ผลของโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม การจัดการความขัดแย้งของรองหัวหน้าหอผู้ป่วย

The Effect of a Conflict Management Program in the Public Health System on the Knowledge, Attitudes, and Conflict Management Behaviors of Deputy Head Nurses

พัชรินทร์ ชินการสวัสดิ์* ทักษนัย พัศดุ กนกพร ยอดยศ*****
Patcharin Chinnakarnsawas, Thuksanai Pussadu, Kanokporn Yodyot
Corresponding author: E-mail: patcharinka23@gmail.com
(Received: July 2, 2025; Revised: July 9, 2025; Accepted: August 9, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของรองหัวหน้าหอผู้ป่วย

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุม

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ รองหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งประกอบด้วยการบรรยาย การแสดงบทบาทสมมติ กิจกรรมสื่อสาร และการเผยแพร่คู่มือแนวทางการจัดการความขัดแย้งฯ กลุ่มควบคุมได้รับการสื่อสารแนวทางและคู่มือในรูปแบบปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ดำเนินกิจกรรมรวม 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง และ Independent samples t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidences Interval

ผลการวิจัย : หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ (Mean Diff = 2.76, 95%CI = 1.67-3.84) ทัศนคติ (Mean Diff = 10.62, 95%CI = 6.14-15.10) และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้ง (Mean Diff = 18.38, 95%CI = 12.94-23.82) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ (Mean Diff = 2.31, 95%CI = 1.43-3.20) ทัศนคติ (Mean Diff = 7.97, 95%CI = 2.85-13.08) และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้ง (Mean Diff = 8.41, 95%CI = 5.08-11.74) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการจัดการความขัดแย้งมีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของรองหัวหน้าหอผู้ป่วย ควรพิจารณาขยายผลโปรแกรมไปสู่บุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ และบูรณาการเข้ากับแผนงานประจำปีขององค์กร รวมถึงจัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายและติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง

คำสำคัญ : ความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข; ความรู้; ทัศนคติ; พฤติกรรม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
**นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
***นักสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purpose : This study aimed to compare the mean scores of knowledge, attitudes, and conflict management behaviors of Deputy Head Nurses.

Study design : This study employed a quasi-experimental design with a control group.

Materials and Methods : The sample consisted of 58 professional nurses serving as deputy ward head nurses at Roi Et Hospital. Participants were equally divided into an experimental group (n=29) and a control group (n=29). The experimental group participated in a conflict management program that included lectures, role-playing, communication activities, and dissemination of a conflict management guideline manual. The control group received routine communication and access to the standard conflict management guidelines. The intervention was conducted over an 8-week period. Data was collected using validated questionnaires and analyzed using Paired t-tests and independent samples t-tests were applied to assess pre- and post-intervention differences at a 95% confidence Interval.

Main findings : After the intervention, the experimental group demonstrated statistically significant improvements ($p < .05$) in mean scores knowledge (Mean Diff = 2.76, 95%CI = 1.67–3.84), attitudes (Mean Diff = 10.62, 95%CI = 6.14–15.10), and conflict management behaviors (Mean Diff = 18.38, 95%CI = 12.94–23.82). When comparing between groups, the experimental group had significantly higher mean scores than the control group in knowledge (Mean Diff = 2.31, 95%CI = 1.43–3.20), attitudes (Mean Diff = 7.97, 95%CI = 2.85–13.08), and conflict management behaviors (Mean Diff = 8.41, 95%CI = 5.08–11.74) ($p < .05$).

Conclusion and recommendations : The conflict management program was effective in enhancing knowledge, attitudes, and behaviors related to conflict management among deputy ward head nurses. It is recommended that the program be expanded to other professional groups, integrated into the organization's annual development plans, and supported by diverse learning materials. Long-term follow-up should also be implemented to ensure its sustainability and adaptability to changing contexts.

Keywords : Public Health System Conflict; Knowledge; Attitudes; Behaviors

*Registered Nurse (Professional Level) Roi Et Hospital, Thailand.

**Public Health Officer (Professional Level) Roi Et Hospital, Thailand.

***Public Health Officer (Practitioner Level), Roi Et Hospital, Thailand.

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพไทยในทุกมิติ ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดยเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเท่าเทียม แม้ยังมีความท้าทายด้านความเหลื่อมล้ำ ความแออัด และการรอคอยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในเขตเมือง จึงจำเป็นต้องบูรณาการเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุมและมีความปลอดภัย[1] ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข 20 ปี มุ่งเน้นความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ บริการ บุคลากร และการบริหารด้วยธรรมาภิบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขให้มีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน ผ่านแนวคิด 3P Safety และการบูรณาการการบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยงเข้ากับแผนกลยุทธ์ขององค์กร[2]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 881 เตียง เปิดให้บริการจริง 999 เตียง โดยมีอัตราครองเตียงสูงถึงร้อยละ 105 ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งสะท้อนถึงภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากจำนวนผู้รับบริการที่สูงขึ้น และโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น[3] จากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้โรงพยาบาลต้องรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีความรุนแรงจากทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลจึงพัฒนาสู่ศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง 5 ด้าน ได้แก่ มะเร็ง หัวใจ อุบัติเหตุ ทารกแรกเกิด และการปลูกถ่ายอวัยวะ[3] ควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือทางการแพทย์ และแนวปฏิบัติที่ยึดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยบูรณาการความรู้ทางพยาธิวิทยา เภสัชวิทยา และงานวิจัยทางคลินิกมาใช้ในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาอย่างแม่นยำและรวดเร็ว[4] นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังดำเนินงานตามนโยบาย 3P Safety ที่มุ่งสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน[5] อย่างไรก็ตาม แม้ทีมแพทย์จะให้บริการเต็มความสามารถ แต่ความผิดพลาดทางการแพทย์อาจยังเกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจนำไปสู่ข้อพิพาทหากขาดระบบดูแลเยียวยาที่ชัดเจน ดังนั้นการพัฒนาระบบช่วยเหลือ และชดเชยผู้เสียหายอย่างเท่าเทียมและมีมาตรฐานจึงเป็นสิ่งจำเป็น[5]

การมีระบบการจัดการความขัดแย้งด้วยแนวทางสันติวิธีและการไกล่เกลี่ยเบื้องต้น ช่วยลดความรุนแรงและข้อพิพาททางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยเยียวยา ฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และลดการฟ้องร้องในระบบสุขภาพ[6-7] โดยเฉพาะในระบบบริการภาครัฐที่มีข้อจำกัด การมีทักษะจัดการความขัดแย้งอย่างเหมาะสมจึงถือเป็นความสามารถสำคัญของพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ การพัฒนาระบบบริการจำเป็นต้องมีทั้งการเฝ้าระวังป้องกัน และไกล่เกลี่ย อย่างเป็นระบบควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน[7] พยาบาลต้องเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ วิเคราะห์ วิจัย และสร้างนวัตกรรมบริการเพื่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน[8] ตลอดจนประเมินผล ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ และเชื่อมโยงกับบริบทของพื้นที่เพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง ในระบบสุขภาพความขัดแย้งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของบริการ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการรับรู้สิทธิของประชาชนมากขึ้น[9] ความขัดแย้งที่เกิดในสถานพยาบาลมักมีความรุนแรง เช่น การสูญเสียอวัยวะ ชีวิต หรือทรัพย์สิน ซึ่งส่งผลต่อความไว้วางใจของผู้ป่วย ครอบครัว และภาพลักษณ์ขององค์กร[9-10] ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง ได้แก่ ความเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ความจำกัดของทรัพยากร ความไม่พอใจต่อบริการ และความแตกต่างทางวัฒนธรรม[10-11] การจัดการความขัดแย้งจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างความเข้าใจ ความร่วมมือ และลดข้อพิพาทในระบบบริการสุขภาพ[10]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้พัฒนาระบบการรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิของประชาชน ด้วยการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและศูนย์สันติวิธี เพื่อเป็นกลไกในการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการพูดคุยสร้างความเข้าใจ และใช้แนวทางสันติวิธีในการไกล่เกลี่ย นำไปสู่การลดข้อพิพาท

นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังให้ความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งมีบทบาทสำคัญในการประสานงานและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงได้ดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการจัดการความขัดแย้ง ในปี พ.ศ. 2567 พบว่า ภายหลังอบรมผู้เข้าอบรมมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.65 เป็นร้อยละ 89.13 การพัฒนาทักษะเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ทัศนคติที่ดี และการวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีเหตุผล พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมสู่บทบาทผู้บริหารระดับต้นในการจัดการความขัดแย้งด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับแนวทางคุณภาพและมาตรฐานของระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาต่อยอดจากการอบรมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขต่อความรู้ ทัศนคติ และ พฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของรองหัวหน้าหอผู้ป่วย เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการประสานงานดูแลผู้ป่วยกับสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้น บทบาทนี้ต้องการทักษะที่หลากหลาย ทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งที่มาของความขัดแย้ง รูปแบบการจัดการความขัดแย้งที่เหมาะสม รวมถึงทัศนคติเชิงบวกต่อการแก้ไขปัญหา และพฤติกรรมที่ส่งเสริมการสื่อสารและการทำงานร่วมกัน เพื่อให้ความขัดแย้งกลายเป็นโอกาสในการพัฒนามากกว่าเป็นอุปสรรค จึงควรได้รับการพัฒนาทักษะด้านการจัดการความขัดแย้งให้สามารถใช้ความรู้ ความสามารถ และมีทัศนคติที่ดี เพื่อให้มีความมั่นใจกล้าเผชิญกับปัญหา ช่วยให้เกิดความคิดรอบคอบ มีวิสัยทัศน์ มีเหตุผล และเลือกวิธีการในการแก้ปัญหาความขัดแย้งได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ด้านการจัดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน เป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการจัดการความขัดแย้งในสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในงานพยาบาล ทำให้สามารถปรับตัวจากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการสู่บทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของรองหัวหน้าหอผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 - 30 มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพ รองหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกคนในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่รองหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 58 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพรองหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 58 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยการจับฉลาก กลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน มีคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่รองหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยเริ่มจากการประชาสัมพันธ์ข้อมูลงานวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์จากการวิจัย ความเสี่ยงและผลกระทบต่ออาสาสมัคร เปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายที่สนใจแสดงความประสงค์เข้าร่วมโดยไม่มีการบังคับ เป็นการสมัครออนไลน์ผ่าน Google Form จากนั้นตรวจสอบตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากรายชื่อด้วยวิธีการเลือกและวิธีการสุ่มเริ่มจากเลือกกลุ่มงานทั้งหมดและนำมาจับคู่กัน โดยพิจารณาจากหน่วยงานที่มีจำนวนบุคลากรใกล้เคียงกัน ภาระงานระดับเดียวกัน ลักษณะการให้บริการผู้ป่วยคล้ายกัน หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากหน่วยงาน เพื่อระบุว่าหน่วยงานใดจะได้อยู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อีกทั้งผู้วิจัยได้ดำเนินการทำแนวทางการควบคุมข้อมูล โดยกำหนดข้อตกลงรักษาความลับเพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มทดลองเปิดเผยรายละเอียดกิจกรรม

แก่หน่วยงานอื่นที่เป็นกลุ่มควบคุม

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ไม่ต่ำกว่า 10 ปี ปฏิบัติงานในตำแหน่งรองหัวหน้าหน่วยงานหอผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ เจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรคส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ พ้นตำแหน่งการเป็นรองหัวหน้าหน่วยงานในระหว่างที่ทำการวิจัย สิ้นสุดการปฏิบัติหน้าที่ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย หรือมีเหตุที่ทำให้สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่ 1) ลักษณะทางประชากร 7 ข้อ 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง 20 ข้อ มีค่าความเที่ยง (Validity) เท่ากับ 0.87 ความเชื่อมั่น (ค่า KR-20) เท่ากับ 0.821 3) แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง 20 ข้อ ค่าความเที่ยง (Validity) เท่ากับ 0.81 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.837 และ 4) แบบวัดพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้ง 25 ข้อ มีค่าความเที่ยง (Validity) เท่ากับ 0.83 ค่าความเชื่อมั่น โดย (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.893

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และแนวคิดทฤษฎีการจัดการความขัดแย้ง ประกอบด้วยเนื้อหาครอบคลุมถึงธรรมชาติของความขัดแย้ง แหล่งที่มา และประเภทของความขัดแย้ง รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง (เช่น การแข่งขัน การร่วมมือ การประนีประนอม การหลีกเลี่ยง การยอมตาม) ทักษะการสื่อสารเพื่อการจัดการความขัดแย้ง การเจรจาต่อรอง การไกล่เกลี่ย และกรณีศึกษา โปรแกรมใช้เวลาดำเนินการรวม 8 สัปดาห์ โดยในกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมดังนี้ 1) บรรยายเกี่ยวกับระบบและแนวทางการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข 2) การแสดงบทบาทสมมติ สถานการณ์ความขัดแย้งที่พบบ่อยในหอผู้ป่วย เพื่อฝึกทักษะการเผชิญหน้าและการแก้ไขปัญหา 3) กิจกรรมสื่อสารด้วยหัวใจ "น้ำกรด น้ำมนต์" เพื่อส่งเสริมการสื่อสารเชิงบวกและความเข้าใจซึ่งกันและกัน และ 4) การสื่อสารแนวทาง และคู่มือแนวทางการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข ฉบับเต็ม โดยแบ่งกิจกรรม ดังนี้

ตารางที่ 1 โปรแกรมการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของรองหัวหน้าหอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง	**สัปดาห์ที่**								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	
กลุ่มทดลอง				XS					
O1			XF		XF			XF	O2
กลุ่มควบคุม				X				XF	
O3									O4

O1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

O2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการได้รับโปรแกรมของกลุ่มควบคุม

O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการได้รับโปรแกรมของกลุ่มควบคุม

XS หมายถึง โปรแกรมการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของรองหัวหน้าหอผู้ป่วย

X หมายถึง คู่มือแนวทางการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข

XF หมายถึง การติดตามผลและให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของรองหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้วางแผนการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสร้างความสัมพันธภาพที่ดีจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา และขั้นตอนการวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 (ก่อนเริ่มกิจกรรม) โดยการตอบแบบสอบถาม

1.2 ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งฯ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 บรรยายให้ความรู้ โดยใช้ Power point presentation หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง ซักถามและร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ใช้ระยะเวลา 90 นาที โดยมีหัวข้อการบรรยายดังนี้ ระบบจัดการความขัดแย้งและความเสี่ยงด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขและเครือข่าย, หลักการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข, กระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยในระบบสาธารณสุข ปัจจัย แห่งความสำเร็จ ความท้าทาย และอุปสรรคในการเจรจาไกล่เกลี่ย

กิจกรรมที่ 2 การแสดงบทบาทสมมติ (Role Play) การจัดการความขัดแย้งและความเสี่ยงเบื้องต้น โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 9-10 คน ใช้เวลา 120 นาที โดยแต่ละกลุ่มจะได้โจทย์สถานการณ์ความขัดแย้งฯ จากนั้น ให้สมาชิกในกลุ่มวิเคราะห์เหตุการณ์และทำการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อจัดการความขัดแย้งตามสถานการณ์ที่ได้รับ หลังจากแต่ละกลุ่มแสดงแล้วจะได้รับฟังคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

กิจกรรมที่ 3 สื่อสารด้วยหัวใจ “น้ำกรด น้ำมนต์” ให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมคิด วิเคราะห์ ถึงกระบวนการสื่อสาร วิธีการสื่อสาร คำพูด/บทสนทนา ที่เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น โดยใช้เวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 4 การสื่อสารแนวทางการจัดการความขัดแย้ง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดทำคู่มือ แนวทางให้กับกลุ่มตัวอย่างใช้เป็นแนวทางในการจัดการความขัดแย้งกรณีเกิดเหตุการณ์ขึ้น และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (หลังการจัดกิจกรรม 8 สัปดาห์) โดยการตอบแบบสอบถาม

2. กลุ่มควบคุม ไม่ได้รับโปรแกรมแต่จะดำเนินการในรูปแบบปกติ ตามคู่มือแนวทางการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข โดยผู้วิจัยได้วางแผนการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสร้างความสัมพันธภาพที่ดีต่อกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา และขั้นตอนการวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 (ก่อนการเริ่มกิจกรรม) โดยการตอบแบบสอบถาม

2.2 ให้กลุ่มควบคุมดำเนินการจัดการความขัดแย้งตามแนวทางตามคู่มือแนวทางการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์

2.3 นัดกลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (หลังการจัดกิจกรรม) และติดตามการดำเนินงานในกลุ่มทดลอง จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 3, สัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มควบคุมลงพื้นที่ติดตามในสัปดาห์ที่ 8 และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามภายหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดให้ตัวแปรตาม คือ ความรู้ ทัศนคติ และ พฤติกรรมการจัดการความขัดแย้ง เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous Variable) และทำการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง และ Independent sample t-test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE118/2568 เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (96.55%) อายุระหว่าง 40-49 ปี (65.52%) (Mean = 43.62, SD. = 5.67) การศึกษาระดับปริญญาตรี (93.10%) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ (89.66%) มีประสบการณ์ทำงานด้านบริหารน้อยกว่า 10 ปี (86.21%) (Mean = 3.89, SD. = 6.41) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเจรจาไกล่เกลี่ยหรือจัดการข้อขัดแย้งในโรงพยาบาล (86.21%) และไม่เคยอบรมหลักสูตรการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข (93.10%) กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (86.20%) อายุระหว่าง 40-49 และ 50 ปีขึ้นไป (37.93%) (Mean = 45.49, SD. = 5.48) การศึกษาระดับปริญญาตรี 89.66% ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ 79.31% มีประสบการณ์ทำงานด้านบริหารน้อยกว่า 10 ปี (75.86%) (Mean = 6.37, SD. = 6.42) ไม่เคยมีประสบการณ์ ในการเจรจาไกล่เกลี่ยหรือจัดการข้อขัดแย้งในโรงพยาบาล (79.31%) และไม่เคยอบรมหลักสูตรการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข (86.21%)

2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับความรู้ก่อนทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง (62.07%) (Mean = 15.79, SD. = 2.53) และมีระดับความรู้หลังการทดลองที่ระดับสูง (96.55%) (Mean = 18.55, SD. = 1.68) กลุ่มควบคุม พบว่า มีระดับความรู้ก่อนทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง (55.17%) (Mean = 14.90, SD. = 2.53) และมีระดับความรู้หลังการทดลองที่ระดับสูง (58.62%) (Mean = 16.24, SD. = 1.68)

3. คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับทัศนคติก่อนทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง (68.97%) (Mean = 75.69, SD. = 12.24) และมีระดับทัศนคติหลังการทดลองที่ระดับดี (86.21%) (Mean = 86.31, SD. = 11.72) กลุ่มควบคุม พบว่า มีระดับทัศนคติก่อนทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง 82.76% (Mean = 74.59, SD. = 6.75) และมีระดับทัศนคติหลังการทดลองที่ระดับปานกลาง (65.52%) (Mean = 78.34, SD. = 7.18) รองลงมาคือระดับสูง (34.48%)

4. คะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมก่อนทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง (65.52%) (Mean = 88.03, SD. = 17.31) และมีระดับพฤติกรรมหลังการทดลองที่ระดับดี (89.66%) (Mean = 106.41, SD. = 6.10) กลุ่มควบคุม พบว่า มีระดับพฤติกรรมก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (48.28%) (Mean = 78.90, SD. = 4.66) และมีระดับพฤติกรรมหลังการทดลองที่ระดับปานกลาง (72.41%) (Mean = 98.00, SD. = 6.54) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข (n = 29)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 29)				กลุ่มควบคุม (n = 29)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข								
ระดับความรู้ต่ำ	0	0.00	0	0.00	3	10.34	0	0.00
ระดับความรู้ปานกลาง	18	62.07	1	3.45	16	55.17	12	41.38
ระดับความรู้สูง	11	37.93	28	96.55	10	34.48	17	58.62
	Mean = 15.79		Mean = 18.55		Mean = 14.90		Mean = 16.24	
	SD. = 2.53		SD. = 1.68		SD. = 2.53		SD. = 1.68	
	Max = 20		Max = 20		Max = 19		Max = 19	
	Min = 13		Min = 12		Min = 10		Min = 14	
ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข								
ระดับทัศนคติไม่ดี	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ระดับทัศนคติปานกลาง	20	68.97	4	13.79	24	82.76	19	65.52
ระดับทัศนคติดี	9	31.03	25	86.21	5	17.24	10	34.48
	Mean = 75.69		Mean = 86.31		Mean = 74.59		Mean = 78.34	
	SD. = 12.24		SD. = 11.72		SD. = 6.75		SD. = 7.18	
	Max = 100		Max = 100		Max = 93		Max = 93	
	Min = 60		Min = 60		Min = 65		Min = 72	
พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข								
ระดับพฤติกรรมไม่ดี	5	17.24	0	0.00	13	44.83	0	0.00
ระดับพฤติกรรมปานกลาง	19	65.52	3	10.34	14	48.28	21	72.41
ระดับพฤติกรรมดี	5	17.24	26	89.66	2	6.90	8	27.59
	Mean = 88.03		Mean = 106.41		Mean = 78.90		Mean = 98.00	
	SD. = 17.31		SD. = 6.10		SD. = 4.66		SD. = 6.54	
	Max = 125		Max = 125		Max = 90		Max = 110	
	Min = 50		Min = 98		Min = 72		Min = 88	

5. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของรองหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ (Mean Diff = 2.76, 95%CI = 1.67 - 3.84) ทัศนคติ (Mean Diff = 10.62, 95%CI = 6.14-15.10) และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้ง

(Mean Diff = 18.38, 95%CI = 12.94-23.82) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

6. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของรองหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ความรู้ (Mean Diff = 2.31, 95% CI = 1.43-3.20) ทัศนคติ (Mean Diff = 7.97, 95%CI = 2.85-13.08) และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้ง (Mean Diff = 8.41, 95%CI = 5.08-11.74) ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของรองหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 29)

ตัวแปร	Mean	SD.	Mean diff.	SD.	95% CI	df	t	p
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข								
กลุ่มทดลอง								
หลังทดลอง	18.55	1.68	2.76	2.85	1.67 - 3.84	28	5.21	<.001**
ก่อนทดลอง	15.79	2.53						
กลุ่มควบคุม								
หลังทดลอง	16.24	1.68	1.34	2.96	0.22-2.47	28	2.45	.010**
ก่อนทดลอง	14.90	2.23						
ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข								
กลุ่มทดลอง								
หลังทดลอง	86.31	11.72	10.62	11.79	6.14 - 15.10	28	4.85	<.001**
ก่อนทดลอง	75.69	12.24						
กลุ่มควบคุม								
หลังทดลอง	78.34	7.18	3.76	4.98	1.86-5.65	28	4.06	<.001**
ก่อนทดลอง	74.59	6.75						
พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข								
กลุ่มทดลอง								
หลังทดลอง	106.41	6.10	18.38	14.31	12.94 - 23.82	28	6.92	<.001**
ก่อนทดลอง	88.03	17.31						

ตาราที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean	SD.	Mean diff.	SD.	95% CI	df	t	p
กลุ่มควบคุม								
หลังทดลอง	98.00	6.54	19.70	6.86	16.50-21.71	28	15.00	<.001**
ก่อนทดลอง	78.90	4.66						

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งฯระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ Independent Sample t-test (n = 29)

ตัวแปร	n	Mean ± SD.	Mean diff.	95% CI	p
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง					
กลุ่มทดลอง	29	18.55 ± 1.68	2.31	1.43-3.20	<.001**
กลุ่มควบคุม	29	16.24 ± 1.68			
ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง					
กลุ่มทดลอง	29	86.31 ± 11.72	7.97	2.85-13.08	<.001**
กลุ่มควบคุม	29	78.34 ± 7.18			
พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง					
กลุ่มทดลอง	29	106.41 ± 6.10	8.41	5.08-11.74	<.001**
กลุ่มควบคุม	29	98.00 ± 6.55			

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01

วิจารณ์

ผลการค้นพบที่สำคัญที่สุดของการวิจัยครั้งนี้คือคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับความรู้ก่อนทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง (62.07%) และมีระดับความรู้หลังการทดลองที่ระดับสูง (96.55%) การเพิ่มขึ้นของระดับความรู้แสดงให้เห็นว่าเนื้อหาของโปรแกรมครอบคลุมประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความขัดแย้ง ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการทำความเข้าใจและเลือกใช้แนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้น[12] โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบรรยายและการสื่อสารคู่มือแนวทางฯ ได้ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเชิงทฤษฎีให้กับกลุ่มเป้าหมาย ; คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับทัศนคติก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (68.97%) และมีระดับทัศนคติหลังการทดลองที่ระดับดี (86.21%) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองให้เห็นว่าความขัดแย้งเป็นสิ่งที่จัดการได้ และเป็นโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนา ไม่ใช่เพียงแค่ปัญหาที่ต้องหลีกเลี่ยง ทัศนคติเชิงบวกมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเปิดใจรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง และการค้นหาทางออกร่วมกัน ซึ่งเป็นหัวใจของการจัดการความขัดแย้งที่มีประสิทธิภาพ[13] กิจกรรม

“สื่อสารด้วยหัวใจ” มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทัศนคตินี้; คะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับพฤติกรรมก่อนทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง (65.52%) และมีระดับพฤติกรรมหลังการทดลองที่ระดับดี (89.66%) แสดงให้เห็นว่าการฝึกปฏิบัติบทบาทสมมติ และกรณีศึกษาช่วยให้รองหัวหน้าหอผู้ป่วยได้นำความรู้และทัศนคติที่ได้เรียนรู้มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จำลอง ทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถนำไปปรับใช้ในสถานการณ์จริงได้ดีขึ้น เช่น การใช้การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การเจรจาต่อรอง หรือการร่วมมือ

อย่างไรก็ตามคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับพฤติกรรมก่อนทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง (65.52%) และมีระดับพฤติกรรมหลังการทดลองที่ระดับดี (89.66%) พฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งที่สูงขึ้นแสดงให้เห็นว่าการฝึกปฏิบัติบทบาทสมมติ และกรณีศึกษาช่วยให้รองหัวหน้าหอผู้ป่วยได้นำความรู้และทัศนคติที่ได้เรียนรู้มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จำลอง ทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถนำไปปรับใช้ในสถานการณ์จริงได้ดีขึ้น เช่น การใช้การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การเจรจาต่อรอง หรือการร่วมมือ จะส่งผลให้บรรยากาศการทำงานในหอผู้ป่วยดีขึ้น ลดความตึงเครียด และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าการออกแบบการฝึกอบรมที่มีโครงสร้างช่วยเพิ่มความรู้ ทัศนคติและทักษะในด้านการจัดการความขัดแย้ง จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการฝึกอบรมสามารถเพิ่มความรู้ในการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิผล โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมโดยตรง ซึ่งมีการพัฒนาอย่างชัดเจนทั้งในเชิง ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้ง สะท้อนถึงความสำคัญของการพัฒนา “ทักษะทางอารมณ์และสังคม” (Emotional and social competence) ในกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ[13]

นอกจากนั้นยังพบว่าผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของรองหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลอง มีระดับความรู้ (Mean Diff = 2.76, 95%CI = 1.67 - 3.84) ทัศนคติ (Mean Diff = 10.62, 95%CI = 6.14-15.10) และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้ง (Mean Diff = 18.38, 95%CI = 12.94-23.82) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ความรู้ (Mean Diff = 2.31, 95%CI = 1.43-3.20) ทัศนคติ (Mean Diff = 7.97, 95%CI = 2.85-13.08) และพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้ง (Mean Diff = 8.41, 95%CI = 5.08-11.74) ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Choi J Y& Ahn S.[14] ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งต่อทักษะของนักศึกษาพยาบาลในประเทศเกาหลีใต้ โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับความขัดแย้งและวิธีการจัดการ การอภิปรายกรณีศึกษา และการฝึกปฏิบัติผ่านการสวมบทบาท (Role-playing) ทำให้กลุ่มทดลองมี คะแนนทักษะการจัดการความขัดแย้งและทักษะการสื่อสารสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จุดเด่นและข้อจำกัดของงานวิจัย งานวิจัยนี้มีจุดเด่น คือ การออกแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม ที่ช่วยให้สามารถเปรียบเทียบผลก่อนและหลังได้อย่างเป็นระบบ ใช้โปรแกรมที่หลากหลายและครอบคลุมกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและการขยายผลในวงกว้าง ควรดำเนินการวิจัยต่อยอดด้วยการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายยิ่งขึ้น ทั้งในแง่ของจำนวนและบริบทพื้นที่ (Multi-center Study) รวมถึงออกแบบการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของโปรแกรมในมิติของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ควรพิจารณาออกแบบงานวิจัยที่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องได้มากขึ้น เช่น การสุ่มกลุ่ม

ตัวอย่าง หรือการใช้วิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Research) เพื่อเพิ่มความแม่นยำของผลลัพธ์การวิจัย

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพัฒนาบุคลากร ควรขยายโปรแกรมฯ ไปสู่วิชาชีพระดับอื่นๆ ด้านนโยบายองค์กร ควรบูรณาการโปรแกรมในแผนประจำปี และจัดทำคู่มือหรือสื่อเรียนรู้ที่หลากหลาย และติดตามผลระยะยาว เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในการให้คำชี้แนะด้านการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข ขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาลที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในด้านอื่นๆ เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการจัดการความขัดแย้งในหน่วยงาน และขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนขับเคลื่อนกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). รายงานประจำปี 2565. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2565.
3. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานสถิติงานบริการ ปี 2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2567.
4. กองการพยาบาล. แนวทางการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. บุญศักดิ์ หาญเทิดสิทธิ์. การชดเชยความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข: การพัฒนาแนวทางในประเทศไทย. วารสารการแพทย์. 2553.
6. วันชัย วัฒนศัพท์. ระบบการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพไทย; 2550.
7. บรรพต ต้นธีรวงศ์. การไกล่เกลี่ยข้อขัดแย้งในระบบบริการสุขภาพ. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2552;15(3):45-52.
8. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาลโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
9. พิชญ์สินี รัตนลือชากุล. การจัดการความขัดแย้งในองค์กรสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2563.
10. ศิริวรรณ มนอัตระผดุง. ความขัดแย้งในสถานพยาบาลและการบริหารจัดการ. วารสารบริหารการพยาบาล. 2559;9(2):15–22.
11. สุมาลี ยุทธวรวิทย์. การจัดการความขัดแย้งในบริบทการพยาบาล. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
12. Rahim M A. Managing conflict in organizations. 4th ed. New Brunswick: Transaction Publishers; 2017.
13. Broukhim M, et al. Healthcare conflict management: perspectives from professionals. J Healthc Manag. 2018;63(1):35–45.
14. Choi J Y, Ahn S. Effects of Conflict Management Program on Nursing Students. Nurse Education Today. 2021;99:104765.