขัดแย้งให้ยุติลง ไม่นำไปสู่การฟ้องร้อง เป็นผลให้ผู้จัดการความขัดแย้งมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งด้านการรายงานสถานการณ์และการแก้ไขความขัดแย้ง อยู่ในระดับสูงมากและสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ด้านการเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง ด้านการเรียนรู้ และประเมินประสิทธิผลการจัดการความขัดแย้ง และด้านภาพรวมของรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ทั้งสามด้านค่านิยฐานความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง ก่อนการทดลองใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูง และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงมาก และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 อธิบายได้ ดังนี้

1) ด้านการเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง มีค่านิยฐานความพึงพอใจก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง (Med= 41, Range = 24) และหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับสูงมาก และเมื่อเปรียบเทียบค่านิยฐานความพึงพอใจ พบว่า หลังการใช้รูปแบบผู้จัดการความขัดแย้งมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการทดลอง (Med= 43, Range = 14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($z=2.224, p=.026$) เนื่องจากก่อนใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งแบบใหม่ ผู้จัดการความขัดแย้งมีบทบาทไม่ชัดเจนเมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถเข้าไปแทรกแซง และตอบสนองต่อความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาความขัดแย้งก็ต่อเมื่อมีข้อร้องเรียนเป็นลายอักษร หรือจะรอคู้ว่าผู้เกี่ยวข้องยินยอมพอใจให้ดำเนินการเท่านั้น เมื่อผู้วิจัยสร้างรูปแบบใหม่มี

แนวทางให้ผู้จัดการความขัดแย้งได้เข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง เพื่อรับรู้สภาพปัญหาความขัดแย้ง ตั้งแต่แรกเริ่ม โดยเข้าไปปรับฟังปัญหาให้ผู้ให้บริการได้ระบายความคับข้องใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อีกทั้งกำหนดแนวทางปฏิบัติให้ผู้จัดการความขัดแย้งสามารถประสานผู้เชี่ยวชาญด้าน ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความช่วยเหลือทั้งภายในเครือข่ายเขต 8 และภายนอกเครือข่ายเขตสุขภาพอื่น จึงทำให้ ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาสุมาลี ยุทธรววิทย์ (2550) ที่ได้ศึกษา การจัดการความขัดแย้งในการ ทำงาน: ประสิทธิภาพของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ แห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นการ ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้ง สามารถทำได้โดย การจัดระบบงาน และแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจนในการจัดการความขัดแย้ง

2) ด้านการเรียนรู้ และประเมินประสิทธิผล ซึ่งมีค่ามัธยฐานความพึงพอใจก่อน การทดลองใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูง (Med= 12, Range =8) และหลังการทดลองใช้รูปแบบอยู่ใน ระดับสูงมาก และเมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานความพึงพอใจ พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบ ผู้จัดการความขัดแย้งมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการทดลอง (Med= 15, Range =7) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ.05 ($z=2.625, p=.009$) เนื่องจาก ความขัดแย้งมีความเกี่ยวข้องกับทั้งผู้ให้บริการและ ผู้ใช้บริการ เป็นเรื่องละเอียดอ่อน และอ่อนไหว ซึ่งแต่เดิมเมื่อดำเนินการแล้วผู้จัดการความขัดแย้ง จะเก็บรวบรวมข้อมูลโดยรักษาเป็นความลับ และสื่อสารเฉพาะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงไม่ก่อให้เกิด การเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในกลุ่มบุคลากรทำให้เกิดประเด็นความขัดแย้งซ้ำใน หน่วยงานอื่นๆ เมื่อผู้วิจัยสร้างรูปแบบใหม่ โดยออกแบบ การบันทึกเรื่องราวความขัดแย้งมีระบบ การจัดเก็บรวบรวมข้อมูลการจัดการความขัดแย้งทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยจัดเก็บในระบบ คอมพิวเตอร์และประสานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เชื่อมโยงในระบบการบริหาร ความเสี่ยงโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์และรักษาความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ ให้บริการ และผู้ให้บริการ จึงทำให้ผู้จัดการความขัดแย้งได้มีโอกาสเรียนรู้จากกรณีศึกษาเพื่อเป็น ประโยชน์ในการจัดการความขัดแย้งในกรณีอื่นๆต่อไป ทำให้ความพึงพอใจของผู้จัดการความ ขัดแย้งหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

3. ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่อง ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ ในโรงพยาบาลบึงกาฬ ผู้วิจัยมีข้อเสนอต่อผู้บริหารระดับสูงขององค์กร และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาใน ครั้งนี้ ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

3.1.1 ส่งเสริม สนับสนุน ใ้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ ได้รับการฝึกอบรมการจัดการความขัดแย้ง และมีการฟื้นฟู กระตุ้นเป็นระยะๆ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะและเกิดความตระหนักในการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ

3.1.2 ควรจัดหลักสูตรอบรมสำหรับพยาบาลใหม่ เพื่อเตรียมความพร้อมบุคลากร ให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ความขัดแย้ง และจัดการความขัดแย้งได้มีประสิทธิภาพ

3.1.3 นำรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ ในโรงพยาบาลบึงกาฬไปใช้ เพื่อช่วยให้มีการเฝ้าระวังสถานการณ์ความขัดแย้ง ทำให้การรายงานเหตุการณ์ได้ทันเวลาที่เหมาะสม และสามารถเข้าไปจัดการความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้หาโอกาสพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการจัดการความขัดแย้งฯ อย่างต่อเนื่องจะทำให้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการ ในโรงพยาบาลบึงกาฬ มีความชัดเจน และเหมาะสมกับบริบทยิ่งขึ้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของผู้บริหารการพยาบาลกับประสิทธิผลการจัดการความขัดแย้ง ในโรงพยาบาลบึงกาฬ

3.2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการจัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ

3.2.3 รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการในกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ ในโรงพยาบาลบึงกาฬ



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การเปรียบเทียบการรับเรื่อง ร้องเรียนของประชาชน 8 ช่องทาง*. ค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2559, จาก <http://law.hss.moph.go.th/home.jsp>
- กฤษดา แสงดี. (2551). สถานการณ์และแนวโน้มของการบริหารกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล* (หน่วยที่ 6 หน้า 1-57). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จิตรานนท์ โกสิย์รัตนากิบาล. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับการบริหารความขัดแย้งของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสกลนคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- จินดา आयวัฒน์นะ. (2553). *กระบวนการจัดการความขัดแย้งปรากฏชัดในระบบบริการสาธารณสุข*. (ภาคนิพนธ์ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, ปทุมธานี.
- ชัยเสกข์ พรหมศรี. (2550). *การจัดการความขัดแย้งในองค์กร*. กรุงเทพฯ: เอ็ดดิวเคชั่น.
- ชัยสมพล ชาวประเสริฐ, และสุพจน์ กฤษณาธาร. (2549). *รับมืออย่างไรเมื่อถูกค้าโกง*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ณัฐพันธ์ เจริญนนท์. (2551). *พฤติกรรมองค์กร*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- ดวงใจ แสงยศ. (2549). *การกระตุ้นและการป้องกันความขัดแย้งของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ในจังหวัดขอนแก่น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นวรรตน์ สุวรรณพ่อง, อรุณฯ ภาชื่น, นพพร โทวธิระกุล, บุญบา สงวนประสิทธิ์, และปาหนัน พิษยภิญโญ. (2550). *การสื่อสารและพฤติกรรมบริการขัดแย้งภายใต้นโยบาย 30 บาท*. นนทบุรี: สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). *การบริหารการพยาบาล*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- นิถาวรณ รัตนานนท์. (2552). *เพิ่มประสิทธิผลของการพยาบาลด้วยการเจรจาต่อรอง*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 20(1), 51-53.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุพมาศ สันธิราชฤทธิ์. (2555). *กระบวนการเรียนรู้ในการจัดการความขัดแย้งภายในตนเอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประภัศร พงศ์พันธ์พิศาล. (2557). *คุณธรรมและกฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาล*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทร์ทราบรมราชชนนีเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะด้านจรรยาบรรณ จริยธรรม และกฎหมายของพยาบาลวิชาชีพ วันที่ 10-11 กุมภาพันธ์ 2557, กรุงเทพมหานคร. ค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2558, จาก http://www.tnc.or.th/files/2011/03/page-530/_9__27606.pdf
- ประเสริฐศักดิ์ เหมะธูลิน. (2557). *ความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเม็กราย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปรางทิพย์ อุจรัตน. (2541). *การบริหารทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ปริญญา ต้นสกุล. (2546). *จะพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อสร้างพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศได้อย่างไร*. (แผ่นพับ).
- ปรีชาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2547). *จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพมหานคร.
- พิมพ์วรา อัครเชียรลิน. (2554, กันยายน 12). *ขอนแก่น โมเดล*. ค้นเมื่อ 31 ตุลาคม 2554, จาก <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9540000115387>.
- พรทิพย์ ควรคิด. (2551). *ผลของโปรแกรมการแก้ไขความขัดแย้งของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2, 41-51.
- พรนพ พุกกะพันธ์. (2542). *การบริหารความขัดแย้ง*. กรุงเทพฯ: ว.เพ็ชรสกุล.
- ภาวิณี เพชรสว่าง. (2552). *พฤติกรรมองค์การ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: วิรัตน์ เอ็ดดุกะพันธ์.
- มานิต รัชมณี. (2554). *ประสบการณ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลในการจัดการความขัดแย้งในโรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรรแห่งหนึ่ง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- มอริริส, ซี. (2548). *คำขอโทษและการจัดการความขัดแย้งในระบบบริการสาธารณสุขหลักการแนวปฏิบัติ และนโยบาย* [Apology and Managing Conflict in Health Care Settings Principles Practices and Policies] (พิมพ์ครั้งที่ 2) (วันชัย วัฒนศัพท์, บรรพต ดันธิรวงศ์, และศุภณัฐ เพิ่มพูนวิวัฒน์,ผู้แปล) กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.)
- ยุวดี อัครลาวัณย์. (2547). *ความขัดแย้งและการจัดการกับความขัดแย้งในองค์กรพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

- รังสรรค์ ประเสริฐศรี. (2556). *พฤติกรรมองค์กร*. นนทบุรี: กรีนแอปเปิ้ล กราฟฟิต พรีนติ้ง แลนเดา, เอส., แลนเดา, บี., และแลนเดา, ดี. (2549). *การจัดการความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์* [Conflict to Creativity] (นรินทร์ องค์กรอินทร์ และธนิกานต์ มาฆะศิริรานนท์, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ชรรคมลการพิมพ์.
- วิทยา บุรณศิริ. (2555, กรกฎาคม 10). *เผยเรื่องราวเรียนกว่าครึ่งแพทย์ พยาบาลไม่ใส่ใจสื่อสารผู้ป่วย*. ค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2559, จาก <http://www.thairath.co.th/content/274941>
- วิทยาทัศน์ สุขประดิษฐ์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งของผู้บังคับบัญชาภายใต้การรับรู้ของผู้ใต้บังคับบัญชากับความพึงพอใจในงานและความผูกพันต่อองค์กรของผู้ใต้บังคับบัญชา กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพฯ*. (งานวิจัยส่วนบุคคลนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- วิบูลย์ ลีอมงคล. (2551). *พฤติกรรมองค์กร* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ชัยภูมิ: ส.วิทยาการพิมพ์.
- วิภาส ทองสุทธิ. (2552). *พฤติกรรมองค์กร*. กรุงเทพฯ: อินทภาส.
- วงศา เลหาศิริวงศ์. (2548). *พฤติกรรมองค์กรและการพัฒนาองค์การสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ทีไอ พีคอมพิวเตอร์.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์, สมชาย หิรัญกิตติ, และชนวรรษ ตั้งสินทรัพย์ศิริ. (2550). *การจัดการและพฤติกรรมองค์กร*. กรุงเทพฯ: ชีระฟิล์ม และไซเท็กซ์.
- สักรินทร์ ไกรสร. (2548). *ทักษะเกี่ยวกับความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดชัยภูมิ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สถาบันพระปกเกล้า. (2559). *หลักสูตรแนวคิดพื้นฐานการจัดการความขัดแย้งด้วยสันติวิธี*. ค้นเมื่อ 28 กรกฎาคม 2559, จาก <http://hrd.catttelecom.com/page367> โครงสร้าง
- สภาการพยาบาล. (2551). *แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: จุฑทอง.
- สารัตน์ สองเมืองสุข, ธวัช ชาญชญานนท์, และอุมาพร มุณีแนม. (2554). *การจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง*. *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2554* (หน้า 623-628). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.
- สารภี นพคุณ. (2556). *การพัฒนารูปแบบการจัดการความขัดแย้งของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลเม็งราย จังหวัดเชียงราย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

- สุพัตรา จิตตเสถียร. (2550). แบบจำลองความคิดการจัดการความขัดแย้งในสถานพยาบาลของรัฐระดับจังหวัด: กรณีศึกษาสถานพยาบาลของรัฐจังหวัดพิษณุโลก. *วารสาร ว.ทันต. ขอนแก่น*, 10 (1), 39-40.
- สุภาพ ประพันธ์. (2548). *การบริหารความขัดแย้งของคณะกรรมการบริหารในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุมาลี ยุทธวรวิทย์. (2550). *ประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการจัดการความขัดแย้งในที่ทำงาน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- โสภารวรรณ มั่นเขตวิทย์. (2556). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 18*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- สร้อยตระกูล อรรถมานะ. (2541). *พฤติกรรมองค์การ: ทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. (2540). *ความขัดแย้งการบริหารเพื่อสร้างสรรค์*. กรุงเทพฯ: ต้นอ้อ แกรมมี่.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *การศึกษาศาสนการณ์และแนวโน้มการบริการพยาบาลในประเทศไทย*. นนทบุรี: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).
- สำนักบริการประชาชนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2549). *สถานการณ์การเรียนรู้และคุ้มครองสิทธิของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพปี 2548*. นนทบุรี: สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- เสาวลักษณ์ นิกรพิทยา. (2550). *การจัดการและพฤติกรรมองค์การ*. มหาสารคาม: คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- อนุชา กาศลังกา. (2556). การศึกษาปัญหาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถูกฟ้องเนื่องจากการรักษาพยาบาล. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 9(1), 57-69.
- อภิญา วังศรีพิริโยธา. (2550). *คุณภาพของเครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ*. ค้นเมื่อ 3 กันยายน 2559, จาก http://www.nu.msu.ac.th/2010/krongkan/5apinya_w.pdf.

- อุบล ชีเฮ็ง. (2553). *การบริหารความขัดแย้งในสถานการณ์ต่างๆของงานบริการสุขภาพ*. การประชุมวิชาการ เรื่อง การบริหารความขัดแย้ง: กลยุทธ์สร้างสรรค์สู่งานพยาบาลสร้างสุข ประจำปี 2553 (เอกสารหมายเลข 7). กรุงเทพฯ: สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลสภาวิชาชีพและวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- เอกชัย บุญยาริษฐาน. (2555). *การบริหารความขัดแย้งในองค์กร*. กรุงเทพฯ: ปัญญาชา.
- Abudahi, A. H., Fekry, N. E. A., & Elwahab, E. A. (2012). Relationship between Perceived Organizational Climate and Conflict Management Strategies among Nurses in Cairo University Hospitals. *Researcher*, 4(7), 29-38.
- Agwu, M. O. (2013). Conflict Management and Employees Performance in Julius Berger Nigeria PLC. Bonny Island. *International Journal of Academic Research in Management (IJARM)*, 2(4), 125-139.
- Aiyede, E. R. (2006). *Theory in Conflict Management*. Lagos: National Open University of Nigeria.
- Al-Hamdan, Z. (2008). *Conflict Management Styles Used by Nurse Managers in the Sultanate of Oman*. Thesis submitted in partial fulfilment of the requirements of the award of Doctor of Philosophy. De Montfort University, Leicester.
- Anthony, C. O. (2012). *Conflict Management in Health care Organization*. A protocol for a study in Umoru Shehu ultramodern hospital Maiduguri Northeast Nigeria, Umea International School of Public Health, Sweden.
- Artimany, N. S., & Gilogir, L. D. (2013). Job Satisfaction Among Employees In Small Scale Industries, Visakhapatnam. *Journal of Business Management & Social Sciences Research*, 2(1), 20-26.
- Brinkert, R. (2011) Conflict coaching training for nurse managers: a case study of a two-hospital health system. *Journal of Nursing Management*, 19, 80–91.
- College of Nurses of Ontario. (2009). *Conflicts Prevention and Management*. Toronto: College of Nurses of Ontario.
- Cronbach, L. J. (1951). Cronbach's alpha [Web Wikipedia, the free encyclopedia]. Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/Cronbach%27s_alpha
- Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., Donnelly, J. H., & Konopaske, R. (2012). *Organization: Behavior, Structure, Processes*. 14 ed. New York: McGraw-Hill.

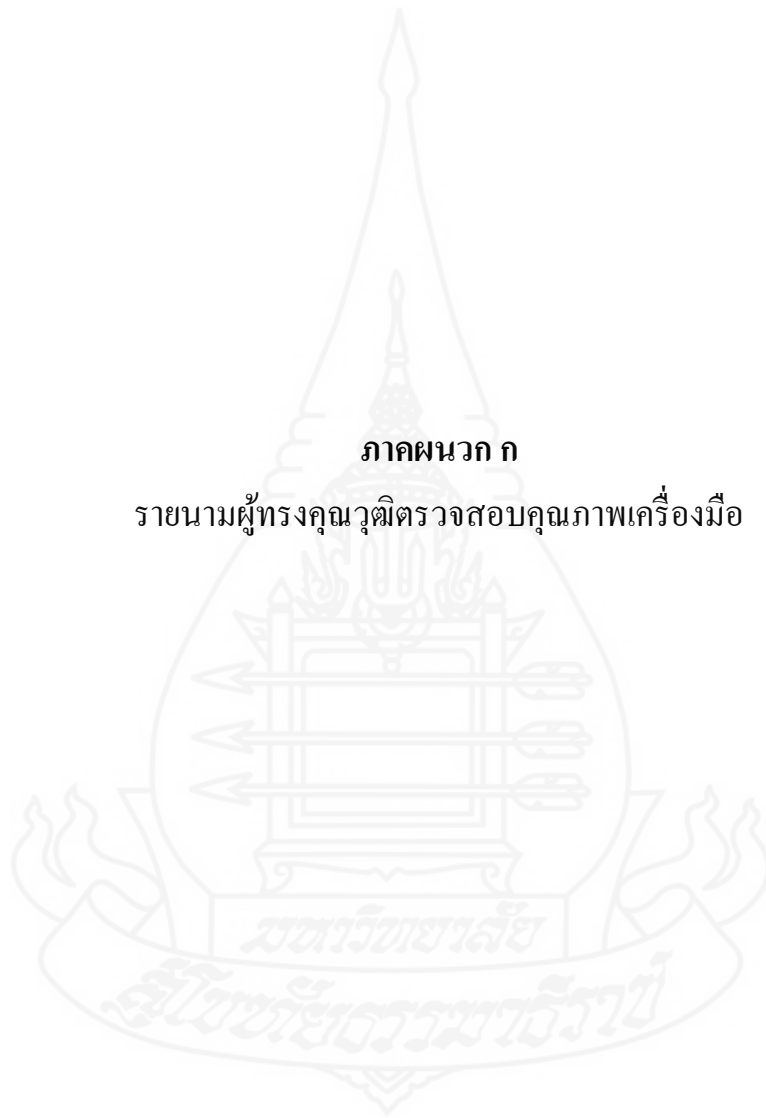
- Graham, S. (2009). The Effects of Different Conflict Management Styles on Job Satisfaction in Rural Healthcare Settings. *Economics & Business Journal: Inquiries & Perspectives*, 2(1), 71-85.
- Hendel, T., Fish, M., & Galon, V. (2005). Leadership style and choice of strategy in conflict management among Israeli nurse managers in general hospitals. *Journal of Nursing Management*, 13, 137–146.
- Johns, G. & Michael, A. (2001). *Organization behavior: understanding and managing life at work*. Toronto: Pearson Education Canada.
- Kim, K., Baik, S., & Kim, H. (2002). The Experience of the Nurse's Conflicts. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32 (7), 1032-1038.
- Luthans, F. (2011). *Organizational Behavior: An Evidence-Based Approach*. New York: McGraw-Hill.
- McShane, S. L., & Glinow M. A. (2005). *Organization behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Rahim, A. M. (2001). *Managing conflict in organization*. America: greenwood.
- _____. (2002). Toward A Theory of Managing Organization Conflict. *The International Journal of Conflict Management*, 13(3), 206-235.
- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2013). *Organization behavior*. America: Pearson.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิร่วมพิจารณา
เครื่องมือวิจัย 5 ท่านดังนี้

1. อาจารย์ ดร.สมสมัย สุธีรสานต์ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชานี
จังหวัดนครนายก
2. อาจารย์ ดร.จิตรศิริ ตันติชาติกุล นักวิจัยทางการแพทย์ โรงพยาบาลเลย
จังหวัดเลย
3. อาจารย์ ดร.วารี วนิชปัญญาผล นักวิชาการพยาบาลชำนาญพิเศษ
กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการพยาบาล สำนัก
พยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. ผศ.นภาพิพย์ ตั้งตรีจักร รองคณบดีฝ่ายบริหาร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
มหาวิทยาลัยนครพนม
5. อาจารย์ พิมพัวรา อัครเธียรสิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 114/5 และหัวหน้าศูนย์
สันติวิธี (การจัดการความขัดแย้ง)โรงพยาบาล
ขอนแก่น



ที่ ศธ 0522.26/ว 805

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

9 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.จิตรศิริ คันทิชาติกุล

ด้วย นางสุนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและโรงพยาบาลบึงกาฬ” โดยมี อาจารย์
ดร.ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือ
การวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และ
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว เป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นางสุนันท์ นกทอง : 086-857-8279

ที่ ศธ 0522.26/ว 805



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๑ กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเลข

ด้วย นางสุนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและโรงพยาบาลบึงกาฬ” โดยมี อาจารย์
ดร.ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือ
การวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์ ดร.จิตรศิริ ดันติชาติกุล เป็นผู้
มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นางสุนันท์ นกทอง : 086-857-8279

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร.จิตรศิริ ดันติชาติกุล



ที่ ศธ 0522.26/ว ๘๐๕

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

9 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.สมสมัย สุธีรสานต์

ด้วย นางสุนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและโรงพยาบาลบึงกาฬ” โดยมี อาจารย์ ดร.ชินจิตร โพธิ์ศัพท์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว เป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นางสุนันท์ นกทอง : 086-857-8279



ที่ ศธ 0522.26/ว 805

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

9 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากร ในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ด้วย นางสุนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและโรงพยาบาลบึงกาฬ” โดยมี อาจารย์ ดร.ฉันทจิตร โพธิศัพท์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์ ดร.สมสมัย สุธีรสานต์ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นางสุนันท์ นกทอง : 086-857-8279

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร.สมสมัย สุธีรสานต์



ที่ ศธ 0522.26/ว ๘๐๖

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

9 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ พิมพ์วรา อัครเชียรสิน

ด้วย นางสุนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและโรงพยาบาลบึงกาฬ” โดยมี อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือ การวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และ ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว เป็นอย่างดียิ่ง จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือใน การทำ วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นางสุนันท์ นกทอง : 086-857-8279



ที่ ศธ 0522.26/ว ๘๐๕

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๑ กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลขอนแก่น

ด้วย นางสุนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและโรงพยาบาลบึงกาฬ” โดยมี อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือ การวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์พิมพ์วรา อัครเชียรสิน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นางสุนันท์ นกทอง : 086-857-8279

สำเนาเรียน อาจารย์ พิมพ์วรา อัครเชียรสิน

ที่ ศธ 0522.26/ว 805



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๑ กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์วารี วนิชปัญจพล

ด้วย นางสุนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและโรงพยาบาลบึงกาฬ” โดยมี อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือ การวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และ ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว เป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นางสุนันท์ นกทอง : 086-857-8279

ที่ ศธ 0522.26/ว 805



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

9 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการพยาบาล

ด้วย นางสุนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและโรงพยาบาลบึงกาฬ” โดยมี อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์วารี วนิชปัญญาพล เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นางสุนันท์ นกทอง : 086-857-8279

สำเนาเรียน อาจารย์ วารี วนิชปัญญาพล

ที่ ศธ 0522.26/ว ๘๐๕



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๑ กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์นภาพิพย์ ตั้งศรีจักร

ด้วย นางสุนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและโรงพยาบาลบึงกาฬ” โดยมี อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โปธิศัพท์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว เป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นางสุนันท์ นกทอง : 086-857-8279

ที่ ศบ 0522.26/ว 805



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

9 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

ด้วย นางสุนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและโรงพยาบาลบึงกาฬ” โดยมี อาจารย์ ดร.ชัชฉัตร โพธิศัพท์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์นภาพิพย์ ตั้งศรีจักร เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นางสุนันท์ นกทอง : 086-857-8279

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์นภาพิพย์ ตั้งศรีจักร

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
 โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096
 School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood, Pakkred,
 Nonthaburi 11120
 Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่ 1 / 2559

ชื่อโครงการวิจัย ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการ
 โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
 เลขที่โครงการ/รหัส ID 2585100874
 ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสุนันท์ นกทอง
 ที่ทำงาน โรงพยาบาลบึงกาฬ ตำบลบึงกาฬ อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ 43140

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
 การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม
 (อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
 (รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2559



ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาลบึงกาฬ

กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 255 ม.1 ต.บึงกาฬ อ.เมืองบึงกาฬ จ.บึงกาฬ โทร.042-491161-3 (ต่อ 291)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบึงกาฬ ดำเนินการให้การรับรองโครงการ
การวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki
และ CIOMS Guideline

เอกสารรับรองเลขที่ : HE 58004

ชื่อโครงการ : ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ
โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

เลขที่โครงการวิจัย : 2015 - 04

ผู้วิจัยหลัก : นางสุนันท์ นกทอง

สังกัดหน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน (Expedited review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้น

เอกสารที่รับรอง : 1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. หนังสือยินยอมผู้เข้าร่วมวิจัย
3. แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : 1 ธันวาคม 2558

วันที่หมดอายุ : 1 ธันวาคม 2559

ลงนาม.....*Omni*.....ลงนาม.....*๒๗๖*.....

(นายอนาวิน ประภาวงศ์)

(นางนุชญา เชื้อเวียง)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....*พิสิทธ์พงษ์*.....

(นายพิสิทธ์พงษ์ บึงมม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



ภาคผนวก ค

หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย



ที่ ศบ 0522.26/ค 1035

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๕ สิงหาคม 2558

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลนครพนม

ด้วย นางสาวนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิจัย เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ" โดยมี อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 15 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานในรายละเอียดเกี่ยวกับวัน เวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาวิจัย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ๕1๐1๕1๖๐๐

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ 086-857-8279 (นางสุนันท์ นกทอง)

ที่ ศธ 0522.26/๑ 1035



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๕ สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุญาตให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลนครพนม

ด้วย นางสุนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิจัย เรื่อง “ผลการใช้
รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ” โดยมี อาจารย์
ดร.ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการ
วิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยใช้
แบบสอบถาม ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาล
บึงกาฬ จำนวน 15 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานในรายละเอียดเกี่ยวกับวัน เวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือ
การศึกษาวิจัย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เพ็ญภาณี ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ 086-857-8279 (นางสุนันท์ นกทอง)



ที่ ศธ 0522.26/ก 1035

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๕ สิงหาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

ด้วย นางสุนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิจัย เรื่อง “ผลการใช้
รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ” โดยมี อาจารย์
ดร.ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการ
วิจัย

ในกรณีนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยใช้
แบบสอบถาม ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาล
บึงกาฬ จำนวน 15 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานในรายละเอียดเกี่ยวกับวัน เวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือ
การศึกษาวิจัย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ท่องคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ท่องคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

รักษาการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ 086-857-8279 (นางสุนันท์ นกทอง)



ที่ ศธ 0522.26/ว 1035

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

15 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุญาตขอให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสกลนคร

ด้วย นางสุนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิจัย เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ” โดยมี อาจารย์ ดร.ชินจิตร์ โพธิ์ดีพิฬุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในกรณีนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 15 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานในรายละเอียดเกี่ยวกับวัน เวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาวิจัย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เสกสรรค์ ห่องคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ห่องคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ 086-857-8279 (นางสุนันท์ นกทอง)



ที่ ศธ 0522.26/ท 1035

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

25 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร

ด้วย นางสาวสุนันท์ นกทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิจัย เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ” โดยมี อาจารย์ ดร.ชินจิตร์ โพธิ์ศัพท์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 15 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานในรายละเอียดเกี่ยวกับวัน เวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาวิจัย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เพ็ญศรี ทองคำรอด
(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ 086-857-8279 (นางสุนันท์ นกทอง)

เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ดิฉัน นางสาวสุนันท์ นกทอง นักศึกษาปริญญาโท แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช กำลังทำการวิจัยเรื่อง ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งและ เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ ซึ่งประโยชน์ของงานวิจัยครั้งนี้ โรงพยาบาลบึงกาฬมีรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง และเป็นแนวทางการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ให้บริการ

เมื่อท่านได้ทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ของงานวิจัยครั้งนี้แล้วดิฉันใคร่ขอเรียนเชิญท่าน เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้เห็นชื่อแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยและขอความร่วมมือจากท่านตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ซึ่งประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการพยาบาลต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง โดยใช้ระยะเวลา 20-30 นาที การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน หากว่าท่านไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการ หรือต้องการยุติการเข้าร่วมโครงการ ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลซึ่งท่านจะไม่สูญเสียประโยชน์ใดๆที่ท่านควรได้รับและไม่มีผลใดๆต่อการประเมินผล ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ รวมทั้งจะไม่มีการอ้างอิงชื่อของท่านในรายการใดๆที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้การนำข้อมูลไปอธิบายหรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น สิทธิประโยชน์อื่นอันจะเกิดผลการวิจัยให้เป็นไปตามระเบียบและข้อบังคับของมหาวิทยาลัย

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวสุนันท์ นกทอง ได้ที่ โทรศัพท์ 095-671-4946 หรืออาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โทธิศัพท์สุข โทรศัพท์ 081-442-9995 (ในเวลาราชการ) หรือถ้าหากท่านมีปัญหาเรื่องสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช โทรศัพท์ 02-504-8063-7 (ในเวลาราชการ)

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือ

ลงนาม (ผู้วิจัย)

(นางสุนันท์ นกทอง)

วันที่ เดือน พ.ศ.....

เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

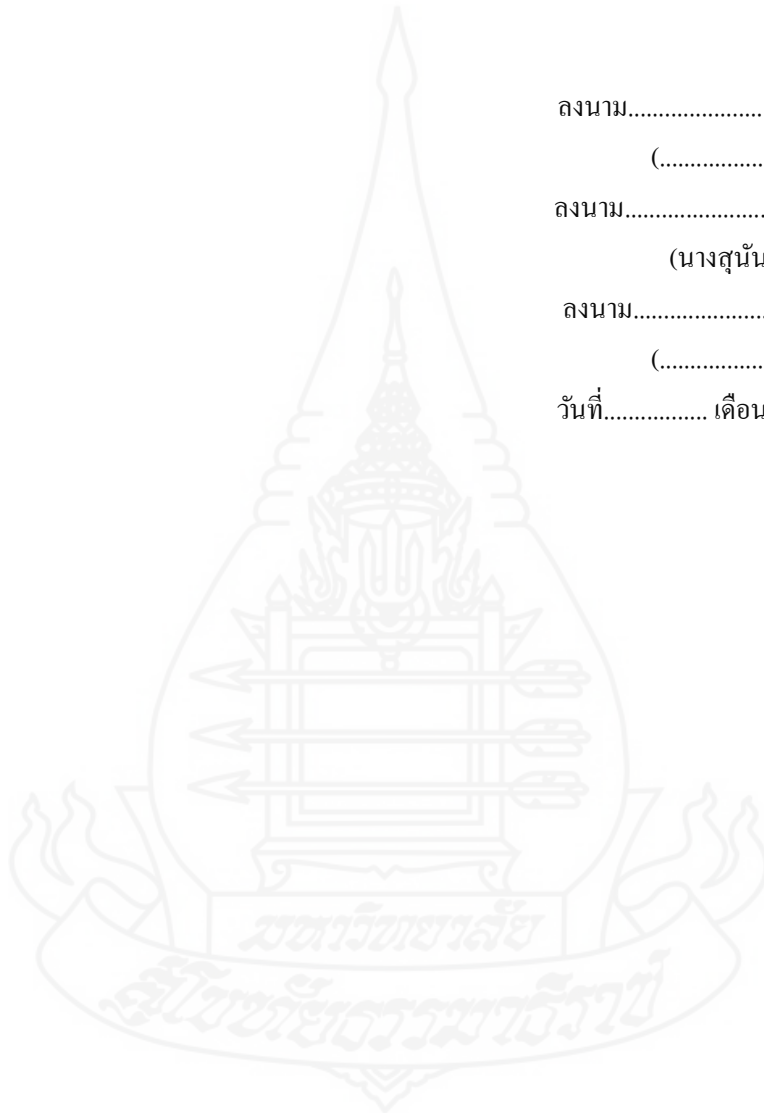
ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดย
ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัยตามที่ได้อ่านข้างต้นแล้วและขอลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็น
หลักฐานประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ของข้าพเจ้า

ลงนาม..... (ผู้ยินยอม)
(.....)

ลงนาม..... (ผู้วิจัย)
(นางสุนันท์ นกทอง)

ลงนาม..... (พยาน)
(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

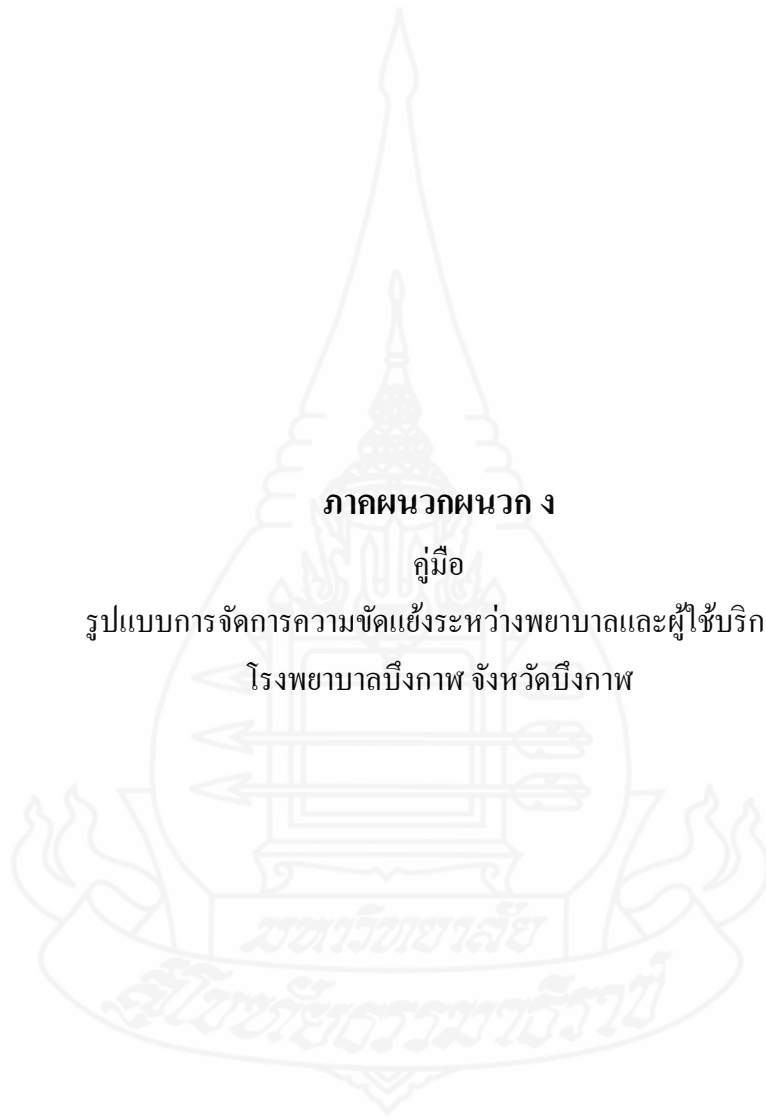


ภาคผนวกผนวก ง

คู่มือ

รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ

โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ



คู่มือ

**รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่าง
พยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาล
บึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ**

2558

ชื่อนักศึกษา นางสาวนันท์ นกทอง รหัส 2585100874

แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

E-mail : Sunantoy2403@gmail.com โทรฯ 095-671-4946

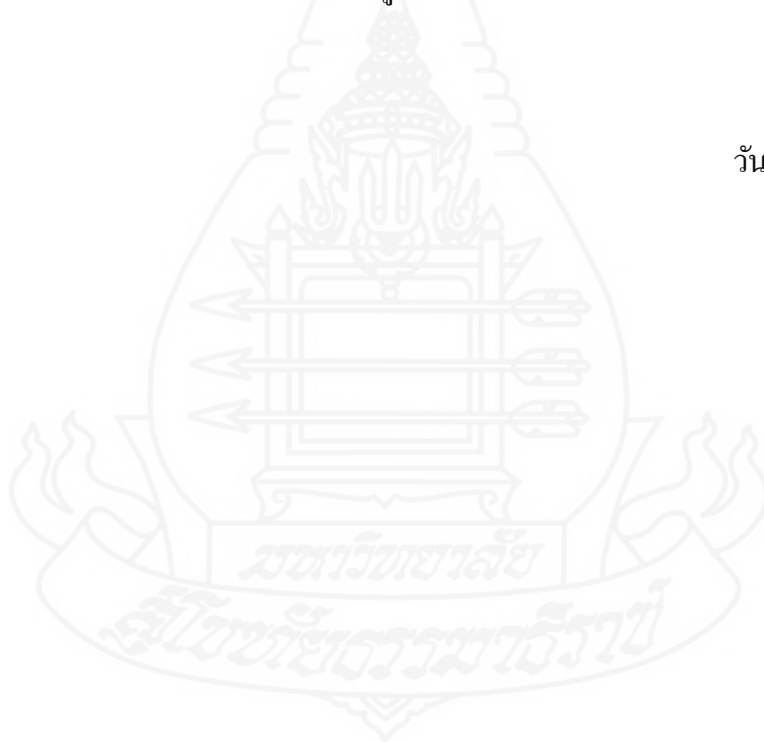
คำนำ

คู่มือการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการโรงพยาบาลบึงกาฬ ผู้ศึกษาวิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของราฮิม (Rahim, 2002) เพื่อมุ่งหวังให้โรงพยาบาลบึงกาฬ มีรูปแบบในการจัดการความขัดแย้ง และกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลมีแนวทางการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลด้านการจัดการความขัดแย้ง พร้อมทั้งสร้างความเชื่อมั่น และมั่นใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการความขัดแย้งให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการนี้ผู้ศึกษา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการจัดการความขัดแย้งจะเป็นประโยชน์ และสร้างคุณค่าให้แก่ผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ และขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการ ทำให้คู่มือการจัดการความขัดแย้งมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สุนันท์ นกทอง

วันที่ 30 ธันวาคม 2558



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทที่ 1 บทนำ	109
▪ ความสำคัญของการจัดการความขัดแย้ง	109
▪ วัตถุประสงค์	109
บทที่ 2 การดำเนินงานการจัดการความขัดแย้ง	110
▪ โครงสร้างการจัดการความขัดแย้ง	110
▪ ขอบเขตการจัดการความขัดแย้ง	111
▪ บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบ	111
▪ นิยามคำศัพท์เฉพาะ	112
บทที่ 3 รูปการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ	114
▪ ขั้นตอนการจัดการความขัดแย้ง	115
ภาคผนวกคู่มือ	123
▪ เอกสาร 1 โครงสร้างการดำเนินงานความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ	124
▪ เอกสาร 2 แบบบันทึกเรื่องความขัดแย้ง	125
▪ เอกสาร 3 นโยบายการจัดการความขัดแย้ง	126
▪ เอกสาร 4 แนวทางการช่วยเหลือผู้ใช้บริการที่ได้รับผลกระทบ ทางการแพทย์ โรงพยาบาลบึงกาฬ	127

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญของการจัดการความขัดแย้ง

ปัจจุบันสถานการณ์ความขัดแย้ง และการร้องเรียนในระบบบริการสาธารณสุขมีแนวโน้มมากขึ้น เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ความคาดหวังความต้องการบริการของผู้ใช้บริการ หากไม่สามารถตอบสนองได้ ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจกลัวที่จะสะท้อนความรู้สึกออกสื่อสาธารณะ ที่มีหลากหลายช่องทาง ทำให้การจัดการความขัดแย้งมีความยุ่งยากและซับซ้อนเพิ่มขึ้น การจัดการความขัดแย้งนับว่ามีความจำเป็นสำหรับผู้ให้บริการทุกระดับ หากผู้ให้บริการมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการความขัดแย้ง จะสามารถดักจับสถานการณ์ความขัดแย้งได้ในระยะแรกๆ ความขัดแย้งไม่บานปลาย ทำให้การจัดการความขัดแย้งง่ายขึ้นเช่นกัน ซึ่งมีผลดีต่อบรรยากาศการทำงาน การขับเคลื่อนองค์กรได้อย่างต่อเนื่อง บรรลุเป้าหมายองค์กร และในทางตรงกันข้ามถ้าไม่สามารถจัดการความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ประสิทธิภาพขององค์กรต่ำลง การจัดการความขัดแย้งจึงเป็นเรื่องสำคัญขององค์กร

ที่ผ่านมาในโรงพยาบาลบึงกาฬการจัดการความขัดแย้งยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งการจัดการความขัดแย้งจะขึ้นกับสมรรถนะ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล บางครั้งทำให้สถานการณ์บานปลาย ปัญหาความขัดแย้งมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น ขาดต่อการจัดการความขัดแย้ง จนเกิดการฟ้องร้องคดี ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารองค์กรพยาบาลจึงสนใจศึกษาการจัดการความขัดแย้ง และได้นำแนวคิดของราฮิม (Rahim, 2002) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการ โดยรูปแบบการจัดการความขัดแย้งของราฮิม ได้กล่าวถึง กระบวนการจัดการความขัดแย้ง (Managing Conflict Process) ซึ่ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวินิจฉัยความขัดแย้ง (Diagnosis) การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง (Intervention) การแก้ไขความขัดแย้ง (Conflict) และการเรียนรู้และประเมินประสิทธิผล (Learning & Effectiveness) ซึ่งกระบวนการจัดการความขัดแย้งตามแนวคิดของราฮิม มีขั้นตอนไม่ซับซ้อน ง่ายที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการความขัดแย้งในองค์กร และที่สำคัญกระบวนการจัดการความขัดแย้งของราฮิม มีความแตกต่างจากนักวิชาการหลายท่าน คือ มีขั้นตอนการเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลการจัดการความขัดแย้ง ที่ผู้จัดการความขัดแย้งได้มีการ รวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินผล และนำมาจัด ระบบสารสนเทศ เพื่อการเรียนรู้ การจัดการความขัดแย้ง ทั้งในและนอกองค์กร เพื่อหวังให้เกิดผลในการป้องกัน และลดปัญหาความขัดแย้ง รวมทั้งสร้างความมั่นใจสำหรับผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ

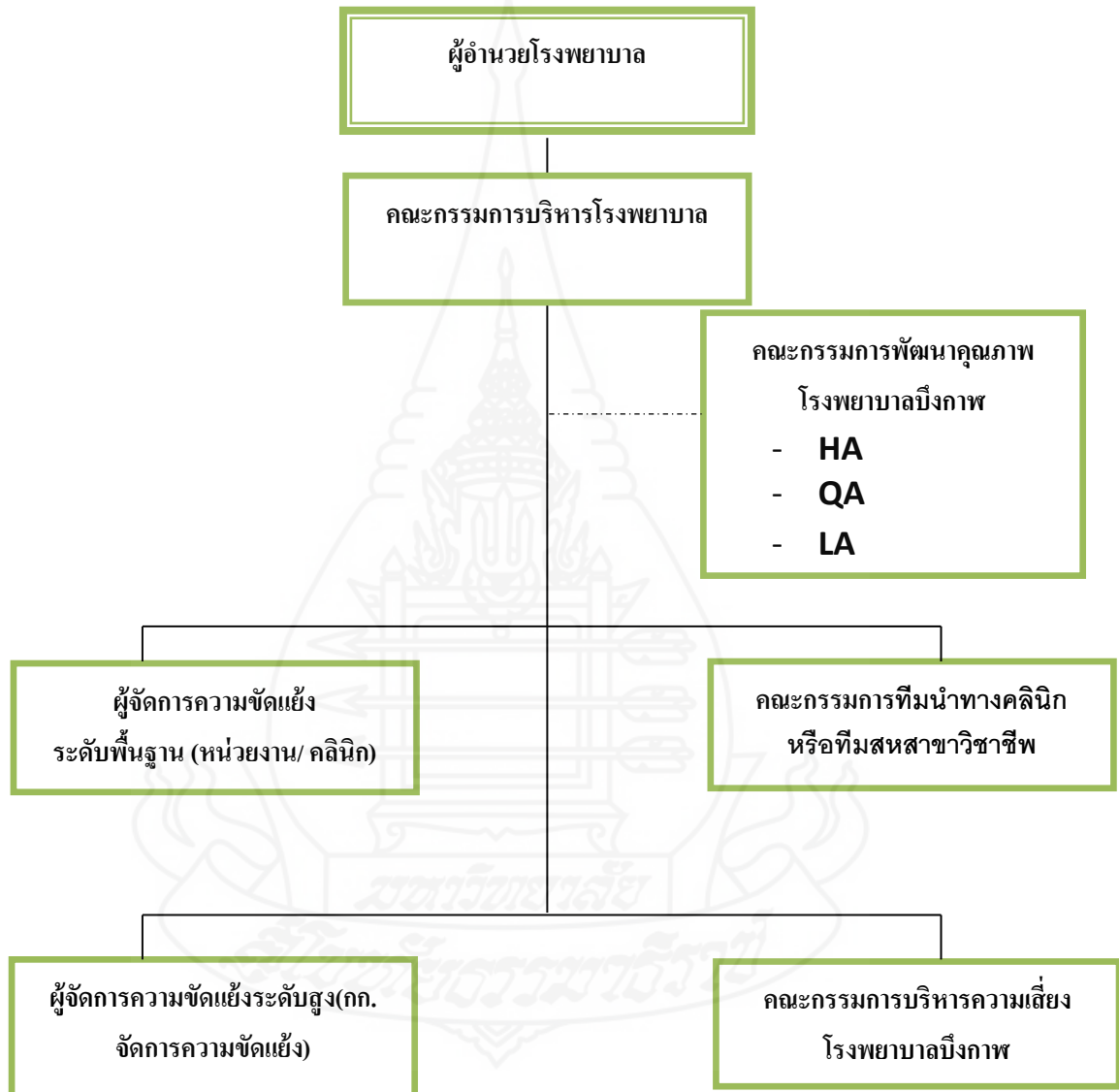
1.2 วัตถุประสงค์

เพื่อให้โรงพยาบาลบึงกาฬมีรูปแบบในการจัดการความขัดแย้ง และกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบึงกาฬ มีแนวทางการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ด้านการจัดการความขัดแย้ง

บทที่ 2

การดำเนินงานการจัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ จ.บึงกาฬ

2.1 โครงสร้างการจัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ (เอกสาร 1)



ภาพที่ 2.1 โครงสร้างการจัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ

2.2 ขอบเขตการจัดการความขัดแย้ง

รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการพยาบาล โรงพยาบาลบึงกาฬ ครอบคลุม ความรุนแรงของความขัดแย้งระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง ผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ 2 ระดับ ดังนี้

2.2.1 ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐาน หมายถึง ผู้บริหารทางการแพทย์ ได้แก่ หัวหน้าทีมคลินิก หรือหัวหน้าหน่วยงาน หรือหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทุกแผนก หรือพยาบาลตรวจการนอกเวลา และได้ มอบหมายให้จัดการความขัดแย้งที่มีระดับความรุนแรงของความขัดแย้งระดับต้น

2.2.2 ผู้จัดการความขัดแย้งระดับสูง หมายถึง คณะกรรมการจัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง ของศูนย์สันติวิธีสาธาณสุข อย่างน้อย ระดับต้น และหรือหลักสูตรอื่นที่เกี่ยวข้อง และเป็นผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งมาเพื่อเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการ ความขัดแย้งที่มีระดับความรุนแรงของความขัดแย้งระดับกลางขึ้นไป เพื่อให้ความขัดแย้งบรรเทาเบาบาง หรือยุติ หรือไม่ฟ้องร้องดำเนินคดี

2.3 บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการความขัดแย้ง

2.3.1 ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐาน กำหนดให้หัวหน้าทีมคลินิก หรือหัวหน้าหน่วยงาน หรือ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทุกแผนก หรือพยาบาลตรวจการนอกเวลามีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- 1) **รายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง** ตามระดับความรุนแรงของความขัดแย้ง และเข้าไปเผชิญ ปัญหาความขัดแย้ง
- 2) **รวบรวมข้อมูล** ทบทวนประเด็นความขัดแย้ง และวิเคราะห์ความรุนแรง หากความขัดแย้งมี ความรุนแรงระดับต้น ให้หน่วยงานดำเนินการจัดการความขัดแย้ง
- 3) **กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง** หรือปรับกระบวนการทำงาน หรือวิธีการทำงาน ใหม่ โดยประชุมปรึกษาหารือ ระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ของผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 4) **สื่อสารแนวทางการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง** แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ให้รับทราบ และให้ปฏิบัติ ตามแนวทางที่กำหนด
- 5) **เฝ้าระวังสถานการณ์การเกิดความขัดแย้งซ้ำในหน่วยงาน**
- 6) **รายงาน และรวบรวมแนวทางการแก้ไขความขัดแย้ง** ที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง หรือ ศูนย์คุณภาพ

2.3.2 ผู้จัดการความขัดแย้งระดับสูง มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- 1) **กำหนดเป้าหมายการจัดการความขัดแย้ง** ยึดมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์บริการหลักประกัน สุขภาพในหน่วยบริการ (สปสช.) เช่น ระยะเวลาการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ไม่เกิน 30 วัน นับแต่รับรายงาน สถานการณ์

2) **เป็นนักเจรจาไกล่เกลี่ย** ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลางของศูนย์สันติวิธี สาธารณสุข อย่างน้อยระดับต้น หรือเป็นผู้ประสานนักเจรจาไกล่เกลี่ยเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 8 และระดับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอความช่วยเหลือ รวมทั้งเป็นผู้ประสานหัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้ให้บริการ หรือผู้ที่ได้ส่วนเสีย และประชุมปรึกษาหารือ ระดมสมอง เพื่อแก้ไขปัญหาประเด็นความขัดแย้งของผู้ใช้บริการ

3) **รวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริง** ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ รวมทั้งวิเคราะห์ประเด็นความขัดแย้งเพื่อหาทางเยียวยา และดำเนินการฟื้นคืนความสัมพันธ์

4) **เป็นผู้ให้คำปรึกษาการจัดการความขัดแย้ง** หรือได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา ในการจัดการความขัดแย้งให้แก่หน่วยงาน ทีมงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

5) **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสาขาต่างๆ** เพื่อให้ความคิดเห็นความขัดแย้งในการให้บริการทางการแพทย์ เช่น ด้านคุณภาพ มาตรฐานการรักษา และ ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องการดูแลรักษา

5) **จัดทำฐานข้อมูลประเด็นความขัดแย้ง และการจัดการความขัดแย้ง** เพื่อเอื้ออำนวยต่อผู้บริหารองค์กรประกอบการตัดสินใจในระดับนโยบาย

6) **สรุป วิเคราะห์ และรายงานการจัดการความขัดแย้ง** ต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

2.4 นิยามคำศัพท์เฉพาะ

2.4.1 **ความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ** หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ผู้ให้บริการพยาบาล และผู้ให้บริการที่มารับบริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ มีความคิดเห็น มีการรับรู้ ที่แตกต่างกัน เกิดผลกระทบที่ไม่พึงพอใจ หรือเกิดผลกระทบทางลบกับอีกฝ่ายหนึ่ง

2.4.2 **รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง** หมายถึง กระบวนการ หรือขั้นตอน หรือวิธีการ การจัดการความขัดแย้ง ระหว่างผู้ให้บริการพยาบาล และผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อลดระดับความขัดแย้ง แก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่มีลักษณะทำลาย และควบคุมความขัดแย้งให้เป็นความขัดแย้งสร้างสรรค์ โดยเลือกกลยุทธ์ หรือวิธีการแก้ไขความขัดแย้งให้เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ความขัดแย้งตามแนวคิดของ Rahim (2002, pp. 222-229) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวินิจฉัยปัญหาความขัดแย้ง (Diagnosis) การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง (Intervention) การแก้ไขความขัดแย้ง (Conflict) และการเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลการแก้ไขความขัดแย้ง (Learning & Effectiveness) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) **การวินิจฉัยปัญหาความขัดแย้ง** หมายถึง การที่ผู้จัดการความขัดแย้งกำหนดประเด็นความขัดแย้ง การหาสาเหตุ การวิเคราะห์ปัญหา ระดับความรุนแรงของความขัดแย้ง และผลกระทบของความขัดแย้ง รวมทั้งกำหนดแนวทางการรายงานความขัดแย้งสำหรับผู้ให้บริการพยาบาล เมื่อพบเห็นสถานการณ์ความขัดแย้ง

2) **การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง** หมายถึง การที่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมีกรกำหนดนโยบายการจัดการความขัดแย้งของโรงพยาบาล และผู้จัดการความขัดแย้ง กำหนดโครงสร้างบทบาทหน้าที่ เป้าหมายการจัดการความขัดแย้ง การหาแนวทางแก้ไขหรือป้องกันความขัดแย้ง และการสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ

3) **การแก้ไขความขัดแย้ง** หมายถึง การที่ผู้จัดการความขัดแย้งมีการดำเนินการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการพยาบาล โดยเลือกกลยุทธ์ หรือวิธีในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งแบบประนีประนอมโดยใช้เทคนิคการเจรจาต่อรอง (Negotiation) และการชดเชยค่าเสียหายผู้ให้บริการ เพื่อให้ทั้งสองฝ่ายบรรลุข้อตกลงร่วมกัน และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ซึ่งการเจรจาต่อรองมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมการและการวางแผน (Preparation and Planning) 2) การเปิดประชุมเจรจา และการกำหนดกฎเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน (Definition of Ground Rules) 3) การให้ความชัดเจน และการแสดงเหตุผล (Clarification and Justification) 4) การเจรจาต่อรองและการแก้ปัญหา (Bargaining and Problem Solving) และ 5) ปิดการประชุมเจรจาและการนำไปปฏิบัติ (Agreement and Implementation)

4) **การเรียนรู้ และประเมินประสิทธิผลของการจัดการความขัดแย้ง** หมายถึง การที่ผู้จัดการความขัดแย้งได้มีการ รวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินผล และนำมาจัด ระบบสารสนเทศ เพื่อการเรียนรู้การจัดการความขัดแย้ง ทั้งในและนอกองค์กร เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ง่าย เกิดการเรียนรู้ ในการจัดการความขัดแย้ง หรือแก้ไขการจัดการความขัดแย้ง สร้างความมั่นใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริการ และประเมินผลสำเร็จในการจัดการความขัดแย้ง อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.3 **ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ** โรงพยาบาลบึงกาฬ หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ให้บริการไปใช้ ซึ่งประเมินได้จาก ความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ ต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2.4.4 **ผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ** หมายถึง กลุ่มบุคคลซึ่งมีหน้าที่ในการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ให้บริการประกอบด้วย ผู้บริหารทางการแพทย์ และคณะกรรมการจัดการความขัดแย้ง รวมทั้งสิ้น 23 คน ดังนี้

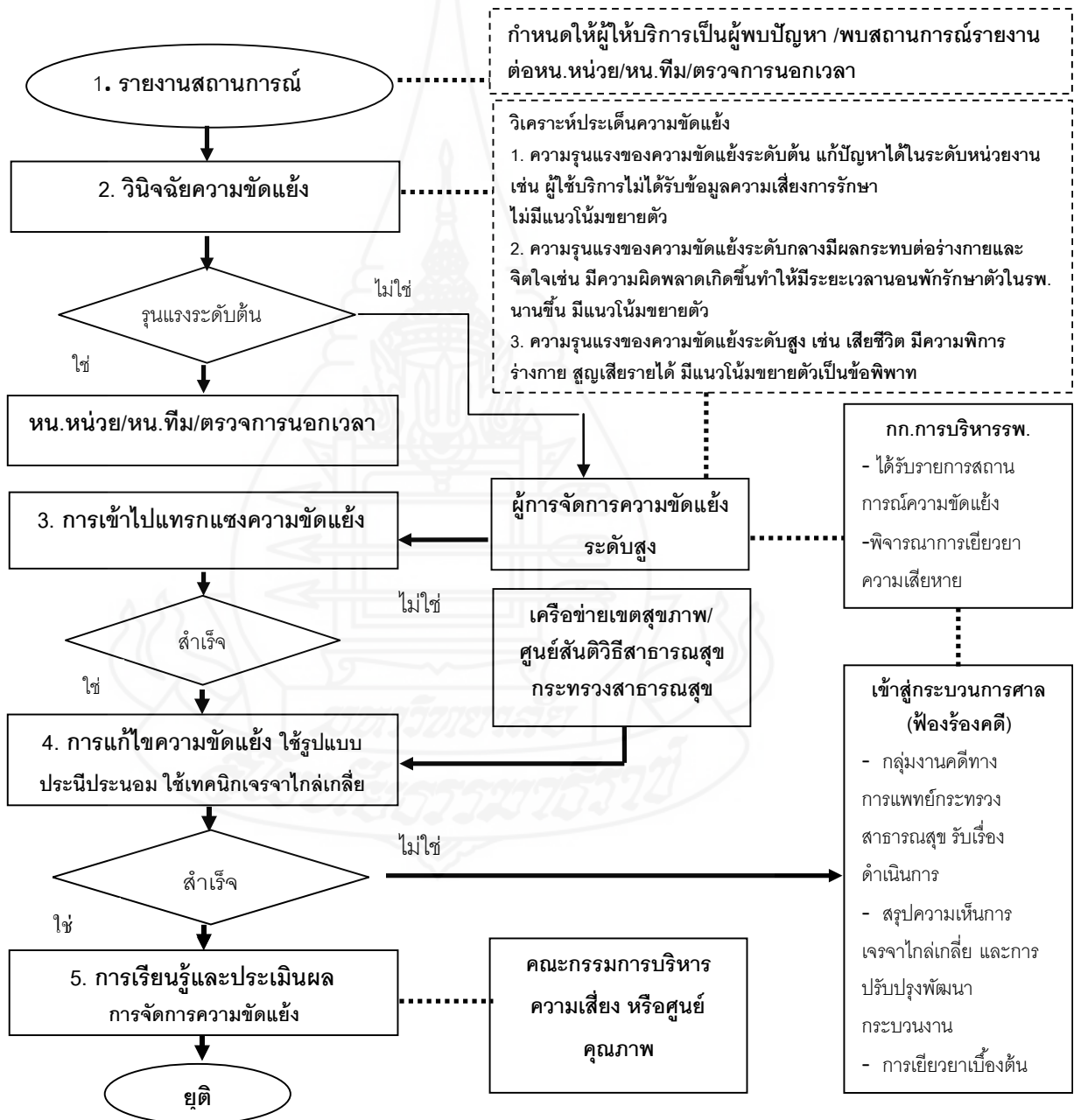
1) **ผู้บริหารทางการแพทย์** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็น หัวหน้าทีม หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทุกแผนกและพยาบาลเวรตรวจการนอกเวลาราชการ ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการจัดการความขัดแย้ง และได้รับมอบหมายให้มีบทบาทหน้าที่ในการจัดการความขัดแย้งในระดับพื้นฐาน

2) **คณะกรรมการจัดการความขัดแย้ง** โรงพยาบาลบึงกาฬ หมายถึง บุคคลที่ได้รับเลือก หรือแต่งตั้งเข้าเป็นคณะทำงาน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลางของศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข และหรือหลักสูตรอื่นที่เกี่ยวข้อง และได้รับมอบหมายให้มีบทบาทหน้าที่ในการจัดการความขัดแย้งในระดับสูง ประกอบด้วย รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด หัวหน้าหอผู้ป่วยวิไอพี หัวหน้างานห้องคลอด และหัวหน้าคลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ

บทที่ 3

รูปการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้สร้างรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ โดยเริ่มจากขั้นตอนการรายงานสถานการณ์ความขัดแย้งและประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการจัดการความขัดแย้งของราฮิม (Rahim, M. A.:2002: 222-229) อีก 4 ขั้นตอน คือ การวินิจฉัยความขัดแย้ง (Diagnosis) การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง (Intervention) การแก้ไขความขัดแย้ง (Conflict) และการเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลการจัดการความขัดแย้ง (Learning & Effectiveness) รวมเป็น 5 ขั้นตอนดังรูปภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการจัดการความขัดแย้ง ประยุกต์ตามแนวคิดของราฮิม (2002, pp.222-229)

3.1 ขั้นตอนการจัดการความขัดแย้ง

การประยุกต์การจัดการความขัดแย้งตามแนวคิดของราฮิม เพื่อให้ผู้จัดการความขัดแย้งของโรงพยาบาล บึงกาฬ สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ไว้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รายงานสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่ความขัดแย้ง เป็นขั้นก่อนการดำเนินการจัดการความขัดแย้ง โดยกำหนดให้ ผู้ให้บริการทุกระดับ เป็นผู้เฝ้าระวังสถานการณ์ความขัดแย้งตั้งแต่แรกเริ่ม เมื่อพบปัญหาในการบริการ หรือเป็นผู้พบสถานการณ์ความขัดแย้งโรงพยาบาล โดยการสังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทางของผู้ใช้บริการที่แสดงความไม่พอใจ หรืออาการหงุดหงิด หรือผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ ทางโทรศัพท์ แบบบันทึกเรื่องความขัดแย้ง (เอกสาร 2) ทางโซเชียลมีเดีย เพื่อไม่ให้เหตุการณ์ความขัดแย้งบานปลาย ให้รายงานต่อหัวหน้าทีม หรือหัวหน้าหน่วย หรือพยาบาลตรวจการนอกเวลา อาทิเช่น สถานการณ์ดังนี้

■ ด้านผู้ใช้บริการ ตัวอย่างสถานการณ์ :

แสดงพฤติกรรมไม่พึงพอใจ เช่น

- “ทำไมไม่ให้แม่ผมนอนโรงพยาบาล ผมเหมารถมา”
- “ น้ำเกลือหมด จนมีเลือดไหลขึ้นสายน้ำเกลือ”
- “เมื่อไหร่หอมมา”
- “แสดงสีหน้า กริยาไม่พอใจหน้าแดง จงหน้า กำมือ”
- “รอนาน 2 ชั่วโมงยังไม่ได้ตรวจ”

ไม่ไว้ใจต้องการไปรักษาที่อื่น เช่น

- “อยู่โรงพยาบาล 2 วัน ไม่ดีขึ้นขอไปรักษาที่รพ.อื่น ”
- “ มีญาติแนะนำให้ไปพบแพทย์ที่รพ.ศูนย์”
- “ผมต้องการพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ”

การสื่อสาร/การให้ข้อมูล เช่น

- “ หอมบอกต่อช่วยหายใจหลุดตอนหอมมาเห็นเด็กเขียวแล้ว”
(ญาติเข้าใจว่าไม่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่)
- “ ผู้ป่วยเดินมารพ.ดีๆ ทำไมตาย ดายเพราะอะไร”
(ไม่ได้รับข้อมูลในการรักษา)
- “ ลูกตายในครรภ์เพราะขาแก้วที่หอมให้”
(หลังให้ยาเด็กในครรภ์เสียชีวิต)

■ ด้านผู้ให้บริการ ตัวอย่างสถานการณ์ :

ใช้คำพูด น้ำเสียงไม่เหมาะสม เช่น

- “ ญาติรอข้างนอกยังไม่ถึงเวลาเยี่ยม ”
- “ แม่..ไม่ให้ทำอะไร ก็ไม่ทำ”

“วางบัตรไว้รอข้างนอก “

“จนท.ไม่ได้กินข้าว คนไข้ไม่ด่วน”

“ป่วยตั้งหลายวัน ทำไมมานอกเวลาราชการ”

“อยากไปรักษารพ.อื่นก็เชิญ”

ขาดความกระตือรือร้นเอาใจใส่ เช่น

“จนท.ผู้ดูแลเล่น โทรศัพท์”

“ขณะทำหัตถการผู้ป่วยเจ้าหน้าที่พูดคุยกันเรื่องอื่น”

“จนท.นั่งคุยกัน ขาดการติดตามอาการผู้ป่วย”

ไม่ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น

“ให้เลือดผิดกลุ่ม”

“แจกยาผิดให้ผู้ป่วย”

“รกก้างและตกเลือดหลังคลอดเสียชีวิต”

“ตกเตียงเสียชีวิต”

“ขณะรอตรวจผู้หยุดหายใจ ต่อมาเสียชีวิต”

■ ด้านโครงสร้างองค์กร และอื่นๆ ตัวอย่างสถานการณ์ :

ข้อจำกัดด้านทรัพยากร เช่น

“ ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญครบทุกสาขา”

“ผู้ป่วยไม่ต้องการไปผ่าตัดที่อื่น แต่รพ.ไม่สามารถรักษาได้”

“หัวหน้าส่วนราชการนอนรักษาในรพ. ไม่มีห้องพิเศษว่าง

ระบบบริการ/ความคาดหวัง เช่น

“ การตรวจสุขภาพไม่มีแพทย์ตรวจเฉพาะ”

“ ไม่มีห้องตรวจผู้ป่วย วี ไอ พี”

“ รถนำส่งผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุ ระหว่างนำส่งผู้ป่วย”

“ เป็นโรงพยาบาลจังหวัด รักษาไม่ได้หรือ”

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยความขัดแย้ง เป็นขั้นตอนแรกในการจัดการความขัดแย้ง โดยกำหนดให้หัวหน้าทีม หรือหัวหน้าหน่วย หรือหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลด้านต่างๆ หรือพยาบาลตรวจการนอกเวลาที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการจัดการความขัดแย้ง เป็นผู้จัดการความขัดแย้งในระดับพื้นฐาน เมื่อได้รับรายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง จะต้องวิเคราะห์ประเด็นความขัดแย้ง โดยหาสาเหตุ ความรุนแรง ผลกระทบของความขัดแย้ง และแนวโน้มการขยายตัวของความขัดแย้ง มีแนวทางปฏิบัติต่อไปนี้

2.1 สัมภาษณ์ผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการ ที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ความขัดแย้ง

เพื่อรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาสาเหตุของความขัดแย้ง ในขั้นตอนนี้ผู้สัมภาษณ์จะไม่กล่าวถึงประเด็นที่ทำให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดรู้สึกไม่พอใจ จะต้องสร้างความเชื่อมั่น และไว้วางใจให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยให้แยกสัมภาษณ์ที่ละฝ่าย

ก่อน เพื่อให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเกิดความรู้สึกมีอิทธิพลต่อกัน และกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูล ข้อเท็จจริง และผู้ สัมภาษณ์ เมื่อรับทราบข้อมูล แยกแยะมุมมอง และเคารพในความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อให้ได้ขอบเขต ของปัญหาให้ชัดเจน ลดข้อผิดพลาดในการแก้ปัญหา และเป็นที่ยอมรับกันทั้งสองฝ่าย ในขณะเดียวกันผู้สัมภาษณ์ ตั้งเกตพฤติกรรม และประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเพื่อวิเคราะห์แนวโน้ม สถานการณ์ความขัดแย้ง จากนั้นนัดประชุมทั้งสองฝ่าย สรุปประเด็นความขัดแย้ง และระบุสาเหตุให้ชัดเจน ดังนี้

■ **การสื่อสาร :** อาทิเช่น

ผู้ให้บริการ ไม่รับรู้ข้อมูลความเสี่ยงจากการผ่าตัด

ไม่ได้รับข้อมูลหลังคลอดกระดูกเชิงกรานแยกจะเดินไม่ได้ หรือลำบาก

■ **มาตรฐานวิชาชีพ :** อาทิเช่น

หญิงหลังคลอดตกเลือดต่อมาเสียชีวิต

ผู้ป่วยสูงอายุดกเตียงบาดเจ็บศีรษะ

เด็กทารกแรกเกิดเสียชีวิตจากการมีระยะรอคลอดยาวนาน

ผู้ให้บริการบาดเจ็บช่องท้องต่อมาเสียชีวิต

เส้นเลือดที่ฉีดยาแตกต่อมาแขนบวม

■ **พฤติกรรมบริการ :** ใช้คำพูดน่าเสียงตะคอก แสดงกิริยาไม่ให้เกียรติผู้ให้บริการ

2.2 วิเคราะห์ระดับความรุนแรงของความขัดแย้ง และผลกระทบต่อผู้ให้บริการ

ในขั้นตอนนี้ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐาน วิเคราะห์ระดับความรุนแรงของความขัดแย้งว่าอยู่ในระดับต้น หรือระดับกลาง หรือระดับสูง และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตส่วนตัวของผู้ให้บริการ ทำให้เกิดความทุกข์ ทรมานทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือทั้งสองด้านความรุนแรงของความขัดแย้ง แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้

2.2.1 ความรุนแรงของความขัดแย้งระดับต้น เป็นความขัดแย้งของผู้ให้บริการ อยู่ในระดับ การรับรู้ เช่น เกิดจากอคติ การรับรู้ข้อมูลข้อเท็จจริงไม่ตรงกัน ซึ่งความรุนแรงของความขัดแย้งระดับต้น ไม่มี แนวโน้มการขยายตัวของความขัดแย้ง สามารถแก้ปัญหาเพื่อหาทางออกได้ง่าย ในหน่วยงาน โดย ผู้จัดการความ ขัดแย้งระดับพื้นฐาน

2.2.2 ความรุนแรงของความขัดแย้งระดับกลาง เป็นความขัดแย้งที่ ผู้ให้บริการเสียผลประโยชน์ มีผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น สูญเสียรายได้ มีระยะเวลาการรักษาตัวใน โรงพยาบาลนานขึ้น มีอารมณ์โกรธ ความเจ็บปวด มีแนวโน้มการขยายตัวของความขัดแย้ง อาจกลายเป็นข้อ พิพาท ฟ้องร้อง หรือร้องเรียน ซึ่งความรุนแรงของความขัดแย้งระดับกลาง ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐาน เป็นผู้รายงานต่อผู้จัดการความขัดแย้งระดับสูง และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบึงกาฬ ภายใน 3 วัน

2.2.3 ความรุนแรงของความขัดแย้งระดับสูง เป็นความขัดแย้งที่ผู้ให้บริการ รับรู้สิ่งไม่ดี ของผู้ให้บริการพยาบาล ความขัดแย้งมีระยะเวลายาวนาน มีความรุนแรง มีผลกระทบต่อชีวิต และทรัพย์สิน เช่น บาดเจ็บรุนแรง มีความพิการ สูญเสียชีวิต สูญเสียทรัพย์สินจำนวนมาก มีผลต่อด้านจิตใจ เกิดการร้องเรียน หรือ

ฟ้องร้อง และสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ซึ่งความรุนแรงของความขัดแย้งระดับสูง เมื่อรับทราบสถานการณ์ ให้ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐานเป็นผู้รายงานต่อคณะกรรมการจัดการความขัดแย้ง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ ทันทีไม่เกิน 24 ชั่วโมง

2.3 การพิจารณาแนวโน้มการขยายตัวของความขัดแย้ง ในขั้นตอนนี้ผู้จัดการ

ความขัดแย้งทั้งระดับพื้นฐาน และผู้จัดการความขัดแย้งทั้งระดับสูง จะเป็นผู้รายงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เมื่อพบว่าความขัดแย้งมีแนวโน้มการขยายตัว การพิจารณาแนวโน้มการขยายตัวของความขัดแย้งขึ้นอยู่กับ การสนองตอบช้า หรือเร็ว ต่อปฏิกริยา อารมณ์ ความรู้สึก ของผู้ใช้บริการ รวมทั้งการชดเชยค่าเสียหาย การอำนวยความสะดวกในการส่งผู้ป่วยรักษาต่อใน โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และสวัสดิการด้านอื่นๆที่โรงพยาบาลจัดหาให้

ขั้นตอนที่ 3 การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง เป็นขั้นตอนหลังการวินิจฉัยความขัดแย้ง ที่ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐาน และผู้จัดการความขัดแย้งระดับสูง จะประชุมปรึกษาหารือระดมสมอง ร่วมมือร่วมใจแก้ปัญหาความขัดแย้ง เพื่อหาแนวทางเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้งมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดนโยบาย โครงสร้างบทบาทหน้าที่ เป้าหมายการจัดการความขัดแย้ง การหาแนวทางแก้ไขความขัดแย้ง การประสานผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และการสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ จึงกำหนดแนวทางปฏิบัติไว้ดังนี้

3.1 รับนโยบายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง เพื่อป้องกันปัญหาอุปสรรค

การจัดการความขัดแย้ง และสามารถตอบสนองต่อความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ รักษาบรรยากาศ และภาพลักษณ์องค์กร เสริมสร้างความเชื่อมั่น และไว้วางใจ สำหรับผู้ใช้บริการ (เอกสาร 3)

3.2 เข้าไปรับรู้สภาพปัญหาความขัดแย้ง หลังจากได้รับรายงานสถานการณ์ความ

ขัดแย้ง ต้องเข้าไปเผชิญปัญหาความขัดแย้งเข้าไปรับฟังปัญหาให้ผู้ใช้บริการได้ระบายความคับข้องใจ และให้ข้อมูลกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้ใช้บริการ พร้อมแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้การช่วยเหลือดูแล แสดงความเสียใจ หรือกล่าวคำขอโทษต่อผู้ใช้บริการ รวมทั้งการวิเคราะห์สถานการณ์ระดับความรุนแรงของความขัดแย้ง และแนวโน้มการขยายตัวของความขัดแย้ง

3.3 กำหนดระยะเวลาการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ไม่เกิน 30 วัน นับแต่รับรายงาน

สถานการณ์

3.4 การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นความขัดแย้ง ผู้จัดการความขัดแย้งที่ได้รับมอบหมาย ให้ทำ

หน้าที่ในการรวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริงและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ ทบทวนเวชระเบียน รวมทั้งวิเคราะห์ ประเด็นความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาล และผู้ใช้บริการ

3.5 หัวหน้าทีม หรือหัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ประชุมปรึกษาหารือ ระดมสมอง ทบทวนประเด็นความขัดแย้ง เพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาความขัดแย้งของผู้ใช้บริการ

3.6 ประธานผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา กรณีที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะในการ แก้ไขปัญหาความขัดแย้งจะแจ้งจัดการความขัดแย้งระดับสูง เพื่อขอความช่วยเหลือ ในประเด็นความขัดแย้งที่มีความ รุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป เช่น นักเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง นักสันติวิธีสาธารณสุข แพทย์เฉพาะทาง นิติกร จังหวัด นักกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข มาให้ความคิดเห็นด้านคุณภาพ และมาตรฐานการรักษาพยาบาล เพื่อผู้ให้บริการเกิดความเชื่อมั่น เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยในประเด็นความขัดแย้งต่างๆ

3.7 หน่วยงานสื่อสาร แนวทางการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง หรือปรับกระบวนการ ทำงาน หรือวิธีการทำงานใหม่ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับได้รับทราบ และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด มีการเฝ้า ระวัง และติดตามสถานการณ์การเกิดประเด็นความขัดแย้งซ้ำ

3.8 กรณี เข้าไปแทรกแซงความขัดแย้งไม่สำเร็จ ให้ผู้จัดการความขัดแย้งระดับสูง ประธานขอความ ช่วยเหลือจากเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 8 หรือเครือข่ายเขตสุขภาพอื่น หรือ นักกฎหมายกระทรวงสาธารณสุข หรือ ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ดำเนินการในลำดับขั้นตอนต่อไป และป้องกันการขยายตัว ของความขัดแย้งไม่ให้ลุกลามมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การแก้ไขความขัดแย้ง การแก้ไขความขัดแย้ง เป็นขั้นตอนการเลือกใช้กลยุทธ์การจัดการ ความขัดแย้งให้เหมาะสมกับสถานการณ์ความขัดแย้ง โดยทั่วไปแล้วกลยุทธ์การจัดการความขัดแย้งมี 5 แบบ ได้แก่ การบูรณาการ (Integrating) เอื้อเฟื้อมีน้ำใจ (Obliging) บังคับ (Dominating) หลีกเลีย้ง (Avoiding) และ ประนีประนอม (Compromising) สำหรับความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาล และผู้ให้บริการ เป็นความ ขัดแย้งที่ได้รับผลจากระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ประเด็นความขัดแย้งทั้งผู้ให้บริการและ ผู้ใช้บริการต่างมีจุดยืน และเป้าหมายที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย มักมีข้อร้องเรียน หรือ ฟ้องร้องผู้ให้บริการ การจัดการความขัดแย้งเพื่อหลีกเลีย้งความขัดแย้งที่ยืดเยื้อ ซึ่งจะบั่นทอนความรู้สึกของทั้ง สองฝ่าย การหาข้อตกลงเป็นที่ยอมรับ และตัดสินใจร่วมกันได้รวดเร็วเท่าไร ยิ่งเป็นผลดีด้วยกันทั้งสองฝ่าย โดย กำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ การเลือกกลยุทธ์การจัดการความขัดแย้งแบบประนีประนอม โดยใช้เทคนิค การเจรจาไกล่เกลี่ย ซึ่งเป็นทางสายกลางที่ทั้งสองฝ่ายจะต้องได้และเสียในบางอย่าง ไม่ได้ครบ ตามที่ตนปรารถนา ทำให้ทั้งสองฝ่ายสามารถอยู่ร่วมกันต่อไปได้อย่างสันติ และรักษาความสัมพันธ์ภาพต่อกัน จึง เป็นการจัดการความขัดแย้งที่เหมาะสม โดยยึดหลักการ 3 ประการคือ การเข้าไปเจรจาให้ข้อมูล การไกล่เกลี่ย และการเยียวยาชดเชยความเสียหาย เพื่อให้ผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ ปฏิบัติได้อย่างมี ประสิทธิภาพ จึงกำหนดแนวทางปฏิบัติการแก้ไขความขัดแย้ง ไว้ดังนี้

4.1 การเข้าไปเจรจาให้ข้อมูล เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้ง ผู้จัดการความขัดแย้งใน

ระดับพื้นฐาน เข้าไปเจรจากับผู้ให้บริการเพื่อให้ข้อมูลกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันที ขณะเดียวกันให้รายงานต่อผู้จัดการความขัดแย้งระดับสูง เพื่อให้ดำเนินการในลำดับไป และป้องกันการขยายตัวของความขัดแย้ง ไม่ให้ลุกลามมากขึ้น

4.2 การไกล่เกลี่ย ผู้จัดการความขัดแย้งระดับสูงที่ได้รับการอบรมทักษะการเจรจาไกล่เกลี่ย เมื่อได้รับรายงานสถานการณ์ หรือประเด็นความขัดแย้ง ให้วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ความขัดแย้ง พร้อมตรวจสอบข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องในประเด็นความขัดแย้ง วางแผนจัดการความขัดแย้ง และเลือกกลยุทธ์ ประนีประนอม โดยใช้เทคนิค การเจรจาไกล่เกลี่ย มีกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

4.2.1 การเตรียมการและการวางแผน (Preparation and Planning) ผู้จัดการความขัดแย้ง หรือผู้ที่รับมอบหมายการเจรจาไกล่เกลี่ยความขัดแย้ง เตรียมข้อมูลที่จำเป็นในการศึกษา ได้แก่ ศึกษาถึงความเป็นมาของปัญหา ผู้ที่เกี่ยวข้อง เป้าหมาย หรือความคาดหวัง ความต้องการของทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ การแลกเปลี่ยน และยอมรับข้อเสนอแนะ รวมทั้งการออกแบบการเจรจาไกล่เกลี่ย โดยกำหนดขั้นตอน วิธีการ และการจัดสถานที่ไกล่เกลี่ย

4.2.2 การเปิดประชุมเจรจา และการกำหนดกฎเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน (Definition of Ground Rules) เป็นช่วงการประชุมเจรจาไกล่เกลี่ยนัดแรก ผู้เจรจาไกล่เกลี่ยต้องกล่าวเปิดการประชุม เน้นการสร้างสัมพันธภาพ โดยแนะนำให้ทุกคนในที่ประชุมได้รู้จักกัน อธิบายกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ย บทบาทของผู้ไกล่เกลี่ย และการกำหนดกฎเกณฑ์ขั้นพื้นฐานร่วมกัน ที่ต้องเป็นที่ยอมรับทั้งสองฝ่าย ได้แก่ บุคคลเข้าร่วมเจรจา สถานที่ และระยะเวลาในการเจรจา หัวข้อการเจรจา และเงื่อนไขอื่นๆ เช่น การเจรจาไกล่เกลี่ยอาจเริ่มด้วยการแยกประชุมไกล่เกลี่ยก่อน เมื่อประเมินสถานการณ์ความขัดแย้งแล้วฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดยังไม่สามารถควบคุมอารมณ์และความรู้สึกได้

4.2.3 การให้ความชัดเจน และการแสดงเหตุผล (Clarification and Justification) ผู้เจรจาไกล่เกลี่ยความขัดแย้ง ต้องแสดงเหตุผลในการเจรจา และขยายความให้ชัดเจน รวมทั้งเปิดโอกาสให้สองฝ่าย ทั้งผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการ ได้แสดงเหตุผลของตนเองอย่างชัดเจนด้วย เช่น ปัญหาที่เกิดขึ้นคืออะไร มีที่มาหรือเบื้องหลังอย่างไร ผลกระทบด้านใด รวมถึงความวิตกกังวลต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ข้อเสนอเป็นทางเลือกเพื่อยุติข้อพิพาท หรือความต้องการชดเชยค่าเสียหาย หรือการเยียวยา หรือการแก้ไขประเด็นความขัดแย้ง จากนั้นกำหนดประเด็น และจัดลำดับการเจรจาในแต่ละประเด็น

4.2.4 การเจรจาต่อรองและการแก้ปัญหา (Bargaining and Problem Solving) ผู้เจรจาไกล่เกลี่ย นำประเด็นความขัดแย้งแต่ละประเด็น มาแลกเปลี่ยนประนีประนอมทางออก หรือทางเลือกตามลำดับ โดยผู้เจรจาไกล่เกลี่ย เน้นการเจรจาที่มีผลประโยชน์เป็นที่ยอมรับทั้งสองฝ่าย และยังรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

4.2.5 การปิดประชุมและการนำไปปฏิบัติ การปิดประชุมและการนำไปปฏิบัติ มี 2 กรณี คือ กรณีตกลงกัน และกรณีตกลงกันไม่ได้ ซึ่งผู้เจรจาไกล่เกลี่ยมีหน้าที่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

■ **กรณีตกลงกันได้** ผู้เจรจาไกล่เกลี่ยอาจมีการนัดเจรจาไกล่เกลี่ยหลายๆ ครั้ง จนตกลงกันได้ ผู้เจรจาไกล่เกลี่ยความขัดแย้ง จะให้มีการนำข้อตกลงไปปฏิบัติทั้งสองฝ่าย (Agreement and Implementation) และเพื่อไม่ให้มีเหตุการณ์พลิกผันขึ้นได้ในภายหลัง จะมีการทำสัญญาประนีประนอม ลงลายมือชื่อ ในข้อตกลงยอมความให้มีรายละเอียดครบถ้วน เช่น ระบุการช่วยเหลือ หรือเยียวยา ทั้งเป็นตัวเงิน และไม่ใช้ตัวเงิน

■ **กรณีตกลงกันไม่ได้** ผู้เจรจาไกล่เกลี่ยมีหน้าที่กล่าวปิดประชุม สรุปความเห็นการเจรจาไกล่เกลี่ย และการปรับปรุงพัฒนากระบวนการพร้อมการเยียวยาเบื้องต้น ผู้เจรจาไกล่เกลี่ย รับเรื่องเพื่อให้กลุ่มงานคดีทางการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ไปดำเนินการต่อไป (อาจมีการนำเข้าสู่กระบวนการศาล ฟ้องร้องทั้งคดีอาญา หรือคดีแพ่ง) ขณะเดียวกันคู่กรณียังสามารถเข้าสู่กระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยได้ทุกขั้นตอนในชั้นศาล

4.3 กรณีต้องชดเชยค่าเสียหาย คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลบึงกาฬ ได้กำหนดแนวทางการช่วยเหลือ หรือการเยียวยา ทั้งรูปแบบที่เป็นตัวเงิน และไม่ใช้ตัวเงิน สำหรับผู้ใช้บริการที่ได้รับผลกระทบจากการรักษาพยาบาล หรือเหตุไม่พึงประสงค์ (เอกสาร 3)

ขั้นตอนที่ 5 การเรียนรู้ และประเมินประสิทธิผลการจัดการความขัดแย้ง เป็นขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญในกระบวนการจัดการความขัดแย้ง เพื่อให้ผู้จัดการความขัดแย้งได้วิเคราะห์ และประมวลผลการจัดการความขัดแย้งที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งด้านพฤติกรรม ความรู้สึก นึกคิด ทักษะความชำนาญ สามารถนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติงาน โดยกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้งระดับสูง เป็นผู้กำหนดเป้าหมายของการจัดการความขัดแย้ง การรวบรวมข้อมูลสารสนเทศ ทบทวนกระบวนการจัดการความขัดแย้ง ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ง่าย เกิดการเรียนรู้ สร้างความมั่นใจ และสามารถตอบสนองต่อการจัดการความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องยึดหลักการพิทักษ์สิทธิและรักษาความลับของผู้ใช้บริการโดยไม่เปิดเผยชื่อ จึงกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ มีการปฏิบัติดังนี้

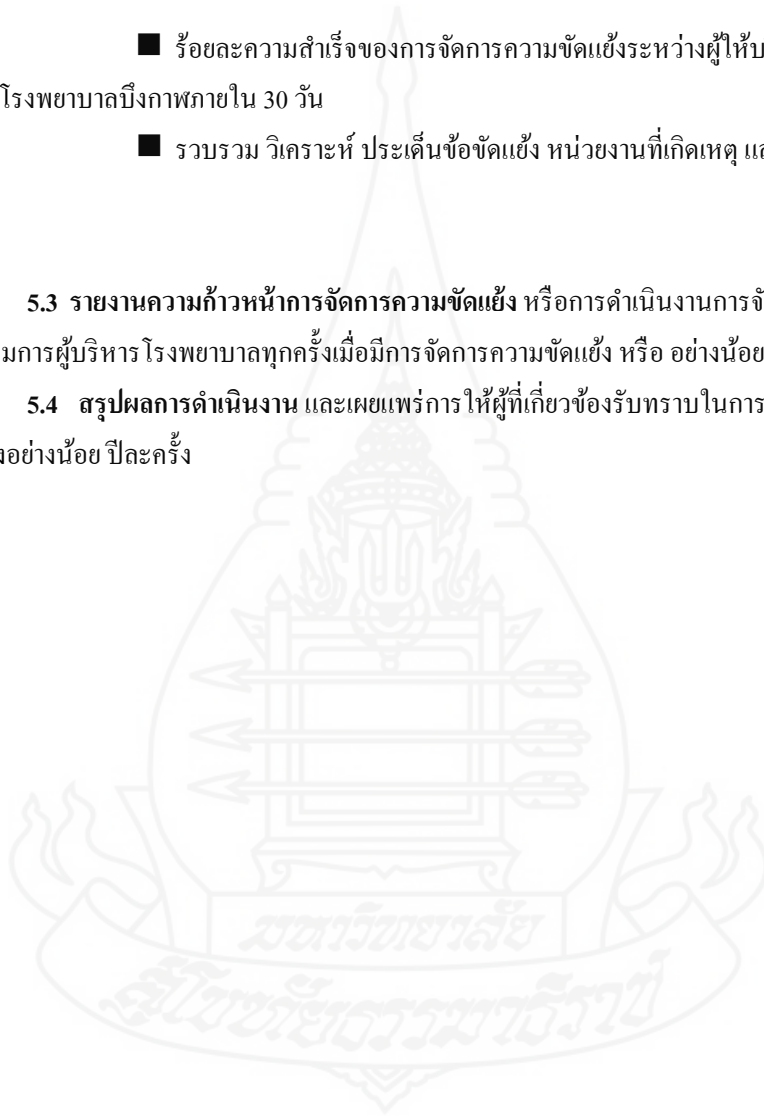
5.1 การรวบรวมข้อมูล และจัดระบบสารสนเทศ ยึดหลักการพิทักษ์สิทธิและรักษาความลับของผู้ใช้บริการโดยไม่เปิดเผยชื่อ ผู้จัดการความขัดแย้งระดับสูง ออกแบบระบบการจัดเก็บ รวบรวมข้อมูล การจัดการความขัดแย้ง ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ตามแบบบันทึกเรื่องความขัดแย้ง (เอกสาร 2) ในระบบคอมพิวเตอร์ และประสานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง หรือศูนย์คุณภาพจัดเก็บเพื่อให้เชื่อมโยงในระบบการบริหารความเสี่ยง ในโรงพยาบาล

5.2 การวิเคราะห์ ติดตามและประเมินผล ผู้จัดการความขัดแย้งระดับสูง วิเคราะห์ติดตามและประเมินผล การจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อเป็นข้อมูลการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร รวมทั้งพิจารณาผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดตามมาอย่าง รอบครอบ และ วัตถุประสงค์สำเร็จในการจัดการความขัดแย้ง อาทิเช่น

- จำนวนอุบัติการณ์ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาล และผู้ให้บริการ
- ร้อยละความสำเร็จของการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬภายใน 30 วัน
- รวบรวม วิเคราะห์ ประเด็นข้อขัดแย้ง หน่วยงานที่เกิดเหตุ และจำนวนเงินที่ใช้ในการเยียวยา

5.3 รายงานความก้าวหน้าการจัดการความขัดแย้ง หรือการดำเนินงานการจัดการความขัดแย้ง ต่อคณะกรรมการผู้บริหาร โรงพยาบาลทุกครั้งเมื่อมีการจัดการความขัดแย้ง หรือ อย่างน้อยทุก 3 เดือน

5.4 สรุปผลการดำเนินงาน และเผยแพร่การให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ ในการจัดการความขัดแย้งอย่างน้อย ปีละครั้ง



ภาคผนวกคู่มือ



โครงสร้างการดำเนินงานความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ จ.บึงกาฬ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล				
คณะกรรมการทึมนำทางคลินิก	ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐาน (หน่วยคลินิก)	ผู้จัดการความขัดแย้งระดับสูง (กภ.จัดการความขัดแย้ง)	คณะก.บริหารโรงพยาบาล	คณะก.บริหารความเสี่ยงรพ.
<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนประเด็น ความขัดแย้ง มีความรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป - กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง หรือปรับกระบวนการงาน หรือวิธีการทำงานใหม่ โดยประชุมหรือจะดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง - การสื่อสาร แนวทางการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับให้รับทราบ และให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด - รายงาน และรวบรวมแนวทางการแก้ไขความขัดแย้งที่กรมการบริหารความเสี่ยงศูนย์คุณภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง และเข้าไปเผชิญปัญหาความขัดแย้ง - รวบรวมข้อมูล ทบทวนประเด็นความขัดแย้ง และวิเคราะห์ความรุนแรง หากความขัดแย้งมีความรุนแรงระดับต้น ให้หน่วยดำเนิน การจัดการความขัดแย้ง - กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง หรือปรับกระบวนการงาน หรือวิธีการทำงานใหม่ โดยประชุมหรือ จะดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ของผู้เกี่ยวข้อง - สื่อสารแนวทางการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งกับผู้เกี่ยวข้องทุกระดับให้รับทราบและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด - มีภาวะวังสถานการณ์การเกิดความขัดแย้งในหน่วยงาน - รายงาน และรวบรวมแนวทางการแก้ไขความขัดแย้ง ที่กภ บริหารความเสี่ยงศูนย์คุณภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเป้าหมาย การจัดการความขัดแย้ง ยึดมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์บริการ สปสช. เช่น ระยะเวลาการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ไม่เกิน 30 วัน นับแต่รับรายงานสถานการณ์ - เป็นนักเจรจาไกล่เกลี่ย ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลางของศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข หรือประสาน นักเจรจาไกล่เกลี่ยเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 8 และระดับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอความช่วยเหลือ รวมทั้งเป็นผู้ประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง ประชุม ระดมสมอง เพื่อแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง - รวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริง ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน รวมทั้งวิเคราะห์ประเด็น ความขัดแย้ง เพื่อหาทางเยียวยา และ ดำเนิน การฟื้นฟูความสัมพันธ - เป็นผู้ให้ คำปรึกษา การจัดการความขัดแย้ง ในการจัดการความขัดแย้งให้แก่หน่วยงาน ทีมงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง - ปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสาขาต่างๆ เพื่อให้เห็นความขัดแย้งในการให้บริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง - จัดทำฐานข้อมูลประเด็นความขัดแย้ง และการจัดการความขัดแย้ง เพื่อเื้อ้อำนวยการต่อผู้บริหารองค์กร - สรุป วิเคราะห์ และรายงานการจัดการความขัดแย้ง ต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดนโยบายการจัดการความขัดแย้งโรงพยาบาลบึงกาฬ (เอกสาร 1) - พิจารณาการเยียวยาความเสียหาย ตามความรุนแรงของความขัดแย้งจากการใช้บริการ ได้แก่ ความขัดแย้งระดับต้น หรือระดับกลาง หรือระดับสูง - จัดหายช่วยเหลือผู้ให้บริการ หรือผู้เสียหาย ทั้งในรูปแบบเงินตามกรอบแนวคิด มาตรา 41 หรือสิทธิสวัสดิการ รักษาอื่นๆ ไม่มีค่าใช้จ่าย - สนับสนุนและพัฒนาระบบฐานข้อมูล เพื่อการเรียนรู้ และ ประเมิน ประสิทธิภาพการจัดการความขัดแย้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - รวบรวมข้อมูลสารสนเทศแนวทางการจัดการความขัดแย้ง - วิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังสถานการณ์ และ ติดตามการเกิดประเด็นความขัดแย้งซ้ำ - สรุปข้อมูล และ รายงานการจัดการความขัดแย้งภาพ รวมทั้งข้อสังเกต

เอกสาร 3

นโยบาย การจัดการความขัดแย้ง โรงพยาบาลบึงกาฬ

ในปัจจุบันความขัดแย้งในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีแนวโน้มมากขึ้น เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการลดลง การขาดแคลนทรัพยากร ไม่สามารถตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บริการได้ สถานการณ์ดังกล่าว หากความขัดแย้งอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนาองค์กร เพื่อให้การจัดการความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อความขัดแย้งที่เหมาะสม มีบรรยากาศ และเกิดความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ป้องกันความเสียหายต่อองค์กร เสริมสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจสำหรับผู้ให้บริการ คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลบึงกาฬ จึงได้กำหนดนโยบายการจัดการความขัดแย้งดังต่อไปนี้

1. กำหนดให้การจัดการความขัดแย้งถือเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรทุกระดับที่ต้องตระหนักถึงสถานการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน โดยให้ความสำคัญในการจัดการความขัดแย้งให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม
2. ให้นำหน่วยงาน หรือผู้เกี่ยวข้องกำหนดแนวทางการป้องกันความขัดแย้ง และการแก้ไขความขัดแย้ง เพื่อหลีกเลี่ยงความเสียหายหรือความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการเฝ้าระวัง และการติดตามประเมินผลการจัดการความขัดแย้ง ร่วมกับคณะกรรมการจัดการความขัดแย้ง
3. กำหนดแนวปฏิบัติเมื่อบุคลากรพบเห็น หรือรับทราบสถานการณ์ความขัดแย้ง หรือมีอุบัติการณ์เกิดจากการดูแลรักษาที่อาจจะมีผลกระทบต่อองค์กร จะต้องรายงานให้คณะกรรมการจัดการความขัดแย้ง หรือผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบทันที โดยไม่โทษคนอื่น ให้เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างวัฒนธรรมการจัดการความขัดแย้งขององค์กร
4. ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการจัดการความขัดแย้ง เพื่อให้บุคลากรได้ตระหนักถึงความสำคัญและความมีส่วนร่วมในการจัดการความขัดแย้งขององค์กร

สั่ง ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558

นายแพทย์ สุพจน์ มังกร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ

เอกสาร 4

แนวทางการช่วยเหลือผู้ใช้บริการที่ได้รับผลกระทบทางการแพทย์ โรงพยาบาลบึงกาฬ

คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลบึงกาฬ ได้กำหนดแนวทางการช่วยเหลือ หรือ ชดเชยค่าเสียหาย หรือการเยียวยา สำหรับผู้ใช้บริการที่ได้รับผลกระทบทางการแพทย์ ทั้งรูปแบบที่เป็นตัวเงิน และมีใช่ตัวเงิน ไว้ดังนี้

กรณีที่ 1 การชดเชยค่าเสียหายที่เป็นตัวเงิน โดยให้การช่วยเหลือผู้ใช้บริการตามสวัสดิการการรักษาพยาบาล แบ่ง 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ใช้บริการสิทธิประกันสุขภาพ (สวัสดิการการให้บริการสาธารณสุข หรือ บัตรทอง) ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ 18(4) ได้ให้การช่วยเหลือทั้งฝ่ายผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ เพื่อเป็นการช่วยบรรเทาความเสียหายที่เกิดขึ้น สำหรับผู้ใช้บริการนั้น ตาม“ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ใช้บริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555” ที่เป็นเงินเพื่อช่วยเหลือผู้ใช้บริการหรือผู้อุปการะเพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้ใช้บริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นเหตุสุดวิสัยของหน่วยบริการโดยมีต้องรอพิสูจน์ แบ่งเป็น

- เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท
- สูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท
- บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้ไม่เกิน 100,000 บาท

กลุ่มที่ 2 ผู้ใช้บริการสิทธิสวัสดิการรักษานอื่น ๆ ได้แก่ ประกันสังคม ข้าราชการ และ สิทธิอื่นๆ การช่วยเหลือ หรือชดเชยค่าเสียหาย คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อเป็นการช่วยบรรเทาความเสียหายที่เกิดขึ้นจะพิจารณาโดยใช้กรอบแนวคิดจากการช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ 18(4) ได้ให้การช่วยเหลือทั้งฝ่ายผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

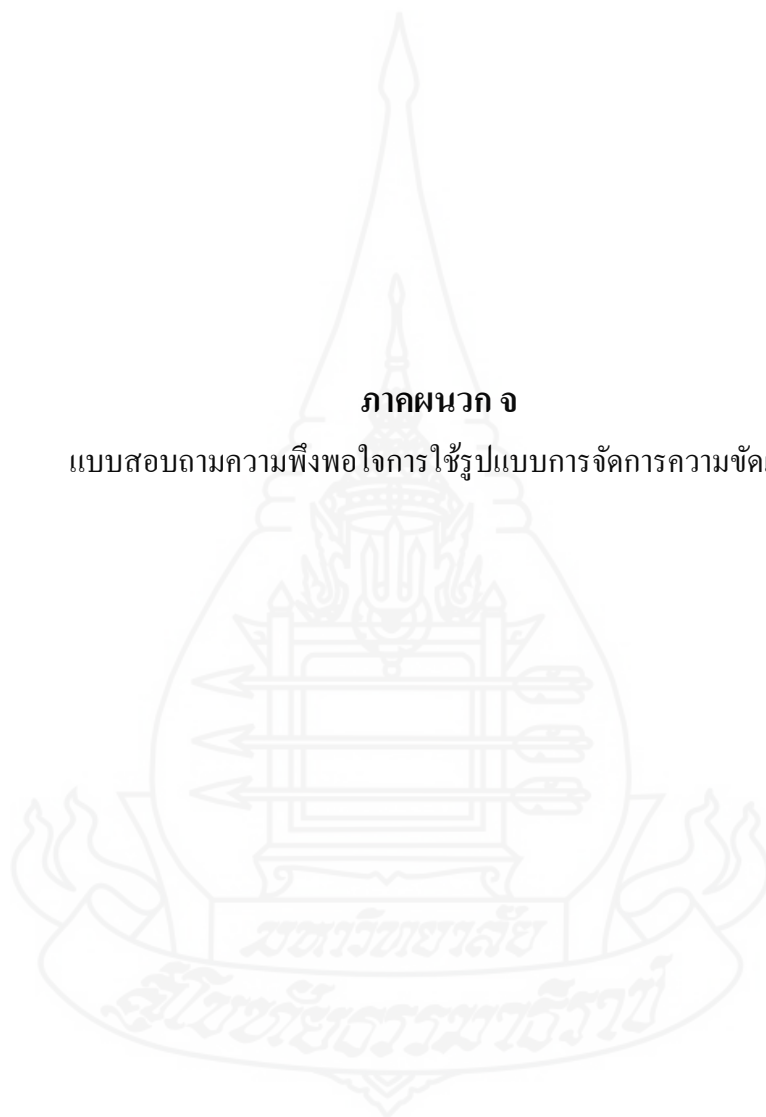
กรณีที่ 2 การชดเชยค่าเสียหายที่มีไม่เป็นตัวเงิน โดยให้การช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ด้านสวัสดิการต่างๆ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนจากการได้รับผลกระทบ อาทิเช่น

- อำนวยความสะดวก เช่น จัดช่องทางบริการทางด่วน (VIP) จัดหารถบริการ รับ-ส่ง เมื่อมาใช้บริการที่โรงพยาบาล
- มารดาตายคลอด ให้บริการนมผงสำหรับเลี้ยงทารก
- เมื่อรับรักษาในโรงพยาบาลจัดให้เข้าพักห้องพิเศษ และกรณีสิทธิจ่ายค่ารักษาพยาบาล ได้รับยกเว้นค่ารักษาพยาบาล
- จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องการดูแลรักษา เช่น ที่นอนเตียงลม สำลี ก๊อศ
- ประสานเครือข่ายขอความช่วยเหลือ ในเขตบริการสุขภาพเขต 8 เช่น
 - ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยส่งรักษาต่อในโรงพยาบาลนั้นๆ
 - เจ้าหน้าที่รพ.สต. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน
 - อำนวยความสะดวกให้ผู้ใช้บริการที่ต้องการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาสถานบริการสุขภาพอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า
- ประสานเครือข่ายในชุมชน และผู้นำชุมชน ขอความร่วมมือ จัดสวัสดิการได้รับเงินสงเคราะห์ เช่น ค่ายานพาหนะ บัตรผู้พิการ ฯลฯ
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น
 - ร่วมงานฌาปนกิจศพ และเป็นเจ้าภาพสวดอภิธรรม
 - เงินช่วยทำบุญเบื้องต้น 5,000 บาท
 - รถนำส่งผู้ป่วยเสียชีวิต
- รับเข้าทำงานเป็นลูกจ้างเงินบำรุงของโรงพยาบาล



ภาคผนวก จ

แบบสอบถามความพึงพอใจการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง



แบบสอบถาม

เรื่อง “ ผลการใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง
ระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ ”

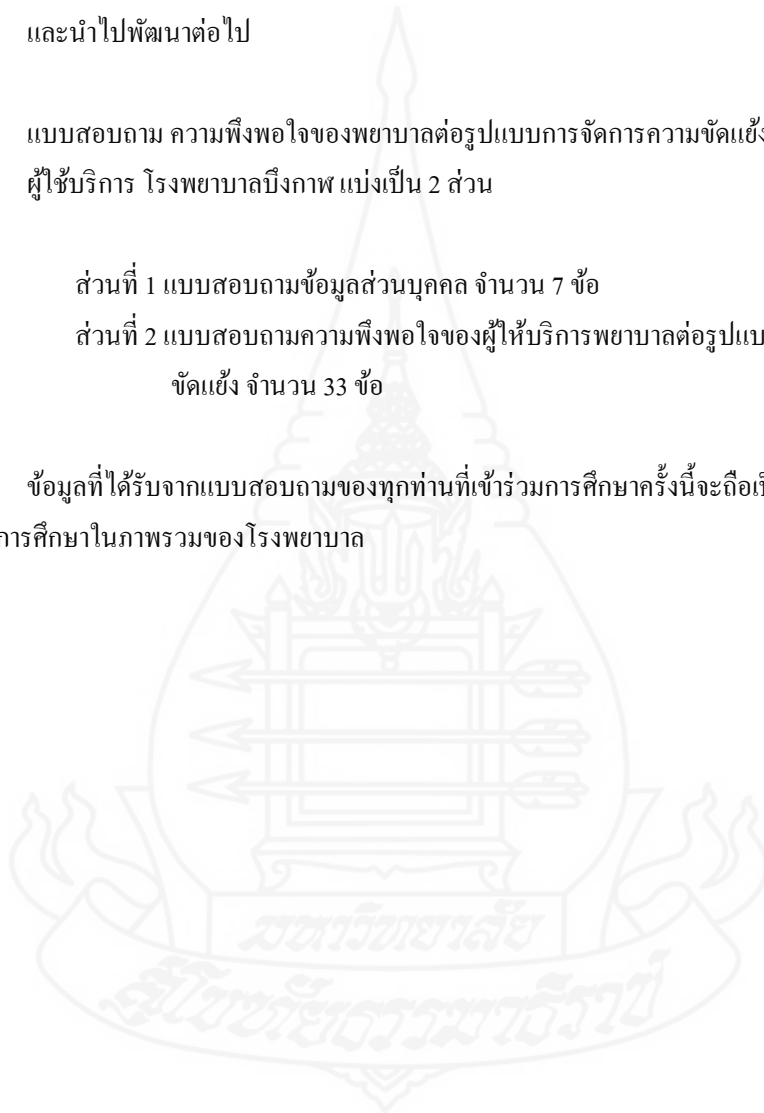
คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริง จะส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้ เป็นประโยชน์สูงสุด และนำไปพัฒนาต่อไป

1. แบบสอบถาม ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการพยาบาลต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง จำนวน 33 ข้อ

2. ข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามของทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษานี้จะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมของโรงพยาบาล



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่เลือกตอบเพียงข้อเดียว ตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ..... ปี (เศษอายุเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี) สำหรับผู้วิจัย
2. สถานภาพการสมรส
1. โสด 2. คู่ 3. หย่า
4. หม้าย 5. อื่นๆระบุ.....
3. ระดับการศึกษา
1. ปริญญาตรี 2. ปริญญาโท 3. อื่นๆระบุ.....
4. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง
1. หัวหน้ากลุ่มงานด้านการพยาบาลสาขาต่างๆ
2. หัวหน้าหน่วย /หัวหน้าทีม ในกลุ่มงานการพยาบาล /ฝ่ายการพยาบาล
3. อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. ท่านได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความขัดแย้ง
1. ไม่เคย 2. เคย หลักสูตร(โปรดระบุ).....วัน
6. ท่านเป็นผู้จัดการความขัดแย้งในระดับ
1. ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐาน/เบื้องต้น (หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหน่วย /หัวหน้าทีม)
2. ผู้จัดการความขัดแย้งระดับสูง (ที่ได้รับแต่งตั้งเป็นคณะก.จัดการความขัดแย้งในโรงพยาบาล)
3. อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งของท่านตาม ข้อ 6 (เศษเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี))
1. ≤ 5 ปี 2. 6 – 10 ปี 3. 11- 15 ปี
4. 16 – 20 ปี 5. ≥ 21 ปี

1.Age	<input type="checkbox"/>
2.Status	<input type="checkbox"/>
3.Ede	<input type="checkbox"/>
4. Pos	<input type="checkbox"/>
5. Train	<input type="checkbox"/>
6. MC	<input type="checkbox"/>
7.Exp	<input type="checkbox"/>

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง
ระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ**

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางด้านขวามือที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากที่สุด
 4 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มาก
 3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ ปานกลาง
 2 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อย
 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อยที่สุด

ตัวอย่าง

การประเมินความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
35. รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการในภาพรวมมีกระบวนการ หรือขั้นตอนที่เข้าใจง่าย	✓				

5 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งที่มีกระบวนการ หรือขั้นตอนที่เข้าใจง่าย อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่าง
พยาบาลและผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
ขั้นตอนที่ 1 รายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง						
1. กำหนดให้ผู้ให้บริการทุกระดับเฝ้าระวัง สถานการณ์ความขัดแย้งตั้งแต่แรกเริ่ม โดยการ สังเกตปฏิกิริยา สีหน้า ท่าทาง ของผู้ใช้บริการ ที่ แสดงความไม่พอใจ หรืออาการหงุดหงิด						F1 <input type="checkbox"/>
2. กำหนดให้มีการรายงานสถานการณ์ความ ขัดแย้งตั้งแต่แรกเริ่ม						F2 <input type="checkbox"/>
3. กำหนดให้ผู้พบปัญหา หรือผู้พบสถานการณ์ ความขัดแย้งเป็นผู้รายงานต่อหัวหน้าทีม หรือ หัวหน้าหน่วย หรือพยาบาลตรวจการนอกเวลา						F3 <input type="checkbox"/>
ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยความขัดแย้ง						
4. กำหนดให้หัวหน้าทีม หัวหน้าหน่วย หรือ พยาบาลตรวจการนอกเวลา ที่ได้รับการอบรม หลักสูตรการจัดการความขัดแย้งพื้นฐาน เป็น ผู้จัดการความขัดแย้งในระดับพื้นฐาน /เบื้องต้น						F4 <input type="checkbox"/>
5. กำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐาน / เบื้องต้น วิเคราะห์ประเด็นความขัดแย้ง โดยหา สาเหตุ ระดับความรุนแรง ผลกระทบ และการ ขยายตัวของความขัดแย้ง						F5 <input type="checkbox"/>
6. กำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐาน / เบื้องต้น แยกสัมพันธภาพคู่กรณีความขัดแย้งกันที่ละ ฝ่ายเพื่อไม่ให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเกิดความรู้สึกมี อิทธิพลต่อกัน และกล้าที่จะเปิดเผยข้อเท็จจริง						F6 <input type="checkbox"/>
7. การสัมพันธภาพให้ผู้จัดการความขัดแย้งระดับ พื้นฐาน /เบื้องต้น สังเกตพฤติกรรมคู่กรณีความ ขัดแย้งทั้งสองฝ่ายเพื่อประเมินสถานการณ์ความ ขัดแย้ง						F7 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่าง
พยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยความขัดแย้ง(ต่อ)						
8. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้งใน ระดับพื้นฐานเบื้องต้น รายงานต่อ คณะกรรมการ จัดการความขัดแย้ง และผอ.เมื่อพิจารณาแล้ว พบว่าความขัดแย้งมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็น ระดับกลาง ภายในเวลา 24 ชั่วโมง						F8 <input type="checkbox"/>
ขั้นตอนที่ 3 การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง						
9. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง รายงานต่อ กรรมการบริหาร โรงพยาบาล เมื่อพบว่าความ ขัดแย้งมีแนวโน้มการขยายตัวเพิ่มขึ้น เพื่อให้การ ตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ทันเวลา						F9 <input type="checkbox"/>
10. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง มีการ ประชุมปรึกษาหารือ ระดมสมอง เพื่อหาแนวทาง แก้ปัญหาความขัดแย้ง						F10 <input type="checkbox"/>
11. การกำหนดแนวทางแก้ไขความขัดแย้งเป็นน โยบายของโรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อให้การจัดการ ความขัดแย้งมีประสิทธิภาพ						F11 <input type="checkbox"/>
12. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง เข้าไป อธิบายชี้แจงให้ข้อมูลการบริการแก่ผู้ให้บริการ เมื่อเกิดสถานการณ์ความขัดแย้ง						F12 <input type="checkbox"/>
13. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง เข้าไป กล่าวคำขอโทษ แสดงความรู้สึกเสียใจใน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และรับฟังปัญหาของ ผู้ให้บริการ เมื่อเกิดสถานการณ์ความขัดแย้ง						F13 <input type="checkbox"/>
14. การกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานจัดการ ความขัดแย้งตั้งแต่เริ่มรับรายงานสถานการณ์ จน สิ้นสุด ไม่เกิน 30 วัน						F14 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่าง
พยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับคะแนน					สำหรับผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
การเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง(ต่อ)						
15. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง เป็นผู้ดำเนินการ รวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริงและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเกิดความขัดแย้ง						F15 <input type="checkbox"/>
16. การกำหนดให้คณะกรรมการจัดการความขัดแย้งประสานผู้เชี่ยวชาญด้านที่เกี่ยวข้องเพื่อเจรจาไกล่เกลี่ย และให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ เมื่อเกิดความขัดแย้งรุนแรงในระดับปานกลางขึ้นไป						F16 <input type="checkbox"/>
17. การกำหนดให้หน่วยงานมีการสื่อสารแนวทางการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับได้รับทราบ						F17 <input type="checkbox"/>
18. การกำหนดให้คณะกรรมการจัดการความขัดแย้งมีการประสานงานขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 8 หรือนักกฎหมาย เมื่อการจัดการความขัดแย้งไม่ประสบผลสำเร็จ						F18 <input type="checkbox"/>
ขั้นตอนที่ 4 การแก้ไขความขัดแย้ง						
19. การที่ผู้จัดการความขัดแย้ง เลือกใช้กลยุทธ์การประนีประนอมในการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ให้บริการ เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งที่ยืดเยื้อ และหาข้อตกลงเป็นที่ยอมรับได้ทั้งสองฝ่าย						F19 <input type="checkbox"/>
20. การแก้ไขความขัดแย้งโดยวิธีประนีประนอมเป็นทางสายกลางเพื่อให้ทั้งสองฝ่ายอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติ และรักษาสัมพันธภาพต่อกัน						F20 <input type="checkbox"/>
21. การกำหนดหลัก 3 ประการในการแก้ไขความขัดแย้ง ได้แก่ การเจรจาให้ข้อมูล การไกล่เกลี่ย และการเยียวยาชดเชยค่าเสียหาย แก่ผู้ให้บริการ						F21 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่าง
พยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
ขั้นตอนที่ 4 การแก้ไขความขัดแย้ง(ต่อ)						
22. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้งในระดับพื้นฐานเบื้องต้น เข้าไปเจรจากับผู้ให้บริการ เพื่อให้ข้อมูล และรายงานต่อคณะกรรมการจัดการความขัดแย้ง เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้ง						F22 <input type="checkbox"/>
23. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง วิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์ความขัดแย้ง และตรวจสอบข้อเท็จจริง						F23 <input type="checkbox"/>
24. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ย เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้ง						F24 <input type="checkbox"/>
25. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง เตรียมการ และการวางแผนในการเจรจาไกล่เกลี่ย						F25 <input type="checkbox"/>
26. การกำหนดให้ผู้เจรจาไกล่เกลี่ยมีหน้าที่ในการอธิบายกระบวนการไกล่เกลี่ย บทบาทผู้ไกล่เกลี่ย และกำหนด กฎเกณฑ์ขั้นพื้นฐานร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทั้งสองฝ่าย						F26 <input type="checkbox"/>
27. การกำหนดให้ผู้เจรจาไกล่เกลี่ย เปิดโอกาสให้ ทั้ง ผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ให้บริการ ได้แสดง เหตุผลของตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น ผลกระทบ ความวิตกกังวล และทางเลือกเพื่อยุติความขัดแย้ง						F27 <input type="checkbox"/>
28. การกำหนดให้มีการเจรจาไกล่เกลี่ยที่เน้นผลประโยชน์ที่เป็นที่ยอมรับได้ทั้งสองฝ่าย และ รักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน						F28 <input type="checkbox"/>
29. การกำหนดให้การประชุมการเจรจาต่อรอง กรณีที่ตกลงกันได้โดยให้ทำสัญญา ประนีประนอม ลงลายมือชื่อ และระบุข้อตกลงให้ครบถ้วน เพื่อ ป้องกันเหตุการณ์พลิกผัน						F29 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่าง
พยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ (ต่อ)

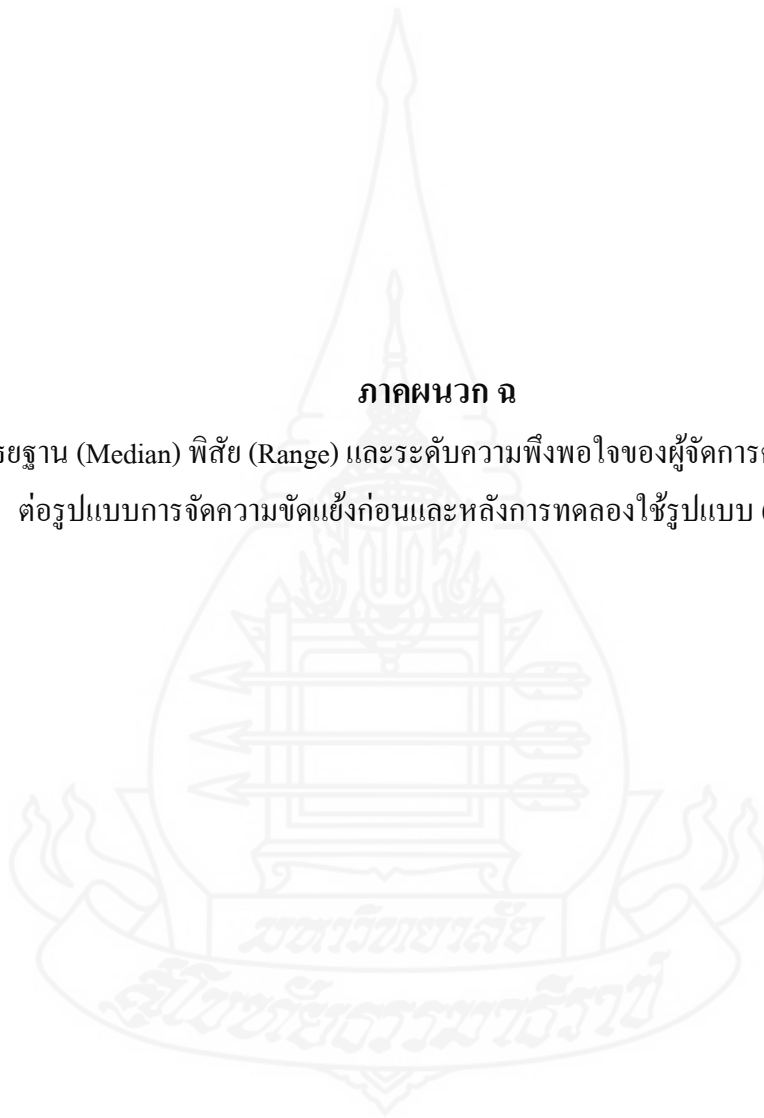
ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
ขั้นตอนที่ 4 การแก้ไขความขัดแย้ง(ต่อ)						
30. การกำหนดให้มี การช่วยเหลือ หรือการ เยียวยา ผู้ให้บริการ ในกรณีที่ได้รับผลกระทบจาก การรักษาพยาบาล						F30 <input type="checkbox"/>
ขั้นตอนที่ 5 การเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลการจัดการความขัดแย้ง						
31. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง มีการ รวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินผลการจัดการความ ขัดแย้งแต่ละกรณี						F31 <input type="checkbox"/>
32. การจัดระบบสารสนเทศ เพื่อการเรียนรู้ บทเรียนเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งอย่างเป็น ระบบ						F32 <input type="checkbox"/>
33. การออกแบบการจัดการความรู้เกี่ยวกับการ จัดการความขัดแย้งให้ผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึง แหล่งข้อมูลสารสนเทศได้ง่าย						F33 <input type="checkbox"/>

ขอบคุณค่ะ



ภาคผนวก ฉ

มัธยฐาน (Median) พิสัย (Range) และระดับความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้ง
ต่อรูปแบบการจัดความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (รายชื่อ)



ตาราง ค่ามัธยฐาน (Median) พิสัย (Range) และระดับความพึงพอใจของผู้จัดการความขัดแย้งต่อรูปแบบการจัดความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ (รายชื่อ)

ความพึงพอใจ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Median	Range	ระดับ	Median	Range	ระดับ
ด้านการรายงานสถานการณ์ความขัดแย้ง						
1.กำหนดให้ผู้ให้บริการทุกระดับเฝ้าระวังสถานการณ์ความขัดแย้งตั้งแต่แรกเริ่ม โดยการสังเกตปฏิกิริยา สีหน้า ท่าทาง ของผู้ใช้บริการ ที่แสดงความไม่พอใจ หรืออาการหงุดหงิด	4.0	3		5.0	2	
2.กำหนดให้มีการรายงานสถานการณ์ความขัดแย้งตั้งแต่แรกเริ่ม	5.0	3		5.0	2	
3. กำหนดให้ผู้พบปัญหา หรือผู้พบสถานการณ์ความขัดแย้งเป็นผู้รายงานต่อหัวหน้าทีม หรือหัวหน้าหน่วย หรือพยาบาลตรวจการนอกเวลา	5.0	3		5.0	1	
ระดับความพึงพอใจรายด้าน	13.0	9	สูงมาก	15.0	5	สูงมาก
ด้านการวินิจฉัยความขัดแย้ง						
4. กำหนดให้หัวหน้าทีม หัวหน้าหน่วย หรือพยาบาลตรวจการนอกเวลา ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการจัดการความขัดแย้งพื้นฐาน เป็นผู้จัดการความขัดแย้งในระดับพื้นฐาน /เบื้องต้น	4.0	4		5.0	2	
5. กำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐาน /เบื้องต้น วิเคราะห์ประเด็นความขัดแย้ง โดยหาสาเหตุ ระดับความรุนแรง ผลกระทบ และการขยายตัวของความขัดแย้ง	4.0	3		5.0	2	
6. กำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐาน /เบื้องต้น แยกสัมพันธภาพคู่กรณีความขัดแย้งกันที่ละฝ่ายเพื่อไม่ให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเกิดความรู้สึกมีอิทธิพลต่อกัน และกล้าที่จะเปิดเผยข้อเท็จจริง	5.0	3		5.0	3	
7. การสัมพันธภาพให้ผู้จัดการความขัดแย้งระดับพื้นฐาน /เบื้องต้น สังเกตพฤติกรรมคู่กรณีความขัดแย้งทั้งสองฝ่าย เพื่อประเมินสถานการณ์ความขัดแย้ง	4.0	3		5.0	2	

ความพึงพอใจ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Median	Range	ระดับ	Median	Range	ระดับ
8. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้งในระดับพื้นฐาน/เบื้องต้น รายงานต่อ คณะกรรมการจัดการความขัดแย้ง และผอ.โรงพยาบาล เมื่อพิจารณาว่าความขัดแย้งมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นระดับกลาง ภายในเวลา 24 ชั่วโมง	4.0	3		4.0	4	
9. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง รายงานต่อ กก.บริหารโรงพยาบาล เมื่อพบว่าความขัดแย้งมีแนวโน้มการขยายตัวเพิ่มขึ้น เพื่อให้การตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ทันเวลา	4.0	3		5.0	4	
ระดับความพึงพอใจรายด้าน	26.0	18	สูง	26.0	10	สูง
ด้านการเข้าไปแทรกแซงความขัดแย้ง						
10. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง มีการประชุมปรึกษาหารือ ระดมสมอง เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาความขัดแย้ง	4.0	3		5.0	2	
11. การกำหนดแนวทางแก้ไขความขัดแย้งเป็นนโยบายของโรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อให้การจัดการความขัดแย้งมีประสิทธิภาพ	5.0	3		5.0	2	
12. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง เข้าไปกล่าวคำขอโทษ แสดงความรู้สึกเสียใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และรับฟังปัญหาของผู้ใช้บริการ เมื่อเกิดสถานการณ์ความขัดแย้ง	5.0	3		5.0	2	
13. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง เข้าไปอธิบายชี้แจงให้ข้อมูลการบริการแก่ผู้ให้บริการ เมื่อเกิดสถานการณ์ความขัดแย้ง	4.0	4		5.0	2	
14. การกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานจัดการความขัดแย้งตั้งแต่เริ่มรับรายงานสถานการณ์ จนจนสิ้นสุด ไม่เกิน 30 วัน	4.0	3		5.0	2	
15. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง เป็นผู้ดำเนินการ รวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริงและตรวจสอบเอกสาร หลักฐานการเกิดความขัดแย้ง	4.0	3		5.0	2	
16. การกำหนดให้คณะกรรมการจัดการความขัดแย้งประสานผู้เชี่ยวชาญด้านที่เกี่ยวข้องเพื่อเจรจาไกล่เกลี่ย และ	4.0	2		5.0	1	

ความพึงพอใจ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Median	Range	ระดับ	Median	Range	ระดับ
ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพ มาตรฐานการให้บริการ เมื่อเกิดความขัดแย้งรุนแรงในระดับปานกลางขึ้นไป						
17. การกำหนดให้หน่วยงานมีการสื่อสารแนวทางการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับได้รับทราบ	5.0	3		5.0	1	
18. การกำหนดให้คณะกรรมการจัดการความขัดแย้งมีการประสานงานขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 8 หรือนักกฎหมาย เมื่อการจัดการความขัดแย้งไม่ประสบผลสำเร็จ	5.0	3		5.0	1	
ระดับความพึงพอใจรายด้าน	41.0	24	สูง	43.0	14	สูงมาก
ด้านการแก้ไขความขัดแย้ง						
19. การที่ผู้จัดการความขัดแย้ง เลือกใช้กลยุทธ์การประนีประนอมในการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ใช้บริการ เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งที่ยืดเยื้อ และหาข้อตกลงเป็นที่ยอมรับได้ทั้งสองฝ่าย	4.0	2		5.0	2	
20. การแก้ไขความขัดแย้งควรให้ทั้งสองฝ่ายอยู่ร่วมกันได้ และรักษาสัมพันธ์ภาพต่อกัน	5.0	3		5.0	2	
21. การกำหนดหลัก 3 ประการในการแก้ไขความขัดแย้ง ได้แก่ การเจรจาให้ข้อมูล การไกล่เกลี่ย และการเยียวยาชดเชยค่าเสียหาย แก่ผู้ให้บริการ	5.0	2		5.0	1	
22. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้งในระดับพื้นฐาน/เบื้องต้น เข้าไปเจรจากับผู้ให้บริการเพื่อให้ข้อมูล และรายงานต่อคณะกรรมการจัดการความขัดแย้ง เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้ง	4.0	2		5.0	2	
23. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง วิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ความขัดแย้ง และตรวจสอบข้อเท็จจริง	4.0	2		5.0	2	
24. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ย เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้ง	4.0	3		5.0	1	
25. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง เตรียมการและการวางแผนในการเจรจาไกล่เกลี่ย	4.0	3		5.0	2	
26. การกำหนดให้ผู้เจรจาไกล่เกลี่ยมีหน้าที่ในการอธิบายกระบวนการไกล่เกลี่ย บทบาทผู้ไกล่เกลี่ยและกำหนดกฎเกณฑ์ขั้นพื้นฐานร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทั้งสองฝ่าย	4.0	2		5.0	2	
27. การกำหนดให้ผู้เจรจาไกล่เกลี่ย เปิดโอกาสให้ทั้ง ผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ให้บริการ ได้แสดงผลของ	4.0	3		5.0	1	

ความพึงพอใจ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Median	Range	ระดับ	Median	Range	ระดับ
ตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น ผลกระทบ ความวิตกกังวล และทางเลือกเพื่อยุติความขัดแย้ง						
28. การกำหนดให้มีการเจรจาไกล่เกลี่ยที่เน้นผลประโยชน์ที่เป็นที่ยอมรับได้ทั้งสองฝ่าย และรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน	5.0	2		5.0	1	
ด้านการแก้ไขความขัดแย้ง(ต่อ)						
29. การกำหนดให้มีการปิดประชุมการเจรจาต่อรอง กรณีที่ตกลงกันได้โดยให้ทำสัญญาประนีประนอม ลงลายมือชื่อ และระบุข้อตกลงให้ครบถ้วน เพื่อป้องกันเหตุการณ์พลิกผัน	5.0	3		5.0	1	
30. การกำหนดให้มี การช่วยเหลือ หรือการเยียวยา ผู้ใช้บริการในกรณีที่ได้รับผลกระทบจากการรักษาพยาบาล หรือเหตุไม่พึงประสงค์	4.0	2		5.0	3	
ระดับความพึงพอใจรายด้าน	52.0	24	สูงมาก	60.0	16	สูงมาก
ด้านการเรียนรู้และประเมินประสิทธิผลฯ						
31. การกำหนดให้ผู้จัดการความขัดแย้ง มีการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินผลการจัดการความขัดแย้งแต่ละกรณี	4.0	2		5.0	1	
32. การจัดระบบสารสนเทศ เพื่อการเรียนรู้บทเรียนเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งอย่างเป็นระบบ	4.00	3		5.0	3	
33. การออกแบบการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งให้ผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลสารสนเทศได้ง่าย	4.0	3		5.0	3	
ระดับความพึงพอใจรายด้าน	12.0	8	สูง	15.0	7	สูงมาก

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสุนันท์ นกทอง
วัน เดือน ปีเกิด	24 มกราคม 2503
สถานที่เกิด	ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี อุบลราชธานี ปีการศึกษา พ.ศ. 2526
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

