

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาล เอรಾವัน จังหวัดเลย ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยและข้อมูลเกี่ยวกับ DRG เพื่อให้ได้งานศึกษาวิจัยที่มีคุณภาพจึงได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

1. ประวัติและการพัฒนาการของ DRG (Diagnostic Relative Groups)
2. หลักการของการวินิจฉัยกลุ่มโรคร่วม
3. การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเกี่ยวกับ DRG ในประเทศไทย
4. แนวคิดและทฤษฎี ความรู้ ทักษะ และ การยอมรับสู่การปฏิบัติ

1. ประวัติและการพัฒนาการของ DRG (Diagnostic Relative Groups)

ประวัติและการพัฒนาการของ DRG (Diagnostic Relative Groups) (Kimberly and Pouvoirville 1993 อ้างอิงใน สุทธิสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย, 2542: 44)

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRG) เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี 1970 โดยการนำมาวางระบบการบริการในโรงพยาบาล โดยเบื้องต้นได้มีแนวคิดเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ แต่ต่อมาได้พัฒนามากขึ้นจนสามารถนำมาใช้เพื่อจัดสรรเงินในระบบสาธารณสุขและจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการที่ทำการรักษาผู้ป่วยตามสิทธิ์ต่างๆ โดยพบว่าแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งในแง่ของ สภาพภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ที่ทำให้เกิดความแตกต่างกันไป อีกทั้งเกิดจากการนำหลักทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่ต้องการค้นหา วิเคราะห์ถึงสภาพต้นทุนและความคุ้มค่าในการจ่ายค่าตอบแทนการให้การรักษาพยาบาลของหน่วยบริการที่แตกต่างกันไป

โดยวิวัฒนาการของ DRG เริ่มมาในปี 1979 เป็นต้นมา (McGuire 1993 อ้างอิงใน สุทธิสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย, 2542: 44-57) โดยเบื้องต้นได้เริ่มกับกลุ่มผู้สูงอายุและได้มีการพัฒนามาเรื่อยๆ เพื่อให้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค โดยในปี 1986 ได้มีการพัฒนาปรับปรุงให้ครอบคลุมถึงกลุ่ม

โรคเด็กในปี 1987 มหาวิทยาลัยเยลได้มีการปรับปรุงระบบ DRG ครั้งใหญ่ โดยการเพิ่มความสำคัญให้แก่ข้อมูลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นร่วมด้วย (Co-morbidities) และโรคที่เป็นแทรกซ้อน (Complications)

2. หลักการของการวินิจฉัยกลุ่มโรคร่วม

จุดมุ่งหมายของการคิดระบบ DRG ขึ้นมา เพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยที่ที่อยู่ในกลุ่มที่คาดหวังที่จะเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลที่คล้ายคลึงกันไว้ด้วยกัน และการจัดกลุ่มโรคนี้สามารถนำไปใช้ในการจัดกลุ่ม เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลทุกแห่งและสามารถใช้สื่อสารระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย รวมถึงตัวผู้ป่วยและญาติที่ไม่ได้มีความรู้ทางการแพทย์ กลุ่ม DRG จึงมีความสำคัญดังนี้ (Fetter et al 1980)

1. ต้องสามารถสื่อความหมายทางการแพทย์ กลุ่มผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มใหญ่หรือกลุ่มย่อยเดียวกันจะต้องมีความคล้ายคลึงกันทางคลินิก เมื่อนำเสนอรายละเอียดทางคลินิกแก่แพทย์แล้ว ต้องได้รับการยอมรับจากแพทย์ว่าผู้ป่วยเหล่านั้นมีกระบวนการรักษาที่คล้ายคลึงกัน
2. การจัดกลุ่มผู้ป่วยแต่ละกลุ่มใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วในใบสรุปประวัติผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลนี้ความสัมพันธ์กับประเภทของบริการในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องใช้ เนื่องจากสถานภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือกระบวนการรักษาที่มีอยู่
3. จำนวนกลุ่มผู้ป่วยต้องอยู่ในปริมาณที่สามารถบริหารจัดการได้ ปริมาณที่ดีคือ มีเป็นเรือนร้อยจะบริหารจัดการง่ายกว่าเป็นเรือนพัน ผู้ป่วยรายหนึ่งต้องสามารถจัดเข้ากลุ่มได้เพียงกลุ่มเดียวเท่านั้น และกลุ่มเหล่านั้นต้องสามารถครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. ผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกันควรใช้บริการต่างๆของโรงพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน
5. การจัดกลุ่มควรให้ผลลัพธ์เหมือนกัน ไม่ควรมีวิธีให้รหัสทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน ตัวแปรสำคัญที่นำมาใช้ในการจัดกลุ่ม DRG คือ

- การวินิจฉัยหลัก
- การวินิจฉัยโรคอื่นๆ เช่น โรคแทรกซ้อน (Complications)
- หัตถการและการผ่าตัดในห้องผ่าตัด
- อายุ
- สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย

- จำนวนวันนอน
- ค่ารักษาที่เรียกเก็บ

การจัดกลุ่ม DRG ต้องใช้ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยแต่ละราย ในระยะเริ่มต้นของการใช้ DRG ข้อมูลผู้ป่วยอาจมีค่าผิดพลาดมากถึงร้อยละ 24 (Smith et al 1991) ร้อยละ 47 (Dcnoghue 1992) หรือร้อยละ 65 (Barnard and Esmond 1981) ในขณะที่ข้อมูลทางคลินิกของบางแห่งอาจไม่มีข้อผิดพลาดเลย (Butts and Williams, 1982) ข้อมูลที่ผิดพลาดบ่อยตามลำดับ ได้แก่

- หลักฐานในเวชระเบียนไม่ชัดเจนหรือไม่ถูกต้องตรงกันโดยตลอด (Inconsistent unclear documentation)
- การไม่ทำตามกฎของการให้รหัส (Coding rules not followed)
- การวินิจฉัยโรคหลักไม่ชัดเจน (Ambiguous principle diagnosis)
- การให้รหัสโรคไม่ครบ (Missing code)
- ความผิดพลาดของพนักงาน (Clerical error)

ความผิดพลาดเหล่านี้เป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนกลุ่ม DRG ถึงร้อยละ 9 ของความผิดพลาด และการเปลี่ยนแปลงกลุ่ม DRG นี้เป็นเหตุให้โรงพยาบาลได้รับเงินมากขึ้นถึงร้อยละ 63 ของผู้ป่วยที่กลุ่ม DRG เปลี่ยนแปลง

(Smith et al 1991 อ้างอิงใน ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุโนทัย, 2544: 42) ประเมินข้อผิดพลาดของข้อมูล DRG เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อ ซึ่งน่าจะมีความชัดเจนของรหัสและความผิดพลาดน้อย แต่ก็ยังพบว่ามีข้อผิดพลาดถึงร้อยละ 24 ความผิดพลาดส่วนใหญ่ เกิดจากการไม่ลงรหัสในฐานข้อมูล การให้รหัสผิด รวมถึงการจัดกลุ่ม DRG ผิด เนื่องจากการแปลรหัสจากการวินิจฉัยโรคให้กลายเป็นรหัส ICD9-Cm

(Lichtig 1986 อ้างอิงใน ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุโนทัย, 2544: 43) อธิบายความผิดพลาดของระบบข้อมูลว่า อาจมาจากความเข้าใจคลาดเคลื่อนระหว่างการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) วินิจฉัยโรคอื่นๆ หรือการลงข้อมูลที่ผิดพลาดของหัตถการหลัก และหัตถการอื่นๆ

3. การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเกี่ยวกับ DRG ในประเทศไทย

ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุโนทัย (2544) ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ศึกษาเรื่อง “กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม : สถานการณ์และองค์ความรู้ในปี 2544” พบว่าองค์ความรู้ที่ได้จากฐานข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมปี 2544 แม้ว่าข้อมูลที่ได้รับคือ 4.1 ล้านคนยังมีใช้ข้อมูลทั้งหมดแต่พอรู้ขนาดและทิศทางว่าข้อมูลส่วนที่ขาดมากคือ ข้อมูลจากกรุงเทพมหานคร สินทรัพย์ข้อมูลนี้เป็นประโยชน์ต่อการคำนวณอัตราการนอนในโรงพยาบาล อัตราการข้ามเขตรับบริการ

นอกจากนี้ยังเป็นสัญญาณเตือนด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ สินทรัพย์ข้อมูลเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนากลุ่มโรคร่วมฉบับที่สามและช่วยเสนอแนะการออกแบบวิธีการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยใน จัดสัดส่วนที่เหมาะสมต่อการหมายจ่ายรายหัวด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมระดับประเทศ

ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุโนทัย และสุกัลยา คงสวัสดิ์ (2540) ศึกษาเรื่อง “ต้นทุนต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน” ได้ใช้ข้อมูลบัญชีต้นทุนปี 2540 จากโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง และข้อมูลรายบุคคลที่ใช้วิเคราะห์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงพยาบาลใน 5 จังหวัด พบว่าต้นทุนต่อคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนมีความแตกต่างกัน ผลการศึกษาที่ได้นำไปใช้ประกอบการตัดสินใจคิดอัตราหมายจ่ายให้แก่สถานพยาบาลระดับต่างๆอย่างเหมาะสมต่อไป

ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุโนทัย และนิลวรรณ อยู่ภักดี (2546) ศึกษาในเรื่อง “การปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 3 ด้วยเกณฑ์วันนอน” ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถสรุปได้ดังนี้

ผู้ป่วยที่วันนอนต่ำกว่าเกณฑ์ การปรับลดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามวันนอนสั้น จะช่วยให้การชดเชยแก่สถานบริการใกล้เคียงค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บมากกว่าการไม่ปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ผู้ป่วยนอนวันสั้น เฉพาะกลุ่มเคมีและรังสีบำบัดไม่ควรคิดค่าปรับลดวันนอนสั้นกว่าเกณฑ์ ผู้ป่วยนอนวันสั้น เฉพาะผ่าตัดต้องกระจกสมควรปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เพียงบางส่วน ไม่ต้องปรับเต็มตามสูตรของผู้ป่วยกลุ่มศัลยกรรม

ผู้ป่วยที่วันนอนนานกว่าเกณฑ์ การปรับเพิ่มค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามวันนอนนานจะช่วยให้การชดเชยแก่สถานพยาบาลใกล้เคียงกับค่ารักษาที่ต้องการเรียกเก็บมากขึ้น การปรับเพิ่มค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามวันนอนนาน แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ วันนอนนานกว่าจุดตัดเกินเกณฑ์แต่ไม่เกินสองเท่า

และวันนอนนานสองเท่าแต่ไม่เกินสามเท่า โดยให้ช่วงที่สองได้การปรับเพิ่มในอัตราลดลง (คือได้รับเพียงสองในสามของช่วงแรก) และวันที่นอนนานกว่าสามเท่าของจุดตัดเกินเกณฑ์ให้ถือเป็นวันนอนไม่เกินสามเท่า

ข้อเสนอสูตรใหม่นี้ สมควรใช้ทดแทนสูตรเดิมที่ไม่แยกระหว่างผู้ป่วยอายุรกรรมและผู้ป่วยศัลยกรรม อย่างไรก็ตามในอนาคตอันใกล้ ควรวิจัยโดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวนที่มากขึ้น ให้ครอบคลุมกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหลายกลุ่ม และครอบคลุมโรงพยาบาลประเภทต่างๆ ให้กว้างขวางมากขึ้น เพื่อให้ได้สูตรการปรับลดหรือปรับเพิ่มน้ำหนักสัมพัทธ์ตามเกณฑ์วันนอนได้ตรงกับผู้ป่วยในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมากขึ้น และเป็นตัวแทนโรงพยาบาลต่างๆ มากขึ้น

ธนู ชาติธนานนท์ (2544) ได้ศึกษาเรื่อง “ค่าใช้จ่าย (Charge) และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม กรมสุขภาพจิต” โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยในแบบเจาะจงของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 13 แห่ง ช่วง 1 ตุลาคม 2542 ถึง 30 กันยายน 2543 จำนวน 27,718 ราย พบว่าข้อมูลผู้ป่วยได้รับการบันทึกไม่สมบูรณ์ ซึ่งอาจเกิดจากการไม่เห็นประโยชน์ของการนำไปใช้และพบว่าค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บได้จากการศึกษาในครั้งนี้น้อยกว่าค่าที่ได้จากการศึกษาเรื่องต้นทุนต่อหน่วยบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ของเด็กผู้ป่วยในมีค่าเท่ากับ 19,632 บาท/ราย/ต้นทุน อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ ทำให้โรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ ได้เห็นภาพรวมของ RW ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช อันจะมีประโยชน์ในการเป็นฐานข้อมูลของโรงพยาบาลจิตเวช ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

พจน์ชวิทย์ อภินิเวศ และคณะ (2545) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อค่า RW ตามเกณฑ์ของ DRG ของผู้ป่วยในภาควิชาศัลยศาสตร์” ได้ทำการตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 กรกฎาคม ถึง 31 สิงหาคม 2545 สุ่มมาจำนวน 330 ฉบับ ผลการวิจัยพบว่าความบกพร่องในส่วนของการบันทึกข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน การให้รหัสโรคตาม ICD10 ไม่ถูกต้อง การจัดลำดับสำคัญของโรคหลักและหัตถการผ่าตัดมีผลกระทบต่อค่า RW ตามเกณฑ์ DRG นอกจากนี้การใช้โปรแกรมที่ใช้คำนวณค่า RW ยังมีความไม่สมบูรณ์ทำให้แยกความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่มีโรคหลักเดียวกัน โดยกลุ่มหนึ่งมีโรคหลักเพียงโรคเดียว อีกกลุ่มหนึ่งมีหลายโรคในเวลาเดียวกันได้ไม่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง

สาหร่าย เรืองเดช (2536) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลประจำจังหวัดภาคกลาง” ความครบถ้วนของเวชระเบียนในส่วนของพยานนั้นค่อนข้างครบถ้วน แตกต่างจากในส่วนของแพทย์ เนื่องจากเวชระเบียนในส่วนของแพทย์นั้นอาจเกิดจากการที่เวชระเบียนถูกใช้ในหลายแผนกทำให้เวชระเบียนไม่ได้อยู่ในช่วงที่ต้องทำการสรุปเวชระเบียนจึงเป็นเหตุทำให้เวชระเบียนนั้นไม่ผ่านการสรุป

วิไลรัตน์ จตุสุวรรณศรี (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ การตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา” พบว่าความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในแผนกกุมารเวชกรรมอยู่ในระดับที่สมบูรณ์ดีมาก ซึ่งแตกต่างจากแผนกผู้ป่วยอายุรกรรมหรือแผนกผู้ป่วยนอกที่อยู่ในเกณฑ์ต่ำ ในขณะที่ส่วนของพยาบาลจะค่อนข้างจะครบถ้วนแตกต่างจากในส่วนแพทย์ที่ความครบถ้วนค่อนข้างต่ำ ซึ่งมีสาเหตุจากภาระงาน

นวนน้อย สังขมิ (2548) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ การปรับปรุงกระบวนการเพื่อการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยใช้เกณฑ์จัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม” ได้ทำการพัฒนาแนวทางการส่งเบิกการจ่ายค่ารักษาพบว่า หลังทำการพัฒนาทำให้ได้รับค่าได้เป็นจำนวนเงินทันเวลาจากเดิม ร้อยละ 73 เป็นร้อยละ 100 ซึ่งจะเห็นได้ว่าสามารถเบิกค่าตอบแทนการรักษาเพิ่มขึ้นจาก 17 ล้านบาท เป็น 23 ล้านบาท

ธรา ธรรมโรจน์ และคณะ (2549) ได้ศึกษาเรื่อง “ การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์” โดยทำการศึกษาโดยการสุ่มเวชระเบียนวิธี Cluster sampling กระจายสุ่มจากผู้ป่วยนอกทุกภาควิชาทั้ง 10 ภาควิชา จำนวน 750 ฉบับ แล้วทำการตรวจสอบในแบบตรวจสอบที่พัฒนาขึ้นโดยมีการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกใน 12 ประเด็น รายงานผลเป็นร้อยละของคะแนนเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า ผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในภาพรวมจะอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (ร้อยละ 62.45) ถ้าพิจารณาจากผู้มีส่วนต่อความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน จะพบว่า ส่วนที่บันทึกโดยแพทย์ (ร้อยละ 56.72) จะได้คะแนนระดับพอใช้ และต่ำกว่าส่วนที่บันทึกโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ (พยาบาลและเจ้าหน้าที่เวชระเบียน) และพบว่ามี 4 หัวข้อจาก 7 หัวข้อ การประเมินที่บันทึกโดยแพทย์ได้คะแนนอยู่ในช่วงพอใช้ (ร้อยละ 50-59) และมีสองหัวข้อที่การประเมินอยู่ในเกณฑ์ขั้นต่ำต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่าร้อยละ 50) คือ การบันทึกแผนการรักษาและการแพ้ยา

ทองมา ทิพย์ทิม และคณะ (2551) ได้ศึกษาเรื่อง “ ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการรายงานเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี” โดยทำการตรวจสอบเวชระเบียนที่เข้ารับการรักษาในช่วงเดือนเมษายน 2551 พบว่าเดิมมีความล่าช้าในการรายงานเวชระเบียนทำให้การส่งเบิกค่ารักษาและโรงพยาบาลได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่ควรจะได้ โดยเวชระเบียนที่ส่งเบิกภายในเจ็ดวันหลังจำหน่ายคิดเป็นร้อยละ 74.6 และกลุ่มที่ใช้เวลาส่งเบิกมากกว่าเจ็ดวันคิดเป็นร้อยละ 25.4 โดยส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนมากและทำการรักษาร่วมกันจากแพทย์หลายแผนก และแพทย์ยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการสรุปเวชระเบียนให้ทันเวลา

เขาวลัทธิ จันแดง และคณะ (2552) ได้ศึกษาเรื่อง “ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์” เป็นการศึกษาจากการรวบรวมผลการทบทวนเวชระเบียน โดยมุ่งเน้นความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ซึ่งประเมิน ก่อน และหลังการดำเนินการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2550 - พฤษภาคม 2551 โดยใช้ร้อยละในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า

1. ผลความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกมีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 78.84 โดยพบว่าการบันทึกชื่อ-สกุล อายุ ที่อยู่ของผู้ป่วยมีความสมบูรณ์มากที่สุด พบร้อยละ 88.94 ส่วนการบันทึกการตรวจร่างกายมีความสมบูรณ์น้อยที่สุด คือ พบร้อยละ 70.19 แผนกที่มีความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกมากที่สุด คือ แผนกสูตินรีเวชกรรม และศัลยกรรมกระดูก ตามลำดับ

2. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 82.60 โดยพบว่าการบันทึกการผ่าตัด มีความสมบูรณ์มากที่สุด พบร้อยละ 89.65 และการบันทึกการตรวจร่างกายมีความสมบูรณ์น้อยที่สุด พบร้อยละ 77.80 แผนกที่มีความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยในมากที่สุดคือ แผนกศัลยกรรมกระดูก โสตศอนาสิก และศัลยกรรม ตามลำดับ

ปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล และคณะ (2552) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการให้รหัสโรค หัตถการและการผ่าตัดของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศิริราช” โดยสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยในที่กำหนดตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม 2551 โดยสุ่มตรวจ 1 % ของจำนวนเวชระเบียนทั้งหมด ซึ่งแบ่งสัดส่วนตามจำนวนเวชระเบียนของผู้ป่วยใน ที่จำหน่ายในแต่ละภาควิชา รวมจำนวนทั้งสิ้น 790 ฉบับ ผลการศึกษา : เวชระเบียนที่แจ้งกลับ (feed back) ไปยังภาควิชาต่างๆ เนื่องจากตรวจพบความผิดพลาดในการให้รหัสโรค หัตถการและการผ่าตัด มีจำนวน 327 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 41.39 ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ ได้แก่ ข้อมูลรหัสการวินิจฉัยโรคอื่น (SDx) ที่ไม่ครบถ้วน ข้อมูลรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (PDx) หรือการวินิจฉัยโรคอื่นไม่ถูกต้อง ข้อมูลรหัสหัตถการและการผ่าตัด (Proc) ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล (CaLOS) มากกว่า 30 วัน และมีค่า AdjRW ที่ได้หลังตรวจสอบเพิ่มขึ้นมีจำนวน 7 ภาควิชา และลดลงมีจำนวน 3 ภาควิชา

ศศิธร ไชยสัจ และคณะ (2553) ได้ศึกษาเรื่อง “การจัดการคุณภาพฐานข้อมูลการจ่ายค่าชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ” เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษากระบวนการจัดการฐานข้อมูลการจ่ายค่าชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน และศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพฐานข้อมูลด้านความครบถ้วน ด้านความถูกต้อง และด้านความทันเวลา ก่อนและหลังดำเนินการ โดยดำเนินการตามวงจรพัฒนาคุณภาพของเดมิ่ง PDCA โดยในขั้นวางแผน (P) ใช้แนวคิดการจัดการคุณภาพข้อมูลร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ดำเนินการ 1 วงรอบ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง เป็นโรงพยาบาล

ชุมชนที่มีปัญหาคุณภาพของข้อมูลมากที่สุดในจังหวัด ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสังเกตการณ์ และการสรุปเพื่อถอดบทเรียนโดยใช้การวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (After Action Reviews : AAR) และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จากระบบรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์คุณภาพฐานข้อมูล และสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพฐานข้อมูล ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัยพบว่า หลังดำเนินการ โรงพยาบาลมีการดำเนินงานในการจัดการฐานข้อมูล การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมต่าง ๆ เป็นมาตรฐาน/แนวทางในการดำเนินงานจัดการคุณภาพฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นได้อีก และพบว่าคุณภาพฐานข้อมูลด้านความครบถ้วน ร้อยละค่าเฉลี่ยความครบถ้วน หลังดำเนินการมากกว่าหลังดำเนินการ แต่ผลการทดสอบความแตกต่าง หลังการดำเนินการ ไม่แตกต่าง จากก่อนการดำเนินการ ส่วนคุณภาพฐานข้อมูลด้านความถูกต้อง และด้านความทันเวลา หลังการดำเนินการเพิ่มขึ้น จากก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิระพันธ์ สุขจี และคณะ (2554) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงานที่สัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร” โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างคือแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิจิตร จำนวน 40 คน และเวชระเบียนที่สุ่มตามตามชั้นภูมิของโรงพยาบาลจำนวน 244 ฉบับ โดยพบว่า

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียน ได้แก่ ระดับการศึกษา และสถาบันที่จบการศึกษาโดยมีความสัมพันธ์กับอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ปัจจัยด้านการทำงานของแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียน ได้แก่ ระดับของโรงพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์กับอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่พบปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับค่าสมบูรณ์ของส่วนต่างระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ได้จริงกับที่ควรจะเป็น และอัตราการสรุปโรคและหัตถการถูกต้อง

จากผลงานวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ปัจจุบันระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย เริ่มมีการนำระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในให้แก่สถานพยาบาลโดยระบบ DRG มาใช้ ซึ่งมีกฎเกณฑ์แตกต่างกันไปตามแต่ละกองทุน ซึ่งใช้ความครบถ้วน ความสมบูรณ์และระยะเวลาในการส่งเบิกตามเกณฑ์กำหนดเป็นข้อบ่งชี้ในการจ่ายค่าชดเชย ซึ่งพบว่าส่วนที่มีปัญหามากที่สุด คือ ส่วนที่เกิดจากการบันทึกของแพทย์

4. แนวคิดและทฤษฎี ความรู้ ทักษะ และการยอมรับสู่การปฏิบัติ (Knowledge, Attitude and Practice - KAP)

ทฤษฎีนี้ เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสารอันอาจมีผลกระทบต่อสังคมต่อไป จากการรับสารนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทนี้ จะเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสารก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้น ก็จะไปมีผลทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นสุดท้าย คือ การก่อให้เกิดการกระทำ ทฤษฎีนี้อธิบาย การสื่อสาร หรือสื่อมวลชน ว่าเป็นตัวแปรต้นที่สามารถเป็นตัวนำ การพัฒนาเข้าไปสู่ชุมชนได้ ด้วยการอาศัย KAP เป็นตัวแปรตามใน การวัดความสำเร็จของการสื่อสาร เพื่อการพัฒนา (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533: 118) จะเห็นได้ว่า สื่อมวลชน มีบทบาทสำคัญใน การนำข่าวสารต่างๆ ไปเผยแพร่ เพื่อให้ประชาชนในสังคมได้รับทราบว่า ขณะนี้ในสังคมมีปัญหาอะไร เมื่อประชาชนได้รับทราบข่าวสารนั้นๆ ย่อมก่อให้เกิด ทัศนคติ และเกิดพฤติกรรมต่อไป ซึ่งมีลักษณะสัมพันธ์กันเป็นลูกโซ่เป็นที่ยอมรับกันว่า การสื่อสารมีบทบาทสำคัญในการดำเนินโครงการต่าง ๆ ให้บรรลุผลสำเร็จ ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การที่คนเดินเท้ามีพฤติกรรม การปฏิบัติตามกฎจราจรได้ ก็ต้องอาศัยการสื่อสาร เป็นเครื่องมืออันสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ สร้างทัศนคติที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยผ่านสื่อชนิดต่างๆ ไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งต้องประกอบด้วย (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533: 120-121)

ความรู้ (Knowledge) เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์ โดยการเรียนรู้จากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (S-R) แล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำ (ข้อมูล) กับสภาพจิตวิทยา ด้วยเหตุนี้ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรร ซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเอง ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายใน อย่างไรก็ตามความรู้ก็อาจ ส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์ได้ และผลกระทบที่ผู้รับสารเชิงความรู้ในทฤษฎีการสื่อสารนั้น อาจปรากฏได้จากสาเหตุ 5 ประการ คือ

1. การตอบข้อสงสัย (Ambiguity Resolution) การสื่อสารมักจะสร้างความสับสนให้สมาชิกในสังคม ผู้รับสาร จึงมักแสวงหาสารสนเทศ โดยการอาศัยสื่อทั้งหลาย เพื่อตอบข้อสงสัย และความสับสนของตน

2. การสร้างทัศนคติ (Attitude Formation) ผลกระทบเชิงความรู้ต่อการปลูกฝังทัศนะนั้น ส่วนมากนิยมใช้กับสารสนเทศที่เป็นนวัตกรรม เพื่อสร้างทัศนคติให้คนยอมรับ การแพร่ นวัตกรรม นั้นๆ (ในฐานะความรู้)

3. การกำหนดวาระ (Agenda Setting) เป็นผลกระทบเชิงความรู้ที่สื่อกระจายออกไป เพื่อให้ประชาชนตระหนักและผูกพันกับประเด็นวาระที่สื่อกำหนดขึ้น หากตรงกับภูมิหลังของปัจเจกชน และค่านิยมของสังคมแล้ว ผู้รับสารก็จะเลือกสารสนเทศนั้น

4. การพอกพูนระบบความเชื่อ (Expansion of Belief System) การสื่อสารสังคมมักกระจายความเชื่อ ค่านิยม และอุดมการณ์ด้านต่างๆ ไปสู่ประชาชน จึงทำให้ผู้รับสาร รับทราบระบบความเชื่อที่หลากหลาย และลึกซึ้งไว้ในความเชื่อของตนมากขึ้นไปเรื่อยๆ

5. การรู้แจ้งต่อค่านิยม (Value Clarification) ความขัดแย้งในเรื่องค่านิยมและอุดมการณ์เป็นภาวะปกติของสังคม สื่อมวลชนที่นำเสนอข้อเท็จจริงในประเด็นเหล่านี้ ย่อมทำให้ประชาชนผู้รับสารเข้าใจถึงค่านิยมเหล่านั้นแจ่มชัดขึ้น

คาร์เตอร์ วี กูด (Carter V. Good, 1973: 325 อ้างใน โสภิตสุตา มงคลเกษม, 2539: 42) กล่าวว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง (facts) ความจริง (truth) เป็นข้อมูลที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่างๆ การที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างมีเหตุผล บุคคลจะต้องรู้เรื่องเกี่ยวกับสิ่งนั้น เพื่อประกอบการตัดสินใจ นั่นก็คือ บุคคลจะต้องมีข้อเท็จจริง หรือข้อมูลต่างๆ ที่สนับสนุนและให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ ชี้แจงให้บุคคลเกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อ และค่านิยมต่างๆ ด้วย

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520: 16) กล่าวว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้หรือโดยการมองเห็นหรือได้ยิน จำได้ ความรู้นี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหาเหล่านี้

เบนจามิน เอส บลูม (Benjamin S. Bloom, 1967: 271) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้ เป็นสิ่งที่ เกี่ยวข้องกับ การระลึกถึง เฉพาะเรื่อง หรือเรื่องทั่วไป ระลึกถึงวิธี กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเน้นความจำ

1. ความรู้ ทำให้ทราบถึงความสามารถในการจำและการระลึกถึงเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เคยพบมาแล้ว แบ่งออกเป็น

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาโดยเฉพาะ
- 1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิธีและการดำเนินการที่เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
- 1.3 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวความคิดและโครงสร้าง

2. ความเข้าใจ ทำให้ทราบถึงความสามารถในการใช้สติปัญญาและทักษะเบื้องต้น แบ่งออกเป็น

2.1 การแปลความ คือ การแปลจากแบบหนึ่งไปสู่อีกแบบหนึ่ง โดยรักษาความหมายได้ถูกต้อง

3. การนำไปใช้
4. การวิเคราะห์
5. การสังเคราะห์
6. การประเมินค่า

แพทริก เมเรดิธ (Patrick Meredith, 1961: 10) ได้พูดถึงความรู้ว่า จำเป็นต้องมีความรู้ประกอบ 2 ประการ คือ ความเข้าใจ (Understanding) และการคงอยู่ (Retaining) เพราะความหมายถึง ความสามารถจดจำได้ ในบางสิ่งบางอย่าง ที่เราเข้าใจมาแล้ว

เบอร์กูน (Burgoon, 1974: 64) และริเวอร์, ปีเตอร์สัน และ เจนเซ่น (River, Peterson and Jensen 1971: 283 อ้างถึงใน ประมะ สตะเวทิน, 2540: 116-117) ได้กล่าวถึง การศึกษาหรือความรู้ (Knowledge) ว่าเป็นลักษณะ อีกประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้รับสาร ดังนั้น คนที่ได้รับการศึกษาในระดับที่ต่างกัน ในยุคสมัยที่ต่างกัน ในระบบการศึกษาที่ต่างกัน ในสาขาวิชาที่ต่างกัน จึงย่อมมีความรู้สึกนึกคิด อุดมการณ์ และความต้องการ ที่แตกต่างกันไป คนที่มี การศึกษาสูงหรือมีความรู้ดี จะได้เปรียบอย่างมากในการที่จะเป็นผู้รับสารที่ดี เพราะคนเหล่านี้ มีความรู้กว้างขวาง ในหลายเรื่อง มีความเข้าใจ ศัพท์มาก และมีความเข้าใจสาร ได้ดี แต่คนเหล่านี้ มักจะเป็น คนที่ไม่ค่อยเชื่ออะไรง่ายๆ

การเกิดความรู้ไม่ว่าระดับใดก็ตาม ย่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด ซึ่งเชื่อมโยงกับการเปิดรับข่าวสารของบุคคลนั่นเอง รวมไปถึงประสบการณ์และลักษณะทางประชากร (การศึกษา เพศ อายุ ฯลฯ) ของแต่ละคนที่เป็นผู้รับข่าวสาร ถ้าประกอบกับการที่บุคคลมีความพร้อมในด้านต่างๆ เช่น มีการศึกษา มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับกฎจราจร ก็มีโอกาที่จะมีความรู้ในเรื่องนี้ และสามารถเชื่อมโยงความรู้นั้นเข้ากับสภาพแวดล้อมได้สามารถระลึกได้ รวบรวมสาระสำคัญเกี่ยวกับกฎจราจร รวมทั้งสามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวมทั้งประเมินผลได้ต่อไป และเมื่อประชาชน เกิดความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร ไม่ว่าจะในระดับใดก็ตาม สิ่งที่เกิดตามมาก็คือ ทักษะคิด ความคิดเห็นในลักษณะต่างๆ (ดาราวรรณ ศรีสุกใส, 2542: 41)

ทักษะคิด เป็นแนวความคิดที่มีความสำคัญมากแนวทางจิตวิทยาสังคม และการสื่อสาร และมีการใช้คำนี้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับการนิยามคำว่า ทักษะคิดนั้น ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ดังนี้

โรเจอร์ (Roger, 1978: 208-209 อ้างถึงใน สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533: 122) ได้กล่าวถึง ทักษะคิด ว่าเป็นดัชนีชี้ว่า บุคคลนั้นคิดและรู้สึกรูปแบบกับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อม ตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ โดยทักษะคิดนั้นมีรากฐานมาจาก ความเชื่อที่อาจส่งผลถึง พฤติกรรมในอนาคตได้ ทักษะคิด จึงเป็นเพียงความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และเป็นมิติของการประเมิน เพื่อแสดงว่า

ชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่งๆ ซึ่งถือเป็นการสื่อสารภายในบุคคล (Interpersonal Communication) ที่เป็นผลกระทบจากการรับสาร อันจะมีผลต่อพฤติกรรมต่อไป

โรเซนเบิร์ก และฮอฟแลนด์ (Rosenberg and Hovland , 1960: 1) ได้ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ โดยปกติสามารถนิยามว่า เป็นการจงใจต่อแนวโน้มในการตอบสนองอย่างเฉพาะเจาะจงกับสิ่งที่เกิดขึ้น

เคลเลอร์ (Howard H. Kendler, 1963: 572) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง สภาวะความพร้อมของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา ในทางสนับสนุนหรือต่อต้านบุคคล สถาบัน สถานการณ์ หรือแนวความคิด

การ์เตอร์ วี. กูด (Carter V. Good , 1959: 48) ให้คำจำกัดความไว้ว่า ทัศนคติ คือ ความพร้อมที่จะแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่งซึ่งเป็นการสนับสนุนหรือต่อต้านสถานการณ์บางอย่าง บุคคล หรือสิ่งใด ๆ

นิวคอมบ์ (Newcomb, 1854: 128) ให้คำจำกัดความไว้ว่า ทัศนคติ ซึ่งมีอยู่ในเฉพาะคนนั้น ขึ้นกับสิ่งแวดล้อม อาจแสดงออกในพฤติกรรม ซึ่งเป็นไปได้ใน 2 ลักษณะ คือ ลักษณะชอบหรือพึงพอใจ ซึ่งทำให้ผู้อื่นเกิดความรักใคร่ อยากใกล้ชิดสิ่งนั้นๆ หรืออีกลักษณะหนึ่ง แสดงออกในรูปความไม่พอใจเกลียดชัง ไม่อยากใกล้ชิดสิ่งนั้น

นอร์แมน แอล มูน (Norman L. Munn, 1971: 71) กล่าวว่า ทัศนคติ คือ ความรู้สึก และความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อสิ่งของบุคคล สถานการณ์ สถาบัน และข้อเสนอใดๆ ในทางที่จะยอมรับหรือปฏิเสธ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองด้วยพฤติกรรมอย่างเดียวกันตลอด

จี เมอร์ฟี, แอล เมอร์ฟี และ ที นิวคอมบ์ (G. Murphy , L. Murphy and T. Newcomb, 1973: 887) ให้ความหมายของคำว่า ทัศนคติ หมายถึง ความชอบหรือไม่ชอบ พึงใจหรือไม่พึงใจที่บุคคลแสดงออกมาต่อสิ่งต่างๆ

เดโซ สวานานนท์ (2512: 28) กล่าวถึง ทัศนคติ ว่าเป็นบุคลิกภาพที่สร้างขึ้นได้เปลี่ยนแปลงได้และเป็น แรงจูงใจที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ ศักดิ์ สุนทร เสนี (2531: 2) กล่าวถึง ทัศนคติที่เชื่อมโยงไปถึงพฤติกรรมของบุคคลว่า ทัศนคติ หมายถึง

1. ความสลับซับซ้อนของความรู้สึกหรือการมีอคติของบุคคล ในการที่จะสร้างความพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ตามประสบการณ์ของบุคคลนั้นที่ได้รับมา
2. ความโน้มเอียงที่จะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดีหรือต่อต้านสิ่งแวดล้อมที่จะมาถึงทางหนึ่งทางใด
3. ในด้านพฤติกรรม หมายถึง การเตรียมตัว หรือความพร้อมที่จะตอบสนองจากคำจำกัดความต่างๆ เหล่านี้ จะเห็นได้ว่ามีประเด็นร่วมที่สำคัญดังนี้คือ

3.1 ความรู้สึกภายใน

3.2 ความพร้อมหรือแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในทางใดทางหนึ่ง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ทศนคติ เป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความรู้สึก และความเชื่อหรือการรู้ของบุคคลกับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมได้ตอบ ในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของทศนคตินั้น

โดยสรุป ทศนคติ ในงานที่นี้เป็นเรื่องของจิตใจ ทำที่ ความรู้สึกนึกคิด และความโน้มเอียงของบุคคลที่มีต่อข้อมูลข่าวสาร และการเปิดรับ รายการกรองสถานการณ์ ที่ได้รับมา ซึ่งเป็นไปได้ทั้งเชิงบวก และเชิงลบ ทศนคติ มีผลให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมา จะเห็นได้ว่าทศนคติ ประกอบด้วย ความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และความรู้สึกนั้น ออกมาโดยทางพฤติกรรม

4.1 องค์ประกอบของ ทศนคติ

จากความหมายของทศนคติดังกล่าว ซิมบาโด และ เอบบีเซน (Zimbardo and Ebbesen, 1970 อ้างถึงใน พรทิพย์ บุญนิพัทธ์, 2531: 49) สามารถแยกองค์ประกอบของทศนคติ ได้ 3 ประการ คือ

4.1.1 องค์ประกอบด้านความรู้ (The Cognitive Component) คือ ส่วนที่เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ทัวไปทั้งที่ชอบและไม่ชอบ หากบุคคลมีความรู้หรือคิดว่าสิ่งใดดี มักจะมีทศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่หากมีความรู้มาก่อนว่าสิ่งใดไม่ดี ก็จะมีทศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น

4.1.2 องค์ประกอบด้านความรู้สึก (The Affective Component) คือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ ซึ่งมีผลแตกต่างกันไปตามบุคลิกภาพของคนนั้น เป็นลักษณะที่เป็นค่านิยมของแต่ละบุคคล

4.1.3 องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (The Behavioral Component) คือ การแสดงออกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจาก องค์ประกอบด้านความรู้ ความคิด และความรู้สึก

จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลมีทศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่างกัน ก็เนื่องมาจาก บุคคล มีความเข้าใจ มีความรู้สึก หรือมีแนวความคิดแตกต่างกันนั่นเอง

ดังนั้น ส่วนประกอบทางด้านความคิด หรือความรู้ ความเข้าใจ จึงนับได้ว่าเป็น ส่วนประกอบ ขันพื้นฐานของทศนคติ และส่วนประกอบนี้ จะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคล อาจออกมาในรูปแบบแตกต่างกัน ทั้งในทางบวก และทางลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และการเรียนรู้

4.2 การเกิด ทักษคติ (Attitude Formation)

กอร์ดอน อัลพอร์ต (Gordon Allport, 1975) ได้ให้ความเห็นเรื่อง ทักษคติ ว่าอาจเกิดขึ้นจากสิ่งต่างๆ ดังนี้

1. เกิดจากการเรียนรู้ เด็กเกิดใหม่จะได้รับการอบรมสั่งสอนเกี่ยวกับวัฒนธรรม และประเพณีจากบิดามารดา ทั้งโดยทางตรง และทางอ้อม ตลอดจนได้เห็นแนวการปฏิบัติของพ่อแม่แล้ว รับมาปฏิบัติตามต่อไป
2. เกิดจากความสามารถในการแยกแยะความแตกต่าง คือ แยกสิ่งใดดี ไม่ดี เช่น ผู้ใหญ่กับเด็กจะมีการกระทำที่แตกต่างกัน
3. เกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันออกไป เช่น บางคนมีทัศนคติไม่ดีต่อครู เพราะเคยตำหนิตน แต่บางคนมีทัศนคติที่ดีต่อครูคนเดียวกันนั้น เพราะเคยเชยชมตบตบ
4. เกิดจากการเลียนแบบ หรือรับเอาทัศนคติของผู้อื่นมาเป็นของตน เช่น เด็กอาจรับทัศนคติของบิดามารดา หรือครูที่ตนนิยมชมชอบมาเป็นทัศนคติของตนได้

เครช และ ครัทช์ฟิลด์ (Krech and Crutchfield, 1948) ได้ให้ความเห็นว่า ทักษคติอาจเกิดขึ้นจาก

1. การตอบสนองความต้องการของบุคคล นั่นคือ สิ่งใดตอบสนองความต้องการของตนได้ บุคคลนั้นก็มีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น หากสิ่งใดตอบสนองความต้องการของตนไม่ได้ บุคคลนั้นก็จะมีความรู้สึกไม่ดีต่อสิ่งนั้น
2. การได้เรียนรู้ความจริงต่างๆ อาจโดยการอ่าน หรือจากคำบอกเล่าของผู้อื่นก็ได้ ฉะนั้นบางคนจึงอาจเกิดทัศนคติไม่ดีต่อผู้อื่นจากการฟังคำติฉินที่ใครๆ มาบอกไว้ก่อนก็ได้
3. การเข้าไปเป็นสมาชิก หรือสังกัดกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง คนส่วนมากมักจะยอมรับเอาทัศนคติของกลุ่มมาเป็นของตน หากทัศนคตินั้นไม่ขัดแย้งกับทัศนคติของตนเกินไป
4. ทัศนคติ ส่วนสำคัญกับบุคลิกภาพของบุคคลนั้นด้วย คือ ผู้ที่มีบุคลิกภาพสมบูรณ์มักมองผู้อื่นในแง่ดี ส่วนผู้ปรับตัวยากจะมีทัศนคติในทางตรงข้าม คือ มักมองว่ามีคนคอยอิจฉาริษยา หรือคิดร้ายต่างๆ ต่อตน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520: 64-65) กล่าวถึงการเกิดทัศนคติว่า ทัศนคติ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learning) จากแหล่ง ทัศนคติ (Source of Attitude) ต่างๆ ที่อยู่มากมาย และแหล่งที่ทำให้คนเกิด ทัศนคติ ที่สำคัญคือ

1. ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific Experience) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เฉพาะอย่างต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในทางที่ดีหรือไม่ดี จะทำให้เขาเกิด ทศนคติ ต่อสิ่งนั้นไปในทางที่ดีหรือไม่ดี จะทำให้เกิดทศนคติต่อสิ่งนั้นไปในทิศทางที่เขาเคยมีประสบการณ์มาก่อน

2. การติดต่อสื่อสารจากบุคคลอื่น (Communication from others) จะทำให้เกิดทศนคติจากการรับรู้ข่าวสารต่างๆ จากผู้อื่นได้ เช่น เด็กที่ได้รับการสั่งสอนจากผู้ใหญ่จะเกิดทศนคติต่อการกระทำต่างๆ ตามที่เคยรับรู้มา

3. สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Models) การเลียนแบบผู้อื่นทำให้เกิดทศนคติขึ้นได้ เช่น เด็กที่เคารพเชื่อฟังพ่อแม่ จะเลียนแบบการแสดงท่าชอบ หรือไม่ชอบต่อสิ่งหนึ่งตามไปด้วย

4. ความเกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional Factors) ทศนคติ หลายอย่างของบุคคลเกิดขึ้นเนื่องจากความเกี่ยวข้องกับสถาบัน เช่น ครอบครัว โรงเรียน หรือหน่วยงาน เป็นต้น

ธงชัย สันติวงษ์, 2539: 166-167) กล่าวว่า ทศนคติ ก่อตัวเกิดขึ้นมา และเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน คือ

1. การจูงใจทางร่างกาย (Biological Motivation) ทศนคติ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง กำลังดำเนินการตอบสนองตามความต้องการ หรือแรงผลักดันทางร่างกาย ตัวบุคคลจะสร้างทศนคติที่ดีต่อบุคคลหรือสิ่งของที่สามารถช่วยให้เขามีโอกาสตอบสนองความต้องการของตนได้

2. ข่าวสารข้อมูล (Information) ทศนคติ จะมีพื้นฐานมาจากชนิดและขนาดของข่าวสารที่ได้รับ รวมทั้งลักษณะของแหล่งที่มาของข่าวสารด้วยกลไกของการเลือกเฟ้นในการมองเห็นและเข้าใจปัญหาต่างๆ (Selective Perception) ข่าวสารข้อมูลบางส่วนที่เข้ามาสู่บุคคลนั้น จะทำให้บุคคลนั้นเก็บไปคิด และสร้างเป็นทศนคติขึ้นมาได้

3. การเข้าเกี่ยวข้องกับกลุ่ม (Group Affiliation) ทศนคติบางอย่าง อาจมาจากกลุ่มต่างๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้องอยู่ทั้งโดยตรงและทางอ้อม เช่น ครอบครัว วัด กลุ่มเพื่อนร่วมงาน กลุ่มกีฬา กลุ่มสังคมต่างๆ โดยกลุ่มเหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นแหล่งรวมของค่านิยมต่างๆ แต่ยังมีการถ่ายทอดข้อมูลให้แก่บุคคลในกลุ่ม ซึ่งทำให้สามารถสร้างทศนคติขึ้นได้ โดยเฉพาะครอบครัวและกลุ่มเพื่อนร่วมงานเป็นกลุ่มที่สำคัญที่สุด (Primary Group) ที่จะเป็แหล่งสร้าง ทศนคติ ให้แก่บุคคลได้

4. ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ของคนที่มีต่อวัตถุสิ่งของ ย่อมเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้บุคคลต่างๆ ตีค่าสิ่งที่เขาได้มีประสบการณ์มาจนกลายเป็นทศนคติได้

5. ลักษณะท่าทาง (Personality) ลักษณะท่าทางหลายประการต่างก็มีส่วนทางอ้อมที่สำคัญในการสร้างทศนคติให้กับตัวบุคคลปัจจัยต่างๆ ของการก่อตัวของทศนคติ เท่าที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ในความเป็นจริงจะมีได้มีการเรียงลำดับตามความสำคัญแต่อย่างใดเลย ทั้งนี้เพราะปัจจัย

แต่ละทางเหล่านี้ ตัวไหนจะมีความสำคัญต่อการก่อตัวของทัศนคติมากหรือน้อย ย่อมสุดแล้วแต่ว่าการพิจารณาสร้างทัศนคติต่อสิ่งดังกล่าวจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยใดมากที่สุด

4.3 ประเภทของ ทัศนคติ

บุคคลสามารถแสดง ทัศนคติ ออกได้ 3 ประเภทด้วยกัน คือ

4.3.1 ทัศนคติ ทางเชิงบวก เป็นทัศนคติ ที่ชักนำให้บุคคลแสดงออก มีความรู้สึกหรืออารมณ์จากสภาพจิตใจได้ตอบ ในด้านดีต่อบุคคลอื่น หรือเรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่ง รวมทั้งหน่วยงาน องค์กร สถาบัน และการดำเนินกิจการขององค์กร อื่นๆ เช่น กลุ่มชาวเกษตรกร ย่อมมีทัศนคติทางบวก หรือมีความรู้สึกที่ดีต่อสหกรณ์การเกษตร และให้ความสนับสนุนร่วมมือด้วย การเข้าเป็นสมาชิก และร่วมในกิจกรรมต่างๆ อยู่เสมอ เป็นต้น

4.3.2 ทัศนคติทางลบ หรือไม่ดี คือ ทัศนคติ ที่สร้างความรู้สึกเป็นไปในทางเสื่อมเสีย ไม่ได้ได้รับความเชื่อถือ หรือไว้วางใจ อาจมีความเคลือบแคลงระแวงสงสัย รวมทั้งเกลียดชังต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เรื่องราว หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือหน่วยงานองค์กร สถาบัน และการดำเนินกิจการขององค์กร และอื่นๆ เช่น พนักงาน เจ้าหน้าที่บางคน อาจมี ทัศนคติ เชิงลบต่อบริษัท ก่อให้เกิดอคติขึ้น ในจิตใจของเขา จนพยายามประพาด และปฏิบัติต่อต้านกฎระเบียบของบริษัท อยู่เสมอ

4.3.3 ทัศนคติ ที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็นในเรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือต่อบุคคล หน่วยงาน สถาบัน องค์กร และอื่นๆ โดยสิ้นเชิง เช่น นักศึกษาบางคนอาจมี ทัศนคติ นิ่งเฉยอย่างไม่มีความคิดเห็นต่อปัญหาใดได้ถึงเรื่องกฎระเบียบว่าด้วย เครื่องแบบของนักศึกษาทัศนคติ ทั้ง 3 ประเภท นี้ บุคคลอาจจะมีเพียงประการเดียวหรือหลายประการก็ได้ ขึ้นอยู่กับความมั่นคงในความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรือค่านิยมอื่นๆ ที่มีต่อบุคคล สิ่งของการกระทำ หรือสถานการณ์

แดเนียล แคทซ์ (Daniel Katz, 1960: 163-191) ได้อธิบายถึง หน้าที่หรือกลไกของทัศนคติ ที่สำคัญไว้ 4 ประการ ดังนี้คือ

1. เพื่อใช้สำหรับการปรับตัว (Adjustment) หมายความว่า ตัวบุคคลทุกคนจะอาศัย ทัศนคติ เป็นเครื่องยึดถือ สำหรับการปรับพฤติกรรมของตนให้เป็นไปในทางที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ แก่ตนสูงที่สุด และให้มีผลเสียน้อยที่สุด ดังนี้ ทัศนคติ จึงสามารถเป็นกลไกที่จะสะท้อนให้เห็นถึงเป้าหมายที่พึงประสงค์และที่ไม่พึงประสงค์ของเขา และด้วยสิ่งเหล่านี้เอง ที่จะทำให้แนวโน้มของพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ต้องการมากที่สุด

2. เพื่อป้องกันตัว (Ego - Defensive) โดยปกติในทุกขณะ คนทั่วไปมักจะมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับความจริง ในสิ่งซึ่งเป็นที่ขัดแย้งกับภาพลักษณ์ของตน (Self - Image) ดังนี้ ทัศนคติ จึงสามารถสะท้อนออกมาเป็นกลไกที่ป้องกันตัว โดยการแสดงออกเป็นความรู้สึก ถูกเหยียดหยาม

หรือคิดจินนินทาคนอื่น และขณะเดียวกัน ก็จะยกตนเองให้สูงกว่า ด้วยการมีทัศนคติที่ถือว่า ตนนั้นเหนือกว่าผู้อื่น การก่อตัวที่เกิดขึ้นมาของทัศนคติในลักษณะนี้ จะมีลักษณะแตกต่างจากการมีทัศนคติเป็นเครื่องมือ ในการปรับตัว ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น กล่าวคือ ทัศนคติจะมีใช้พัฒนาขึ้นมาจากการมีประสบการณ์กับสิ่งนั้นๆ โดยตรง หากแต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากภายในตัวผู้ใช้นั้นเอง และสิ่งที่เป็นเป้าหมายของการแสดงออกมาซึ่งทัศนคตินั้น ก็เป็นเพียงสิ่งที่เขาผู้นั้น หวังใช้เพียงเพื่อการ ระบายความรู้สึก เท่านั้น

3. เพื่อการแสดงความหมายของค่านิยม (Value Expressive) ทัศนคตินั้น เป็นส่วนหนึ่งของค่านิยมต่างๆ และด้วยทัศนคตินี้เอง ที่จะใช้สำหรับสะท้อนให้เห็นถึงค่านิยมต่างๆ ในลักษณะที่จำเพาะเจาะจงยิ่งขึ้น ดังนั้น ทัศนคติจึงสามารถใช้สำหรับอธิบาย และบรรยายความเกี่ยวกับค่านิยมต่างๆ ได้

4. เพื่อเป็นตัวจัดระเบียบเป็นความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ จะเป็นมาตรฐานที่ตัวบุคคลจะสามารถใช้ประเมิน และทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมที่มีอยู่รอบตัวเขา ด้วยกลไกดังกล่าวนี้เอง ที่ทำให้ตัวบุคคลสามารถรู้ และเข้าใจถึงระบบ และระเบียบของสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในรอบตัวเขาได้

4.4 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Attitude Change)

เซอร์เบริท ซี. เคลแมน (Herbert C. Kelman , Compliance, 1967: 469) ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยมีความเชื่อว่า ทัศนคติอย่างเดียวกัน อาจเกิดในตัวบุคคลด้วยวิธีที่ต่างกัน จากความคิดนี้ เซอร์เบริท ได้แบ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ออกเป็น 3 ประการ คือ

1. การยินยอม (Compliance) การยินยอม จะเกิดได้เมื่อ บุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อตัวเขา และมุ่งหวังจะได้รับความพอใจจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลนั้น การที่บุคคลยอมกระทำตามสิ่งที่อยากทำให้เขากระทำนั้น ไม่ใช่เพราะบุคคลเห็นด้วยกับสิ่งนั้น แต่เป็นเพราะเขาคาดหวังว่า จะได้รับรางวัลหรือการยอมรับจากผู้อื่นในการเห็นด้วย และกระทำตาม ดังนั้น ความพอใจ ที่ได้รับจากการยอมกระทำตามนั้น เป็นผลมาจากอิทธิพลทางสังคมหรืออิทธิพลของสิ่งที่ก่อให้เกิดการยอมรับนั้น กล่าวได้ว่า การยอมกระทำตามนี้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ซึ่งจะมีพลังผลักดัน ให้บุคคลยอม กระทำตามมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนหรือความรุนแรงของรางวัลและการลงโทษ

2. การเลียนแบบ (Identification) การเลียนแบบ เกิดขึ้น เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนี้เป็นผลมาจากการที่บุคคล ต้องการจะสร้างความสัมพันธ์ที่ดี หรือที่พอใจระหว่างตนเองกับผู้อื่น หรือกลุ่มบุคคลอื่น จากการเลียนแบบนี้ ทัศนคติของบุคคลจะเปลี่ยนไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าให้เกิดการเลียนแบบ กล่าวได้ว่า การเลียนแบบ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ซึ่งพลังผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความน่าโน้มน้าวใจของสิ่งเร้าที่มีต่อบุคคลนั้น การเลียนแบบจึงขึ้นอยู่กับพลัง (Power) ของผู้ส่งสาร บุคคล

จะรับเอาบทบาททั้งหมดของคนอื่นมาเป็นของตนเอง หรือแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน บุคคลจะเชื่อในสิ่งที่ตัวเอง เลียนแบบ แต่ไม่รวมถึงเนื้อหาและรายละเอียดในการเลียนแบบทัศนคติของบุคคลจะเปลี่ยนไปมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลง

3. ความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน (Internalization) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า ซึ่งตรงกับความต้องการภายในค่านิยมของเขาพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ในลักษณะนี้จะสอดคล้องกับค่านิยมที่บุคคลมีอยู่เดิม ความพึงพอใจที่ได้จะขึ้นอยู่กับเนื้อหารายละเอียดของพฤติกรรมนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ถ้าความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมถูกระทบไม่ว่าจะในระดับใดก็ตามจะมีผลต่อการเปลี่ยนทัศนคติทั้งสิ้น

นอกจากนี้ องค์ประกอบต่างๆ ในกระบวนการสื่อสาร เช่น คุณสมบัติของผู้ส่งสาร และผู้รับสาร ลักษณะของข่าวสาร ตลอดจนช่องทางในการสื่อสาร ล้วนแล้วแต่ มีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ทั้งสิ้น นอกจากนี้ทัศนคติของบุคคล เมื่อเกิดขึ้นแล้วแม้จะคงทน แต่ก็ยังสามารถเปลี่ยนได้โดยตัวบุคคล สถานการณ์ ข่าวสาร การชวนเชื่อ และสิ่งต่างๆ ที่ทำให้เกิดการยอมรับในสิ่งใหม่ แต่จะต้องมีความสัมพันธ์กับค่านิยมของบุคคลนั้น นอกจากนี้ อาจเกิดจากการยอมรับ โดยการบังคับ เช่น กฎหมาย ข้อบังคับ

4.5 การเปลี่ยน ทัศนคติ มี 2 ชนิด คือ

4.5.1 การเปลี่ยนแปลงไปในทางเดียวกัน หมายถึง ทัศนคติของบุคคลที่เป็นไปในทางบวกก็จะเพิ่มมากขึ้นในทางบวกด้วย และทัศนคติที่เป็นไปในทางลบ ก็จะเพิ่มมากขึ้นในทางลบด้วย

4.5.2 การเปลี่ยนแปลงไปคนละทาง หมายถึง การเปลี่ยนทัศนคติเดิมของบุคคลที่เป็นไปในทางบวกก็จะลดลงไปในทางลบ และถ้าเป็นไปในทางลบก็จะกลับเป็นไปในทางบวก เมื่อพิจารณาแหล่งที่มาของทัศนคติแล้ว จะเห็นว่าองค์ประกอบสำคัญที่เชื่อมโยงให้บุคคลเกิดทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ ก็คือการสื่อสาร ทั้งนี้เพราะไม่ว่าทัศนคติจะเกิดจากประสบการณ์เฉพาะอย่าง การสื่อสารกับผู้อื่น สิ่งที่เป็นแบบอย่างหรือความเกี่ยวข้องกับสถาบัน ก็มักจะมีการสื่อสาร แทรกอยู่เสมอ กล่าวได้ว่า การสื่อสาร เป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างมากที่มีผลทำให้บุคคลเกิดทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ

ทัศนคติเกี่ยวข้องกับการสื่อสาร ทั้งนี้เพราะโรเจอร์ส (Rogers, 1973) กล่าวว่า การสื่อสารก่อให้เกิดผล 3 ประการ คือ

1. การสื่อสาร ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ของผู้รับสาร
2. การสื่อสาร ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติ ของผู้รับสาร
3. การสื่อสาร ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับสาร

การแสดงพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ประการนี้ จะเกิดในลักษณะต่อเนื่องกัน กล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะก่อให้เกิด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนั้น และการเกิดความรู้ความเข้าใจนี้ มีผลทำให้เกิดทัศนคติต่อเรื่องนั้น และสุดท้าย ก็จะก่อให้เกิด พฤติกรรมที่กระทำต่อเรื่องนั้นๆ ตามมา ความสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติกับพฤติกรรม (Attitude and Behavior) ทัศนคติกับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ มีผลซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ทัศนคติมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ในขณะที่เดียวกันการแสดงพฤติกรรมของบุคคลก็มีผลต่อทัศนคติของบุคคล ด้วย

อย่างไรก็ตาม ทัศนคติ เป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ทั้งนี้เพราะ เทรียนดิส (Triandis, 1971) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคล เป็นผลมาจากทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม นิสัย และผลที่คาดหวังการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยการสื่อสาร (Attitude Change: Communication)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 5) กล่าวว่า ทัศนคติ ของบุคคลสามารถถูกทำให้เปลี่ยนแปลงได้หลายวิธี อาจโดยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้อื่น หรือจากสื่อต่างๆ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของทัศนคติ ในส่วนของการรับรู้เชิงแนวคิด (Cognitive Component) และเมื่อองค์ประกอบส่วนใดส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบส่วนอื่น จะมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงด้วย กล่าวคือ เมื่อองค์ประกอบของทัศนคติ ในส่วนของการรับรู้เชิงแนวคิดเปลี่ยนแปลงจะทำให้องค์ประกอบ ในส่วนของอารมณ์ (Affective Component) และ องค์ประกอบในส่วนของพฤติกรรม (Behavioral Component) เปลี่ยนแปลงด้วย

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยการสื่อสารพิจารณาจากแบบจำลอง การสื่อสารของ ลาสเวล (Lasswell, 1948) ซึ่งได้วิเคราะห์ กระบวนการสื่อสาร ในรูปของใคร พูดอะไรกับใคร อย่างไร และได้ผลอย่างไร ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นตัวแปรต้น และตัวแปรตาม กล่าวคือ ใคร (ผู้ส่งสาร) พูดอะไร (สาร) กับใคร (ผู้รับสาร) อย่างไร (สื่อ) ก็คือตัวแปรต้น ส่วนได้ผลอย่างไร (ผลของการสื่อสาร) ก็คือ ตัวแปรตาม

ตัวแปรต้นทั้ง 4 ประการ ซึ่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ มีลักษณะดังนี้ ผู้ส่งสาร (Source) ผลของสารที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลขึ้นอยู่กับผู้ส่งสาร ลักษณะของ ผู้ส่งสารบางอย่างจะสามารถมีอิทธิพลต่อบุคคลอื่นมากกว่าลักษณะอื่นๆ เช่น ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ความเชี่ยวชาญ (Expertness) และความน่าไว้วางใจ (Trustworthiness) ผู้ส่งสารที่มีความน่าเชื่อถือสูง จะสามารถชักจูงใจได้ดีกว่าผู้ส่งสารที่มีความ น่าเชื่อถือต่ำ นอกจากนี้บุคลิกภาพ (Personality) ของผู้ส่งสารก็มีความสำคัญต่อการยอมรับสาร (Message) ลักษณะของสารจะมีผลต่อการยอมรับหรือไม่ยอมรับของบุคคล ถ้าเตรียมเนื้อหาสารมา

เป็นอย่างดีผู้รับสารก็อยากฟัง ดังนั้น การเรียงลำดับของเนื้อหาความชัดเจนของเนื้อหาสาร ความกระชับ เป็นต้น จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

สื่อ (Channel) หรือช่องทางการสื่อสาร เป็นเรื่องของประเภทและชนิดของสื่อที่ใช้ผู้รับสาร (Receiver) องค์ประกอบของผู้รับสารที่จะทำให้เกิดการสนใจที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ สถิติปัญญา ทักษะ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ ความเชื่อมั่นในตนเอง การมีส่วนร่วม การผูกมัด เป็นต้น

แมคไกวร์ (McGuire อ้างใน อรรถพร ปิณฑน์โอวาท, 2537) กล่าวว่า ตัวแปร ทั้ง 4 ประการข้างต้นนี้ ก่อให้เกิดตัวแปรตาม คือผลของการสื่อสารเป็นไปตามลำดับขั้น 5 ขั้นหลัก คือ

1. ความตั้งใจ/ความสนใจ (Attention)
2. ความเข้าใจ (Comprehension)
3. การยอมรับต่อสาร (Yielding)
4. การเก็บจำสารไว้ (Retention)
5. การกระทำ (Action)

โดยผู้รับสารต้องผ่านไปถึงขั้น เพื่อให้การสื่อสารจะสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ครบถ้วนตามกระบวนการ ซึ่งในสภาพการณ์ปกติ ขั้นตอนแรกๆ จะต้องเกิดขึ้นก่อน เพื่อที่ขั้นตอนต่อไปจะเกิดขึ้นได้

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยใช้อิทธิพลทางสังคม (Attitude Change: Social Influence) อิทธิพลทางสังคม มีผลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการตัดสินใจ เพราะในขณะที่ตัดสินใจย่อมมีกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนฝูง เป็นต้น

แนวความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

แมคไกวร์ และมิลแมน (McGuire and Millman, 1965) กล่าวว่า แนวความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยใช้อิทธิพลทางสังคมเกิดจากความเชื่อที่ว่า บุคคลจะพัฒนาทัศนคติ ของตนเองในลักษณะใดนั้น ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับจากผู้อื่นในสังคม สิ่งที่มีอิทธิพลทางสังคม แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มอ้างอิง (Reference Group) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่เราใช้เป็นมาตรฐานสำหรับประเมิน ทัศนคติ ความสามารถของเรา หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปบุคคลจะใช้กลุ่มอ้างอิง เพื่อประเมิน ทัศนคติ ของตน และตัดสินใจว่า ทัศนคติของตนถูกต้อง เพราะคิดว่าคนส่วนใหญ่ในกลุ่มมีทัศนคติ เช่นเดียวกับตน

วัตสัน และจอห์นสัน (Watson and Johnson, 1972) ได้กล่าวถึงอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ไว้ดังนี้

1. ทักษะของบุคคลจะมีผลอย่างมากจากกลุ่มที่เขามีส่วนร่วม และกลุ่มที่เขาต้องการจะร่วมด้วย
2. ถ้าทักษะของบุคคลสอดคล้องกับมาตรฐานหรือบรรทัดฐานของกลุ่ม จะเป็นการเสริมแรง (Reinforcement) ให้กับทักษะนั้นมากขึ้น ในทางตรงข้ามจะเป็นการลงโทษ (Penalty) ถ้าบุคคลนั้นมีทักษะนั้นไม่ตรงกับมาตรฐานหรือบรรทัดฐานของกลุ่ม
3. บุคคลที่ขึ้นอยู่กับกลุ่ม หรือติดอยู่กับกลุ่มมาก จะเป็นผู้ที่เปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ยากที่สุด ถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้น เป็นความพยายามของบุคคลภายนอก
4. การสนับสนุน หรือเห็นด้วยกับทัศนคติ บางอย่างของสมาชิกในกลุ่มแม้เพียง 1 คนเท่านั้น ก็สามารถลดอิทธิพลของกลุ่มใหญ่ที่มีต่อทัศนคติของสมาชิกในกลุ่มได้
5. แม้เป็นเพียงสมาชิก 2 คนในกลุ่มเท่านั้น ที่ยึดมั่นในความคิดหรือ ทัศนคติ บางอย่าง ก็จะมีอิทธิพลต่อสมาชิกในกลุ่มได้
6. การมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่มและการตัดสินใจกลุ่มจะช่วยลดการต่อต้าน การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ถ้ากลุ่มตัดสินใจยอมรับทัศนคติใหม่ สมาชิกในกลุ่มก็จะยอมรับทัศนคติด้วย
7. ถ้าบุคคลเปลี่ยนแปลงกลุ่มอ้างอิงของตน ทัศนคติของบุคคลก็มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงด้วย

2. บุคคลอ้างอิง (Reference Individuals) หมายถึง บุคคลที่เราใช้เป็นมาตรฐาน เพื่อประเมินทัศนคติ ความสามารถของเรา หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อิทธิพลของผู้อื่นที่มีต่อทัศนคติของบุคคล ตรงกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เรียกว่า การเลียนแบบ (Identification) ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลรับเอาคุณสมบัติของผู้อื่น เช่น ความคิด ทัศนคติ พฤติกรรม เป็นต้น มาเป็นของตน ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของทัศนคติ ในส่วนของการรับรู้เชิงแนวคิด (Cognitive Component) และเมื่อองค์ประกอบส่วนใดส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลง องค์ประกอบส่วนอื่นจะมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงด้วย

บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสาร ต้องมีความเชี่ยวชาญ (Expertness) และ ความน่าไว้วางใจ (Trustworthiness) จะทำให้มีความน่าเชื่อถือสูง สามารถชักจูงใจได้ดีอีกทั้งมีบุคลิกภาพ (Personality) ดีก็จะมี ความสำคัญต่อ การยอมรับ นอกจากนี้หากข้อมูลข่าวสาร มีการเตรียมมาเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นเนื้อหา, การเรียงลำดับ, ความชัดเจนตลอดจนมีความกระชับและมีช่องทางในการส่งที่เหมาะสม ผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นผู้รับสารก็อยากฟัง และมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำหรือชักจูง

จากการทบทวนความรู้ และทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทำการประยุกต์และพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการสรุปเวพระเบี่ยนผู้ป่วยในสำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะโรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย โดยเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานของคุณภาพการสรุปเวพระเบี่ยนผู้ป่วยในก่อนและหลังการดำเนินการ

